



● *No todo ojo rojo es una conjuntivitis: diagnóstico diferencial del ojo rojo*

Dr. R. de Felipe Medina. Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintores. Parla (Madrid)

Dr. S. Díaz Sánchez. Médico de Familia Centro de Salud Pintores. Parla (Madrid)

● RESUMEN

El ojo rojo es una de las causas de mayor número de consultas en Atención Primaria. En la mayoría de las ocasiones una buena anamnesis y exploración física nos orientan hacia una primera impresión diagnóstica, que debe ir encaminada hacia la valoración de la gravedad del proceso. En muchas ocasiones se trata de procesos leves pero debemos tener presente siempre patologías más importantes que somos capaces de enfocar con una delicada anamnesis y una buena exploración física. A continuación presentamos un caso de un varón de 28 años que acudió a consulta con un ojo rojo.

Palabras clave: Ojo Rojo, Uveitis, Espondilitis anquilosante.

● INTRODUCCIÓN

El ojo rojo es una de las causas de mayor número de consultas en Atención Primaria¹. Una buena anamnesis y exploración física nos darán una primera orientación diagnóstica que, sobre todo, debe ir encaminada a descartar las patologías potencialmente más graves. El ojo rojo puede ser una manifestación clínica de diversas afecciones, por ello, dentro del diagnóstico diferencial, tenemos que descartar primero patologías de estructuras vecinas (párpados o sistema lacrimal) y tener siempre pre-

sente cinco grupos etiológicos: conjuntiva, córnea, esclera, úvea y glaucoma¹⁻³. Además no debemos olvidar que el ojo rojo puede ser la expresión inicial de diversas patologías sistémicas⁴.

A continuación presentamos el caso de un paciente varón de 28 años que acudió a consulta por un ojo rojo.

● OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente varón de 28 años, sin antecedentes personales de interés, que no refería alergias medicamentosas conocidas, intervenciones quirúrgicas previas ni tratamientos en el momento actual. Acude a consulta refiriendo molestias inespecíficas en el ojo izquierdo. En la anamnesis no nos refiere traumatismos previos ni entrada de cuerpos extraños, tampoco exceso de lacrimo o legaña y no aprecia dolor ni alteraciones en la agudeza visual. En la exploración sólo observamos una leve hipermia conjuntival con una córnea íntegra y sin alteraciones tras teñirla con fluoresceína. Con el diagnóstico de molestias inespecíficas en ojo izquierdo el paciente abandona la consulta indicándole que en caso de persistencia de las molestias o empeoramiento clínico acuda de nuevo a consulta.

48 horas después acude de nuevo, esta vez refiriendo tener un ojo rojo acompañado de dolor ocular y periocular bilateral, aunque más intenso en ojo izquierdo, y disminución de la agudeza visual en dicho ojo. En la exploración física observamos inyec-



dermatitis de contacto, blefaritis alérgicas o seborreicas, orzuelos, chalación, ectropión, entropión e incluso infecciones parasitarias.

Sistema lacrimal: Donde podemos hallar patología como la sequedad ocular, canaliculitis o dacriocistitis.

Conjuntiva y fondos de saco: A este nivel podemos encontrar un enrojecimiento que podemos clasificar en:

- Conjuntival, con distribución de vasos en fórnix y arborización irregular.
- Ciliar, con distribución de vasos en limbo, arborización regular y radial.
- O mixto: Además debemos observar la existencia de exudados y la reacción conjuntival, que puede ser papilar (formaciones que aparecen en conjuntiva palpebral que adoptan papel en mosaico) o folicular (formaciones que aparecen en conjuntiva del fórnix y palpebral en forma de granos de arroz).

Córnea: si es necesario, hay que teñir con fluoresceína para poder apreciar erosiones, dendritas, punteados, etc. Si tiene dolor o fotofobia instilar una o dos gotas de colirio anestésico tópico para facilitar la exploración. La inflamación de la córnea se denomina queratitis y puede ser: actínica (la más frecuente), infecciosa (bacteriana, vírica, fúngica), seca (cuerpo extraño, lentes de contacto), por productos químicos o por trastornos del tejido conectivo. El dolor es la característica principal y se acompaña de inyección de los vasos alrededor de la córnea.

Además hay que valorar en ambos ojos la agudeza visual, los movimientos oculares extrínsecos y el tamaño y reacción de las pupilas^{3,5}.

Con la anamnesis y exploración debemos ser capaces de encuadrar el caso en una de las afecciones de la **tabla 1** y detectar emergencias. Así, como datos fundamentales tenemos:

- Conjuntivitis aguda: Generalmente ojo rojo SIN dolor. Caracterizado por secreción, sensación

de cuerpo extraño, inyección conjuntival, edema y/o quemosis.

- Queratitis: Ojo rojo CON dolor. Aparece inyección conjuntival y ciliar, sensación de cuerpo extraño que evoluciona a dolor, lagrimeo, fotofobia y blefaroespasmos.

- Uveítis anterior: Ojo rojo CON dolor. Existe inyección ciliar, fotofobia, dolor, inflamación en cámara anterior (Tyndall +) y puede haber disminución de la agudeza visual por visión borrosa unilateral. En caso de aparición aguda aparece miopía. En casos crónicos o recurrencias existe una pupila irregular (por sinequias).

- Glaucoma agudo: Dolor intenso, disminución de la agudeza visual, náuseas, vómitos, inyección conjuntival y ciliar, edema corneal, pupila en midriasis media reactiva y ojo duro a la presión (palpar con ambos dedos índice y comparar con el ojo contralateral).

Tabla 2: CAUSAS DE UVEÍTIS ANTERIOR

| | |
|----------------------|---|
| INFECCIOSAS | Bacteriana Especificas Síndromes de Meibom Cornea ulcerosa (Trachoma) Hidradenoma por cristo Escleritis |
| INFLAMATORIAS | Síndrome de Tumorales Herpes Zoster Herpes Simplex Oculares Adenovirus |
| TRASTORNOS | Reumatoide Lúpus Síndrome de Sjögren Melanoma maligno |
| OTRAS | Traumatismo Desprendimiento de retina Bata Síndrome de Hidradenoma Interciliar Inyección |

Tabla 3. DIAGNÓSTICO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

| |
|--|
| A) Historia de dolor e inflamación en el dorso del tronco. |
| B) Limitación del movimiento de la columna lumbar en los planos sagital y frontal. |
| C) Limitación en la expansión torácica con respecto al valor normalizado para edad y sexo. |
| D) Sacroileítis en la radiografía. |

En el caso expuesto anteriormente existía una uveítis anterior con disminución de la agudeza visual por visión borrosa unilateral, lagrimeo, dolor y fotofobia. Además se observaba hiperemia ciliar y enlentecimiento del reflejo pupilar con tendencia a la miosis⁶. Las posibles causas de esta patología las vemos encuadradas en la **tabla 2**.

Entre un 10 y un 60% de los pacientes con espondilitis anquilosante presentan uveítis anterior. Es más frecuente en los hombres y es una iridociclitis de tipo no granulomatoso. Es la manifestación extraarticular más frecuente, es recurrente y puede conducir a daño permanente si no se trata de forma correcta.

El tratamiento de la uveítis anterior se basa fundamentalmente en la aplicación de corticoides tópicos, si bien en ocasiones se deben asociar corticoides sistémicos. Además el colirio ciclopléjico o la atropina al 2% administrados cada 8 horas mejorarán el dolor y evitarán *a priori* la formación de sinequias iridocristalinianas y sus complicaciones⁶.

La espondilitis anquilosante es una enfermedad reumática heterogénea y sistémica caracterizada por la inflamación del esqueleto axial y de las grandes articulaciones periféricas. Es un reumatismo crónico y progresivo, más frecuente en varones (10/1). El HLA-B27 está presente en el 90-95% de los casos y es un factor predisponente. Se presenta generalmente entre la 2ª y 3ª década de la vida.

Clínicamente, el síntoma de presentación suele ser el dolor raquídeo, sobre todo en nalgas y lumbar, nocturno, con rigidez matutina y que disminuye con la actividad. Es una patología que cursa en bro-

tes y que con el tratamiento la invalidez es mínima, resultando muy pocas veces incapacitante. El diagnóstico se basa en criterios clínicos (**tabla 3**) apoyado en aumento de reactantes de fase aguda en analítica (PCR, VSG) y pruebas de imagen (signos de sacroileítis en Rx o en gammagrafía ósea). El tratamiento se basa en alivio del dolor con antiinflamatorios (el más utilizado en la indometacina) y ejercicios de rehabilitación⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lisa V, Marco P, Millan E, Ochoa J. El ojo rojo; Protocolo de emergencias médicas (y II). FMC 1996; 3 supl 3: 24-26.
2. Cano JG, Medina E. Ojo rojo. En: semFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. 1ª Ed. Barcelona: EdiDe, 1999; 726-730.
3. Díaz S, Tejedor A. Diagnóstico diferencial del ojo rojo. En: Ruiz de Adana R, editor. Manual de diagnóstico y terapéutica médica en Atención Primaria. 2ª Ed. Madrid: Díaz de Santos, 1996: 921-989.
4. Cervera R, Font J. Uveítis y enfermedades sistémicas (Editorial). Med Clin (Barc) 1997; 109: 792-794.
5. Costa-Vila J, Porta J, Amias V. Tratamiento tópico de las enfermedades oculares en atención primaria. Utilidad e indicaciones principales. FMC 1998; 5(1): 64-70.
6. Asbury T. Uvea. En: Vaughan D, Asbury T, Tabbara KF. Oftalmología General. 9ª Ed. México: Editorial El Manual Moderno SA, 1991; 129-142.
7. Lience E. Espondiloartropatías. En: Farreras P, Rozman C. Medicina Interna 12ª Ed. Barcelona: Doyma, 1992; 1028-1038.