

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

CONJUNTIVA

5

Conjuntivitis infecciosas

Aritz Bidaguren Urbietta

Hospital Universitario Donostia, Miranza Begitek, Universidad del País Vasco EHU-UPV.



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

Conjuntivitis bacteriana en el adulto

Conjuntivitis bacteriana aguda

Gérmes más frecuentes: *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*, seguidos de *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* (1-4) *Pseudomonas aeruginosa* es un microorganismo frecuente en portadores de lentes de contacto (1).

Epidemiología y contagio: En general son enfermedades autolimitadas. Su frecuencia en adultos es menor que en la infancia. Su contagio se produce por contacto directo con secreciones, objetos o superficies contaminadas, por una proliferación anormal de la flora local (3).

Diagnóstico: El diagnóstico es generalmente clínico y no se recomienda realizar pruebas complementarias en la mayoría de los casos. El cultivo se reserva para casos graves, recidivantes o refractarios al tratamiento (5).

Clínica: Generalmente unilateral (puede hacerse bilateral) (1-5).

Síntomas: Enrojecimiento ocular, molestias, sensación de cuerpo extraño y de párpados pegados por la mañana.

Signos: Inyección conjuntival bulbar y tarsal y secreción purulenta o muco-purulenta (figs. 1 y 2).

Tratamiento: enfermedad autolimitada en adultos. Resolución espontánea en 7 días sin tratamiento farmacológico en más de la mitad de los casos (grado de evidencia I+). (3,5) El empleo de antibióticos tópicos se asocia a una remisión clínica más rápida (grado de evidencia I+). (6) La elección de antibiótico se realiza de forma empírica y no hay evidencia de la superioridad de un antibiótico sobre otro. (3) Los corticoides tópicos deben evitarse ya que pueden prolongar el curso clínico. (1,2)

Entre las alternativas terapéuticas comercializadas estarían:

- Colirios: tobramicina, gentamicina, cloranfenicol, bacitracina- polimixinaB/neomicina, ciprofloxacino, ofloxacino, moxifloxacino, azitromicina.



Figura 1: Hiperemia bulbar en paciente con conjuntivitis aguda.



Figura 2: Secreción mucopurulenta en conjuntivitis bacteriana.

- Pomada: eritromicina, gentamicina, tobramicina, cloranfenicol, ácido fusídico.
- Medidas no farmacológicas (2,5):
- El empleo de povidona iodada 1,25% puede ser igual de efectiva que los antibióticos tópicos.
 - Empleo de lágrimas artificiales a demanda (4-6 veces/día).
 - Higiene de manos y eliminación de las secreciones oculares.
 - Evitar frotarse los ojos.
 - Evitar compartir objetos personales y de aseo.
 - En portadores de lentes de contacto: suspender su uso y retirar las lentes de contacto.

Conjuntivitis bacteriana hiperaguda: gonocócica

Etiología: *Neisseria gonorrhoeae*.

Epidemiología y contagio: Enfermedad grave con riesgo de compromiso visual. La derivación hospitalaria ha de ser urgente ya que la *Neisseria gonorrhoeae* es capaz de invadir epitelio corneal intacto y dar lugar a una perforación corneal. La enfermedad se caracteriza por un inicio hiperagudo de los síntomas tras un periodo de incubación de 12 horas (1,4,5). El contagio se produce por contacto genitales-mano-ojos, frecuentemente en adultos sexualmente activos. Es frecuente la coexistencia de uretritis y se debe derivar al paciente y a su pareja sexual para estudio de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (4,5,7).

Diagnóstico: La sospecha es clínica. Es necesaria la derivación urgente para tinción de Gram de las secreciones, cultivo y antibiograma (3).

Clínica: Es característica la presencia de una secreción purulenta profusa e intensa de inicio hiperagudo junto a una tumefacción y edema palpebral, dolor a la palpación ocular, inyección conjuntival y quemosis, presencia de adenopatías preauriculares y de úlcera corneal si el tratamiento es inadecuado (1-5,7).

Tratamiento: el tratamiento ha de ser siempre sistémico y en caso de afectación corneal se deberá ingresar al paciente para antibioterapia endovenosa (2,5).

Antibioterapia sistémica:

- Ceftriaxona 250 mg/d (i.m) 3 días o 1 g (i.m) dosis única. Si asocia queratitis, ingreso hospitalario y Ceftriaxona 2 g (e.v)/24 h 3 días (4,5).
- Alergia a cefalosporinas: Azitromicina (v.o) 1 g dosis única (5).
- Si coinfección por Chlamydias, asociar: Doxiciclina 200 mg/24 h (v.o) (7 días) o Azitromicina 1 g (v.o) dosis única (3,5).

Antibióticos tópicos (añadir al tratamiento sistémico):

- Ciprofloxacino colirio 3% 1 gota/1 h (2).
- Gentamicina colirio 3% 1 gota/1 h (2,4).

Medidas no farmacológicas: Lavado de secreciones de fondos de saco conjuntival cada 30 minutos irrigando con solución salina.

Conjuntivitis por *chlamydia*

Etiología: *Chlamydia Trachomatis*.

Cuadros clínicos: Conjuntivitis de inclusión del adulto (causada por los serotipos D-K) y tracoma (causada por los serotipos A, B, C) (1,2,4,5,7,8).

Epidemiología y contagio:

Conjuntivitis de inclusión: enfermedad de transmisión sexual por autoinoculación de secreciones genitales.

Tracoma: enfermedad autolimitada en fases iniciales. La infección repetida se asocia a cicatrización y riesgo de ceguera. Es la principal causa de ceguera evitable en los países en vías de desarrollo sin acceso a agua potable. La transmisión puede ser directa o indirecta por vía nasal, ocular o faríngea. La mosca es un vector importante.

Clínica: Conjuntivitis de inclusión del adulto: enfermedad unilateral o bilateral. Cursa con hiperemia conjuntival, reacción folicular tarsal y en fondos de saco, secreción acuosa o mucosa y adenopatía preauricular. Con la cronificación se atenúan los folículos y pueda aparecer pannus e infiltración corneal.

Tracoma: Inicia como un cuadro de hiperemia bulbar con presencia de folículos y papilas tarsales y secreción mucosa. La enfermedad recurrente puede evolucionar dando lugar a la aparición de entropión cicatricial, triquiasis y distiquiasis, pannus y cicatrización estromal, y derivar en ceguera.

Diagnóstico (5): El diagnóstico de sospecha es clínico. Los test inmunológicos como la inmunofluorescencia directa o el enzoinmunoensayo están disponibles para su diagnóstico (9,10). La confirmación del DNA de la *Chlamydia* por PCR es confirmatorio (11).

Tratamiento (2,4,5):

- Conjuntivitis de inclusión:
 - Doxiciclina 100 mg/12 h (v.o) (7días).
 - Azitromicina 1 g (v.o) dosis única.
- Tracoma:
 - Prevención: lavado frecuente de la cara. Control de las moscas.
 - Azitromicina 1 g (v.o) dosis única (puede ser necesario repetirla al año).
 - Alternativa: eritromicina 500 mg/12 horas (14 días).
 - Cirugía: para la corrección de malposiciones palpebrales.

Conjuntivitis bacteriana en la infancia

Etiología: Gérmenes implicados (1,12):

Haemophilus influenzae, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* (Los mas frecuentes).

Neisseria gonorrhoeae y *Chlamydia trachomatis* (Sospechar transmisión sexual).

Epidemiología y contagio: La conjuntivitis bacteriana es mas frecuente en niños que en adultos. A pesar de que los estudios publicados sugieren que la etiología bacteriana

es la más frecuente en niños, la experiencia clínica sugiere que la mayoría de las conjuntivitis infecciosas también son víricas en niños al igual que en el adulto (1). Se trata de una enfermedad autolimitada. Su inicio es generalmente unilateral, aunque se bilateraliza con frecuencia en 48 horas. El contagio se produce por contacto directo de las secreciones, por diseminación de microorganismos que colonizan la mucosa nasal, por obstrucción de la vía naso lagrimal o en el contexto de una otitis media (*H. Influenzae*) o faringitis (2,5).

Diagnóstico: Clínico. El cultivo no es necesario en la práctica clínica (2).

Síntomas: sensación de cuerpo extraño, irritación.

Signos: hiperemia conjuntival, secreción purulenta, párpados pegados.

Secuelas: las conjuntivitis bacterianas en niños pueden dar lugar a queratitis bacterianas o celulitis preseptales. La conjuntivitis gonocócica puede derivar en cicatrización y perforación corneal o a una diseminación sistémica con septicemia, artritis o meningitis (5).

Tratamiento: Enfermedad autolimitada. El tratamiento antibiótico acorta el curso de la enfermedad (5). Se recomienda su administración en caso de que los síntomas no mejoren en el transcurso de 3 días con medidas no farmacológicas. El tratamiento reduce la transmisión y favorece el retorno más precoz de los niños al colegio (13). Todos los antibióticos tópicos de amplio espectro han demostrado ser eficaces para el tratamiento de las conjuntivitis bacterianas (3). La elección del antibiótico de elección se realizará en función de la conveniencia o disponibilidad ya que no existe evidencia clínica que muestre la superioridad de ninguno de ellos (5). Ningún antibiótico es de elección en el tratamiento empírico. En niños se prefiere la formulación en pomada al colirio ya que su efecto terapéutico en casos en los que el contacto con la conjuntiva es incierto es mayor (1).

Las alternativas terapéuticas son:

- **Tratamiento de conjuntivitis bacteriana aguda (5):** (Las mismas que en el adulto).
- **Tratamiento de conjuntivitis asociada a otitis (*Haemophilus Influenzae*):** Amoxicilina/clavulánico oral 100 mg/kg/día en 3 dosis x 10 días (1).
- **Tratamiento de conjuntivitis por *Chlamydia tracomatis* (5):**
 - Niños < 45 Kg: Eritromicina (v.o) 50 mg/kg/día en 4 dosis durante 14 días.
 - Niños > 45 kg: Azitromicina 1 g (v.o) dosis única.
 - Niños >8 años: (igual que en adultos) Doxiciclina 200 mg/24 h (v.o) (7días) o Azitromicina 1 g (v.o) dosis única.
- **Tratamiento de conjuntivitis por *Neisseria gonorrhoeae* (5):**
 - Niños < 45 Kg: **Ceftriaxona** (i.m) 125 mg dosis única.
 - Niños > 45 Kg: **Ceftriaxona** (i.m) 1 g dosis única.

Medidas no farmacológicas (5)

- Limpieza de secreciones y aplicación de compresas templadas.
- Administración de gotas lubricantes oculares.
- Medidas para evitar el contagio: no compartir toallas, lavarse frecuentemente las manos y evitar tocarse los ojos.

CONJUNTIVITIS VÍRICA

Conjuntivitis vírica en el adulto

Representan el 80% de las conjuntivitis infecciosas agudas en el adulto (3).
Gérmenes: Causada por múltiples virus, el *adenovirus* es el más frecuente.

Conjuntivitis por adenovirus

Epidemiología y contagio: El *adenovirus* es causante de epidemias con manifestaciones oculares variadas en función del serotipo implicado. Se han descrito brotes epidémicos de queratoconjuntivitis adenovírica asociados a centros médicos y oftalmológicos (14,15). Se trata de una enfermedad de alta contagiosidad, su transmisión es por vía respiratoria o por contacto directo con secreciones oculares, objetos o superficies contaminadas (mayor contagiosidad los primeros 10-14 días tras inicio de los síntomas) (1,15). Enfermedad profesional en servicios de oftalmología, urgencias y atención primaria.

Diagnóstico clínico. Los test rápidos de detección de antígenos basados en inmunodiagnóstico presentan alta sensibilidad y especificidad, aunque no están indicados de rutina. (16) Los test basados en inmunocromatografía presentan sensibilidades más bajas (40%-93%) (17,18). También están disponibles otras tecnologías como la PCR para detectar DNA viral (5).

Clínica: El adenovirus produce 3 cuadros clínicos (2,4,8) (figs. 3 y 4).

- **Conjuntivitis folicular aguda** (Causada por múltiples serotipos):
 - Síntomas: lagrimeo intenso, enrojecimiento, sensación de cuerpo extraño, escozor, fotofobia, párpados pegados por la mañana.
 - Signos: hiperemia conjuntival, reacción folicular subtarsal, secreción acuosa o mucosa, edema palpebral, hemorragias conjuntivales, membranas o pseudomembranas y adenopatía preauricular dolorosa.
 - Inicio unilateral, bilateralización frecuente en 24-48 horas. La clínica empeora en los primeros 3-5 días, con resolución lenta en 1-2 semanas y remisión completa a partir de las 3 semanas (5).



Figura 3: Reacción folicular en paciente con conjuntivitis adenovírica.



Figura 4: Pseudomembranas.

- **Fiebre faringoconjuntival** (serotipos 3, 4, 7, 11):
 - Clínica: Similar a la conjuntivitis folicular aguda, generalmente de mayor duración y frecuentemente bilateral. La clínica ocular asocia fiebre e infección de vías respiratorias altas de inicio agudo.
- **Queratoconjuntivitis epidémica** (serotipos 8,19, 37):
 - Clínica: Mayor severidad de la conjuntivitis folicular, asociado a síntomas de queratitis con: dolor, fotofobia y visión borrosa. La queratitis comienza como una queratopatía punteada superficial y en algunos casos evoluciona dando lugar a la formación de infiltrados subepiteliales.
 - Secuelas: Ninguna en los casos leves y moderados. Simbléfaron, infiltrados corneales y cicatrización estromal y conjuntival en casos severos (5). Leucomas corneales secundarios a la presencia de infiltrados subepiteliales (fig. 5).

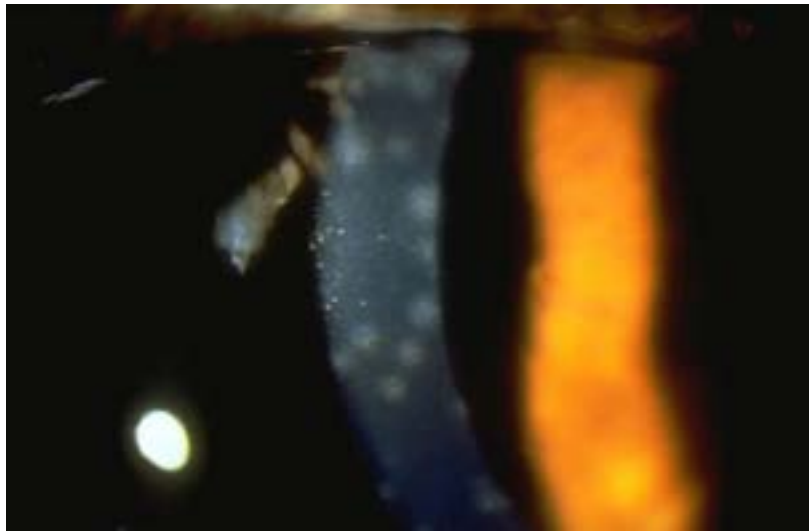


Figura 5: Infiltrados subepiteliales tras queratoconjuntivitis epidémica.

Tratamiento: Proceso autolimitado, no hay tratamiento etiológico. Los antivirales tópicos (Ganciclovir 0,15%) se han estudiado pero no han demostrado aún ser eficaces y no se puede recomendar su empleo de forma generalizada. Los antibióticos tópicos no previenen la sobreinfección y pueden añadir toxicidad al cuadro (3,5,8). El tratamiento sintomático incluye antihistamínicos y AINEs tópicos (3). Los corticoides tópicos alivian los síntomas en cuadros más severos o con pseudomembranas y pueden reducir la cicatrización (5). Los infiltrados subepiteliales pueden tratarse con corticoides tópicos a baja concentración. En modelos animales se ha visto que el empleo de corticoides aumenta la replicación viral. La povidona iodada al 0,4% ha demostrado reducir los títulos de virus y acortar el tiempo de duración de los síntomas (5).

Medidas no farmacológicas (2,5,19)

- Medidas de prevención de contagio y de la diseminación (hasta 10-14 días tras el inicio de los síntomas en el último de los ojos), consistentes en: lavado de manos con agua y jabón, evitar compartir objetos personales y de aseo.

- Retirada de pseudomembranas para evitar procesos de cicatrización.
- Empleo de lágrimas artificiales sin conservantes a demanda.
- Aplicación de frío local para el alivio sintomático.
- En portadores de lentes de contacto, se recomienda suspender su uso y retirar las lentes de contacto.
- Limpiar las superficies y cabezales de tonómetros con lejía diluida en agua (1:10) o desinfectantes apropiados.
- Evitar el contacto con otras personas durante 10-14 días tras el inicio de los síntomas en el último de los ojos (I+) (20).

Blefarconjuntivitis por virus herpes simple (VHS)

Gérmenes: *virus herpes simplex* (VHS) tipo 1 más frecuente que tipo 2 (1).

Epidemiología y contagio: Reactivación del VHS. La primoinfección es excepcional en adultos. Enfermedad autolimitada en 4-7 días sin tratamiento, salvo aparición de complicaciones (4,5).

Diagnóstico: clínico. El cultivo solo es necesario en casos dudosos o si asocia complicaciones.

Clínica: Síntomas: Escozor, dolor, lagrimeo y fotofobia.

Signos: la conjuntivitis es habitualmente unilateral (puede ser bilateral en pacientes atópicos o inmunodeprimidos). Cursa con hiperemia conjuntival, reacción folicular y adenopatía preauricular. La presencia de vesículas en la piel es distintiva de herpes y si éstas afectan al borde palpebral, puede cursar con queratitis epitelial dendrítica.

Tratamiento (5): El tratamiento se instaura en caso de sospecha de afectación corneal. Las alternativas terapéuticas son: ganciclovir 0,15% gel 3-5 veces al día o aciclovir 3% pomada oftálmica 5 veces al día. El tratamiento oral con Aciclovir, famciclovir o valaciclovir pueden no ser adecuados para evitar la progresión de la blefarconjuntivitis herpética (21).

Conjuntivitis vírica en la infancia

Gérmenes implicados (1):

- *Adenovirus* (el más frecuente).
- Otros: *virus herpes simplex*, *virus varicela-zoster*, *Epstein-Barr*, *molluscum contagiosum*, *virus de la parotiditis*, *virus influenza*.

Epidemiología y contagio: Enfermedad muy contagiosa (especialmente la causada por adenovirus). Su inicio es habitualmente unilateral, aunque la bilateralización es frecuente durante los primeros días. La sintomatología de las conjuntivitis víricas en niños es, por lo general, mas leve y la duración del cuadro clínico mas corta que en adultos (2,5).

En niños, la conjuntivitis por VHS puede tratarse de una primoinfección por VHS I o II y, con menor frecuencia, de una reactivación viral.

Diagnóstico: clínico (2,4,5):

Adenovirus: Los signos y síntomas son similares a los descritos en adultos (hiperemia conjuntival, reacción folicular, sensación de cuerpo extraño, secreción acuosa, edema palpebral, adenopatía preauricular) aunque la sintomatología suele ser mas leve que en adultos. La afectación corneal es rara.

VHS: La clínica es similar a la del resto de conjuntivitis virales. Las vesículas cutáneas herpéticas son características (no siempre están presentes). Es posible la afectación corneal. La primoinfección frecuentemente cursa con un cuadro sistémico que asocia fiebre.

Molluscum: conjuntivitis folicular junto a presencia de unas características lesiones umbilicadas perioculares o en borde libre palpebral (2,4,5,8). Generalmente unilaterales, son mas frecuentes en niños mayores y adultos jóvenes (5).

Tratamiento:

El tratamiento es sintomático. El uso de antibióticos tópicos se reserva para casos de sobreinfección bacteriana. El uso de corticoides tópicos está contraindicado (3,5).

Ante la sospecha de infección herpética: No es preciso el tratamiento de la conjuntivitis salvo sospecha de afectación corneal. Ante la sospecha de primoinfección herpética de <48 horas de evolución: se instaurará tratamiento con aciclovir oral 200-400 mg, 5 veces al día durante 10 días (5). En neonatos es necesaria la consulta al pediatra por el riesgo asociado a la enfermedad sistémica grave.

Si se observa la presencia de lesiones perioculares características de *Molluscum*, es necesario realizar un curetaje, escisión o cauterización de éstas (2,4,5). La conjuntivitis puede tardar semanas en resolverse tras la escisión de las lesiones palpebrales (5).

Medidas no farmacológicas (5)

- Lavado con agua fría y lágrimas artificiales.
- Medidas para evitar el contagio: no compartir toallas, lavarse frecuentemente las manos y evitar tocarse los ojos.

OFTALMÍA NEONATAL (tabla 1)

Conjuntivitis que aparece en el primer mes de vida

Etiología: (tabla 1) (2,4,5).

Epidemiología y contagio: Incidencia variable (0,1% a 10%) en función de países. El contagio suele ser directo por contacto del microorganismo a través del canal del parto o tras el nacimiento en las formas químicas/tóxicas (4).

Profilaxis (4,5):

Elección: Povidona yodada 2,5%, 1 aplicación al nacimiento (22-24).

Alternativas: pomada de eritromicina 0,5% o pomada de tetraciclina 1% (7).

Tratamiento:

Neisseria gonorrhoeae: Ceftriaxona (ev o im) 125 mg (dosis única) (5).

Chlamydia trachomatis: Eritromicina oral 12,5 mg/kg/ 6 h x14 días (x 3 semanas si sospecha de neumonía) (5,25) + Pomada de eritromicina 0,5% (2,4) (complemento al tratamiento oral).

Herpes simplex: Aciclovir (ev) 15-20 mg/kg/ 8 h x 14 días (x21 días si riesgo de encefalitis) (5).

Medidas no farmacológicas

- Irrigación abundante con suero salino ante cualquier conjuntivitis del recién nacido.

Tabla 1. Características de la oftalmía neonatal

| Etiología | <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> | <i>Chlamydia Tracomatis</i> | <i>Virus herpes simplex II</i> | Química |
|-------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Inicio | 3-4 días | 5-19 días | 7-15 días | Inmediata |
| Transmisión | Canal parto | Canal del parto | Canal del parto | Tras el nacimiento |
| Clínica | Grave. Riesgo perforación. | Riesgo de cicatrización corneal | Vesículas palpebrales | Leve. autolimitada |
| Diagnóstico | Gram. Cultivo | Cultivo. ELYSA | Cultivo viral | Clínico |

RESUMEN

Las conjuntivitis bacterianas son mayoritariamente enfermedades autolimitadas que cursan con hiperemia y secreción purulenta. Su diagnóstico es clínico. El empleo de antibióticos tópicos se asocia a una remisión clínica más rápida. Son más frecuentes en la infancia.

La *Neisseria gonorrhoeae* es causante de conjuntivitis hiperagudas que cursan con gran secreción purulenta. Deben tratarse de forma sistémica por el riesgo de perforación corneal. La ceftriaxona intramuscular es el tratamiento de elección.

La *Chlamydia trachomatis* es causante de 2 cuadros clínicos característicos: 1) La conjuntivitis de inclusión (serotipos D-K) y 2) el tracoma (serotipos A, B, C).

Las conjuntivitis víricas son las más frecuentes tanto en adultos como en niños. Existen múltiples virus implicados, entre ellos el más frecuente es el adenovirus. El adenovirus provoca tres cuadros clínicos bien caracterizados: 1) la conjuntivitis folicular aguda, 2) la fiebre faringoconjuntival y 3) la queratoconjuntivitis epidémica. La primoinfección por VHS puede cursar como un cuadro de conjuntivitis en la infancia.

BIBLIOGRAFIA

1. Jacobs DS. Conjuntivitis. [Monografía en Internet]. UptoDate; Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
2. American Academy of Ophthalmology (BSCS) Basic and Clinical Science Course Subcommittee. 2017-2018 Basic and Clinical Science Course. External Disease and Cornea.
3. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA 2013; 310: 1721-9.
4. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. Un enfoque sistemático. 8.ª Edición. S.A. Elsevier 2016.
5. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Conjunctivitis. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology 2019. Disponible en: <http://www.aao.org/ppp>.
6. Sheikh A, Hurwitz B, van Schayck CP, et al. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64: 1-137.
8. Manual de Oftalmología del Wills Eye Institute. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ocular en la consulta de urgencias. 5.ª Edición. Barcelona: Lippincott Williams&Wilkins. Wolters Kluwer Health España S.A; 2008.
9. Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, et al. Screening tests to detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections--2002. MMWR Recomm Rep 2002; 51: 1-38.
10. Stenberg K, Herrmann B, Dannevig L, et al. Culture, ELISA and immunofluorescence tests for the diagnosis of conjunctivitis caused by Chlamydia trachomatis in neonates and adults. Apmis 1990; 98: 514-520.
11. Kowalski RP, Karenchak LM, Raju LV, Ismail N. The verification of nucleic acid amplification testing (Gen-Probe Aptima Assay) for chlamydia trachomatis from ocular samples. Ophthalmology 2015; 122: 244-247.
12. Epling J, Smucny J. Bacterial conjunctivitis. Clin Evid 2005; 2: 756-761.
13. Ohnsman CM. Exclusion of students with conjunctivitis from school: policies of state departments of health. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2007; 44: 101-105.
14. Rutala WA, Weber DJ. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008. <https://www.cdc.gov/infection-control/pdf/guidelines/disinfection-guidelines.pdf>.
15. Buehler JW, Finton RJ, Goodman RA, et al. Epidemic keratoconjunctivitis: report of an outbreak in an ophthalmology practice and recommendations for prevention. Infect Control 1984; 5: 390-394.
16. Sambursky R, Tauber S, Schirra F, et al. The RPS adeno detector for diagnosing adenoviral conjunctivitis. Ophthalmology. 2006; 113: 1758-1764.
17. Kam KY, Ong HS, Bunce C, et al. Sensitivity and specificity of the AdenoPlus point-of-care system in detecting adenovirus in conjunctivitis patients at an ophthalmic emergency department: a diagnostic accuracy study. Br J Ophthalmol 2015; 99: 1186-1189.
18. Udeh BL, Schneider JE, Ohsfeldt RL. Cost effectiveness of a point-of-care test for adenoviral conjunctivitis. Am J Med Sci 2008; 336: 254-264.
19. Rutala WA, Peacock JE, Gergen MF, et al. Efficacy of hospital germicides against adenovirus 8, a common cause of epidemic keratoconjunctivitis in health care facilities. Antimicrob Agents Chemother 2006; 50: 1419-1424.
20. Ford E, Nelson KE, Warren D. Epidemiology of epidemic keratoconjunctivitis. Epidemiol Rev 1987; 9: 244-261.
21. Carter SB, Cohen EJ. Development of herpes simplex virus infectious epithelial keratitis during oral acyclovir therapy and response to topical antivirals. Cornea 2016; 35: 692-695.
22. Isenberg SJ, Apt L, Wood M. A controlled trial of povidone-iodine as prophylaxis against ophthalmia neonatorum. N Engl J Med 1995; 332: 562-566.

5. Conjuntivitis infecciosas

Aritz Bidaguren Urbieto

23. Isenberg SJ, Apt L, Yoshimori R, et al. Povidone-iodine for ophthalmia neonatorum prophylaxis. *Am J Ophthalmol* 1994; 118: 701-706.
24. David M, Rumelt S, Weintraub Z. Efficacy comparison between povidone iodine 2.5% and tetracycline 1% in prevention of ophthalmia neonatorum. *Ophthalmology* 2011; 118: 1454-1458.
25. Abelson MB, Heller W, Shapiro AM, et al, AzaSite Clinical Study Group. Clinical cure of bacterial conjunctivitis with azitromycin 1%: vehicle-controlled, double-masked clinical trial. *Am J Ophthalmol* 2008; 145; 959.

PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

1. En relación con las conjuntivitis virales:

- a) La fiebre faringoconjuntival esta causada por los serotipos 3, 4 y 7
- b) La conjuntivitis adenovírica es un cuadro autolimitado que cura si dejar secuelas.
- c) La conjuntivitis herpética en la infancia requiere tratamiento antiherpético oral en todos los casos
- d) La conjuntivitis secundaria a Mulluscum contagiosum puede persistir semanas después del curetaje de las lesiones palpebrales
- e) Existe evidencia de que el empleo de corticoides tópicos en pacientes con conjuntivitis adenovírica aumenta la tasa de replicación viral

2. En relación con las conjuntivitis bacterianas:

- a) El tracoma es una enfermedad de transmisión sexual muy prevalente en países en vías de desarrollo
- b) El diagnóstico de conjuntivitis de inclusión del adulto obliga a descartar la existencia de otras enfermedades de transmisión sexual en el paciente y sus contactos sexuales
- c) El empleo de antibióticos tópicos en las conjuntivitis bacterianas de los adultos ha de iniciarse de forma precoz tras la aparición de los síntomas
- d) Las conjuntivitis bacterianas son las conjuntivitis infecciosas más frecuentes en la infancia
- e) Ante una conjuntivitis hiperaguda con gran secreción purulenta en un adulto inmunocompetente, el tratamiento de elección será la ceftriaxona intramuscular