



## **ENFERMEDADES DE LA CONJUNTIVA**

En este capítulo se exponen los estados inflamatorios de la conjuntiva, los cuales son causa frecuente de consulta al médico general básico, así como las degeneraciones conjuntivales, la pingüecula y el pterigión, enfermedades comunes en nuestro país.

### **Conjuntivitis**

La conjuntivitis es la inflamación de la conjuntiva y una de las enfermedades más comunes del globo ocular. Existen cinco manifestaciones clínicas principales, que se deben tener en cuenta al hacer el diagnóstico de inflamación conjuntival. Estas son:

1. Tipo de secreción.
2. Tipo de reacción conjuntival.
3. Presencia de pseudomembrana o membranas auténticas.
4. Presencia o ausencia de linfadenopatía.
5. Características de la hiperemia conjuntival.

*Secreción.* Está compuesta por un exudado, que se filtra desde los vasos sanguíneos a través del epitelio conjuntival, y se le añaden restos epiteliales, moco y lágrima.

La secreción puede ser:

- *Acuosa.* Es característica de las inflamaciones víricas y tóxicas.
- *Mucinosas.* Característica de las conjuntivitis alérgicas.
- *Purulenta.* Se observa en las infecciones bacterianas graves.
- *Mucopurulenta.* Se presenta en las infecciones bacterianas leves y en las infecciones por *Clamydia*.

## Reacción conjuntival

Esta puede ser *folicular* y *papilar*.

*Folicular*. Se observa en la conjuntiva inferior del fondo de saco, como lesiones elevadas múltiples y discretas que recuerdan el aspecto de los granos de arroz. Aparecen fundamentalmente en las inflamaciones por virus, *Clamidia* y en la hipersensibilidad a medicamentos tópicos.

*Papilar*. Se observa con mayor frecuencia en la conjuntiva bulbar, a nivel del limbo y palpebral superior, donde forma un patrón en mosaico, con áreas hiperémicas poligonales elevadas, separadas por canales más pálidos. Aparece en las conjuntivitis alérgicas y en infecciones bacterianas.

## Seudomembrana y membranas

La pseudomembrana consiste en un exudado coagulado, que se adhiere a la conjuntiva inflamada de forma característica; puede retirarse con facilidad, y por tanto, deja la conjuntiva sana. Aparece en las conjuntivitis por adenovirus y en la gonocócica.

Las membranas verdaderas también son exudados coagulados, que se adhieren a todo el epitelio, y, cuando se tratan de retirar, suele sangrar la conjuntiva. Aparecen en las infecciones por estreptococo betahemolítico y difteria.

## Linfadenopatía

El drenaje linfático de la conjuntiva se dirige a los ganglios preauriculares. Cuando esta aparece es signo de infección vírica por *Clamidia* y conjuntivitis gonocócica grave.

## Características de la hiperemia conjuntival

La vascularización de la conjuntiva deriva de los vasos del fondo de saco, vasos conjuntivales posteriores y de las ciliares anteriores; ambos sistemas se anastomosan. Las características de esta irrigación son de suma importancia para definir la hiperemia conjuntival y poder establecer el diagnóstico diferencial con la hiperemia ciliar.

La *hiperemia conjuntival* se debe a la congestión de los vasos conjuntivales posteriores; se observa en todos los tipos de conjuntivitis y es más intensa hacia los fondos de saco; disminuye en la cercanía de la córnea, y es de color rojo ladrillo brillante. Con la instilación de adrenalina al 1 x 1000 desaparece temporalmente.

La *hiperemia ciliar* se debe a la congestión de los vasos ciliares; es más intensa hacia la córnea, periquerática y de color violáceo. No desaparece con la instilación de adrenalina al 1 x 1000. Aparece normalmente en las afecciones de la córnea, el iris y el cuerpo ciliar.

**Clasificación de las conjuntivitis.** Existen múltiples clasificaciones de la conjuntivitis, pero aquí solamente se expondrá la clasificación desde el punto de vista etiológico. Estas son:

- Bacterianas.
- Virales.
- Alérgicas.
- Por *Clamydia*.
- Neonatal.
- Traumática.

## **Conjuntivitis bacteriana**

Existen dos tipos de conjuntivitis bacteriana: la conjuntivitis bacteriana simple y la conjuntivitis gonocócica del adulto.

### **Conjuntivitis bacteriana simple**

Es una afección muy frecuente; se observa en todas las edades y puede ser transmitida por contacto directo, a través de objetos de uso personal como toallas y pañuelos, o por insectos portadores de los gérmenes.

La secreción es contagiosa, especialmente en su período agudo, y es por eso que esta afección se presenta en varias personas de una misma familia, escuela y centros de trabajo. Suele comenzar en un ojo inicialmente e invadir ambos al cabo de 2 a 3 días.

### ***Etiología***

Los microorganismos causales más comunes son: el *Staphylococcus epidermidis* y el *aureus*, aunque otros cocos grampositivos, entre los que se incluye el *Streptococcus pneumoniae*, también son patógenos frecuentes, así como los gramnegativos *Haemophilus influenzae* y *Moraxella lacunata*.

### ***Manifestaciones clínicas***

La presentación es aguda, con sensación de arenilla, quemazón y prurito en los párpados, que se notan calientes y pesados. Al principio, la secreción puede ser acuosa y mucosa y, en ocasiones, mucopurulenta. La agudeza visual es normal, a no ser que se depositen secreciones sobre la córnea, que pueden provocar enturbiamiento de la visión, el cual desaparece con el parpadeo.

La exploración revela una hiperemia conjuntival máxima en los fondos de saco (Fig.6.1), reacción papilar leve y costras en los párpados: estos, al despertar, suelen estar adheridos y difíciles de abrir, como consecuencia de la acumulación de exudado durante la noche. No suele palparse ninguna linfadenopatía preauricular.

### **Tratamiento**

En algunas ocasiones y, en dependencia de la intensidad de la afección, puede curarse entre 10 y 14 días, sin tratamiento.

La determinación e identificación del germen causante, por medio del exudado conjuntival con antibiograma, es ideal para un tratamiento exitoso.

Antes de comenzar el tratamiento, es fundamental limpiar las secreciones y aplicar compresas frías de agua hervida, que reducen el edema y alivian las molestias.

Se pueden administrar colirios antibióticos de amplio espectro; la frecuencia será cada 1h en ambos ojos, en dependencia de la intensidad de la afección; se deben aplicar en ambos ojos, aunque uno solo sea el afectado.

Entre los colirios más empleados se encuentran el cloranfenicol, la kanamicina, la gentamicina, la tobramicina y la norfloxacin, una quinolona con un amplio espectro de actividad y una baja toxicidad. Además, se deben tomar todas las medidas higiénicas adecuadas en estos casos, como, por ejemplo, lavado constante de las manos, y lavado de toallas y pañuelos. No se recomiendan los esteroides en colirios ni la oclusión del ojo.

## **Conjuntivitis gonocócica**

Esta conjuntivitis es causada por un diplococo gramnegativo, *Neisseria gonorrhoeae*; también se conoce como conjuntivitis purulenta o blenorragica. Esta afección se adquiere directamente por las manos del enfermo, que llevan el germen desde los órganos genitales hasta el ojo, o indirectamente por medio de toallas contaminadas. Hoy día no es una afección muy común en nuestro medio.

### **Manifestaciones clínicas**

Al principio la secreción es serosa, algo teñida de sangre; luego aparece una secreción purulenta, abundante y espesa, que fluye constantemente entre los párpados (Fig.6.2); hay tumefacción, congestión y tensión de los párpados, lo que impide que el enfermo los abra espontáneamente, y se hace muy difícil separarlos; también se observa quemosis conjuntival con infiltración y con o sin formación de pseudomembrana. El dolor es intenso en el ojo y en la región superciliar. Se acompaña de malestar general y fiebre, y se palpa una prominente linfadenopatía preauricular. En los enfermos complicados pueden supurar los ganglios preauriculares.

La *queratitis* puede aparecer en los casos graves y entonces se presenta un cuadro llamado queratoconjuntivitis gonocócica; también puede presentarse una ulceración marginal a nivel del limbo; es posible que esta ulceración forme una coalescencia y desarrolle una úlcera anular; asimismo puede aparecer una úlcera corneal central, con la posibilidad de evolucionar hacia la perforación y endoftalmitis.

### **Tratamiento**

El tratamiento general tiene que ser preferentemente a dosis única de penicilina, suficiente para garantizar la eliminación de la fuente de infección, y lograr la curación en el más breve tiempo posible, por eso se recomiendan los esquemas únicos, siempre que no existan contraindicaciones.

El tratamiento lo indicará el médico del área de salud, y será controlado y realizado por el personal de enfermería o por la propia enfermera encuestadora, que deberá estar preparada para evitarle dificultades al paciente y hacerle más tolerable el tratamiento.

En el tratamiento local se utilizarán compresas de agua hervida fría y lavados oculares con solución salina para eliminar las secreciones; además, se pueden utilizar colirios de penicilina, pero los antibióticos tópicos, por sí solos, no son una terapia suficiente, si no se administra una terapia sistémica adecuada.

Es importante la remisión inmediata, pues el control del tratamiento debe ser llevado por el especialista.

### **Conjuntivitis por virus**

La conjuntivitis causada por infecciones víricas es bastante frecuente y aparece generalmente en forma de epidemia, dada la rapidez y la facilidad de contacto; afecta, por lo común, a personas de una misma familia, escuelas, internados, etc. En algunos casos puede provocar cicatrices corneales, con pérdida significativa de la agudeza visual.

### **Conjuntivitis adenovíricas**

Diez de los más de 30 serotipos de adenovirus se han implicado como causa de infección ocular. Entre las conjuntivitis causadas por adenovirus se encuentran fundamentalmente dos tipos:

1. Fiebre faringoconjuntival.
2. Queratoconjuntivitis epidémica.

Ambas tienen carácter epidémico y son altamente contagiosas, sobre todo en las dos primeras semanas.

*Fiebre faringoconjuntival.* Está causada por los adenovirus tipo 3 y algunas veces los tipos 4, 5 y 7, que la producen de forma endémica.

La infección predomina en niños y adultos jóvenes, con un período de incubación de entre 5 a 7 días. La infección ocular comienza con picazón, quemazón y lagrimeo; posteriormente aparece una secreción serosa; se observan, además, hiperemia de la conjuntiva (Fig. 6.3), hipertrofia folicular prominente, adenopatía preauricular y queratitis.

Al principio, el infiltrado corneal es epitelial, pero después se vuelve subepitelial y ocasiona opacidades corneales superficiales, que pueden durar de 3 a 4 meses. La característica de esta enfermedad, además del cuadro ocular descrito anteriormente, es la fiebre, faringitis y adenitis cervical.

*Queratoconjuntivitis epidémica.* Es causada por los adenovirus tipos 8 y 19; por lo general es bilateral, aunque aparece primero en un ojo y después se afecta el otro. Comienza de forma aguda con lagrimeo, dolor moderado y fotofobia; la exploración revela edema palpebral, hiperemia conjuntival y respuesta folicular, asociada, a menudo, a una adenopatía preauricular (Fig. 6.4).

En los casos graves se observan hemorragia subconjuntival, quemosis y pseudomembrana. Entre los 7 y 14 días de iniciada la enfermedad, aparece una queratitis epitelial punteada difusa y el paciente refiere disminución o enturbiamiento de la visión.

Esta queratitis puede curarse o evolucionar a una infiltración del estroma corneal, que en ocasiones persiste durante meses y le provoca muchas molestias al enfermo. Se calcula que del 1 al 10 % de los casos quedan con cicatrices corneales persistentes.

En el adulto esta enfermedad se limita al ojo, pero en el niño puede provocar fiebre, dolor de garganta y diarrea.

## **Tratamiento**

El tratamiento de la conjuntivitis adenovírica generalmente es sintomático; se pueden aplicar compresas de agua hervida fría, ciclopléjicos, colirios y ungüentos antivíricos, así como colirios antibióticos para evitar la sobreinfección, pero, una vez diagnosticada esta conjuntivitis, el paciente debe ser remitido de inmediato, pues su tratamiento debe hacerse por el especialista.

## **Conjuntivitis hemorrágica aguda**

Causada por el enterovirus 70, apareció en Cuba en 1981. Es altamente contagiosa y se presenta de manera repentina; su período de incubación es de 8 a 48 h. Evoluciona rápidamente y dura de 5 a 7 días.

Los síntomas, como en otras infecciones víricas, se caracterizan por dolor, fotofobia, sensación de cuerpo extraño y lagrimeo.

Los signos más destacados son hiperemia conjuntival, edema palpebral, quemosis y hemorragias subconjuntivales, que se localizan en la conjuntiva bulbar superior. En ocasiones hay secreción seromucosa, adenopatías preauriculares y folículos conjuntivales.

Esta conjuntivitis suele curarse espontáneamente al cabo de unos 7 días, por tanto, los pacientes deben aislarse con medidas estrictas de higiene personal para evitar la propagación.

Pueden utilizarse compresas de agua fría hervida, que ayudan a aliviar los síntomas y, en caso de existir secreción ocular, se recomienda el uso de un colirio antibiótico.

## Conjuntivitis alérgica

La alergia ocular es uno de los problemas clínicos más frecuentes en oftalmología; la mayoría de las veces afecta la conjuntiva, y adquiere más relevancia por su frecuencia que por su severidad. Los antecedentes alérgicos personales o familiares son un factor de predisposición importante, además de investigarse si hay asma, urticarias, rinitis alérgicas, factores desencadenantes como colirios, lentes de contacto, productos químicos, etc. También se observará el ritmo de aparición de estas conjuntivitis, por ejemplo, empeoramiento del cuadro en primavera, verano u otoño.

Existen diferentes formas clínicas de estas conjuntivitis, aquí solamente mencionaremos dos, las cuales pueden ser agrupadas bajo un mismo mecanismo patogénico de hipersensibilidad tipo I. Estas son:

1. Conjuntivitis alérgica estacional o conjuntivitis de la fiebre del heno.
2. Queratoconjuntivitis vernal o primaveral.

*Conjuntivitis alérgica estacional.* Se conoce también como *conjuntivitis de la fiebre del heno*; es una reacción alérgica frecuente, provocada por antígenos transportados por el aire, como esporas, polen, hierbas, semillas, pelos, ácaros domésticos, lana, plumas y productos químicos.

Se presenta en ambos ojos y sus síntomas consisten fundamentalmente en crisis agudas transitorias de prurito, quemazón, sensación de cuerpo extraño, fotofobia y secreción serosa. Hay hiperemia de la conjuntiva palpebral y bulbar, edema palpebral y quemosis; a diferencia de otros tipos de conjuntivitis alérgicas, no se detectan alteraciones corneales (Fig. 6.5).

Con frecuencia se asocia la participación de otras mucosas, como la nasal en forma de rinitis, estornudos y congestión.

*Queratoconjuntivitis vernal o primaveral.* Es una inflamación recurrente conjuntival, bilateral, que ocurre en climas templados; es de carácter estacional y se manifiesta fundamentalmente en niños y jóvenes, con una duración variable entre 5 y 10 años. Es más intensa durante la primavera y el verano, y comienza a disminuir en el otoño y el invierno.

Con frecuencia, el alergeno productor de esta conjuntivitis es el polvo; también se asocian las plumas, el polen y otros aeroalergenos.

Los síntomas principales son un prurito intenso, que se asocia a lagrimeo, fotofobia, sensación de cuerpo extraño y quemazón; también se pueden observar hiperemia conjuntival y secreción mucosa espesa.

Esta enfermedad tiene dos formas clínicas principales: la palpebral y la bulbar.

*Forma palpebral.* Se caracteriza por la presencia de papilas gigantes en la conjuntiva tarsal superior; cuando están muy apretadas, adoptan el aspecto de “empedrado”; el peso de la lesión provoca ptosis mecánica (Fig. 6.6).

*Forma bulbar.* Se caracteriza por la hipertrofia de la conjuntiva del limbo, con papilas grisáceas; a veces, estas formaciones límbicas aparecen alrededor de toda la córnea, y se desarrollan *pannus* y manchas de Horner-Trantas (manchas blancuecinas que se observan en el limbo) (Fig. 6.7).

La *queratitis punteada superficial* aparece en la mitad superior de la córnea y está presente en ambas formas clínicas. Las úlceras corneales en forma de escudo se observan con mayor frecuencia en la forma palpebral.

### **Tratamiento**

Consiste en la instilación, 3 o 4 veces al día, de un estabilizador de los mastocitos en forma de colirio, por ejemplo, cromoglicato disódico al 2 o 4 %.

Son recomendables las compresas frías y los antihistamínicos por vía general; también se pueden emplear esteroides en forma de colirio, pero deben estar controlados por el especialista, debido a sus efectos secundarios.

### **Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis**

El diagnóstico diferencial de los tipos más comunes de conjuntivitis se resume en el cuadro.

## **Conjuntivitis por Clamidia: Tracoma (ver capítulo 19)**

### **Conjuntivitis neonatal (oftalmía del recién nacido)**

Es una inflamación conjuntival, que aparece durante el primer mes de vida, a causa de una infección por *Clamidia* o una infección gonocócica.

Cuando la infección es por *Clamidia*, se presenta entre los 5 y 14 días después del parto; la secreción es mucopurulenta y, en ocasiones, puede aparecer en el *pannus* corneal.



**Cuadro.** Diagnóstico diferencial de los tipos más comunes de conjuntivitis

Datos clínicos	Bacteriana	Viral	Alérgica
Prurito	Mínimo	Mínimo	Intenso
Lagrimo	Moderado	Abundante	Moderado
Dolor	No	Moderado	No
Secreción	Purulenta	Serosa	Mucosa
Hiperemia	Generalizada	Generalizada	Generalizada
Ganglio preauricular	No	Sí	No
Síntomas generales asociados	No	Fiebre, faringitis y malestar general	Rinitis, estornudos y asma

Cuando la infección es gonocócica, aparece entre 1 y 3 días después del parto; la secreción es purulenta, y se observan quemosis y formación de membrana o pseudomembrana (Fig. 6.8).

### ***Tratamiento***

El control y tratamiento de infecciones ginecológicas de la futura madre durante el embarazo, así como la aplicación del método clásico profiláctico de Credé, el empleo de colirio de nitrato de plata al 1 % o, actualmente, la aplicación de colirios o ungüentos antibióticos como tetraciclina o eritromicina, etc., prácticamente han eliminado esta enfermedad de nuestras maternidades.

### **Conjuntivitis traumática**

Es la inflamación de la conjuntiva, causada por un traumatismo o cuerpo extraño. Esta conjuntivitis es tan variada como el tipo de traumatismo que tenga por causa. Para su diagnóstico, lo más importante es el antecedente del trauma.

### ***Tratamiento***

Está dirigido al alivio del dolor y de la inflamación. Los casos deberán ser remitidos al especialista.

Los agentes físicos como la luz intensa o las radiaciones provocan un tipo de conjuntivitis traumática.

## **Conjuntivitis actínica**

Es provocada por los rayos ultravioletas, a causa de la exposición al arco voltaico empleado en la soldadura. Este provoca un cuadro agudo de dolor ocular, sensación de arena o cuerpo extraño y fotofobia intensa.

### ***Tratamiento***

Consiste en hacer reposo ocular en un cuarto oscuro y la aplicación de compresas frías; de ser necesario, es posible utilizar algún colirio antiinflamatorio.

## **OTRAS ENFERMEDADES DE LA CONJUNTIVA**

### **Degeneraciones conjuntivales**

En nuestro país abundan dos enfermedades conjuntivales, nos referimos a la pinguécula y el pterigión.

### **Pinguécula**

Es una lesión común, que consiste en un depósito amarillento sobre la conjuntiva bulbar, a ambos lados de la córnea, aunque es más frecuente en el lado nasal. Algunas pinguéculas crecen muy lentamente y rara vez necesitan tratamiento quirúrgico (Fig. 6.9).

### **Pterigión**

Es una lámina triangular de tejido fibrovascular, que invade la córnea (Fig. 6.10). Aparece posiblemente como un fenómeno irritativo, debido a la acción de la luz ultravioleta, ya que es frecuente entre los trabajadores agrícolas expuestos al polvo, el sol y el viento. Si aumenta de tamaño y alcanza el área pupilar, debe realizarse tratamiento quirúrgico.