

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

CONJUNTIVA

2

Patología general de las conjuntivitis

Pedro Arriola Villalobos

Hospital Clínico San Carlos. Hospital QuironSalud Madrid.



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

Las conjuntivitis presentan una serie de signos generales en la exploración, que deben conocerse y diferenciar para permitir un correcto diagnóstico diferencial.

EDEMA. QUEMOSIS

El edema conjuntival, o quemosis, se observa como un acúmulo traslúcido subconjuntival (fig. 1). En casos graves puede sobresalir del borde libre.



Figura 1: Quemosis conjuntival.

Causas

1. Quemosis aguda:

- Suele ser secundario a alergia ocular (causa más frecuente de quemosis en global).
- También aparece en conjuntivitis bacteriana hiperaguda.

2. Quemosis subaguda o crónica:

- Idiopática.
- Causas locales: cirugía, traumatismos, conjuntivitis alérgica crónica.
- Alteraciones de la permeabilidad vascular sistémica.
- Dificultad de retorno venoso por aumento de la presión venosa: fístula carotido-cavernosa, por ejemplo.

HIPEREMIA

Se trata de una congestión vascular en la que existe vasodilatación.

El enrojecimiento conjuntival es difuso, más marcado en fondos de saco y de color rojo intenso (fig. 2).



Figura 2: Hiperemia conjuntival.

Diagnóstico diferencial

- Hiperemia ciliar, que aparece en patología corneal y de segmento anterior (localizada en región perilimbar, color rojo violáceo) (fig. 3).
- «ojo rojo» sin vasodilatación conjuntival (hiposfagma – fig. 4, epiescleritis-escleritis y fístula carotido-cavernosa).



Figura 3: Hiperemia ciliar.



Figura 4: Hiposfagma.

SECRECIÓN

Existen numerosas glándulas en la conjuntiva, responsables de diferentes tipos de secreción-exudados (tabla 1).

Tabla 1. Secreción conjuntival (EOS: enfermedad de ojo seco)

SECRECIÓN	CARACTERÍSTICAS	CAUSA
ACUOSA	Líquida, exudación serosa + lágrima	Conjuntivitis vírica aguda
MUCOIDE	Moco translúcido	Conjuntivitis alérgica, EOS
MUCOPURULENTA	Mezcla de moco y pus	Conjuntivitis bacteriana
PURULENTA (hiperaguda)	Pus. Se renueva en minutos.	Conjuntivitis por <i>Neisseria</i> (gonococo)

PAPILAS

Aparecen en los lugares de unión de la conjuntiva a la capa fibrosa más profunda (tarsos y limbo).

Se observan como proyecciones en empedrado con un vaso central que se extiende en forma arboriforme por la superficie. Tienen menos de 1 mm. de diámetro.

Histológicamente son pliegues de epitelio conjuntival hiperplásico con edema e infiltración de polimorfonucleares.

Aparecen en conjuntivitis bacterianas y alérgicas, blefaroconjuntivitis crónica, queratoconjuntivitis límbica superior e hiperlaxitud palpebral.

Papilas gigantes

Tienen más de 1 mm de diámetro. Más frecuentes en conjuntiva tarsal superior (fig. 5).



Figura 5: Papilas gigantes en conjuntiva tarsal superior en paciente con queratoconjuntivitis vernal.

Aparecen en conjuntivitis crónicas (queratoconjuntivitis vernal, queratoconjuntivitis atópica) o como respuesta a cuerpo extraño (clásicamente lentes de contacto) en la conjuntivitis papilar gigante.

FOLICULOS

Aparecen típicamente en la conjuntiva tarsal, más hacia fondos de saco.

No son siempre patológicos (foliculos pequeños en jóvenes, foliculosis).

Son pequeñas elevaciones redondeadas blanco amarillentas (fig. 6). No hay vaso central, los vasos rodean las lesiones.



Figura 6: Folículos en conjuntivitis viral.

Histológicamente son un centro germinal linfoide, rodeado de linfocitos en diferentes grados de maduración.

Aparecen en diversas formas de conjuntivitis (tabla 2).

Tabla 2. Causas de conjuntivitis folicular

CONJUNTIVITIS FOLICULAR
AGUDA – Virus (adenovirus, herpes, etc.)
CRÓNICA – Infecciones por <i>Chlamydia</i> (conjuntivitis de inclusión, tracoma) – <i>Molluscum contagiosum</i> – Síndrome oculoglandular de Parinaud – Conjuntivitis tóxicas – Foliculosis

MEMBRANAS

Son exudados de fibrina adheridos a la superficie del epitelio conjuntival.

En función de la adherencia se diferencian en pseudomembranas (dejan el epitelio íntegro al despegarse) o membranas verdaderas (desgarran el epitelio, produciendo habitualmente sangrado). Ambas pueden dejar cicatrización residual tras su retirada, pero en las membranas subyace una inflamación conjuntival más intensa.

La causa más frecuente en nuestro medio son las conjuntivitis adenovíricas. Entre las formas crónicas de conjuntivitis membranosa destaca el Síndrome de Stevens-Johnson.

BIBLIOGRAFÍA

- AAO 2017-2018 Basic and Clinical Science Course, Section 8: External disease and cornea.
- Conjuntiva. En: Kanski. Oftalmología Clínica. Un enfoque sistemático. 8ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 131-166.

PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

1. En relación a los signos de las conjuntivitis

- a) En el Síndrome de Stevens-Johnson aparecen habitualmente membranas en la conjuntiva.
- b) En caso de una conjuntivitis folicular crónica debemos explorar atentamente los párpados en búsqueda de lesiones sugestivas de *Molluscum*.
- c) La quemosis es rara en conjuntivitis alérgicas.
- d) Las papilas gigantes son más frecuentes en la conjuntiva tarsal inferior.
- e) No es infrecuente la existencia de folículos sin patología asociada en gente joven.

2. En relación a los signos de las conjuntivitis

- a) La secreción acuosa es característica de la enfermedad de ojo seco.
- b) Los folículos tienen vasos sanguíneos en su interior.
- c) Los pacientes con hiperlaxitud palpebral suelen presentar conjuntivitis crónica papilar.
- d) La conjuntivitis bacteriana hiperaguda, típicamente causada por gonococo, asocia secreción purulenta y, en ocasiones, quemosis.
- e) En caso de uso crónico de lentes de contacto, es frecuente la aparición de papilas gigantes, de menos de 1 mm de diámetro.