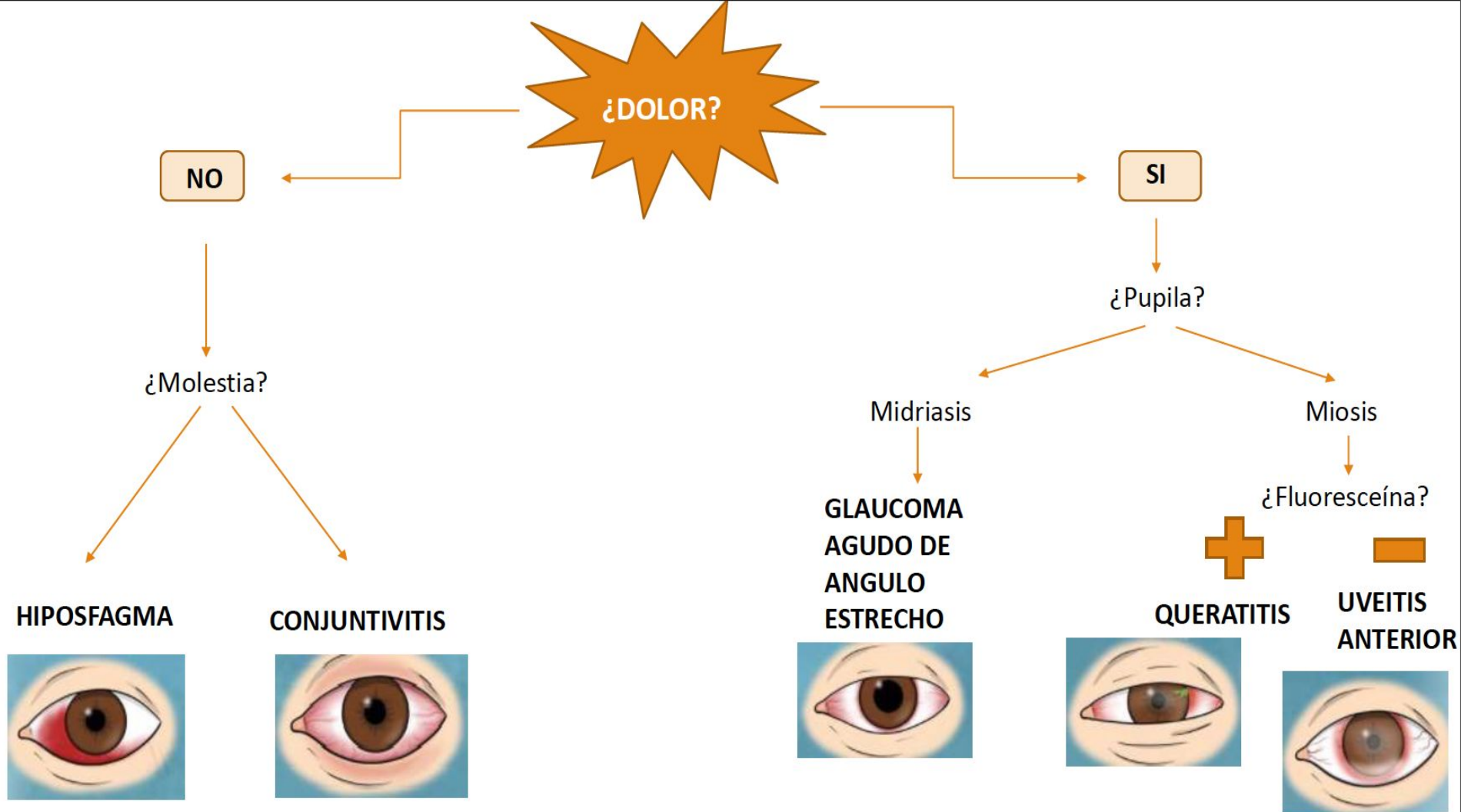


# OJO ROJO

R1 MFyC

Kelly Rivero Araújo  
Manuel Varillas Berrocal  
Beatriz Miñambres Calvo





# CATEGORÍA CLÍNICA DEL OJO



- Vasos conjuntivales superficiales
- Patología del párpado y/o conjuntiva



**HIPEREMIA CILIAR**

- Vasos conjuntivales profundos
- Patologías que pueden afectar: cornea, iris o cuerpo ciliar

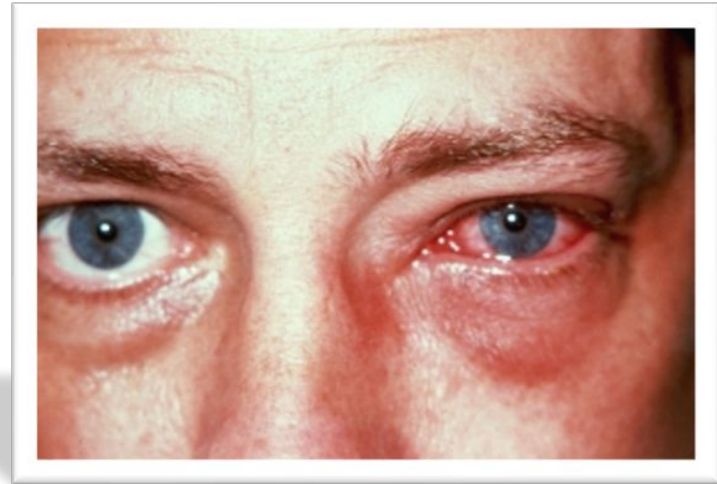
# CONJUNTIVITIS

Clínica:

- Sensación arenilla.
- Molestias.
- Secreción:
- Acuosa.
- Mucosa.
- Mucopurulenta.
- Generalmente NO ↓ AV.

Exploración Oftalmológica:

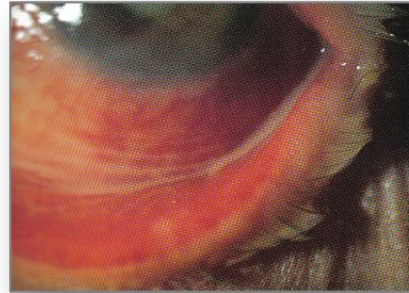
- Hiperemia conjuntival.
- Edema palpebral



# CONJUNTIVITIS BACTERIANAS

Clínica:

- Sensación arenilla.
- Secreción purulenta (amarillo-verdosa).
- Bilateral.



- S. aureus + fte
- S. pneumoniae: niños
- H. Influenzae: <5a



Tratamiento:

- 60% resolución espontánea en 5 días.
- **MEDIDAS HIGIÉNICAS** de contagio.
- Lavados previos con suero fisiológico.
- **Ab tópicos** para acelerar resolución.

# CONJUNTIVITIS VÍRICAS

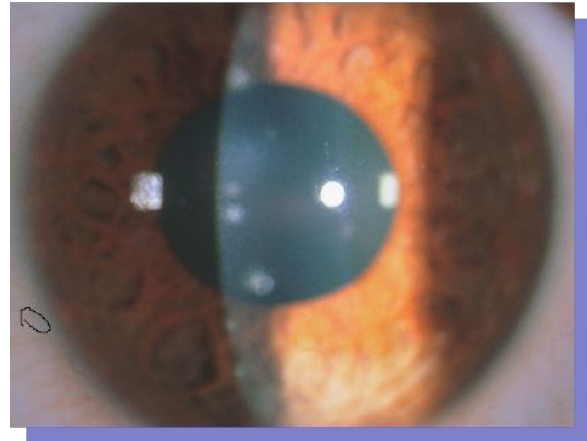
Vías respiratorias, secreciones oculares, toallas...

Clínica:

- Sensación arenilla.
- Lagrimeo.
- Enrojecimiento.
- El ojo contralateral se afecta en 1-2 días.

Signos:

- Edema palpebral con ptosis inflamatoria.
- Reacción folicular.
- Pseudomembranas.
- Hemorragias subconjuntivales.
- Depósitos subepiteliales.
- Adenopatía preauricular dolorosa



# CONJUNTIVITIS VÍRICA

Tratamiento:

- MEDIDAS HIGIÉNICAS de contagio.
- Lavados previos con SF.
- Lágrimas artificiales frías.
- Ab tópicos para evitar sobreinfección.



# CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

Clínica:

- **Picor.**
- ↑ Secreción acuosa.
- Bilateral.

Signos:

- **Quemosis.**
- **Reacción papilar.**



# CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

- C. a. estacional: rinorrea+asma.
- C. a. atópica: blefaritis, úlcera en escudo.
- C. papilar gigante: portadores L.C.



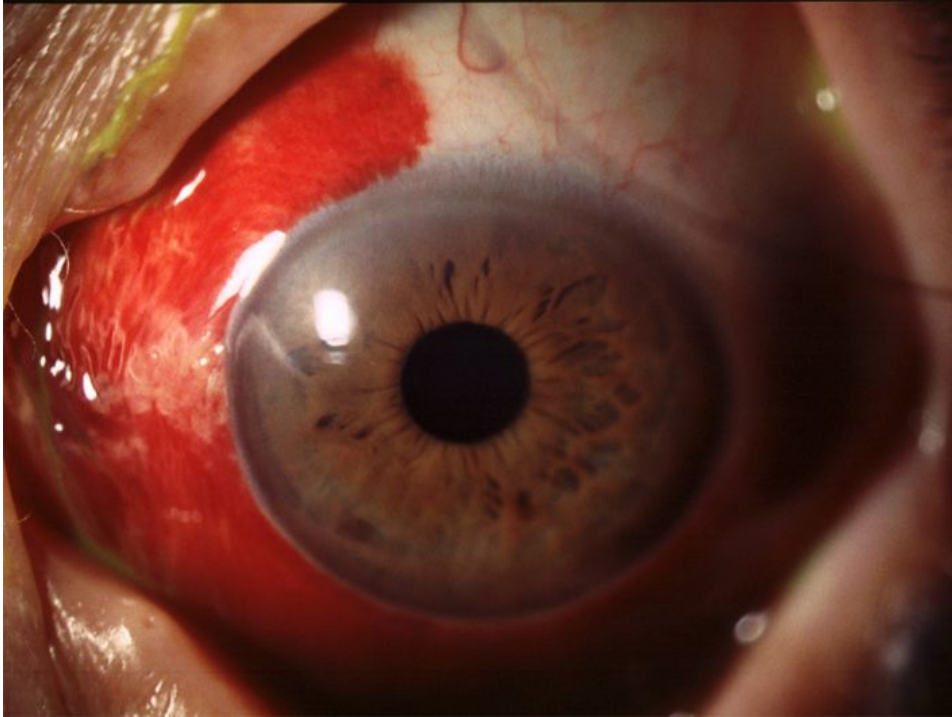
## ALÉRGICAS:

- Antihistamínicos tópicos** (olopatadina, ketotifeno,...): 2 veces/día
- Corticoide tópico en casos seleccionados.

## TÓXICAS:

- Supresión causa.**
- Lágrima artificial sin conservante.

# HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL



Hipofagma

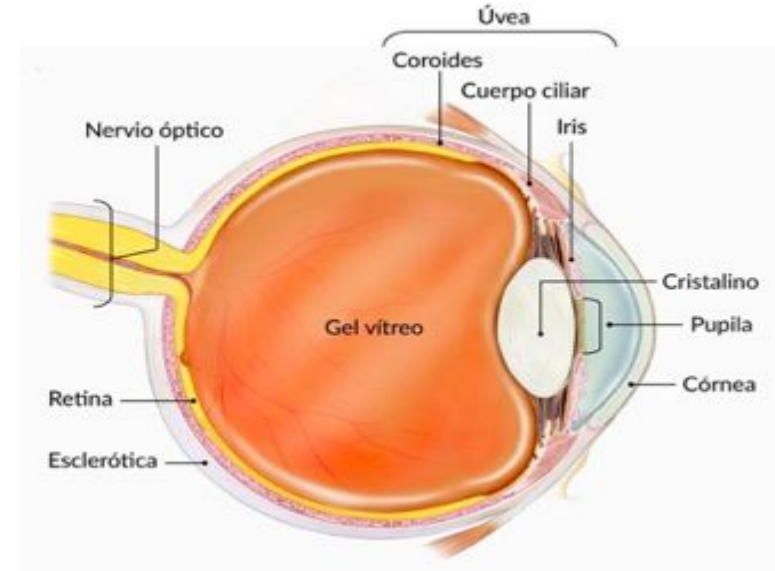
¡Anticoagulantes!

¡TA!

# UVEÍTIS ANTERIOR

- Afección inflamatoria que afecta la úvea, la capa media del ojo que incluye el iris, el cuerpo ciliar y la coroides.

## ⇒ PATOGENIA



- La base patogénica de la mayoría de las uveítis anteriores sería por un mecanismo de hipersensibilidad tipo III.
- Está asociada con algunos marcadores HLA (sobre todo HLA B27).
- En torno a la mitad de pacientes con uveítis anterior idiopática recurrente son HLA B27+.

# ETIOLOGÍA

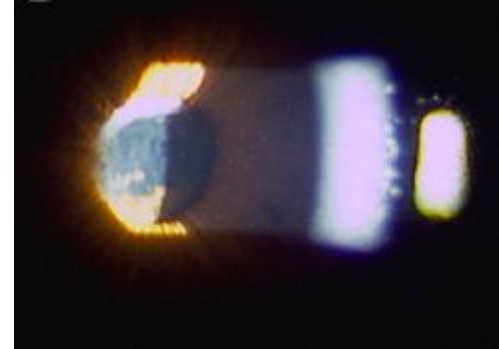
- La mayoría son idiopáticas.
- Pueden asociarse a procesos sistémicos no infecciosos:
  - La más frecuente es la Espondilitis Anquilosante.
  - Sdr de Reiter, Sarcoidosis, Behçet, Crohn, Colitis ulcerosa..
- También pueden asociarse a procesos sistémicos infecciosos:
  - Tuberculosis, sífilis, toxoplasmosis, candidiasis, CMV..
- Las formas juveniles aparecen muy relacionadas con la artritis crónica juvenil.

# CLÍNICA

- Dolor
- Ojo rojo
- ↓ AV
- Fotofobia

## ⇒ EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- Miosis
- Inyección ciliar
- ↑ o ↓ PIO.
- Triada defensiva:
  1. TYNDALL: células flotando en cámara anterior.
  2. Precipitados endoteliales.
  3. SINEQUIAS: adherencias entre diferentes estructuras intraoculares.



# COMPLICACIONES

- Hipertensión ocular.
- Desarrollo de catarata: como consecuencia del uso de corticoides y la propia inflamación.
- Edema macular.
- Desprendimiento de retina.

# TRATAMIENTO

- **CORTICOIDES TÓPICOS.**

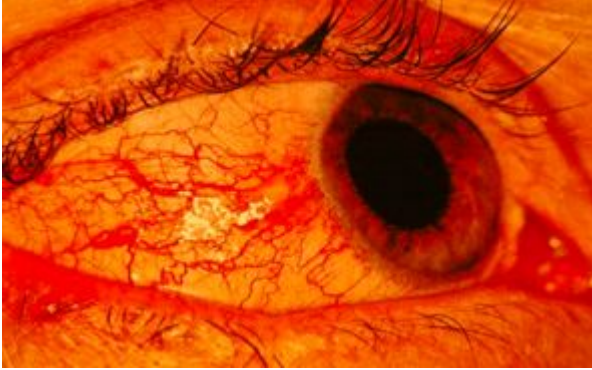
- Fosfato Prednisolona

- **MIDRIÁTICOS CICLOPLEJICOS** ( dilatar pupila para prevenir la formación de sinequias posteriores y disminuir el dolor por espasmo ciliar).

- Atropina
- Ciclopentolato
- Fenilefrina

- **ETIOLÓGICO.**

# EPIESCLERITIS



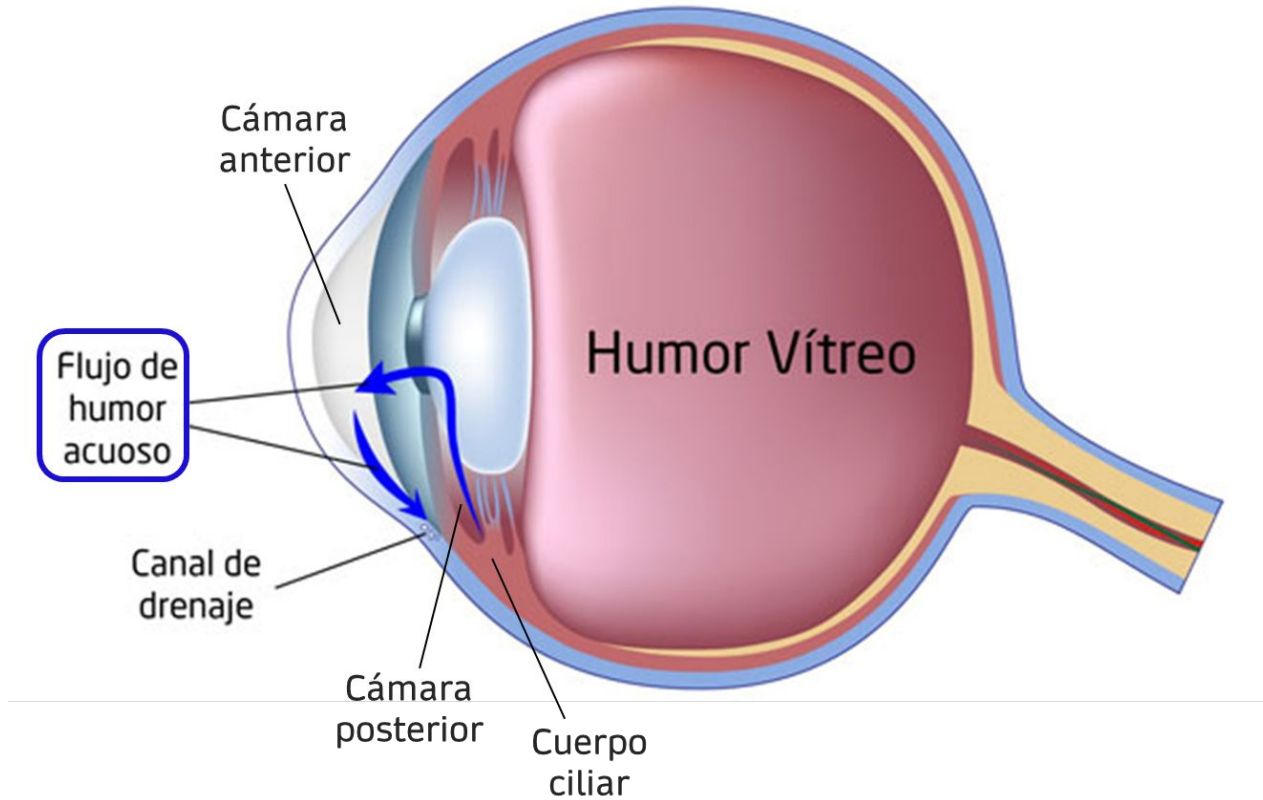
- Ojo rojo.
- No dolor o moderado.
- = AV.
- Vasos episclerales.
- Blanquean Fenilefrina.
- AINEs tópicos / orales

# ESCLERITIS

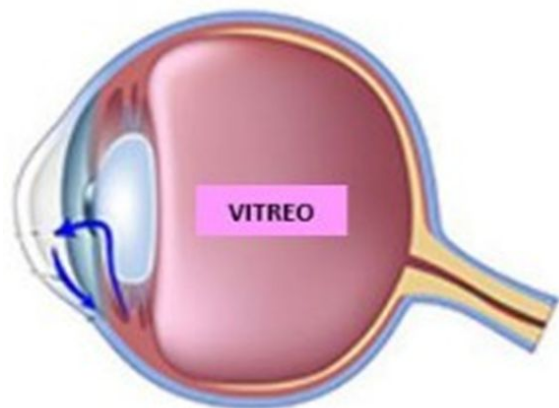


- Ojo rojo.
- Dolor intenso.
- ↓ AV.
- Vasos esclerales.
- No blanquea Fenilefrina.
- AINEs orales.

# GLAUCOMA

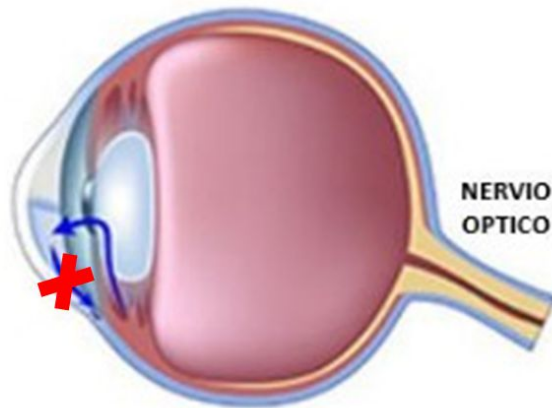


## OJO NORMAL

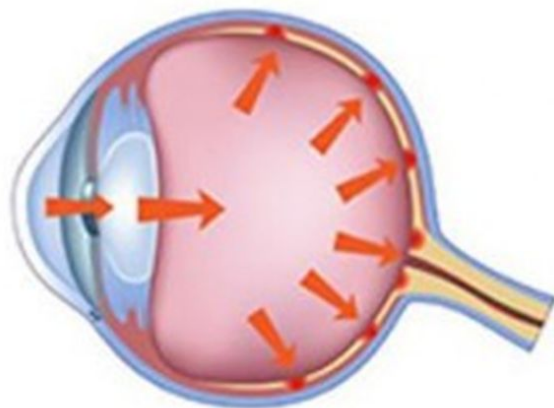


Circulación normal del  
Humor Acuoso

## OJO CON GLAUCOMA



Bloqueo de salida del  
Humor Acuoso



Aumento de presión ocular y  
daño sobre vasos y fibras del  
nervio óptico

# Clasificación

## PRIMARIOS

- Glaucoma primario de ángulo estrecho u ocluíble
- Glaucoma crónico simple o primario de ángulo abierto

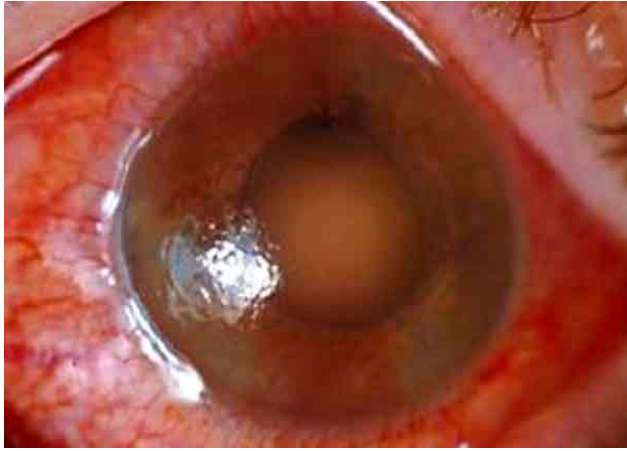
## SECUNDARIOS

- Glaucoma neovascular
- Glaucoma por corticoides
- Glaucoma pigmentario
- Glaucoma congénito

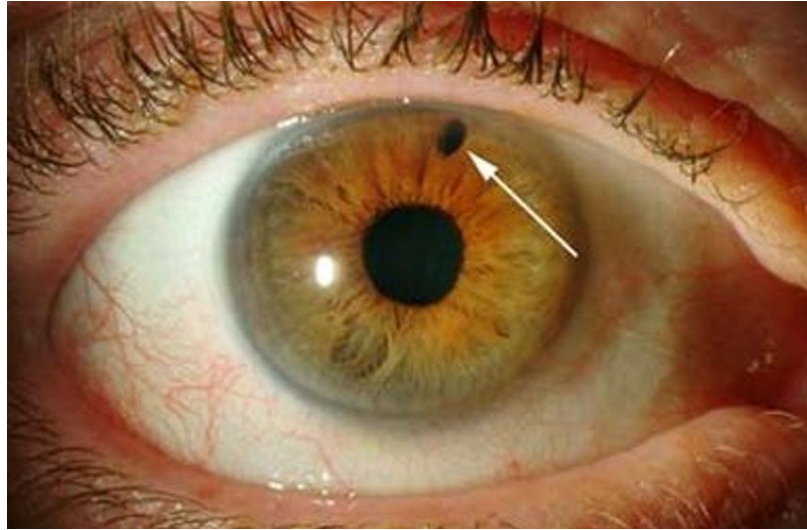
# **Glaucoma crónico simple (GPAA)**

- Forma más frecuente (3% población en España).
- Evolución gradual, lenta y asintomática.
- FR: edad avanzada, raza negra, **PIO elevada** (>21mmHg, no HTA), DM, familiares de primer grado afectados, espesor corneal fino, miopía elevada.
- PIO elevada → isquemia NO → daño papilar y pérdida de células ganglionares → alteración progresiva del CV.
- Tratamiento: **prostaglandinas** (Latanoprost), beta-bloqueantes, agonistas adrenérgicos. Qx: trabeculoplastia, trabeculectomía.

# ATAQUE AGUDO DE GLAUCOMA



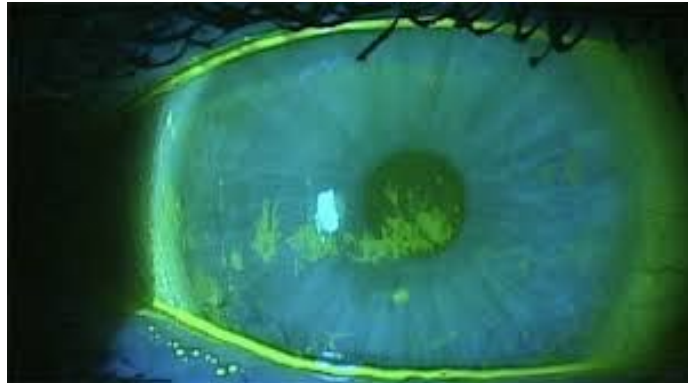
- Cierre total y brusco del ángulo de drenaje que provoca una elevación rápida de la PIO ( $>40\text{mmHg}$ ).
- FR: mujeres, raza asiática, cámara anterior y ángulo de drenaje estrechos, hipermetropía, midriasis media (poca iluminación, estrés, colirios midriáticos, antidepresivos).
- Clínica: **dolor muy intenso** del globo ocular y región periorbitaria, **visión de halos** alrededor de las luces por edema corneal, **reacción ciliar y conjuntival**, **síntomas vegetativos** (náuseas, vómitos, bradicardia).



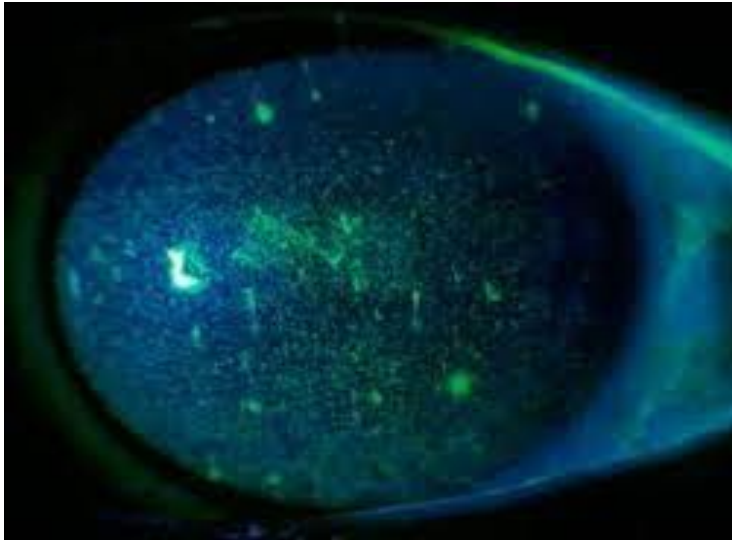
- Tratamiento: reducción PIO disminuyendo volumen hídrico intraocular (**manitol iv, acetazolamida**), revertir midriasis (**pilocarpina**), tratar inflamación (**corticoides tópicos**), tratamiento definitivo de elección (**iridotomía con láser YAG**).

# QUERATITIS Y ÚLCERAS CORNEALES

- Inflamación de la córnea que en ocasiones implica pérdida de sustancia (úlceras).
- Clínica: disminución AV (pérdida transparencia), dolor, fotofobia, lagrimeo, blefaroespasma, hiperemia ciliar o periquerática.
- Tinción con fluoresceína +.
- Diversas etiologías.



- Traumáticas (cuerpos extraños, golpes, entrada de tóxicos).
- Queratitis punteada superficial (ojo seco, exposición a rayos UVA, déficit de cierre palpebral).
- Queratitis infecciosas
  - Pseudomonas (grave, portadores de lentillas).



- Queratitis por virus herpes simple
  - VHS 1
  - Hipoestesia corneal
  - Lesión típica: **úlceras dendríticas**
  - Tratamiento: **aciclovir tópico** 5v/día 1 semana (sistémico casos graves o ID), midriáticos, CORTICOIDES CONTRAINDICADOS.



- Queratitis por virus Varicela-Zoster
  - Recurrencia VVZ acantonado en ganglio de Gasser y vehiculado a través primera rama del trigémino (nervio oftálmico).
  - Erupción vesículo-costrosa dolorosa en el dermatoma.
  - Afectación ala y punta de la nariz → Afectación oftálmica (signo de Hutchinson).
  - Tratamiento: **aciclovir sistémico** 800mg vo 5v/día, valaciclovir, famciclovir, corticoides tópicos.



# BIBLIOGRAFÍA

Guía clínica de manejo de la urgencia oftalmológicas en Atención Primaria, 2016.

Oftalmología Clínica, 7ª Edición. JJ Kanski. Elsevier, 2012.

Introducción a la oftalmología. David E. Pelayes, Pablo Chiaradía. 1ª edición, 2019.

The Wills Eye Hospital. Manual de Urgencias Oftalmológicas, 3ª Edición. DJ Rhee, M Friedberg. McGraw Hill, 2001.