

Conjuntivitis en la infancia

Tratamiento

Este artículo parte de una clasificación etiológica de la conjuntivitis, para posteriormente analizar la clínica y el tratamiento de cada una de sus variantes. Pone el acento en los síntomas distintivos, que ofrecen una muy buena pista para encaminar la atención al paciente.

CARLES MAINOU^a, ALICIA MAINOU^a y JORDI ARRUFAT^b

^aPediatras. EAP Sarrià/Vallvidrera/Las Planas. Barcelona.

^bMédico de familia. EAP Sarrià/Vallvidrera/Las Planas. Barcelona.

La conjuntivitis se define como una inflamación de la conjuntiva, es decir, la capa interna que tapiza el párpado (conjuntiva palpebral o tarsal), cubre el espacio entre el párpado y el globo ocular (conjuntiva fornicial) y se extiende sobre la esclerótica hasta la córnea (conjuntiva bulbar). En lenguaje más coloquial: no es la inflamación del ojo, sino de su envoltura, y por esta circunstancia, en principio, tiene un pronóstico favorable.

La causa más frecuente de conjuntivitis durante la infancia es la infección, pero hay otras como la alergia o la irritación por agentes externos. Merece un especial interés por su singularidad un tipo de conjuntivitis: la neonatal.

El síntoma más aparente de esta inflamación es el enrojecimiento conjuntival (en condiciones normales es transparente), especialmente en los bordes de los ojos, producto de este proceso inflamatorio (vasodilatación, infiltración celular y exudación). La suma del resto del cortejo sintomático que suele aparecer (secreción mucosa, purulenta, dolor, picor, rinorrea, etc.) es de gran ayuda para intentar discernir sobre su etiología y así poder aplicar el tratamiento más específico y adecuado.

Oftalmia neonatal

Normalmente se debe a un contagio de la madre infectada antes o durante el

parto. Especialmente vulnerables son los recién nacidos prematuros, por la inmadurez de su sistema inmunológico. También puede existir un contagio posnatal a través de un factor predisponente, como es la obstrucción del conducto lacrimal o la falta de higiene.

Hay varios tipos de oftalmia neonatal:

- La conjuntivitis química, muy rara actualmente, por el uso profiláctico que se hacía antiguamente del nitrato de plata.

- De inclusión por clamidias, adquirida durante el parto por la presencia de este germen en la embarazada (hay un 13% de portadoras en el cuello del útero durante el primer trimestre del embarazo). La clínica aparece a los 5-15 días de vida. La conjuntiva tiene el aspecto de un empedrado.

- El resto de conjuntivitis bacterianas, sobre todo por *Staphylococcus aureus* y *Neisseria gonorrhoeae*, se contraen durante el parto por la presencia de estos gérmenes en la vagina de la madre. Más rara es la presencia de una *Pseudomona aeruginosa* como infección nosocomial en unidades hospitalarias neonatales.

- A pesar de su rareza, la infección vírica más frecuente es la producida por el virus *Herpes simple tipo II*, que puede producir daño celular grave, con aparición de úlceras y queratitis a

partir de los 5-7 días de vida. El mecanismo de contagio también es a través de la presencia de este virus en la vagina de la embarazada.

Tratamiento

El tratamiento es específico para cada tipo de infección. Así, para la clamidia consiste en eritromicina oral a 50 mg/kg/24 h durante 15 días. Para el *Staphylococcus* se impone el tratamiento tópico (colirio) no sistémico de tetraciclinas, sulfamida o bacitracina. Para la *Neisseria gonorrhoea*, el tratamiento también es tópico (colirio), con eritromicina, penicilina o tetraciclina al 1%, y sistémico, con ceftriaxona en dosis única a 125 mg IM, o cefotaxima 100 mg/kg/día EV. Para la *Pseudomona* se administra tratamiento tópico con gentamicina o polimixina B, y sistémico con gentamicina a 5 mg/kg/día durante 10 días. La infección herpética se trata con colirio de trifluortimidina o aciclovir.

Desde los orígenes de la neonatología se han practicado diversos tipos de profilaxis. Desde el método de Credé, que utilizaba el nitrato de plata para la prevención de la *Neisseria gonorrhoeae*, hoy prácticamente en desuso (ya se ha mencionado anteriormente la conjuntivitis química, de diagnóstico precoz en la embarazada), hasta la utilización de pomadas antibióticas con tetraciclina o eritromicina y últimamente la instilación de povidona yodada al 2,5% con buenos resultados.

Conjuntivitis bacteriana

Este tipo de conjuntivitis es causado, generalmente, por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* y *pyogenes*, *Haemophilus influenzae* y *Proteus*. La clínica

nica es parecida en todos los casos. La secreción es purulenta y suele ser unilateral, el edema palpebral puede ser moderado y no suelen haber adenopatías. Es frecuente la aparición de membranas o pseudomembranas amarillentas (fibrina) en la conjuntiva tarsal, que al desprenderse provocan hemorragias petequiales subconjuntivales.

El tratamiento se basa en la administración de antibióticos tópicos como polimixina B, tobramicina o ciprofloxacino. Hay que instilarlos con frecuencia y varias gotas para producir un efecto lavado.

Conjuntivitis vírica

En estas conjuntivitis, el agente causal más frecuente es el *Adenovirus* (queratoconjuntivitis epidémica y fiebre faringoconjuntival). Otros virus comunes son los *Picornavirus* (conjuntivitis aguda hemorrágica), el *Coxsackie* y el *Herpes*.

Producen una secreción serosa clara, que puede empezar en un ojo y ser luego bilateral. Aparece una hiperemia conjuntival por dilatación de los vasos de la conjuntiva y el edema palpebral suele ser mínimo. Es también frecuente encontrar adenopatías preauriculares y el paciente puede quejarse de sensación de cuerpo extraño y fotofobia. Las conjuntivitis víricas suelen durar más que las bacterianas.

No existe un tratamiento específico, pero se suelen utilizar colirios antibióticos para prevenir las sobreinfecciones bacterianas.

Conjuntivitis fúngica

Aparece en niños inmunodeprimidos. Predomina *Candida albicans* y se tratan con anfotericina B y flucitosina oral.

Clasificación etiológica

Oftalmia neonatal

- Química
- De inclusión
 - (*Chlamydia trachomatis*)
 - Por *Staphylococcus aureus*
- Gonocócica
- Herpética
 - Por *Pseudomonas*

Bacteriana

Vírica

Micótica

Alérgica

- Estacional
- Vernal
- Atópica
- Flictenular

Leñosa



Conjuntivitis alérgica

Es muy común y suele confundirse con procesos infecciosos. La conjuntivitis alérgica agrupa un conjunto de trastornos de tipo inflamatorio que tiene como origen común una reacción de hipersensibilidad tipo I mediada por la IgE. En general, se diferencian de las conjuntivitis infecciosas en que son bilaterales, la secreción suele ser mucoide con edema palpebral moderado-intenso sin adenopatías y con prurito intenso.

Se reconocen 4 formas con manifestaciones muy similares entre sí:

Conjuntivitis alérgica estacional. Registra una incidencia estacional en relación con la eliminación por parte de las plantas (pólenes) de antígenos que se transmiten por vía aérea. La activación de las células mediada por IgE explica el prurito, el eritema y el ede-

ma. La rinitis y otros síntomas alérgicos asociados son frecuentes y ayudan a realizar el diagnóstico.

Conjuntivitis vernal o primaveral.

También de carácter estacional, empeora con los meses más cálidos y afecta exclusivamente a niños y adolescentes, sobre todo del sexo masculino. Hay historia familiar de alergia en el 65% de los casos y en más de la mitad de ellos, se asocia con otros síntomas de atopia. En la patogénesis, aparte de una reacción de hipersensibilidad tipo I, como en el grupo anterior, parece estar implicada una reacción de hipersensibilidad retardada con degranulación local de eosinófilos y mastocitos.

El picor, la fotofobia, la epífora y la secreción mucosa constituyen las manifestaciones típicas. La conjuntiva palpebral presenta a veces hipertrofia, con excrecencias gigantes conocidas como papilas empedradas. Puede apa-

Tratamiento de la conjuntivitis alérgica

Medicamentos de administración por vía tópica disponibles:

Estabilizadores de mastocitos

- Cromoglicato disódico al 4%. 1 gota/6 h
- Nedocromil sódico al 2%. 1 gota/12 h
- Ácido espaglúmico o lodoxamida 0,1%. 1 gota/6 h

Antinflamatorios no esteroideos (AINE)

- Ketorolaco 0,5%. 1 gota/8 h
- Diclofenaco
- Pranoprofeno 0,1%

Antihistamínicos

- Azelastina 1 gota/6-8 h
- Levocabastina 1 gota/12 h
- Fumarato de ketotifeno 0,05%

Otros

Corticoides

Potencia baja

- Medrisona

Potencia media

- Fluorometolona
- Hidrocortisona

Potencia alta

- Dexametasona 1% 2 gota/6 h

Acetilcisteína 10%

Varias gotas/6 h

Hay que tener en cuenta que todos estos colirios, salvo circunstancias excepcionales, no es conveniente administrarlos en niños menores de 3 años (no existen estudios sobre su seguridad).

Pauta general

En la *fase inicial* del proceso se pueden utilizar durante unos días colirios simpaticomiméticos o antihistamínicos y en casos intensos, corticoides.

En la *fase de estabilización* y preventiva de futuras reactivaciones, durante temporadas más largas, se puede recurrir a colirios con estabilizadores del mastocito, AINE o antialérgicos/antihistamínicos. No hay que olvidar el tratamiento etiológico o de fondo (ambiental y inmunoterapia con vacunas, si procede).

recer una afectación corneal (queratitis) en el 50% de los casos, que ensombrece el pronóstico y exige una atención especial.

Conjuntivitis atópica. Se manifiesta en niños con asma o dermatitis atópica, formando parte del cortejo sintomático. El mecanismo patogénico es similar al de las anteriores. Por orden de frecuencia, consisten en picor, lagrimeo, secreción mucosa, enrojecimiento, visión borrosa, fotofobia y dolor (queratitis).

Conjuntivitis o queratoconjuntivitis flictenular. Se caracteriza por la presencia de flictenulas o nódulos inflamatorios de color blanco o gris pálido perilímbicos, con reacción vascular asociada y conjuntivitis entre leve y moderada. En el mecanismo patogénico interviene una reacción de hipersensibilidad retardada a un antígeno bacteriano (estafilococo). Antiguamente la causa más frecuente era la tuberculosis. La lesión infiltrativa—nódulo de 1 a 3 mm de diámetro—evoluciona hacia un microabsceso con ulceración y resolución espontánea en 10-14 días.

Conjuntivitis leñosa

Es una afectación crónica membranosa bilateral. Parece que existe una reacción de hipersensibilidad retardada a diversos agentes (ambientales o víricos). Clínicamente se manifiesta sobre todo por una sensación de cuerpo extraño, junto con la formación de unas masas de color blanco rosado que acaban sustituyendo la conjuntiva tarsal. Para su tratamiento se ha propuesto la resección quirúrgica de dichas masas, seguida de la administración tópica de ciclosporina junto con corticosteroides. □

Bibliografía general

- Behrman RE. Oftalmología pediátrica. En: Nelson WE. Tratado de Pediatría. 14.^a ed. Barcelona: Interamericana-McGraw-Hill; 1993. p. 1915-6.
- García J, García V. Conjuntivitis en la infancia. En: Mengual E y Hueso JR. Actualización en Oftalmología Pediátrica. Badalona: Euromedice; 2003. p. 55-68.
- Pita D, Jiménez R. Oftalmología Pediátrica. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. Vol. 2, 7.^a ed. Barcelona: ESPAXS; 1994. p. 2064-89.
- Rose PW, Hamdem A, Brueggemann AB, et al. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care: a randomised double-blind placebo-controlled trial. Lancet. 2005;366:37-43.

CONCLUSIONES

- Todas las conjuntivitis infecciosas son muy contagiosas.
- Las conjuntivitis bacterianas, a diferencia del resto, producen un exudado mucopurulento que las caracteriza
- El picor y el escozor es más propio de las conjuntivitis alérgicas.
- En general, se trata de una afección leve. Puede existir una complicación cuando:
 - Aparece dolor importante.
 - Fotofobia intensa.
 - Hinchazón significativa de los párpados.
 - Ausencia de mejoría en 4-5 días.
 - No se puede mover el ojo.
- En general, el tratamiento será tópico, con la instilación sobre la conjuntiva de un colirio durante el día, y en infecciones bacterianas, pomadas o geles antibióticos durante la noche.
- Para despegar los párpados y limpiar las secreciones y costras se puede utilizar agua hervida tibia o suero fisiológico estéril.
- Para aliviar las molestias se pueden administrar analgésicos (ibuprofeno) o aplicar compresas frías o tibias.
- En caso de dificultad para instilar una gota en el párpado de un niño, se puede hacer en el borde interno del ojo (lacrimonal), pidiéndole luego que los abra y cierre durante unos segundos.

www.doymafarma.com

Material complementario para suscriptores
FICHAS DE EDUCACIÓN SANITARIA

1 Fichas descargables:

- Tratamiento de la conjuntivitis aguda

Personalizables con el logotipo de su farmacia para entregar como cortesía a sus clientes

Bibliografía de consulta a texto completo en www.doymafarma.com

- Aranda A, Guitart A, Vázquez JM, Atienza R, Pujol P. Conjuntivitis alérgicas. Jano. 2005;68:39-42.
- Orden B, Martínez R, Millán R. Conjuntivitis bacteriana: patógenos más prevalentes y sensibilidad antibiótica. Anales de Pediatría. 2004;61(1):32-6.