

## 424/3960 - A VECES NO ES SOLO OJO ROJO

P. Bahillo Cagigal<sup>1</sup>, G. Suárez Amorin<sup>2</sup>, L. Torres Pallares<sup>3</sup> y G. Herrero Martínez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Oftalmología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Santander. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Hospitalización Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 31 años, que acude por cuadro de prurito ocular bilateral desde hace un mes, asociando epífora e hiperemia conjuntival. No refiere disminución de agudeza visual ni miodesopsias. Había estado en tratamiento durante las semanas previas con tobramicina, sin mejoría sintomática. Como antecedente, en seguimiento por Dermatología por rosácea.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>o</sup> 36 °C. TA 120/89 mmHg. FC 50 lpm. Presenta importante hiperemia conjuntival bilateral y lagrimeo que no ha mejorado con el tratamiento, por lo que derivamos a nuestro hospital de referencia para valoración por Oftalmología. Agudeza visual: OD 0,4, OI 0,8. PIO: 14 mmHg. Exudado corneal: negativo para aerobios y hongos. Lámpara de hendidura: vascularización corneal prominente, sin evidencia de cuerpo extraño a nivel conjuntival. No exudado ni secreción. Tinción con fluoresceína: se evidencian erosiones punteadas.

**Orientación diagnóstica:** Dados los antecedentes del paciente y la mínima respuesta que había tenido al tratamiento tópico se plantea la posibilidad de que fuese una manifestación de su patología dermatológica (rosácea) y se inicia tratamiento sistémico con doxiciclina a dosis bajas, durante seis semanas, con buena evolución.

**Diagnóstico diferencial:** Conjuntivitis aguda. Ojo seco. Rosácea.

**Comentario final:** La rosácea cursa con complicaciones oculares en un 6-18% de los casos cuyos síntomas consisten en irritación inespecífica y lagrimeo. A la exploración se presenta con importante hiperemia conjuntival. A nivel palpebral puede presentarse con telangiectasias del borde y blefaritis posterior y a nivel corneal se pueden evidenciar erosiones epiteliales punteadas y vascularización periférica. En casos graves, puede evidenciarse también adelgazamiento corneal pudiendo llegar en los casos más extremos a producirse perforación ocular. El tratamiento generalmente, y en casos leves, es tópico mediante lágrimas artificiales, higiene palpebral adecuada y antibióticos tópicos (azitromicina) durante 4 semanas. Los corticoides tópicos son útiles durante las agudizaciones. En los casos más graves pueden precisar tratamiento sistémico con tetraciclinas (doxiciclina) a dosis bajas durante un periodo prolongado (6 semanas).

### Bibliografía

1. Bowling B. Kanski. Oftalmología Clínica, 8<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España SL; 2016.

2. Bhargava R, Chandra M, Bansal U, Singh D, Ranjan S, Sharma S. A Randomized Controlled Trial of Omega 3 Fatty Acids in Rosacea Patients with Dry Eye Symptoms. *Curr Eye Res.* 2016;41(10):1274-80.

**Palabras clave:** Rosácea. Ojo rojo. Córnea.