

Pequeñas afecciones y urgencias oftalmológicas

Actuación inmediata

■ MERCÈ PIERA FERNÁNDEZ • Médico generalista.

El farmacéutico, en su actividad diaria, suele enfrentarse a consultas relativas a afecciones oculares leves y urgencias oftalmológicas. Sin obviar la importancia de aconsejar la consulta al médico, a continuación se describen algunos de los procesos más comunes y su tratamiento.

Para dotar de contexto a las indicaciones de actuación que se exponen en este artículo sirva la descripción anatómica del ojo apreciable en la figura 1. A partir de ella se irán describiendo las distintas afecciones y urgencias oftalmológicas más comunes.

OJO SECO

El término «ojo seco» se utiliza para designar la desecación crónica de la conjuntiva y la córnea de ambos ojos a causa de una reducción del volumen lagrimal (deficiencia acuosa) o a una pérdida excesiva de lágrimas por evaporación, debido a una mala calidad de la lágrima.

La figura 2 muestra la realización de un test de Schirmer, una de las pruebas para la evaluación de ojo seco, que indica el volumen de secreción lagrimal en función del tiempo. Se realiza mediante una tira de papel de filtro, con un extremo doblado que se coloca entre el párpado inferior y el globo ocular. Los valores normales son más



de 10 mm de humectación a los 5 minutos.

Actualmente el ojo seco es el problema ocular más frecuente, pues la mayoría de ojos irritados son en realidad ojos secos.

Etiología

Los factores causantes del ojo seco son todos aquellos que producen la disfunción o destrucción de las diferentes glándulas que generan la lágrima: glándulas lagrimales (segregan la fracción acuosa de la lágrima), células caliciformes de la conjuntiva (segregan la fracción mucosa de la lágrima) y glándulas de Meibomio de los párpados (segregan la fracción grasa de la lágrima).

Entre las causas de estas disfunciones se hallan las siguientes:

Edad

La situación más habitual de sequedad ocular es la involución senil. A medida que aumenta la edad de la persona, el ojo produce menos lágrima, de forma que ante la misma agresión externa (viento, humo) el individuo de edad avanzada siente la sequedad ocular antes que el joven.

Menopausia

Las mujeres posmenopáusicas padecen ojo seco con mucha mayor frecuencia que los varones de su misma edad. Durante el embarazo o bajo tratamiento anticonceptivo también es más frecuente el ojo seco.

Síndrome de Sjögren

Las personas con síndrome de Sjögren presentan ojo seco por deficiencia acuosa y sequedad bucal. Este síndrome puede tener lugar de forma aislada (síndrome de Sjögren primario) o asociarse a enfermedades sistémicas del tejido conectivo como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico (síndrome de Sjögren secundario).

Fármacos

Existen varios medicamentos que hacen segregar menos lágrima y saliva (tabla I). No obstante, cuando se deja de tomar dichos medicamentos, se recupera lentamente la secreción lagrimal normal.

Blefaritis marginal

La inflamación del borde de los párpados es otra causa frecuente del ojo seco. Cuando los bordes palpebrales se inflaman, se produce una secreción grasa anormal o deficitaria que no protege a la película lagrimal de la evaporación, por lo que la lágrima acuosa se evapora en mayor proporción y las sales que contiene disueltas se hacen

Fig. 1. Anatomía del ojo

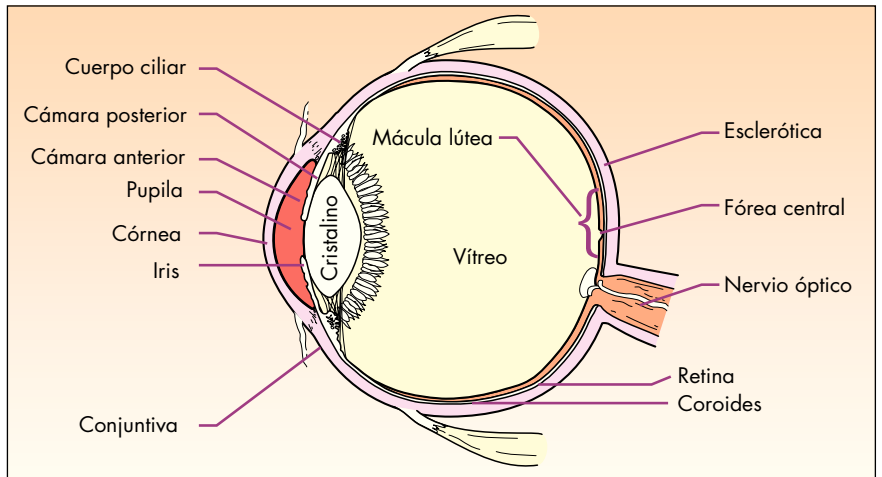


Tabla I. Fármacos que disminuyen la secreción lagrimal

Tipo de fármaco	Ejemplos
Ansiolíticos	Bromazepam, diazepam
Antiacneicos	Isotretinoína
Antidepresivos	Imipramina
Antipsicóticos	Levomepromazina, tioridazina
Antihistamínicos	Dexclorfeniramina
Anticolinérgicos	Butilescopolamina
Antihipertensivos	Hidroclorotiazida, amilorida, furosemida
Antiparkinsonianos	Biperideno, levodopa
Diuréticos	Clortalidona

más concentradas, dañando el epitelio corneal y conjuntival.

Sintomatología del ojo seco

La tabla II refiere los principales síntomas de ojo seco. Algunas personas afectadas de ojo seco perciben una sensación de lagrimeo posteriormente a una fuerte irritación (irritación que puede llegar a afectar la agudeza visual).

Los síntomas son más notorios después de un esfuerzo visual prolongado

como ver la televisión, leer, trabajar con el ordenador o conducir. Los ambientes secos, con polvo o humo, el aire acondicionado, los ventiladores o los calefactores también pueden empeorar la sintomatología de ojo seco. Por el contrario, los síntomas mejoran en días fríos, lluviosos o con niebla y en otros ambientes húmedos, como en la ducha. Así, la persona afectada de ojo seco puede adoptar una serie de medidas de prevención, que se resumen en la tabla III.

Fig. 2. Test de Schirmer



Tabla II. Principales síntomas del ojo seco

- Prurito
- Quemazón
- Fotofobia (intolerancia anormal a la luz)
- Sensación de arenilla
- Tirantez
- Presión retroocular
- Sensación de cuerpo extraño (impresión de que hay algo dentro del ojo)

Tabla III. Medidas de precaución ante el ojo seco

- Evitar el viento y las corrientes de aire de ventiladores, aire acondicionado de estancias, automóviles o aviones, manteniendo los ojos cerrados o utilizando gafas cerradas
- Evitar los ambientes secos meteorológicos o de cocinas y fuego. Humedecer las estancias con humidificadores
- Parpadear con frecuencia.
- No leer en la cama con el libro en alto ni trabajar ante el ordenador con la pantalla (fig. 8) a la altura de los ojos, pues son situaciones que favorecen la desecación de la superficie ocular
- Evitar cualquier tipo de irritación ocular (humo de tabaco, corriente de aire, falta de sueño, cloro de piscinas, etc.) a la que el ojo seco tiene menor resistencia

Fig. 3. Conjuntivitis aguda, con hiperemia conjuntival destacada



Fig. 4. Conjuntivitis alérgica (al evertir el párpado se destacan las papilas de la conjuntiva tarsal que le confieren un aspecto aterciopelado)



Tratamiento

El tratamiento del ojo seco debe tener tres objetivos:

- Prevenir y tratar las causas predisponentes.
- Tratamiento higiénico, considerando las medidas preventivas citadas en la tabla III.
- Tratamiento sustitutivo de la lágrima. La mayoría de casos pueden tratarse de forma adecuada con el uso frecuente y durante toda la vida de lágrimas artificiales. La aplicación antes de acostarse de una pomada de lágrimas artificiales puede estar especialmente indicada en aquellas personas que se despiertan con irritación ocular.

OJO ROJO

El denominado ojo rojo es el reflejo de la dilatación de los vasos sanguíneos (hiperemia) de la conjuntiva. La conjuntiva es la membrana que tapiza la parte interna del párpado (conjuntiva palpebral o tarsal), cubre el espacio entre el párpado y el globo ocular (conjuntiva fornicial) y se extiende sobre la esclerótica hacia la córnea (conjuntiva bulbar).

Etiología: conjuntivitis aguda

El ojo rojo puede responder a varias causas: conjuntivitis aguda (fig. 3), iri-

tis aguda (inflamación del iris), glaucoma agudo (aumento de la presión intraocular), episcleritis y escleritis (inflamación de la esclerótica). La tabla IV muestra los rasgos que diferencian entre sí las causas de ojo rojo.

La conjuntivitis aguda es una inflamación de la conjuntiva que se produce en poblaciones con buena higiene y está causada por virus, bacterias y/o procesos alérgicos. La tabla V muestra los rasgos diferenciales de los distintos tipos de conjuntivitis agudas. Este trastorno puede acompañar también al resfriado común y a enfermedades exantemáticas como el sarampión. Puede deberse a irritación por corrientes de aire, polvo, humo, así como a la radiación ultravioleta de lámparas solares o a la reflejada por la nieve. A continuación se describen las tres tipologías de conjuntivitis aguda ya citadas.

Conjuntivitis bacteriana

La conjuntivitis bacteriana no gonocócica suele estar causada por los microorganismos *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.

Las personas afectadas refieren hiperemia conjuntival, secreción purulenta, irritación ocular y que se les quedan los párpados pegados al despertarse por la mañana. Los síntomas son, en general, unilaterales.

Conjuntivitis vírica

Los agentes etiológicos suelen ser adenovirus que tras un período de incubación de 1 a 2 semanas dan lugar a hiperemia conjuntival, secreción acuosa, irritación ocular, secreción que pega los párpados durante la noche y en casos severos, fotofobia y sensación de cuerpo extraño. Con frecuencia se manifiesta en ambos ojos, aunque suele empezar por uno de ellos. Las personas afectadas refieren a menudo el contacto previo con otras personas con conjuntivitis o infecciones respiratorias.

Conjuntivitis alérgica

Este tipo de conjuntivitis se debe a una reacción de hipersensibilidad de tipo I

Tabla IV. Principales rasgos diferenciales de las causas de ojo rojo

Rasgo diagnóstico	Conjuntivitis aguda	Iritis aguda	Glaucoma agudo	Episcleritis/escleritis
Dolor	Quemazón poco intensa	De intensidad moderada, fotofobia	Muy intenso, asociado a náuseas y vómitos	Episcleritis: irritación Escleritis: dolor intenso
Visión	Normal	Disminución moderada	Muy disminuida	Normal
Lagrimo o secreción	Secreción mucosa o mucopurulenta	Lagrimo	Lagrimo	Lagrimo
Hiperemia	Hiperemia conjuntival superficial, bulbar y palpebral	Pericorneal	Pericorneal y periescleral	Área extensa (20-100%) de hiperemia bulbar

Fig. 5. Orzuelo externo en la base de una pestaña



o anafiláctica frente a ciertos antígenos, generalmente pólenes transportados por el aire (fig. 4).

La persona con conjuntivitis alérgica manifiesta hiperemia conjuntival en ambos ojos, secreción acuosa, quemazón y prurito ocular que provoca que se frote los párpados, lo que da lugar a la hinchazón de los mismos. La mayoría presenta también rinitis simultánea, y en muchos casos otras enfermedades atópicas como asma y eccema.

Este tipo de conjuntivitis es recidivante y estacional, siendo los síntomas más notables durante la primavera, el final del verano y el principio del otoño.

Tratamiento

Tanto la conjuntivitis de causa bacteriana como la vírica son contagiosas, por lo que hay que advertir a la persona afectada de que se lave las manos tras tocarse el ojo o las secreciones nasales, que no se toque el ojo sano después de tocarse el infectado y que no comparta toallas ni almohadas. Las secreciones del ojo afectado deben lavarse y éste no debe ser ocluido.

La conjuntivitis vírica es autolimitada: dura de 1 a 3 semanas según su intensidad, por lo que no requiere ni se dispone de tratamiento farmacológico. En el caso de que la conjuntivitis sea bacteriana se trata con antibióticos tópicos, como colirio de sulfacetamida sódica al 10% o trimetoprim/polimixina B a razón de 4 instilaciones diarias durante 7-10 días. La falta de respuesta a los 2 o 3 días indica que la conjuntivitis es secundaria a una bacteria resistente, a un virus o a una reacción alérgica. Las conjuntivitis bacterianas graves pueden requerir el empleo de corticoides tópicos.

En el caso de las conjuntivitis alérgicas debe evitarse la exposición al alérgeno y puede ser útil un tratamiento de desensibilización. La conjuntivitis alér-

Tabla V. Rasgos diferenciales de las conjuntivitis agudas

Etiología	Secreción	Edema palpebral	Adenopatía	Prurito
Bacteriana	Purulenta	Moderado	No	No
Vírica	Clara	Mínimo	Frecuente	No
Alérgica	Clara	Moderado a intenso	No	Intenso

gica leve puede tratarse mediante la combinación de antihistamínico/vasoconstrictor (por ejemplo, un colirio de nafazolina/maleato de feniramina). Si éste resulta insuficiente, cabe optar por un tratamiento tópico con antihistamínico (p. ej., levocabastina), AINE (p. e., ketorolaco) o inhibidores de mastocitos (p.ej., lodoxamina). Los casos graves o recalcitrantes de conjuntivitis alérgica pueden necesitar un tratamiento tópico a base de corticoides.

ORZUELO

El orzuelo corresponde a una infección aguda generalmente por estafilococos que se localiza en el folículo de la pestaña (orzuelo externo) o, con menor frecuencia, en las glándulas de Meibomio (orzuelo interno).

Tipos y sintomatología

El orzuelo externo y el interno presentan algunas diferencias:

Orzuelo externo

Es superficial y se localiza en la base de una pestaña (fig. 5). Suele iniciarse con dolor, enrojecimiento y sensibilidad a la palpación del borde palpebral, continuándose con la formación de una pequeña induración redondeada y dolorosa, en cuyo centro aparece un punto amarillento, indicativo de supuración. Puede acompañarse de lagrimeo, fotofobia y sensación de cuerpo extraño. El absceso acaba rompiéndose, segregando pus y aliviándose el dolor.

Orzuelo interno

Es menos frecuente pero más doloroso que el orzuelo externo. El orzuelo interno (fig. 6) es más profundo y puede verse a través de la conjuntiva, observándose una pequeña elevación o zona amarillenta en el lugar de la glándula afectada. Posteriormente, se crea un absceso hacia el lado conjuntival del párpado que, en ocasiones, se abre a la piel. Raramente se rompe de forma espontánea y es frecuente la recidiva.

Tratamiento

Los antibióticos tópicos no suelen ser eficaces y los sistémicos no suelen estar indicados debido a que los orzuelos son infecciones banales que se

resuelven con prontitud. Para acelerar su curso se puede aplicar compresas calientes (calor seco) durante 10 minutos unas 3 o 4 veces al día.

BLEFARITIS SEBORREICA

La blefaritis seborreica es una inflamación crónica del borde palpebral con formación de escamas grasientas que se pueden retirar fácilmente (fig. 7). Suele asociarse con dermatitis seborreica de cara y cuero cabelludo.

Sintomatología

Muchas de las personas con blefaritis seborreica sufren además ojo seco

Fig. 6. Orzuelo interno en la localización de la glándula de Meibomio



Fig. 7. Blefaritis seborreica: destaca la presencia acompañante de escamas en las cejas, propia de la dermatitis seborreica



Tabla VI. Tratamiento de urgencia frente al traumatismo del globo ocular

- Alivio del dolor mediante inyección intravenosa de 50 mg de meperidina cada 3 horas
- Dilatación pupilar con una gota de ciclopentolato al 1% y otra de fenilefrina al 2,5%
- Colocación de un protector ocular
- Prevención de posibles infecciones mediante antimicrobianos tópicos en colirio (evitar las pomadas, pues en el caso de perforación del globo, pueden penetrar en el ojo)

secundario, que les provoca prurito, quemazón y sensación de cuerpo extraño. También suelen tener antecedentes de orzuelos de repetición.

Tratamiento

El tratamiento de la blefaritis seborreica se centra principalmente en mejorar la higiene del párpado mediante la acción diaria de frotar el borde palpebral con un bastoncillo de algodón impregnado con champú infantil diluido (dos o tres gotas en media taza de agua tibia).

Debido a que con frecuencia se produce la colonización por bacterias secundaria de las escamas, puede estar indicado el uso de una pomada antibiótica (bacitracina/polimixina B o sulfacetamida sódica al 10% 2 veces al día durante 3 meses).

Es muy importante prestar también atención al tratamiento de la dermatitis seborreica que afecta a cara y cuero cabelludo.

INTRODUCCIÓN DE UN CUERPO EXTRAÑO

La presencia de cuerpos extraños en la conjuntiva o la córnea es la lesión ocular más frecuente, aunque también pueden observarse cuerpos extraños intraoculares. Cabe decir que un traumatismo aparentemente sin importan-

cia puede llegar a ser grave si existe una perforación ocular o si se produce una infección secundaria tras la lesión.

Actuación

Primero, hay que evitar que la persona se frote el ojo afectado pues de esta manera puede provocarse una lesión y/o introducir aún más el cuerpo extraño en el interior del ojo.

Ante un posible cuerpo extraño, si el afectado abre por sí mismo el ojo, debe irrigarlo con agua hasta eliminar el objeto. Los cuerpos extraños en la conjuntiva pueden extraerse mediante un bastoncillo de algodón estéril humedecido. En caso de fracasar con estas medidas, hay que ocluir el ojo y mandar al paciente al oftalmólogo.

Cabe decir que los cuerpos extraños de hierro o acero, a menos que sean extraídos inmediatamente, dejan un anillo de óxido en la córnea que debe ser extraído por el oftalmólogo con la ayuda de una lámpara de hendidura.

Una vez extraído el cuerpo extraño, si éste es pequeño, el tratamiento consiste en aplicar pomada antibiótica (p. ej., bacitracina, sulfato de polimixina B, sulfato de neomicina o sulfacetamida sódica al 10%) para prevenir posibles infecciones. Si es un cuerpo mayor, se dilata la pupila con un ciclopléjico de corta duración (como 1 gota de ciclopentolato al 1%), y se aplica también un antibiótico, ocluyendo el ojo con un parche compresivo que mantenga lo mantenga cerrado durante toda la noche. Los corticoides oftálmicos están contraindicados. El epitelio corneal se regenera rápidamente. Mediante oclusión, los defectos grandes se curan en 1-3 días.

Ante la mínima sospecha de perforación ocular (cristales, perdigones, traumatismo punzante) hay que acudir de forma urgente al especialista para la extracción quirúrgica de los cuerpos extraños intraoculares.

CONTUSIÓN PALPEBRAL (OJO MORADO)

La contusión palpebral debe tratarse durante las primeras 24 horas con compresas o bolsas de hielo para disminuir la hinchazón y el edema del párpado. Al día siguiente, se puede acelerar la reabsorción del hematoma mediante compresas o bolsas de calor.

TRAUMATISMOS DEL GLOBO OCULAR

Los traumatismos del globo ocular pueden lesionar de forma grave las estructuras internas del ojo, provocando hemorragia de la cámara anterior o del vítreo, hemorragia o desprendimiento de retina, laceraciones del iris, catarata, luxación del cristalino, glaucoma, fracturas del suelo de la órbita o rotura del globo ocular.

Actuación

Puede ser necesario un tratamiento de urgencia previo a la visita del oftalmólogo que se resume en la tabla VI.

QUEMADURAS

En este apartado cabe comentar las quemaduras palpebrales y las químicas.

Quemaduras palpebrales

Las quemaduras en los párpados deben lavarse de forma cuidadosa mediante solución salina isotónica estéril. A continuación, se aplica una gasa con vaselina o una pomada antimicrobiana (p. ej., eritromicina, clortetraciclina, cloranfenicol, ácido fusídico, gentamicina). Finalmente, hay que colocar vendajes estériles compresivos o una malla circular elástica alrededor de la cabeza hasta que se cure la zona afectada.

Quemaduras químicas

Las quemaduras químicas de la córnea y la conjuntiva pueden llegar a ser graves y requieren de una actuación inmediata mediante la irrigación abundante de agua, cloruro sódico al 0,9% o soluciones suaves al efecto durante al menos 30 minutos. Puede ser necesario tratar inicialmente el dolor con 30-60 mg de codeína por vía oral. Las quemaduras químicas graves requieren el tratamiento especializado de un oftalmólogo para preservar la visión y evitar complicaciones importantes. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Cohen EJ. Cornea and External Disease in the New Millennium. Arch Opht 2000; 118: 979.
 Equipo Merck Sharp & Dohme. Manual Merck (10.ª edición). Madrid: MSD, 1997.
 Gobbels M, Spitznas M. Effects of artificial tears on corneal epithelial permeability in dry eyes. Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol 1991; 229: 345-349.
 Harrison DA, Lawlor D. Experiences in Treating Patients for Blepharitis. Arch Opht 1998; 116: 1133.
 Moss SE, Klein R, Klein B. Prevalence of and Risk Factors for Dry Eye Syndrome. Arch Opht 2000; 118:1264.

Fig. 8. Posición correcta frente al monitor del ordenador

