



TRATAMIENTO DE LA CONJUNTIVITIS

Introducción

La conjuntivitis puede ser infecciosa o alérgica. La conjuntivitis infecciosa puede ser originada por una bacteria, un virus o un hongo. En general, la conjuntivitis bacteriana es mucho más frecuente que la vírica o la fúngica, aunque las estimaciones varían enormemente(1).

Los diferentes tipos de alergia conjuntival son un frecuente motivo de consultas tanto a los médicos de Atención Primaria como a los oftalmólogos. Además en los últimos años se ha observado un incremento de la frecuencia de estos tipos de alergia conjuntival por causa de medicamentos y soluciones oftálmicas, por el uso de lentes de contacto y por incremento de la polución atmosférica.

Los fenómenos alérgicos en general afectan a más del 15% de la población, con una mayor prevalencia en los países occidentales industrializados en los que alcanza hasta un 30%. La alergia afecta a diferentes órganos tales como los ojos, nariz y senos nasales, oído, pulmones y piel. Sin embargo, el componente ocular es probablemente el más frecuente y el más incapacitante. Algunos pacientes se ven afectados solo durante unas pocas semanas o meses, mientras que otros presentan síntomas que perduran a lo largo de todo el año.

Los costes sanitarios asociados a la conjuntivitis alérgica han sido estimados, en general, junto con los de la rinitis alérgica y se han cifrado en los EEUU en 5.9 billones de \$. Un 25% (1.5 billones) está relacionado con el uso de medicamentos. Las ventas relacionadas con la prescripción de medicamentos en los últimos 10 años en los EEUU han crecido desde 6 millones de \$ en 1990 a más de 200 millones de \$ al comienzo del nuevo milenio con una perspectiva de expansión continuada del 25% anual (2). Esto es, probablemente, debido a la mejora de los medicamentos de prescripción y su claro beneficio sobre la eficacia de los productos OTC, así como por el precio más elevado de los nuevos agentes tópicos (agentes de acción múltiple) en relación a lo que costaban los antiguos.

Los nuevos medicamentos tópicos tienen acciones múltiples que incluyen un efecto antihistamínico que proporciona un alivio inmediato y un efecto retardado para que actúe sobre los mediadores de la fase tardía, como el glaucoma o la catarata, sin los efectos secundarios de los esteroides.

Definición y clasificación

Con el término de alergia conjuntival se incluyen una serie de procesos y de mecanismos fisiopatológicos complejos en los que intervienen reacciones de hipersensibilidad tipo I. Clínicamente se caracteriza por la presencia de picor, escozor, quemazón, secreción acuosa o lagrimeo, enrojecimiento, y reacción ocular conjuntival. Generalmente en pacientes que padecen otros síntomas concomitantes de atopia.

Hay estudios que han demostrado un componente hereditario importante y una relación estrecha con la atopia. Se estima que de los pacientes que padecen algún trastorno alérgico, un 18% presenta rinitis y/o conjuntivitis alérgica, un 10% alteraciones alérgicas cutáneas y un 4.4% asma bronquial (3).

La alergia conjuntival se clasifica en 4 tipos o categorías:

- Conjuntivitis alérgica (CA) o rinoconjuntivitis alérgica, reacción de hipersensibilidad tipo I.
- Queratoconjuntivitis atópica (QCA), reacción tipos I y IV.
- Queratoconjuntivitis vernal (QCV), reacción tipos I y IV.
- Conjuntivitis papilar gigante (CPG), reacción tipos I y IV.

Todas ellas responden a una etiología inmune mediada por lo menos por IgE. Algunos autores añaden a esta clasificación la conjuntivitis de contacto que corresponde solo a una reacción tipo IV, o sea, a una respuesta inmunitaria celular.

Generalmente son afecciones de buen pronóstico aunque el mismo depende del tipo de alergia conjuntival y del grado de afectación ocular. La alteración de la visión solamente se presenta cuando existe afección corneal, circunstancia que empeora de forma importante el pronóstico. Esto solo ocurre en las queratoconjuntivitis, tanto atópica como vernal que, afortunadamente, son las menos frecuentes pero más difíciles de tratar.

El diagnóstico de la enfermedad debe ser realizado por un oftalmólogo.

Conjuntivitis alérgica o rinoconjuntivitis

La CA es muy frecuente en la población en general. Normalmente se presenta estacionalmente (conjuntivitis alérgica estacional) aunque en algunos casos puede persistir durante todo el año. Los alérgenos causales pueden ser pólenes, restos epiteliales de animales u otros antígenos ambientales, dependiendo de las diferentes regiones.

La mayoría de las RA se presentan en la infancia. Muchos niños se desensibilizan en la pubertad, pero un 50% aproximadamente se vuelven a sensibilizar durante su vida adulta siendo la incidencia máxima, tanto en el hombre como en la mujer, entre los 18 y 35 años. Los síntomas más frecuentes son el prurito ocular que es el más común, el lagrimeo, la fotofobia y la quemazón; todos ellos están sometidos a exacerbaciones y remisiones durante la estación dependiendo del clima y la actividad del paciente empeorando en días calurosos y secos.

El tratamiento primario consiste en intentar evitar el contacto con el alérgeno implicado que no siempre es fácilmente identificable, pero se pueden tomar medidas para minimizar el contacto. Los lavados conjuntivales con suero fisiológico para arrastrar con él los alérgenos adheridos, o la aplicación de compresas de agua fría o bolsas de hielo, alivian parcialmente la sintomatología. Cuando se trate de una polinosis, se debe evitar salir al campo en la estación de la polinización, aconsejar el uso de gafas de sol y tener las ventanas cerradas tanto en la casa como en el coche. Si se trata de ácaros, se debe desinfectar la habitación del paciente con algún acaricida y tomar las medidas adecuadas para evitar la acumulación de polvo en la casa. Si la causa es la presencia de un animal doméstico se debe evitar el contacto.

El tratamiento farmacológico de primera elección para la CA es, actualmente, la aplicación de gotas oftálmicas de *Nedrocromil sódico* ya que tiene una mayor potencia para estabilizar la membrana de los mastocitos que el *Cromoglicato*, y es más cómodo de aplicar, cada 12 horas para el primero, en vez de cada 6 horas para el segundo. El tratamiento debe iniciarse 15 ó 30 días antes de que comience la estación del alérgeno. Ambos fármacos son eficaces para aliviar la sintomatología leve o moderada y sus efectos secundarios son mínimos. Normalmente, el control de los síntomas requiere, al menos, de 10 a 15 días de tratamiento. Otro fármaco más reciente para uso tópico es la Iodoxamina que, además de actuar como estabilizador de la membrana de los mastocitos, actúa también estabilizando la membrana de las células epiteliales, por lo que sus efectos son más potentes y sus efectos secundarios también mínimos y se administra cada 12 horas.(4)

Con bastante frecuencia estos tratamientos no controlan suficientemente la sintomatología durante toda la estación de máxima polinización, en este caso hay que añadir al tratamiento un antihistamínico tópico oftálmico (*Emedastina* o *azelastina*) que se administran cada 6, 8 ó 12 horas y que tienen, asimismo, efectos secundarios mínimos. La *levocabastina 0.05%* es otra posible alternativa que tiene una acción rápida y duradera.(5)

Los antihistamínicos se han utilizado durante mucho tiempo asociados a un vasoconstrictor tópico pero, por lo general, esta asociación no es indicada. Cuando la CA va acompañada de rinitis es aconsejable administrar también un antihistamínico por vía nasal. Solo excepcionalmente y en casos graves de CA puede ser necesaria la terapia combinada con *glucocorticoides* tópicos que resultan muy eficaces por el alivio de los síntomas pero, puesto que se trata de una dolencia benigna y recurrente, solo deben aplicarse en casos graves que son muy infrecuentes. Además los corticoides se han asociado con glaucoma, cataratas e infecciones corneales, efectos secundarios graves. Algunos corticosteroides con modificaciones moleculares de su estructura, los hacen más útiles y menos peligrosos para el tratamiento de los problemas alérgicos oculares (6). Por consiguiente, el oftalmólogo debe ser quien indique la conveniencia o no de aplicar corticoides en un caso concreto.

Otro grupo de fármacos que se utilizan en CA son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Dentro del grupo los más empleados son el *Ketorolaco* y *Trametamol al 0.5%* y el *Flurbiprofeno* tanto por vía oral como en solución tópica al 0.03%. La inmunoterapia se ha empleado recientemente y con buenos resultados, en casos de conjuntivitis muy graves y resistentes a los tratamientos anteriores.

Queratoconjuntivitis atópica (QCA)

Hogan definió este término para pacientes con conjuntivitis crónica y queratitis progresiva en presencia de dermatitis atópica. Se trata de una afección mucho menos frecuente que la CA.

Las alteraciones oculares son frecuentes en pacientes con dermatitis atópica ya que se presentan en un 25-40% de casos, con una edad media entre los 30 y 50 años. Durante la infancia es infrecuente pero, cuando se presenta, puede conducir a la ceguera. La sintomatología es inespecífica con picor, lagrimeo, enrojecimiento, quemazón, fotofobia y abundante secreción mucosa y siempre es bilateral. Cuando es grave, la fotofobia puede llegar a impedir al paciente abrir los ojos. Los síntomas empeoran en ambiente caluroso. Es una enfermedad crónica que muchas veces persiste hasta los 50 ó 60 años de edad.(7)

Puede haber eccema parpebral, blefaritis, conjuntivitis cicatrizante y ulceración corneal que compromete la visión. Los pacientes que sufren QCA suelen tener trastornos del comportamiento que les hace ser poco cumplidores con los tratamientos y agresivos con sus familiares.

Complicaciones de la enfermedad son la queratopatía grave, que puede aparecer hasta en un 75% de casos, cataratas atópicas (8-10% de casos), preferentemente en niños y adultos jóvenes y que suelen aparecer, al menos, 10 años después de la afectación cutánea pero que, una vez ha comenzado, evoluciona a la opacidad en 6 meses. La blefaritis estafilocócica secundaria, las sobreinfecciones herpéticas y bacterianas de la córnea y, más raramente, el desprendimiento de retina, son otras complicaciones que pueden aparecer en esta enfermedad.

El principal objetivo del tratamiento es buscar el efecto antiinflamatorio. Los antihistamínicos tópicos son efectivos y por vía sistémica pueden ayudar a reducir algunos síntomas como el escozor y lagrimeo. Los estabilizadores de la membrana de los mastocitos se emplean para el tratamiento profiláctico y de mantenimiento y ayudan a reducir la necesidad de corticoides en los casos graves y en las épocas de máxima actividad del proceso patológico que, administrados durante cortos periodos de tiempo para evitar sus efectos secundarios, ayudan a reducir la inflamación y el edema.

Recientemente se ha utilizado la *Ciclosporina A* por vía tópica y sistémica, siendo esta última una alternativa en los casos graves (8).

En casos graves resistentes, puede ser preciso el trasplante de córnea y las cataratas se tratan quirúrgicamente.

Queratoconjuntivitis vernal (QCV)

Se trata de una enfermedad relativamente infrecuente de carácter crónico, bilateral y que cursa con trastornos inflamatorios oculares externos y se asocia a factores climáticos, más frecuente en climas cálidos. Los niños la sufren con mayor frecuencia con una incidencia máxima entre los 11 y 13 años. Es muy raro que se presente antes de los 3 años.

Las lágrimas de estos pacientes contienen elevadas cantidades de IgE y de IgE alérgeno-específica, por lo que se cree que la enfermedad es de origen alérgico pero, no es frecuente que se pueda identificar un agente causal específico.

El signo más típico es la presencia, incluso a simple vista, de papilas gigantes en la conjuntiva palpebral superior, se presenta en forma bilateral y se acompaña de prurito persistente, irritación, sensación de presencia de un cuerpo extraño y secreción mucosa notable. Si hay afectación de la córnea es un indicador de gravedad.

Deben modificarse las condiciones ambientales del paciente procurándole un ambiente fresco y húmedo, pueden hacerse aplicaciones de compresas frías o bolsas de hielo con el fin de aliviar parcialmente los síntomas.

El tratamiento farmacológico se realiza con antihistamínicos, estabilizadores de la membrana de los mastocitos y glucocorticoides. A veces, y durante cortos períodos deben emplearse glucocorticoides sistémicos y tópicos, siempre bajo el control del oftalmólogo. También se emplean los AINES tópicos. Los resultados conseguidos con *Ciclosporina A* son contradictorios.

Conjuntivitis papilar gigante (CPG)

Es una afección que se asocia con el uso de lentes de contacto, especialmente las de tipo blando, o a portadores de prótesis oculares y a las suturas corneales y conjuntivales (9). Es de etiología desconocida aunque se cree que los pacientes alérgicos tienen una mayor predisposición a padecer esta enfermedad. El cuadro clínico es semejante al de

QCV con presencia de papilas gigantes que pueden alcanzar un diámetro de 1 mm en la conjuntiva del párpado superior. El paciente sufre escozor intenso, enrojecimiento secreción mucosa importante y dolor.

Las medidas a tomar en la CPG son fundamentalmente las siguientes:

- Disminuir los posibles depósitos que se puedan acumular y, para ello, hay que limpiar bien las lentes de contacto cada vez que se empleen utilizando soluciones limpiadoras y lubricantes *sin tiomersal*. Se puede usar suero salino sin conservantes. Igualmente hay que limpiar diariamente las prótesis con jabón de tocador o champú del que se emplea para niños.
- Reducir el tiempo de contacto con las lentes o la prótesis. Evidentemente con las prótesis es más difícil limitar el tiempo de contacto. Cada paciente debe ser instruido para conseguir el mantenimiento más adecuado de la prótesis.
- Buscar las lentes de contacto y prótesis mejores para el paciente. Como hemos dicho, las lentes blandas se asocian con mayor frecuencia a la CPG que las lentes duras y cuanto mayor curvatura tenga la lente, mayor será el traumatismo que puede producir en la conjuntiva del párpado. Asimismo, las lentes de mayor diámetro tienen mayor superficie de contacto y por tanto, son también peores.

Desde el punto de vista farmacológico, se emplean estabilizadores de membrana (*Cromoglicato o nedocromil*) que son eficaces cuando la intensidad del trastorno es moderada, ya que reduce el escozor y la secreción mucosa. La *Iodoxamina* es otro estabilizador de la membrana de los mastocitos más potente que el *cromoglicato*. También han demostrado eficacia los AINES como el *ketorolaco*. Los corticoides, aunque son eficaces, están contraindicados por la incidencia de complicaciones con esta patología.

Conjuntivitis de contacto (CC)

El ojo es uno de los órganos que se ve afectado con mayor frecuencia en los casos de dermatitis de contacto. La manipulación de detergentes, jabones y otros muchos productos químicos, pueden desencadenar una reacción de dermatitis de contacto. El uso de cosméticos, lápices de ojos y cejas, cremas faciales y, ocasionalmente, los esmaltes de uñas, pueden afectar a la piel de las cejas y a los párpados. A veces, los propios preparados oculares, pueden contener sensibilizantes. Tal es el caso del *Sulfato de neomicina, atropina y derivados* y el *Timersal*. Por lo tanto no resulta extraño que pacientes que inician tratamiento para un ojo rojo, experimenten una mejoría inicial y luego desarrollan una CC por causa de los colirios empleados.

La sintomatología de la CC consiste en quemosis, escozor, secreción acuosa y una reacción papilar en la conjuntiva con importante vasodilatación. La piel de los párpados puede estar enrojecida, edematosa y llegar a ulcerarse. En casos graves puede haber erosiones corneales y opacidades de distintos tamaños.

El tratamiento más adecuado es el de eliminar el agente sensibilizante, si se trata de un colirio, solución o pomada oftálmica, cambiando a otro preparado que no contenga sustancias irritativas, puede ser suficiente. La aplicación de compresas frías mejora las lesiones agudas del párpado. En los casos graves pueden emplearse los corticoides aunque, generalmente, no son precisos.

Conjuntivitis Infecciosa

La mayor parte de las infecciones oculares son producidas por bacterias, las producidas por virus u hongos son mucho menos frecuentes. La conjuntivitis infecciosa, al igual que la blefaritis, son infecciones superficiales que tienen carácter auto-limitante, es decir que en 2-5 días, el 64% de ellas remiten espontáneamente. Sin embargo, el tratamiento con antibióticos tópicos mejora sensiblemente los resultados y parece que su beneficio en la remisión microbiológica de la infección, se mantiene durante más tiempo.

Las infecciones superficiales tales como la conjuntivitis infecciosa y la blefaritis se tratan efectivamente con agentes tópicos. Otras infecciones más graves, pueden requerir la administración de inyecciones subconjuntivales u otras vías de administración.

Las precauciones a tomar para la utilización de antibióticos por vía sistémica son también aplicables a la vía tópica, pues su uso indiscriminado puede llevar a la aparición de resistencias y de hipersensibilidad, lo cual es especialmente cierto para la utilización de aminoglucósidos para infecciones triviales. En la tabla 1 damos una lista no exhaustiva de los preparados de antibióticos por vía tópica. En la tabla 2 se exponen los preparados antivirales y antifúngicos tópicos.

Tabla 1.- Antimicrobianos oftálmicos

Antibiótico	Forma farmacéutica/dosis/concentración
Bacitracina	Pomada 500 unidades/g
Cloranfenicol	Pomada 1%, Solución 0.05, 0.16, 0,5 y 1%
Ciprofloxacino	Solución 0.3%
Eritromicina	Pomada 0.5%
Gentamicina	Pomada y solución 0.3%
Norfloxacino	Solución 0.3%
Sulfacetamida	Solución 10, 15 y 30%; Pomada 10%
Sufisoxazol	Solución 4%, pomada 4%
Tetraciclina	Pomada 1%
Clortetraciclina	Pomada 1%
Tobramicina	Solución 0.3%, Pomada 0.3%
<i>Asociaciones</i>	
Pomada con: Neomicina 0.35%, Polimixina B 10.000 unid/g, Bacitracina 500 unid/g	
Pomada con: Polimixina B 10.000 unid/g, Bacitracina 500 unid/g	
Pomada o solución con: 10.000 unid/g ó ml, Neomicina 0.3%	
Pomada con: Oxitetraciclina 0.5%, Polimixina B 10.000 unid/g	
Pomada con: Trimetoprim 0.1% , Polimixina B 10.000 unid/g	

Tabla 2.- Antivirales y antifúngicos oftálmicos

Medicamento	Frmadosis/concentración	Dosis usual
<i>Antivirales</i>		
Idoxuridina	Solución 0.1%, Pomada 0.5%	Sol.cada h durante el día, cada 2h de noche, 10-21 días
Vidarabina	Pomada 3%	5 aplicaciones/día, 14-21 días
Trifluorotimidina	Solución 1%	9 aplicaciones/día, 14 días
<i>Antifúngicos</i>		
Natamicina	Suspensión 5%	Cada 1-2 h durante 3-4 días y luego, 8 vec/día, durante 14-21 días

Bibliografía

1. Fitch CP, Rapoza PA, Owens S, et al. Epidemiology and diagnosis of acute conjunctivitis at an inner-city hospital. 1989;96: 1215-20.
2. Bielory L. Update on ocular allergy treatment. Expert Opinion Pharmacother 2002 May; 3(5): 541-53.
3. Redondo MJ, del Olmo A., Herreras JM. Alergia conjuntival: formas clínicas. Med Clin 2001; 116: 350-54.
4. Spraul CW, Lang GK. Allergic and atopic diseases of the lid, conjunctiva and cornea. Curr Opin Ophthalmol 1995; 6: 21-26.
5. Bahmer FA, Ruprecht KW. Safety and efficacy of levocabastine compared with oral terfenadine. Ann Allergy 1994; 72: 420-34.
6. Friedlaender M. Overview of ocular allergy treatment. Curr Allrgy Asthma Rep 2001: Jul; 1(4): 375-79.
7. Hogan MJ. Atopic keratoconjunctivitis. Ann J Ophthalmol 1953; 36: 937-47.
8. Hoang Xuan, Prisant O, Hannouche D, Robin H. Sistemic cicloporine A in severe atopic conjunctivitis. Ophthalmology 1997; 104: 1300-5.
9. Meisler DM, Keller Wb. Contact lens type, material and deposits and giant papillary conjunctivitis. CLAO J 1995; 21: 77-80.
10. Sheikh A, Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: a systematic review. ACP J Club 2002 Jan-Feb; 136(1): 22.

DICAF *Selecciones*

Bibliografía del Sistema de Información Científica DICAF (Digest Científico para Atención Farmacéutica)

S01G DESCONGESTIVOS OCULARES

CONJUNTIVITIS

PAM 2001; 25: 360-62

Tratamiento

La conjuntivitis consiste en una inflamación de la conjuntiva producida por una infección bacteriana, vírica, fúngica, por alérgenos (polen o fármacos), o por irritantes físicos/químicos. Generalmente es bilateral y de carácter benigno. Los síntomas son secreción moderada o abundante, ausencia de dolor, prurito ocular, sensación de cuerpo extraño y leve fotofobia. No hay afectación pupilar ni disminución de la visión. A veces puede producirse lesión corneal.

Cuando hay picor conjuntival, estornudos y descarga nasal asociada a rinitis alérgica se suelen administrar antihistamínicos orales, aunque los nasales u oftálmicos son una buena alternativa. Los antihistamínicos reducen la inflamación conjuntival de origen alérgico a través de la acción bloqueante de los receptores H1 de la histamina. El grupo de antihistamínicos oftálmicos lo forman principios activos como azelastina, clorfenamina, emedastina, levocabastina, lodoxamida y antazolina. A veces se asocian agentes vasoconstrictores de tipo adrenérgico (epinefrina, fenilefrina, nafazolina, oximetazolina, tetrazolina) para reducir la congestión conjuntival.

Los antialérgicos no antihistamínicos (cromoglicato, nedocromilo) previenen la liberación de histamina y otros mediadores de la inflamación inducida por alérgenos. Existen formas farmacéuticas que combinan uno o dos fármacos de los mencionados anteriormente junto a sustancias astringentes (sulfato de zinc, Hamamelis), anestésicos locales (procaína) o antisépticos (ácido bórico, cloruro de benzalconio,...).

Si la secreción es abundante se suelen emplear colirios con antibiótico de amplio espectro (tetraciclinas, cloranfenicol, rifampicina). La posología inicialmente sería 1 gota cada 2-4h durante 48 horas y luego, 1 gota cada 4-6 horas hasta completar una semana de tratamiento.

Si la conjuntivitis es debida a clamidias se emplean las pomadas oftálmicas de tetraciclina o eritromicina, asociadas a tratamiento oral (doxiciclina 100mg/12h o eritromicina 500mg/6h) durante 3 semanas. La etiología de la conjuntivitis determinará cuál es el tratamiento más adecuado. La conjuntivitis vírica resuelve de manera espontánea en 1-2 semanas.

S01A ANTIINFECCIOSOS PARA ADMINISTRACION OFTALMOLOGICA

LOMEFLOXACINO

Inf Ter Sist Nac Salud 2000; 24 (4): 106-7

Otra fluoroquinolona ocular

El lomefloxacino, quinolona de tercera generación, indicada en forma farmacéutica colirio para la administración ocular en infecciones superficiales del ojo y anexos debidas a bacterias sensibles: conjuntivitis, úlcera corneal infecciosa, blefaritis, orzuelo e infecciones post-operatorias.

El lomefloxacino actúa interfiriendo en los procesos de transcripción, replicación y transposición del DNA bacteriano y como consecuencia produce la muerte bacteriana.

Tiene un amplio espectro de acción frente a bacterias gram positivas y gram negativas con rara aparición de resistencias.

Sólo se disponen datos de su biodisponibilidad por vía oral pero se presupone que la absorción por vía sistémica es nula. La posología recomendada es 1 gota 3 veces al día en el saco conjuntival afectado, la duración del tratamiento queda disponible al criterio médico. Los efectos adversos descritos son escozor y quemazón en el momento y lugar de instilación. Está contraindicado en caso de hipersensibilidad a las fluoroquinolonas y por falta de experiencia no se recomienda en mujeres embarazadas ni durante el período de lactancia.

Es recomendable no usar lentes de contacto durante la instilación.

La eficacia del lomefloxacino es superior (10veces) a la del ciprofloxacino pero no ha mostrado ninguna ventaja clínica sobre las fluoroquinolonas utilizadas por vía oftálmica.

S01 ANTIINFECCIOSOS OFTALMOLOGICOS

INFECCIONES OCULARES

PAM 1995; 19: 632-638

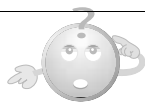
Conjuntivitis

La conjuntivitis suele ser de carácter benigno y bilateral. Se puede sospechar una conjuntivitis bacteriana si la secreción es muy abundante y purulenta, en cuyo caso se administran colirios con antibióticos de amplio espectro (tetraciclinas, cloranfenicol, rifampicina, etc), al principio a razón de 1-3 gotas cada 2-3 horas, durante 2 días, y posteriormente cada 4-6 h hasta 7-10 días. Para evitar contagios es esencial mantener el ojo limpio de secreciones y usar toallas individuales. Las conjuntivitis víricas se resuelven espontáneamente en 1-2 semanas. Las conjuntivitis alérgicas provocan escasa secreción ocular y gran prurito ocular así como nasal y faríngeo, afectan a ambos ojos y en ocasiones causan un importante edema conjuntival. Debe administrarse un colirio de cromoglicato disódico (CUSICROM^o) cada 4-6 horas. Como norma, se deben evitar los colirios de penicilina ya que favorecen la sensibilización al fármaco, así como también los enjuagues con agua y sal o manzanilla, ya que aumenta la posibilidad de aparición de eczema. Tampoco se deben usar corticoides tópicos, salvo en indicaciones muy específicas.

Información de nuevos medicamentos



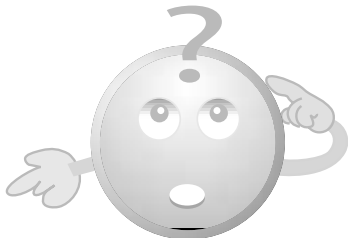
Aporta mejoras



Eventualmente útil



No aporta nada nuevo



VALGANCICLOVIR

El valganciclovir es un profármaco del ganciclovir que se administra por vía oral. Este profármaco ha sido diseñado para aumentar la absorción oral del ganciclovir que es muy baja.

Indicaciones

Tratamiento de inducción y mantenimiento de la retinitis por citomegalovirus (CMV) en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Posología

Dosis de inducción: 900 mg/12h vía oral durante 21 días.

Dosis de mantenimiento: 900 mg/24 h vía oral.

El valganciclovir debe administrarse junto con las comidas.

Mecanismo de acción

El valganciclovir es un éster del ganciclovir que hace que se absorba por vía gastrointestinal con una biodisponibilidad alta. En el plasma se convierte en ganciclovir que es el compuesto que tiene actividad sobre el CMV, el virus del herpes simple, virus varicela-zóster, virus Epstein-Barr y virus de la hepatitis B.

En las células, el ganciclovir es fosforilado a monofosfato de ganciclovir. Este proceso está catalizado por una enzima viral. Posteriormente vuelve a fosforilarse dando lugar al trifosfato de ganciclovir que es un falso sustrato que provoca la inhibición del proceso de replicación del virus.

Farmacocinética

La biodisponibilidad del valganciclovir tras la administración oral es de un 60%.

El valganciclovir es rápidamente hidrolizado en el plasma y se convierte en ganciclovir que es el responsable de la acción terapéutica. Un porcentaje importante de ganciclovir es excretado inalterado por el riñón principalmente por filtración glomerular y secreción tubular activa.

Efectos adversos

Los efectos adversos más importantes son:

- A nivel hematológico: anemia (26%), neutropenia (27%) y trombocitopenia (6%). La anemia es más frecuente con el valganciclovir que con el ganciclovir oral.
- A nivel del sistema nervioso central: dolor de cabeza (22%), insomnio (16%) y neuropatía periférica.
- A nivel gastrointestinal: náuseas (30%), más frecuente que con ganciclovir, dolor abdominal (15%), diarrea (41%), vómitos (21%).

Contraindicaciones y precauciones

- Sensibilidad al valganciclovir o al ganciclovir
- Neutropenia, trombocitopenia y anemia.

El valganciclovir debe administrarse junto con las comidas ya que aumenta en un 30% el área bajo la curva del ganciclovir y aumenta las concentraciones máximas de ganciclovir en un 14%.

Papel en terapéutica

Comparando el valganciclovir oral frente al ganciclovir intravenoso en 160 pacientes con retinitis por CMV los resultados fueron los siguientes: el valganciclovir tuvo una respuesta satisfactoria en un 72% frente a un

Información de nuevos medicamentos

77% del ganciclovir IV. El tiempo medio de progresión de la enfermedad fue de 160 días con valganciclovir y 125 días en los pacientes tratados con ganciclovir.

En estudios abiertos los pacientes tratados con valganciclovir muestran una progresión de la enfermedad en un 17% de los casos, siendo el período de seguimiento de un año. Los efectos adversos fueron similares a los detectados anteriormente con el ganciclovir oral.

Conclusiones

El tratamiento con valganciclovir por vía oral frente al tratamiento con ganciclovir por vía intravenosa supone una mejora en el tratamiento de mantenimiento de la retinitis por CMV que es continuado.

El valganciclovir puede ser una alternativa interesante puesto que tiene una tasa de respuesta parecida al ganciclovir pero, en cambio, puede mejorar la calidad de vida de los pacientes ya que actualmente deben someterse a tratamientos intravenosos continuados.

Faltan estudios comparativos con cidofovir o foscarnet aunque, estos fármacos también tienen como desventaja la necesidad de administrarse por vía intravenosa.

Por tanto, podemos considerar al valganciclovir como una innovación moderada ya que no aumenta la tasa de respuesta a la enfermedad pero sí supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Diponibilidad comercial

Principio activo	Nombre comercial	PVP
Valganciclovir	Valcyte® 450 mg 60 comp	ROCHE FARMA 1447.53 €

Diagnóstico Hospitalario

Bibliografía

1. Anónimo. Valganciclovir. PAM 2003; 261:270-274.
2. DrugdexInformation System. MICROMEDEX Inc. Englewood, Colorado. Volumen 117. Drug Evaluation Monograph of valganciclovir.
3. Base de datos del medicamento. [RTF bookmark start: _Hlt26609123][RTF bookmark end: _Hlt26609123]
4. Martin DF et al. A controlled trial of valganciclovir as induction therapy for cytomegalovirus retinitis. N Engl J Med 2002; 346: 119-26.



DICAF, S.L.

Comité de Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

Miquel Aguiló (FCC) • Gloria Alba (FCH) • Joan Altimiras (FCH) • Manel Ballester (Cardiólogo) • Josep Barrio (Infectólogo) • Salvador Benito (Intensivista) • Xavier Bonafont (FCH) • Joaquim Bonal (FCH) • Patricia Bravo (FCH) • Neus Caelles (FCC) • Daniel Cardona (FCH) • Federico Castillo (FCH) • Isabel Castro (FCH) • Anna Clopés (FCH) • Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad de Salamanca) • Rosa Farré (FCH) • M.^a José Faus (Prof. Titular Universidad de Granada) • Benet Fité (FCC) • Jordi Foncuberta (Hematólogo) • Miquel Franco (Internista) • Pilar Gascón (FCC) • M.^a Rosa Güell (Neumólogo) • Gemma Guinovart (Pediatra) • Eduard Hidalgo (FCH) • José Ibáñez (FCC) • Cristina de Irala Indart (FCH) • Francesc Jané (Farmacólogo Clínico) • Rosa Jordana (FCC) • Fernando Fernández Llimós (FCC) • Milagros García (FCH) • M.^a Antonia Mangues (FCH) • Francisco Martínez (FCC) • Indro Mattei (FCC) • Lluís Mendarte (FCH) • Josep Monterde (FCH) • Rita Moreira (FCH) • M.^a Estela Moreno Martínez (FCH) • Margarita Ramoneda (FCC) • Gema Rodríguez Trigo (Neumóloga) • M.^a Luisa Sala (FCH) • Joaquim Sanchís (Neumólogo) • Amparo Santamaría (Hematóloga) • Pablo Torreadella (Medicina y Cirugía) • Laura Tuneu (FCH) • Guillermo Vázquez (Internista e Intensivista)
(FCH) = Farmacéutico Clínico Hospitalario – (FCC) = Farmacéutico Clínico Comunitario

Información y suscripciones:

DICAF, S.L. – C/. Muntaner, 560, pral. 1.^a – 08022 BARCELONA
Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 – E-mail: dicaf@dicaf.es – WEB: <http://www.dicaf.es>

Edita: The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L.
c/. Muntaner, 560, pral. 1.^a - 08022 BARCELONA
ISSN: 1575-3611 - N.I.F.: B-61640439
Impreme: Gráficas Gispert, S.A. - Depósito Legal: GI-557/1999