

INFECCIONES OFTÁLMICAS

El globo ocular es un órgano esférico de unos 25 mm de diámetro. Contiene el cristalino y dos cámaras llenas de líquido. Está envuelto por cuatro capas de tejido especializado: la córnea y la esclerótica; el tracto uveal (iris, cuerpo ciliar y coroides); el epitelio pigmentario y la retina.

Todos estos tejidos deben ser transparentes por lo que, aquellas patologías que reduzcan la transparencia de cualquiera de ellos, reducirán la capacidad visual. La exposición de la superficie ocular a los agentes externos la hacen especialmente vulnerable a las infecciones.

Las infecciones oculares pueden ocurrir en distintas partes del ojo y afectar sólo a un ojo o a ambos. Comúnmente son de origen bacteriano o viral, las infecciones fúngicas son menos habituales. Los síntomas de las infecciones oculares pueden incluir enrojecimiento, prurito, hinchazón, secreciones, dolor o problemas de visión. El tratamiento depende de la causa de la infección y puede incluir compresas, colirios, pomadas, etc.

Blefaritis

La blefaritis es una inflamación del borde del párpado, concretamente de los folículos de las pestañas. Está causada por la proliferación excesiva de bacterias que normalmente se encuentran en la piel (generalmente *Staphylococcus aureus* y estreptococos). Es un trastorno bastante común que puede afectar a cualquier grupo de edad.

El diagnóstico se realiza a partir de una evaluación de los párpados que aparecen rojos e irritados con escamas que se pegan a la base de las pestañas. Puede complicarse con pérdida de las pestañas y posición invertida de éstas. Es común el picor, la quemazón de los bordes del párpado, y la irritación conjuntival con fotofobia y lagrimeo.

El tratamiento incluye la limpieza diaria y exhaustiva de los bordes del párpado. En algunos casos se puede asociar el uso de lágrimas artificiales y antibióticos tópicos (tetraciclina) para reducir la carga bacteriana.

La blefaritis normalmente es de curso crónico con exacerbaciones de los síntomas que se pueden controlar con una adecuada higiene diaria de los párpados.

Hay dos tipos de blefaritis, ulcerosa o estafilocócica y no ulcerosa o seborreica.

La blefaritis ulcerosa o estafilocócica se caracteriza por presentar una supuración crónica de los folículos de las pestañas que en ocasiones se rompen formando úlceras superficiales. La blefaritis no ulcerosa o seborreica se caracteriza por la presencia de abundantes escamas blancas que engloban la raíz de las pestañas y que suele ir acompañada de conjuntivitis. Se puede acompañar de seborrea del cuero cabelludo, cejas y oídos.

Conjuntivitis

La conjuntivitis es una inflamación de la conjuntiva, membrana que cubre el exterior del globo ocular y el interior del párpado. También es conocida como “ojo rojo”. Puede ser causada por alergia, infecciones, golpe accidental, objetos extraños, etc.

Habitualmente afecta a los dos ojos al mismo tiempo, aunque puede empezar en un ojo y extenderse al otro en uno o dos días. La conjuntivitis produce enrojecimiento de la conjuntiva, hinchazón, picor, escozor, lagrimeo y fotofobia. Las conjuntivitis infecciosas se suelen manifestar de manera aguda. Generalmente no cursa con dolor y la visión suele estar conservada.

Conjuntivitis bacteriana

La conjuntivitis bacteriana es la enfermedad ocular más frecuente y suele ser autolimitada. Se caracteriza porque produce una abundante secreción amarillenta purulenta que se seca en forma de legañas, intenso edema conjuntival e hiperemia conjuntival. Se inicia en un ojo y posteriormente pasa al otro.

Es habitual en niños y muy contagiosa. Los microorganismos más frecuentemente implicados son *Staphylococcus aureus*, *S.epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *Haemophilus influenzae* (en niños, asociado a otitis).

Estos microorganismos vienen de la piel del paciente, de sus vías respiratorias superiores o de otra persona que tenga conjuntivitis. En portadores de lentes de contacto suelen predominar los Gram negativos como *Pseudomonas*.

El diagnóstico se realiza a partir de la exploración del ojo junto con la historia clínica del paciente. Normalmente no se realizan pruebas de laboratorio, excepto en conjuntivitis crónicas o con mala evolución en las que puede ser conveniente hacer un cultivo de la secreción.

Aunque es una infección autolimitada parece que el tratamiento con antibióticos tópicos puede acelerar la recuperación. Se pueden utilizar antibióticos de amplio espectro como tobramicina, eritromicina o fluorquinolonas. Los estudios no han demostrado diferencias entre unos antibióticos y otros, por lo tanto, la elección del tratamiento se basará en los patrones locales de resistencia, coste y factores dependientes del paciente (alergias, facilidad de administración, etc.). Inicialmente se administrarán cada 2-3 horas, pudiendo incrementar el intervalo pasados 2 días si la respuesta es satisfactoria. Se debe mantener el tratamiento hasta transcurridas 48 horas del cese de los síntomas. Remitir al especialista si el cuadro no remite en 5-7 días o existe empeoramiento.

En caso de portadores de lentes de contacto, se debe advertir evitar el uso de las mismas hasta curación.

Conjuntivitis vírica

La forma de presentación más habitual es el enrojecimiento ocular unilateral con sensación de cuerpo extraño, acompañado de una secreción blanquecina escasa que se relaciona con una infección respiratoria previa por adenovirus. Generalmente el otro ojo se ve afectado a los 2-7 días. Suele ser un proceso muy contagioso pero autolimitado que por lo general empeora durante los 3-4 primeros días y tarda en resolverse 1-3 semanas. Los responsables de la infección suelen ser los adenovirus, aunque también picornavirus, enterovirus, virus herpes, etc.

El diagnóstico es generalmente clínico y el tratamiento sintomático (lágrimas artificiales, antihistamínicos, descongestionantes tópicos). Puede estar indicada la administración de antibióticos tópicos para prevenir sobreinfección bacteriana. No deben utilizarse esteroides salvo prescripción por oftalmólogo.

Conjuntivitis por Clamidias

La presentación clínica es similar a la conjuntivitis bacteriana, pero con presencia de adenopatía preauricular e inflamación parpebral. Puede causar distintas enfermedades como tracoma, conjuntivitis del recién nacido, conjuntivitis de piscina de niños y jóvenes y conjuntivitis asociadas a enfermedades de transmisión sexual (clamidiasis).

Blefarconjuntivitis

La blefarconjuntivitis es una infección de párpados y conjuntiva. Produce enrojecimiento e irritación, sin provocar pérdida de visión ni dolor. La causa más frecuente son los adenovirus. Estos producen una secreción diluida, acuosa mientras que el exudado de la infección bacteriana es más mucopurulento.

Orzuelo

El orzuelo es una infección aguda localizada en el párpado o en el borde palpebral de etiología estafilocócica. El orzuelo puede ser externo o interno:

- Orzuelo externo: Es la inflamación de las glándulas pilosebáceas de Zeiss o las glándulas sudoríparas de Moll, que se encuentran adyacentes a las pestañas, en el borde libre de los párpados. Es superficial y se localiza en la base de una pestaña. Suele iniciarse con dolor, enrojecimiento y sensibilidad a la palpación del borde parpebral, y continúa 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 aliviando el dolor.
- Orzuelo interno: es la inflamación de las glándulas sebáceas de Meibomio, que se encuentran en el interior del tarso y desembocan en el borde libre del párpado. La sintomatología se caracteriza por edema, calor, rojez y molestias oculares. Es menos frecuente pero más doloroso que el orzuelo externo. El orzuelo interno 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.

Queratitis infecciosa:

Las queratitis son procesos inflamatorios de la córnea que pueden ocasionar complicaciones intraoculares (endoftalmi-

tis, catarata, etc.) y afectación de la visión. En algunos casos puede debutar de forma agresiva y progresar rápidamente. Puede provocar cicatrización y pérdida permanente de la visión. Si no se trata puede evolucionar a perforación corneal o a infección de los tejidos adyacentes. Requiere derivación inmediata al oftalmólogo.

Una de las etiologías de la queratitis es la infecciosa. Puede estar causada por bacterias (*Pseudomona aeruginosa* – principalmente en portadores de lentes de contacto-, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus epidermidis*, *Treponema pallidum*, etc.), virus (adenovirus, herpes simple y zoster) y hongos (*Fusarium*, *Candida* y *Aspergillus*). También se debe considerar la infección por el parásito *Acanthamoeba*, especialmente en portadores de lentes de contacto.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración ocular. En muchas ocasiones es fundamental el diagnóstico microbiológico (importante la toma de muestras). El dolor es el síntoma principal, junto con edema, infiltración leucocitaria y rojez alrededor del borde de la córnea. La pupila suele tener un aspecto normal, el lagrimeo es habitual pero con escaso exudado. La agudeza visual puede verse comprometida fundamentalmente por pérdida de la transparencia corneal. Puede aparecer fotofobia.

El tratamiento incluye la utilización de antibióticos de amplio espectro hasta la identificación del microorganismo causante de la infección. Los colirios ciclopéjicos de corta duración (tropicamida y homatropina) se pueden utilizar cada 6-8 horas para aliviar el dolor producido por el espasmo del músculo ciliar. El tratamiento también puede incluir lágrimas artificiales y analgésicos orales.

Queratitis bacterianas: se utilizan antibióticos tópicos de amplio espectro (moxifloxacino, tobramicina). En casos graves se pueden administrar antibióticos intravenosos.

Queratitis fúngicas: Natamicina tópica 5%, miconazol, nistatina, voriconazol en función de etiología.

Queratitis herpética: aciclovir tópico más antibiótico tópico para evitar las sobreinfecciones bacterianas. En determinados casos puede estar indicada la utilización de aciclovir oral así como de corticoides tópicos (previa valoración por el oftalmólogo).

Queratitis por *acanthamoeba*: antibiótico tópico más amebicidas como el isotianato de propamidina.

Conjuntivitis del recién nacido

La conjuntivitis neonatal es una inflamación de la conjuntiva de inicio en los primeros 28 días de vida, generalmente papilar e hiperaguda, con un pronóstico que variará en función del agente etiológico implicado. El riesgo de conjuntivitis neonatal depende de la frecuencia de infecciones maternas potencialmente transmisibles, de las medidas profilácticas, de las circunstancias del parto y de la exposición postnatal. La infección se adquiere con mayor frecuencia por la exposición del recién nacido a la flora vaginal durante el paso por el canal del parto. Actualmente, en los países desarrollados *Chlamydia trachomatis* es el agente más frecuente de conjuntivitis neonatal, pero otros agentes causantes son: *Staphylococcus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria gonorrhoeae*, *N. meningitidis*, *Herpesvirus humano* tipo 2.

La profilaxis ocular sistemática con pomada de eritromicina en todos los recién nacidos reduce de forma drástica la incidencia de oftalmía gonocócica y ceguera.

Endoftalmitis

La endoftalmitis es una respuesta inflamatoria de las estructuras intraoculares desencadenada mayoritariamente por una infección por bacterias, hongos o parásitos. Generalmente los microorganismos penetran de manera exógena durante una cirugía, después de las administraciones de inyecciones intravítreas o por traumatismos oculares, pero también se puede transmitir de manera más raramente, endógena (el microorganismo llega al globo ocular por vía hematológica desde otra localización). *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus* spp suelen ser las bacterias más frecuentemente implicadas.

La evolución clínica depende de la virulencia y el inóculo de microorganismos, el diagnóstico temprano y el estado inmunitario del paciente.

Su incidencia es baja pero puede producir graves secuelas visuales. Cursa con dolor y disminución importante de la visión.

El proceso infeccioso comienza con una fase de incubación inicial, durante la cual una carga crítica de bacterias alcanza el interior del ojo y comienza a proliferar. A continuación, se produce fibrina e infiltración de neutrófilos. Prosigue con una fase de aceleración en la que se produce una respuesta inmunitaria con la aparición de abundantes macrófagos y linfocitos que infiltran la cavidad vítrea y se acumulan en el humor acuoso. Finalmente, si no se trata, continúa con una fase de destrucción tisular. El humor vítreo es una sustancia gelati-

nosa rica en ácido hialurónico y colágeno de base acuosa, lo que propicia la proliferación de microorganismos. El humor vítreo no presenta vascularización alguna, lo que hace que el sistema inmune sea incapaz de controlar la presencia de un microorganismo dentro de la cavidad vítrea.

La mala penetración en el humor vítreo de los antibióticos administrados por vía tópica, subconjuntival o sistémica, hace que la vía de elección para el tratamiento de la endoftalmitis, sea la intravítrea. Este tipo de tratamiento antibiótico debe iniciarse de la manera más precoz posible, para evitar la replicación de microorganismos y la generación de toxinas que puedan producir cambios en el microentorno vascular del humor vítreo, como el pH, que podrían afectar a la eficacia de los antibióticos. En la mayoría de los casos se iniciará un tratamiento empírico que cubra bacterias tanto Gram positivas como negativas, generalmente se administran inyecciones intravítreas de vancomicina y ceftazidima. Se suele añadir tratamiento antibiótico sistémico y tópico con colirios reforzados de vancomicina y ceftazidima para aumentar la concentración de antibiótico en el ojo. Una vez se conozcan el o los microorganismos que la causan, se deben escoger los agentes antimicrobianos con espectro de acción contra esos microorganismos. Estos agentes deben alcanzar concentraciones efectivas en el humor vítreo para poder erradicarlos lo antes posible, ya que de otra forma, el riesgo de producir una ceguera irreversible es muy alta.

Enfermedades del sistema lagrimal

La dacrioadenitis aguda es una inflamación de la glándula lagrimal que puede acompañar a infecciones locales o sistémicas, tanto virales como bacterianas o puede ser secundaria a traumatismo. La mayoría de las formas agudas tienen origen bacteriano, principalmente debido a *S. aureus*, pero también estreptococos, meningococos y virus.

La dacriocistitis es la inflamación del saco y conductos lacrimonales. Suele ser frecuente y se considera como requisito esencial que exista éstaxis a nivel del sistema lagrimal. Ello facilita la infección y crea un círculo vicioso. Puede ser aguda o crónica, sufriendo esta última reagudizaciones. Los microorganismos aislados más frecuentemente son *S. aureus*, *S. pyogenes*, y en niños *H. influenzae* y *S. pneumoniae*.

La canaliculitis es la inflamación de los canaliculos lagrimales y es una enfermedad poco frecuente. Los gérmenes más frecuentes implicados son *Actinomyces*, *Propionibacterium* spp, *Nocardia*, *Fusobacterium* y otros agentes responsables de infecciones específicas (micosis, herpes zoster, tracoma, tuberculosis, sífilis etc.).

Vías de administración de los fármacos

Para que el medicamento resulte efectivo, este debe llegar a la zona deseada en unas concentraciones óptimas. Para conseguirlo, se administra el medicamento por distintas vías. En las infecciones externas como blefaritis y conjuntivitis, se emplean antibióticos por vía tópica, mientras que en infecciones que afectan a estructuras intraoculares como la endoftalmitis, será preciso recurrir a la vía subconjuntival o intravítrea.

• Vía tópica

Es la vía más empleada, pero su mayor inconveniente es la dificultad para lograr una cantidad suficiente de fármaco en el lugar de acción deseado. La córnea representa una barrera que los fármacos (aplicados tópicamente) deben atravesar para poder actuar en el interior del ojo. Esta penetración depende de diferentes factores como las propiedades químicas del fármaco, el estado del epitelio y la concentración del fármaco entre otras. De forma general, las pomadas presentan una mayor penetración que las soluciones, por un mayor tiempo de contacto (se recomienda su administración por la noche, ya que se obtienen buenas concentraciones de antibiótico durante el sueño; por el día provocan visión borrosa). La instilación frecuente del antibiótico aumentará la concentración del mismo. Como norma general emplearemos los colirios cada 3-4 horas y las pomadas cada 6-8 horas.

Sin embargo, debido a la baja retención ocular de la mayoría de las formulaciones oftálmicas así como a la baja penetración de los fármacos hasta el humor vítreo, hace que en la práctica clínica los antibióticos por vía tópica ocular no sean utilizados para el tratamiento de infecciones del segmento posterior.

Como la mayor parte de los colirios se aplican localmente, el riesgo de efectos adversos se minimiza, pero no se evita del todo. Entre los más comunes se encuentran la sensación de pinchazo o prurito pasajero. Algunos fármacos aplicados localmente pueden causar efectos adversos sistémicos.

En los colirios se añaden sustancias que pueden provocar reacciones alérgicas en individuos susceptibles (conservantes, etc.). El cloruro de benzalconio puede ser absorbido por las lentes de contacto blandas. Estas lentes deben retirarse antes de la aplicación de cualquier preparado oftálmico con benzalconio y esperar al menos 15 minutos antes de volver a colocarlas.

Recomendaciones generales para la administración de colirios:

- Lavar las manos con agua y jabón.
- Agitar el frasco si fuera necesario.
- Debe inclinar la cabeza hacia atrás, orientada ligeramente hacia el lado del ojo afectado.
- Pellizcar el párpado inferior para formar una pequeña bolsa. De este modo, será menos probable que cause demasiado lagrimeo y por tanto pérdida del medicamento. Administrar la gota de colirio teniendo cuidado de no tocar el ojo con el gotero para evitar diseminar la infección al frasco, parpadeo y hormigueo.
- Cerrar el ojo unos instantes y eliminar el líquido sobrante con una gasa limpia.
- Durante el embarazo, presionar durante un minuto el saco lagrimal para evitar la absorción sistémica del medicamento.
- Cerrar perfectamente el envase.
- Lavar de nuevo las manos con agua y jabón.
- En caso de administrar varios colirios, se deben espaciar las administraciones al menos 5 minutos.

Recomendaciones generales para la administración de pomadas oftálmicas:

- Lavar las manos con agua y jabón.
- Aplicar la cantidad de pomada oftálmica equivalente a un grano de arroz delante del espejo, bajando el párpado inferior. Inclinar la cabeza hacia atrás
- Para que el puntero del envase no toque con la superficie del ojo, rotar el tubo para desprender el filamento de pomada.
- Cerrar el párpado durante aproximadamente 2 minutos para estimular la absorción y realizar un ligero masaje.
- Cerrar perfectamente el envase.
- Usar preferentemente por la noche.

En ambos casos (colirios y pomadas), se debe tener cuidado de no contaminarlos o causar contaminación cruzada de un ojo al otro. Cuando sea posible deberían utilizarse colirios/pomadas en monodosis.

• Vía subconjuntival

Se administran los medicamentos mediante inyección por debajo de la conjuntiva, evitando así la barrera que supone el epitelio conjuntival. Se obtienen concentraciones de fármaco elevadas en el humor acuoso pero mínimos en el humor vítreo. Como efectos adversos encontramos dolor y alteraciones en el punto de inyección. Esta vía se suele restringir a infecciones agudas.

• Vía intravítrea

Se utiliza en el tratamiento de las endoftalmitis, en las que mejora el pronóstico, así como para la administración de antiangiogénicos en degeneración macular asociada a la edad. El fármaco se inyecta directamente en el humor vítreo. La limitación de esta vía es la posible toxicidad retiniana de los antibióticos.

Esta vía de administración que permite obtener altas concentraciones de fármaco en el vítreo de manera instantánea y durante un periodo de tiempo más prolongado. Puesto que se prefiere una única inyección intravítrea, se eligen las dosis más altas que puedan inyectarse con seguridad para mantener los niveles de antibiótico por encima de las CMI bacterianas todo el tiempo posible. Una inyección intravítrea proporciona la mayor concentración no tóxica posible, pero después los niveles de antibiótico se reducen lentamente con el tiempo. Esta velocidad de eliminación se ve afectada por el estado quirúrgico del ojo, el grado de inflamación y el antibiótico específico utilizado.

• Vía sistémica

Los niveles intraoculares de los fármacos administrados por vía sistémica suelen ser menores que los sanguíneos por la existencia de barreras como la hemato-retiniana-vítrea.

En general, no se recomienda el uso exclusivo de antibióticos por vía parenteral para el tratamiento de la endoftalmitis dado que se propicia la aparición de efectos tóxicos sistémicos además de que se necesita un tiempo excesivo hasta que se alcanzan concentraciones efectivas en el humor vítreo. Es por ello que solo en las infecciones graves y a criterio del oftalmólogo, debe emplearse tratamiento antibiótico sistémico adicional con los mismos fármacos que los utilizados en el tratamiento intravítrea. El retraso en alcanzar una concentración efectiva de antimicrobiano en el humor vítreo puede llevar a producir un daño permanente en los tejidos oculares que conduzca a la ceguera.

En los casos de endoftalmitis endógena, en la cual existe un foco de infección externo a la cavidad ocular, los pacientes sí se benefician de un tratamiento antibiótico sistémico

Prevención de la propagación

- Lavar las manos con agua y jabón frecuentemente.
- Se recomienda no tocar ni frotar el ojo infectado. Si se toca, se deben lavar las manos muy bien con agua y jabón y no tocar el ojo sano.
- Evitar el contacto estrecho con personas con conjuntivitis.
- Limpiar las secreciones de los ojos dos veces al día. Utilizar toallitas desechables específicas para su uso ocular o gasas o pañuelos de papel desechables con suero fisiológico o soluciones específicas para higiene ocular.
- Evitar el uso de lentes de contacto y maquillaje hasta que desaparezcan los síntomas. Además, esto puede facilitar la propagación de la infección entre los dos ojos.
- En general, se debe limpiar las lentes de contacto ante de usarlas y evitar usarlas durante más de 24 horas.
- Después de abrir el frasco de colirio se debe usar en un plazo máximo de 4 semanas, y desechar posteriormente.
- Cada envase debe ser usado por un solo paciente.

Bibliografía:

- Stevens DL. Infecciones de piel, músculo y partes blandas. En Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª ed. Mc Graw-Hill Profesional. 2008
- Ausina Ruiz V, Moreno Guillén S, editores. Tratado SEIMC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
- Bernardes TF, Bonfioli AA. Blepharitis. Semin Ophthalmol. 2010 May;25(3):79-83.
- Bhagat N, et al. Post-traumatic Infectious Endophthalmitis. Surv Ophthalmol. 2011 May-Jun;56(3):214-51
- Drobnic L, ed. Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones en Atención Primaria. (4ª ed.). Madrid: Ergón Creación, S.A, 2005.
- <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP15.pdf>
- Fernandez Ferreiro A. Formulación magistral oftálmica antiinfecciosa. 2019. Edita: SEFH. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA: OPCIONES DE TRATAMIENTO.

*Merck Manual 2018; Allergic Conjunctivitis
Prescrire Guide Interactions 2018*

La conjuntivitis alérgica es una enfermedad aguda, intermitente o crónica generalmente causada por alérgenos presentes en el aire. Los síntomas incluyen picazón, lagrimeo, secreciones, hiperemia conjuntival y edema palpebral. Además de eliminar el alérgeno y enjuagar los ojos con una solución salina fisiológica, las gotas oftalmológicas antihistamínicas sin conservantes son el tratamiento de elección. Los estabilizadores de mastocitos pueden ser una alternativa.

La causa de la conjuntivitis alérgica es una reacción de hipersensibilidad de tipo I, una reacción dependiente de IgE de tipo inmediato, a un antígeno específico.

La conjuntivitis alérgica estacional está originada por el contacto con polen de árboles, pastos o malezas que se transportan por el aire. Por ello, es más frecuente durante la primavera, fines del verano o principios del otoño y tiende a una menor incidencia, hasta casi desaparecer, durante los meses de invierno.

La conjuntivitis atópica (queratoconjuntivitis atópica) está causada por ácaros del polvo, integumentos y otros alérgenos no estacionales. Estos alérgenos, especialmente los que suelen estar presentes en el hogar, inducen la sintomatología perenne.

Los síntomas más significativos de la conjuntivitis alérgica incluyen inflamación de la conjuntiva con prurito ocular que puede variar de leve hasta grave, enrojecimiento de los ojos, edema palpebral y secreciones acuosas o fibróticas. Los síntomas aparecen de forma aguda y la mayoría de las veces son bilaterales; además, con frecuencia se acompañan de rinitis, en la llamada rinoconjuntivitis o “fiebre del heno”.

El tratamiento principal es la eliminación del alérgeno y el enjuague de los ojos con solución salina fisiológica. También se recomienda el enfriamiento con compresas frías para la picazón y la hinchazón, así como gotas oftalmológicas viscosas para el ojo seco. Incluso para la sintomatología más severa es posible recurrir a opciones en las que no se necesita receta. Los antihistamínicos H1 son el tratamiento de primera línea. Los antihistamínicos locales como la azelastina, levocabastina o emedastina bloquean específicamente la unión de la histamina al receptor H1 y deben preferirse las especialidades sin conservantes para prevenir reacciones de intolerancia. Cuando se indique terapia oral, deben seleccionarse de manera preferente los antihistamínicos H1 no sedantes, como por ejemplo loratadina o cetirizina.

Como alternativa, pueden utilizarse estabilizadores de mastocitos como el ácido cromoglicico en gotas oculares. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los efectos ocurren solo después de varias semanas de uso y suelen ser de magnitud moderada. Cabe destacar que el ácido cromoglicólico es notablemente bien tolerado y puede usarse durante el embarazo y en niños pequeños.

Medicamentos como el ketotifeno y la olopatadina son parte de los medicamentos antihistamínicos que pueden ser recomendados que tienen, además, un efecto estabilizador de los mastocitos.

Cuando una antistamina tópica no es lo suficientemente efectiva a pesar de la aplicación repetida, puede considerarse una prescripción médica de gotas oftalmológicas que contengan esteroides. Sin embargo, debido a sus efectos posibles secundarios, entre los que se incluyen aumento de la presión intraocular, infección o catarata, deben usarse solo temporalmente, durante un máximo de una a dos semanas, siempre en combinación con un antihistamínico tópico como tratamiento con base.

Los antihistamínicos orales son menos efectivos que la aplicación tópica de gotas oftalmológicas cuando los trastornos se limitan a los ojos. Pero se pueden administrar como terapia complementaria en cualquier etapa. En cualquier caso, se utilizarán con prudencia durante una rinitis alérgica concomitante.

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD.

Acreditado con 4,2 créditos



Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales y cronicidad.

Acreditado con 6,6 créditos



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>