

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

CONJUNTIVA

8

Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis crónicas

Ángel Gutiérrez Merino, José María Herreras Cantalapiedra



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

8. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis crónicas

Ángel Gutiérrez Merino, José María Herreras Cantalapiedra

El término conjuntivitis hace referencia a cualquier proceso inflamatorio de la conjuntiva, siendo esta la causa más frecuente de «ojo rojo». En la mayor parte de los casos, una anamnesis detallada y una exploración ocular minuciosa son suficientes para establecer el diagnóstico y diferenciar causas benignas de otras que pueden poner en peligro la visión. Los síntomas típicos de las conjuntivitis son la hiperemia conjuntival, la sensación de cuerpo extraño y el incremento de la secreción conjuntival.

La mayor parte de las conjuntivitis se presentan de forma aguda, con una duración máxima de 4 semanas, y una evolución benigna y autolimitada. Una conjuntivitis se considera crónica cuando los síntomas persisten más allá de las 4 semanas, y hace necesario un adecuado diagnóstico diferencial.

ÍNDICE

Conjuntivitis foliculares crónicas

- Clamidia: Tracoma y conjuntivitis de inclusión del adulto
- Molusco contagioso
- Conjuntivitis tóxica

Conjuntivitis papilares crónicas

Con base inmune

- Conjuntivitis alérgicas: Aguda y crónica
- Queratoconjuntivitis vernal
- Queratoconjuntivitis atópica
- Conjuntivitis papilar gigante

Sin base inmune

- Infecciones en el sistema de drenaje lagrimal
- Síndrome del fórnix gigante
- Síndrome de mascarada
- Conjuntivitis facticia

Conjuntivitis cicatrizantes

- Stevens Johnson y Necrolisis epidérmica tóxica
- Lupus eritematoso sistémico
- Penfigoide de membranas mucosas
- Sarcoidosis
- Rosácea
- Neoplasia
- Enfermedad injerto contra huésped
- Síndrome de Sjögren

Otras causas

- Síndrome de ojo seco
- Conjuntivitis bacteriana crónica
- Blefaritis
- Conjuntivochalasis
- Síndrome del párpado flácido
- Queratoconjuntivitis límbica superior
- Conjuntivitis leñosa
- Concreciones conjuntivales

CONJUNTIVITIS FOLICULARES CRÓNICAS



Figura 1: Algoritmo diagnóstico ante una conjuntivitis folicular crónica.

Clamidia

Es la causa más frecuente de conjuntivitis folicular crónica en el mundo. Mediante tinción de Giemsa de raspado conjuntival se pueden observar los cuerpos de inclusión basófilos intracitoplasmáticos en las células del epitelio conjuntival. Es la única forma de conjuntivitis folicular crónica en la que predominan los polimorfonucleares (PMN) en el frotis conjuntival. El diagnóstico se puede confirmar mediante cultivo, fluorescencia directa o PCR.

Tracoma

Patogenia: es la causa más frecuente de ceguera corneal en el mundo. Es endémica en zonas en desarrollo y se relaciona con malas condiciones de saneamiento. Las moscas son un importante vector para su propagación. Su alta morbilidad se relaciona con múltiples recurrencias de la infección y con sobreinfecciones bacterianas concurrentes. Está provocado por los serotipos A-C de clamidia trachomatis.

Signos: los folículos predominan en la conjuntiva superior o en el limbo y pueden ser de gran tamaño (maduros). Cuando los límbicos se necrosan forman cicatrices deprimidas llamadas «fositas de Herbert», que son patognomónicas de tracoma. También es común el pannus vascularizado, más marcado en limbo superior. La cicatrización conjuntival aparece en fases avanzadas en forma de cicatrización subepitelial lineal en la con-

juntiva pretarsal. Es típica la «línea de Arlt», una densa cicatriz lineal superior al margen palpebral superior. La cicatrización conjuntival provoca entropión cicatricial y triquiasis, que pueden llevar a la cicatrización corneal y finalmente a la ceguera.

Conjuntivitis de inclusión del adulto

Patogenia: es la forma más frecuente de infección ocular por clamidia en el mundo desarrollado. Es considerada una enfermedad de transmisión sexual, llegando al ojo por vía genital-ocular. Está provocada por los serotipos D-K de clamidia trachomatis.

Signos: hiperemia conjuntival, secreción mucopurulenta y adenopatía preauricular palpable, que es habitual en todas las formas de conjuntivitis crónica por lo que no es útil en el diagnóstico diferencial. Los folículos se desarrollan con mayor frecuencia en la conjuntiva tarsal inferior, pero pueden aparecer en la conjuntiva bulbar y en el pliegue semilunar. En la conjuntiva tarsal superior se observan como lesiones blanquecinas ligeramente sobreelevadas, pero nunca llegan a ser maduros como en el tracoma. Los folículos son significativamente más grandes que en las conjuntivitis víricas. Los infiltrados corneales subepiteliales son frecuentes, siendo habitualmente más periféricos y menos difusos que en la queratoconjuntivitis epidémica.

Molusco contagioso

Patogenia: las lesiones palpebrales liberan el virus a la película lagrimal, produciéndose el contagio por el contacto directo con personas infectadas. En pacientes con SIDA las lesiones son grandes y numerosas.

Signos: conjuntivitis folicular crónica a la que se añaden nódulos lisos pequeños con centro umbilicado (menores que el queratoacantoma) e inflamación leve en la piel del párpado o en el borde palpebral. Puede haber queratitis punteada superficial (QPS) y menos frecuentemente pannus corneal.

Laboratorio: en la biopsia de las lesiones aparecen inclusiones intracitoplasmáticas eosinófilas (cuerpos de Henderson-Patterson).

Conjuntivitis tóxica

Patogenia: aparece semanas o meses después de la exposición a diversas sustancias por vía tópica ocular, que provocan un efecto citotóxico directo dosis dependiente en la superficie ocular. Los medicamentos más asociados a esta patología son la atropina, los antivíricos, los mióticos, la adrenalina, los agonistas α 2-adrenérgicos y los vasoconstrictores.

8. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis crónicas

Ángel Gutiérrez Merino, José María Herreras Cantalapiedra

Signos: inyección conjuntival tarsal y bulbar. Puede haber reacción papilar o folicular de leve a intensa. Los folículos aparecen en la conjuntiva palpebral superior e inferior, pero son mayores en la inferior. Los folículos bulbares son poco frecuentes, pero son bastante específicos de un origen tóxico. También pueden desarrollarse infiltrados corneales subepiteliales de origen inmune, erosiones epiteliales puntiformes en la zona inferior de la córnea y la conjuntiva adyacente y secreción mucopurulenta.

Laboratorio: el frotis conjuntival muestra predominio linfocitario.

CONJUNTIVITIS PAPILARES CRÓNICAS

Con base inmune

Generalmente son bilaterales.

Conjuntivitis alérgicas

Son las formas más prevalentes de conjuntivitis de base inmune. Son enfermedades benignas ya que típicamente no amenazan la visión.

Patogenia: son reacciones inflamatorias de la conjuntiva desencadenadas por alérgenos (polen, ácaros, polvo, epitelio de animales, etc.). Puede asociarse a rinitis o asma.

Clínica: aparición de forma brusca y bilateral de los síntomas: prurito más o menos intenso, escozor, sensación de cuerpo extraño, fotofobia y lagrimeo.

Signos: hiperemia conjuntival, edema y enrojecimiento palpebral, quemosis conjuntival y reacción papilar suave en conjuntiva tarsal superior. Ausencia de afectación corneal y de la agudeza visual.

Formas clínicas (fig. 2).

	AGUDA/ESTACIONAL/FIEBRE DEL HENO	CRÓNICA/PERENNE
PREVALENCIA	+	-
CURSO	Brotos recurrentes. Verano y primavera.	Síntomas todo el año. Peor en otoño. Clínica más leve pero más persistente.
SECRECIÓN	Acuosa o serosa	Mucosa
ALÉRGENO PREDOMINANTE	Polen	Ácaros del polvo, epitelio de animales domésticos

Figura 2: Diagnóstico diferencial de las formas clínicas de conjuntivitis alérgica.

Laboratorio: frotis conjuntival con eosinófilos (aunque no es específico), pruebas cutáneas para detección de alérgenos, detección sérica de IgE.

Queratoconjuntivitis vernal o primaveral

Curso clínico: es una enfermedad crónica con recurrencias que se presenta en niños y adultos jóvenes (5-15 años) y que puede presentar afectación corneal. Su gravedad y prevalencia disminuyen con la edad. Su duración es de 4 a 10 años, ya que suele remitir en la pubertad. Existe una inflamación recurrente que está activa durante todo el año, pero empeora en primavera y en verano y los síntomas disminuyen en los meses fríos.

Etiología: se desconoce. Se da en pacientes con historia de otras enfermedades alérgicas, y aunque no se ha encontrado ningún alérgeno al que se le pueda atribuir la enfermedad, los pacientes mejoran cuando se trasladan a zonas con pocos alérgenos. En su patogenia participan reacciones de hipersensibilidad de tipo I y tipo IV.

Síntomas: picor intenso que precede a los signos, fotofobia, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño y secreción mucosa. La presencia de dolor es sugestiva de afectación corneal.

Signos: *Forma palpebral:* papilas grandes con aspecto en empedrado (de predominio en la conjuntiva tarsal superior). En casos graves las papilas confluyen y forman papilas gigantes. En fases de inactividad, las papilas disminuyen de tamaño, pero no desaparecen. *Forma límbica:* aparecen papilas perilímbicas y unas formaciones blanquecinas características, llamadas puntos de Horner-Trantas, que son acúmulos de eosinófilos. Esta forma es menos común y responde peor al tratamiento. *Forma mixta:* características de las dos formas previas.

La queratopatía es frecuente (50% de los casos), y puede manifestarse desde una simple queratitis punteada superficial (Tobgy), hasta una úlcera vernal o en escudo, que es una úlcera estéril recubierta por placas de moco desecado que dificultan la epitelización y predisponen a la cicatrización subepitelial y al pannus corneal.

Queratoconjuntivitis atópica

Curso clínico: aparece en pacientes con dermatitis atópica. Es poco frecuente, bilateral y potencialmente grave por la tendencia a la cronicidad y al desarrollo de fibrosis conjuntival.

Signos: eczema palpebral con fisuras y costras y papilas conjuntivales (más frecuentes en la conjuntiva tarsal inferior). En casos complicados y de larga evolución puede aparecer cicatrización conjuntival, simblefaron, úlceras corneales con cicatrización estromal y vascularización corneal. Se asocia frecuentemente a blefaritis y a sobreinfecciones bacterianas y herpéticas.

8. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis crónicas

Ángel Gutiérrez Merino, José María Herreras Cantalapiedra

	QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL	QUERATOCONJUNTIVITIS ATÓPICA
Edad	Jóvenes	Adultos
Variación estacional	Primavera-verano	Perenne
Duración	Autolimitada (4-10 años)	Crónica
Picor	Muy intenso	Moderado
Afectación conjuntival	Tarsal superior	Tarsal inferior y superior
Cicatrización conjuntival	Rara	Frecuente
Afectación corneal	Úlcera en escudo	QPS, cicatrización, neovascularización corneal, insuficiencia límbica, úlceras microbianas

Figura 3: Diagnóstico diferencial de queratoconjuntivitis vernal y atópica.

Conjuntivitis papilar gigante

Patogenia: es una reacción inflamatoria inespecífica de la conjuntiva tarsal superior debida al roce de los párpados superiores sobre cualquier cuerpo extraño, con más frecuencia debida a las lentes de contacto blandas. Otras causas son: lentes de contacto rígidas, suturas, prótesis...

Síntomas: sensación de cuerpo extraño, irritación ocular, picor, moco. Si no se elimina la causa los síntomas progresan.

Signos: papilas que pueden llegar a ser mayores de 1 mm de diámetro, con ausencia de afectación corneal ni limbar.

Sin base inmune

Generalmente son unilaterales.

Infecciones en el sistema de drenaje lagrimal

El paso imprescindible que se debe realizar en un paciente con una conjuntivitis unilateral crónica o recurrente es la exploración del sistema de drenaje lagrimal, valorando la presencia de epífora crónica, un aumento del menisco lagrimal o la retención de la fluoresceína en la superficie ocular.

Obstrucción del conducto nasolagrimal y dacriocistitis crónica: al realizar masaje sobre el saco lagrimal o irrigar el conducto lagrimal, se produce reflujó de material purulento a través del punto lagrimal.

Canaliculitis: es típica la inflamación de la región canalicular del párpado junto con el «Pouting punctum» o enrojecimiento, dilatación y edema del punto lagrimal. El microorganismo más frecuentemente implicado es *Actinomyces israelii*.

Síndrome del fórnix gigante

Patogenia: aparece en ancianos con un fórnix conjuntival superior más profundo de lo normal, asociado a ptosis del párpado superior por dehiscencia de la aponeurosis del músculo elevador del párpado. Es más frecuente en mujeres y la mayor parte de los casos son unilaterales.

Signos: es una conjuntivitis mucopurulenta crónica o recurrente. Es muy sugestiva de esta patología la presencia de coágulos de material mucopurulento en un fórnix superior grande.

Síndrome de mascarada

Patogenia: un tumor maligno con afectación conjuntival puede ocasionar una clínica similar a una conjuntivitis crónica unilateral, siendo la causa más frecuente de este síndrome el carcinoma sebáceo del párpado. Normalmente este tumor se origina en las glándulas de Meibomio, aunque también puede proceder de las glándulas de Zeiss o de tejido sebáceo en la carúncula. Es más frecuente en mujeres, en el párpado superior, presenta un pico de edad en la 5.^a-8.^a década y se ha relacionado con la radiación periorcular.

Signos: el tumor primario del párpado puede estar oculto. Este tumor suele presentar diseminación intraepitelial en la conjuntiva, conocida como diseminación Pagetoide, pudiendo simular una inflamación de la conjuntiva o provocando inflamación secundaria.

Conjuntivitis facticia o autoprovocada

Patogenia: en ocasiones la clínica de conjuntivitis crónica puede ser autoprovocada por traumatismos repetidos sobre la superficie ocular, en busca de un beneficio secundario al rol de enfermo. Aunque puede ser bilateral es más común la presencia unilateral de los síntomas. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha.

Signos: explicación poco realista de la evolución clínica, incumplimiento terapéutico, indiferencia ante la enfermedad, fracaso del tratamiento pautado, afectación ocular focal en lugar de difusa, patrones poco habituales de tinción conjuntival. Es más frecuente en el cuadrante inferonasal.

CONJUNTIVITIS CICATRIZANTES

Se caracterizan por una inflamación crónica de la conjuntiva que acaba provocando en mayor o menor medida cicatrización, simbléfaron, destrucción de los conductos lagrimales, deficiencia lagrimal, queratinización y engrosamiento de la conjuntiva, entropión, triquiasis, y síndrome de insuficiencia límbica, con úlceras y vascularización corneal. Las posibles causas se describen en la figura 4.

8. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis crónicas

Ángel Gutiérrez Merino, José María Herreras Cantalapiedra

Infeciosa	Alérgica	Autoinmune	Varias
<ul style="list-style-type: none"> Adenovirus Corynebacterium diphtheriae Tracoma 	<ul style="list-style-type: none"> QC atópica 	<ul style="list-style-type: none"> Liquen plano Lupus Penfigoide de membranas mucosas Sarcoidosis Esclerodermia Stevens-Johnson Sd Sjögren 	<ul style="list-style-type: none"> Quemaduras químicas Medicamentosa Neoplasia Rosácea Radiación Trauma

Figura 4: Causas de conjuntivitis cicatrizante.

Algunas de sus características diferenciales relevantes se describen en la figura 5.

Patología	Clínica ocular	Epidemiología	Otras localizaciones	Curso	Etiología
Stevens-Johnson y Necrolisis epidérmica tóxica (NET)	Ulceración conjuntival, pseudomembranas y membranas conjuntivales. Ampollas subepiteliales. Secreción mucopurulenta. Epiescleritis. Exposición corneal	Niños y jóvenes. SIDA	Ampollas cutáneas. Fiebre. Lesiones respiratorias, gastrointestinales, genitales. Sepsis	Agudo. Se desarrolla en 4-6 semanas. Secuelas	Inmunocomplejos. Fármacos (sulfonamidas, anticonvulsivantes, AAS, penicilina, ampicilina e isoniácida) y microorganismos (herpes, estreptococos, adenovirus)
Lupus eritematoso sistémico	Sjogren 2º, escleritis, epiescleritis, lesiones neuroftámicas, QUP, retinopatía, vasculopatía retiniana, uveítis posterior	Mujeres jóvenes	Multisistémica. Cutánea (exantema malar, lupus discoide), artritis, nefropatía	Brotos	Hiperactivación de linfocitos. Autoanticuerpos
Penfigoide de membranas mucosas	Hiperemia, edema y ulceración conjuntival. Fibrosis subepitelial conjuntival, opacidades lineales blanco-grisáceas. Secreción mucopurulenta. Disfunción lagrimal	>60 años	Boca, orofaringe, genitales, ano	Brotos	Autoanticuerpos. Inmunidad celular
Sarcoidosis	Nódulos no dolorosos en piel de párpado y región cantal. Ojo seco. Granulomas conjuntivales. Queratopatía en banda. Uveítis	20-40 años. Afroamericanos. Mujeres	Multisistémica. Pulmonar, ganglios. Sd Lofgren (eritema nodoso, adenopatías hiliares, iridociclitis). Sd Heerfordt (fiebre uveoparotídea con parálisis facial)	Crónico. Remisión espontánea	Inmunidad celular. ECA
Rosácea	DGM, ojo seco evaporativo. Blefaritis crónica. Defecto epitelial persistente. Infiltrados corneales marginales. Úlceras estériles, epiescleritis, UAA. NV corneal	30-60 años. Ligeramente > mujeres	Cutánea: exantema malar, rinofima, telangiectasias, pápulas y pústulas recurrentes	Brotos	Reacción de hipersensibilidad tipo IV. Disfunción de glándulas sebáceas. Alcohol/ café/chocolate

8. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis crónicas

Ángel Gutiérrez Merino, José María Herreras Cantalapiedra

Neoplasia	Conjuntivitis crónica unilateral. Engrosamiento o nodularidad conjuntival. Tumor 1º de párpado puede estar presente u oculto	>50 años. Mujeres. Radiación periocular previa	Local	Progresivo	La causa más frecuente es el carcinoma sebáceo del párpado
Enfermedad injerto contra huésped	Queratoconjuntivitis sicca, escleritis, queratitis filamentosa, síndrome de insuficiencia límbica	Trasplante alogénico de médula ósea	Piel, intestino, pulmones, hígado, tubo digestivo	Progresivo. Control por inmunosupresión	Inflamación conjuntival autoinmunitaria. Infiltración linfocitaria de la glándula lagrimal
Sd Sjögren	Queratoconjuntivitis sicca, desde leve hasta queratitis filamentosa, ulceración, triquiasis, cicatrización y simblefaron	Mujeres a partir de 40-50 años	Glándulas salivales, mucosa vaginal, gástrica y respiratoria. Fiebre, cansancio, Raynaud, artralgias y mialgias	Progresivo / estable	Primario o secundario a enfermedad autoinmunitaria (principalmente artritis reumatoide). Linfocitos T y destrucción de glándulas lagrimales.

Figura 5: Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis cicatrizantes.

OTRAS CAUSAS DE CONJUNTIVITIS CRÓNICA

Síndrome de ojo seco

Patogenia: el síndrome de ojo seco (tanto evaporativo como acuodeficiente) es una comorbilidad habitual en el contexto de inflamación crónica de la conjuntiva que puede empeorar la patología de la superficie ocular, y a su vez puede ser responsable por sí mismo del cuadro de conjuntivitis crónica.

Clínica: ojo rojo, quemazón, sensación de cuerpo extraño, fotofobia, prurito.

Signos: QPS, queratitis punteada conjuntival, reducción del menisco lagrimal, disfunción de glándulas de Meibomio, engrosamiento del borde palpebral y telangiectasias, blefaritis.

Conjuntivitis bacteriana crónica

Patogenia: infección bacteriana crónica en la que frecuentemente están implicados Staphylococcus, Moraxella lacunata, Proteus, Klebsiella y Serratia. Habitualmente tienen su origen en los anejos oculares, sobre todo en relación con blefaritis.

Clínica: picor, escozor, irritación ocular, secreciones abundantes. Inicio unilateral que evoluciona generalmente a la afectación bilateral.

Signos: secreción purulenta o mucopurulenta abundante, quemosis, úlceras catarrales.

Blefaritis infecciosa o seborreica

Patogenia: afectación del margen palpebral por infección estafilocócica, o por inflamación o irritación por las secreciones grasas de las glándulas de Meibomio. Otras causas menos frecuentes son la infestación por Phthirus pubis o por demodex.

Clínica: quemazón, picor, sensación de cuerpo extraño que son más intensos por la mañana y mejoran a lo largo del día.

Signos: costras en el borde palpebral, reacción papilar crónica en conjuntiva tarsal inferior, inyección conjuntival leve, secreción mucopurulenta escasa.

Conjuntivochalasis

Patogenia: hiperlaxitud, redundancia y adherencia de la conjuntiva inferior por envejecimiento.

Clínica: ojo seco, lagrimeo, exposición ocular.

Signos: conjuntiva redundante en zona inferior, alteración de la película lagrimal, oclusión del punto lagrimal inferior.

Síndrome del párpado flácido (*Floppy eyelid syndrome*)

Patogenia: aparece típicamente en individuos obesos con apnea obstructiva del sueño, con un tarso superior laxo que se evierte al realizar una fuerza mínima hacia arriba sobre el párpado superior.

Clínica: irritación e inflamación ocular crónica.

Signos: párpado laxo, papilas en conjuntiva tarsal superior, secreción mucosa, afectación corneal.

Queratoconjuntivitis límbica superior (QLS)

Patogenia: desconocida. Traumatismo mecánico transmitido del párpado superior a la conjuntiva bulbar superior y tarsal. Se ha relacionado con enfermedad tiroidea autoinmunitaria.

Clínica: conjuntivitis crónica recurrente (recurrencias en un periodo de 1 a 10 años) en mujeres de 20-70 años con resolución espontánea. Suele ser bilateral y asimétrica, asociándose a ojo seco y blefarospasmo.

Signos: reacción papilar leve en conjuntiva tarsal superior, hiperemia y engrosamiento de la conjuntiva bulbar superior, hipertrofia del limbo superior, tinción puntiforme con rosa de Bengala y fluoresceína en la conjuntiva bulbar y córnea superior perilímbica.

Conjuntivitis leñosa

Patogenia: trastorno genético crónico muy raro.

Clínica: irritación ocular, sensación de cuerpo extraño. Cualquier edad, y afectación generalmente bilateral.

Signos: placas amarillentas, pseudomembranas fibrinosas/leñosas en la superficie conjuntival palpebral visibles a la eversión del párpado.

Concreciones conjuntivales

Patogenia: quistes de inclusión con epitelio y restos de queratina por envejecimiento o por una conjuntivitis crónica previa.

Clínica: habitualmente asintomáticos, pero pueden erosionar el epitelio conjuntival y provocar sensación de cuerpo extraño.

Signos: depósitos blanco-amarillentos en la conjuntiva palpebral. En ocasiones aparece calcificación secundaria.

RESUMEN

Una conjuntivitis con una duración mayor de 4 semanas exige la realización de una exhaustiva exploración oftalmológica y una anamnesis detallada.

Los antecedentes personales oculares y sistémicos y la evolución del cuadro son fundamentales para orientar el diagnóstico.

Excepto las relacionadas con causas mecánicas, infecciones o tumores, presentan una evolución crónica que precisa un tratamiento mantenido a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Guiones de Oftalmología, Aprendizaje basado en competencias. Miguel José Maldonado López, José Carlos Pastor Jimeno. 2ª ed. 2012.
- External Disease and Cornea. Basic and Clinical Science Course 2019-2020. American Academy of Ophthalmology.
- Uveitis and Ocular Inflammation. Basic and Clinical Science Course 2019-2020. American Academy of Ophthalmology.
- Chronic Conjunctivitis, Part 1: Chronic Follicular Conjunctivitis. Focal Points. American Academy of Ophthalmology. <https://www.aao.org/focalpointssnippetdetail.aspx?id=9980fabb-4860-46fb-b49d-b804ec97d557>
- Chronic Conjunctivitis, Part 2: Unilateral Chronic Papillary Conjunctivitis. Focal Points. American Academy of Ophthalmology. <https://www.aao.org/focalpointssnippetdetail.aspx?id=241d25dc-f05a-4237-a507-e3e3cd07030b>

ATLAS FOTOGRÁFICO

Tracoma

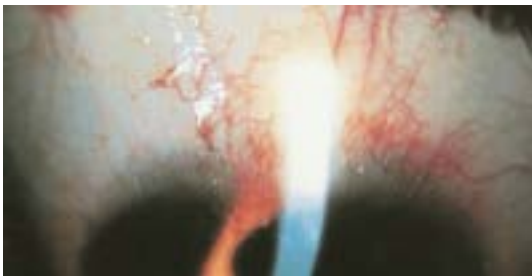


Línea de Arlt



Fosetas de Herbert

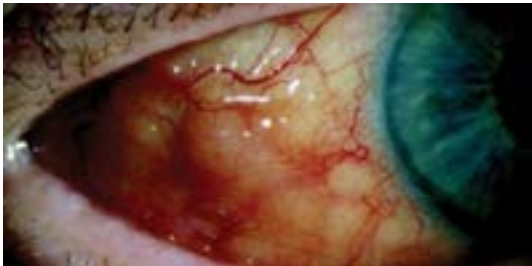
Conjuntivitis de inclusión del adulto



Molusco contagioso



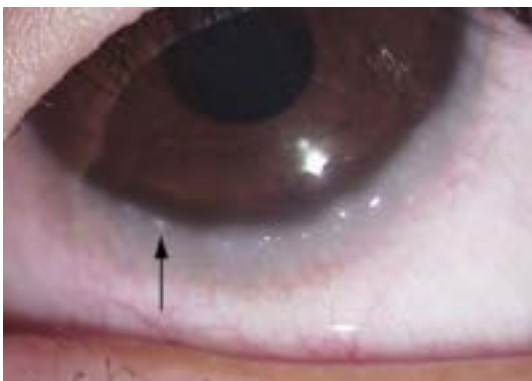
Conjuntivitis tóxica



Conjuntivitis alérgica estacional



Queratoconjuntivitis vernal



Manchas de Horner-Trantas

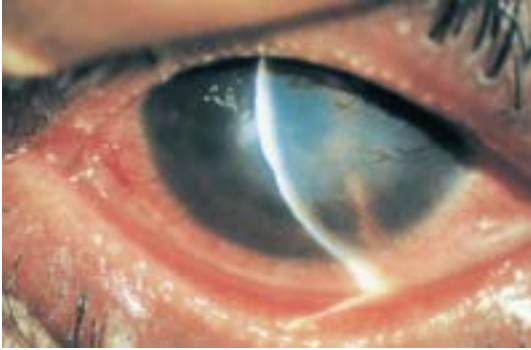


Úlcera en escudo

8. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis crónicas

Ángel Gutiérrez Merino, José María Herreras Cantalapiedra

Queratoconjuntivitis atópica



Conjuntivitis papilar gigante



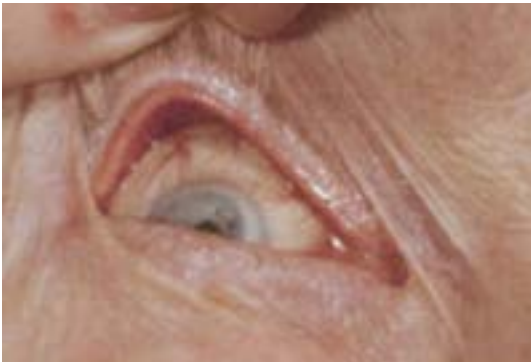
Obstrucción del conducto nasolagrimal



Canaliculitis



Síndrome del fórnix gigante



**Síndrome de mascarada
(Ca sebáceo de párpado)**



Conjuntivitis facticia



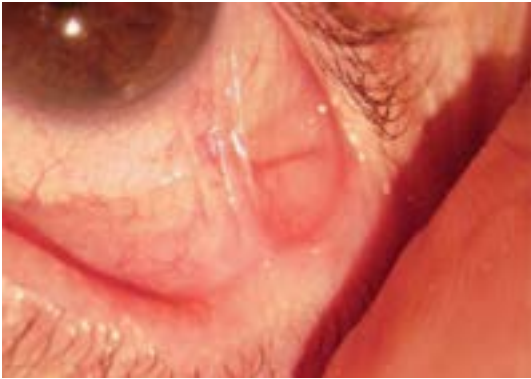
Stevens-Johnson



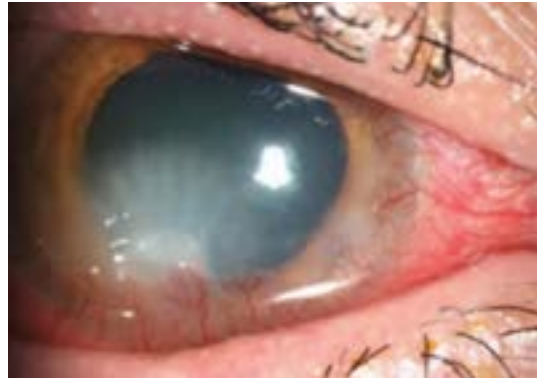
8. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis crónicas

Ángel Gutiérrez Merino, José María Herreras Cantalapiedra

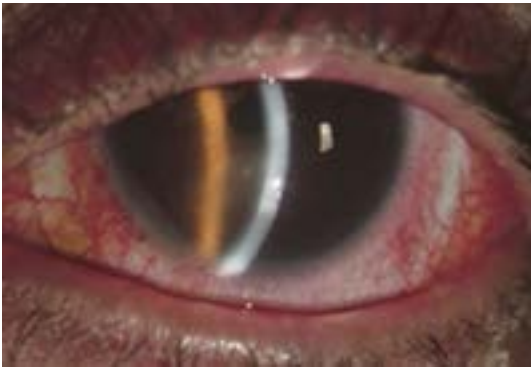
Penfigoide de membranas mucosas



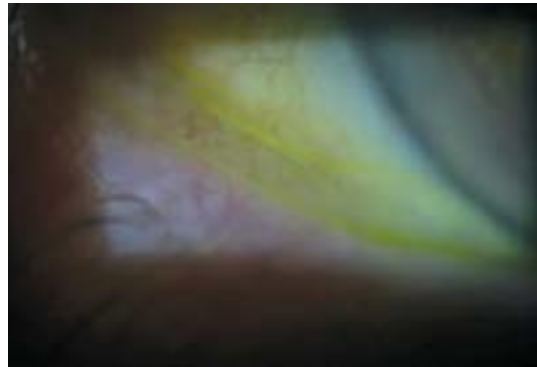
Rosácea



Enfermedad injerto contra huésped



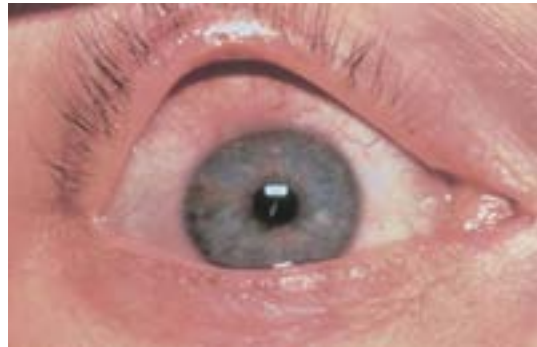
Conjuntivochalasis



Síndrome del párpado flácido



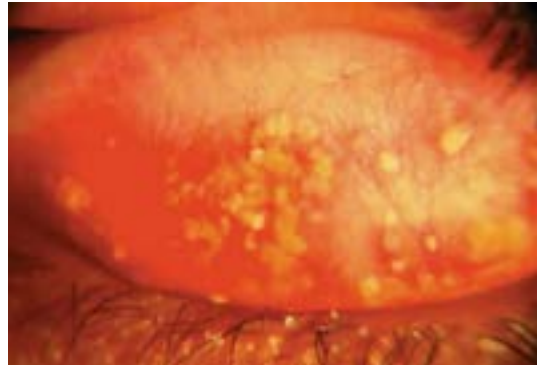
Queratoconjuntivitis límbica superior



Conjuntivitis leñosa



Concreciones conjuntivales



PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

1. Respecto a las conjuntivitis foliculares crónicas:

- a) La causa más frecuente es la infección por clamidia
- b) La cicatrización conjuntival es frecuente en el tracoma
- c) La conjuntivitis por cuerpos de inclusión del adulto presenta la mosca como vector principal
- d) Las lesiones típicas del molusco contagioso son palpebrales, pequeñas, nodulares y con centro umbilicado
- e) Los medicamentos más relacionados con conjuntivitis tóxica son los antibióticos y los inhibidores de la anhidrasa carbónica tópicos

2. Respecto a las conjuntivitis cicatrizantes:

- a) La patogenia del síndrome de Stevens Johnson se basa en una reacción de hipersensibilidad de tipo IV
- b) La afectación ocular en la enfermedad injerto contra huésped cursa típicamente con brotes
- c) La rosácea es más frecuente en mujeres entre los 30 y 60 años
- d) La causa más frecuente de síndrome de mascarada que puede presentarse en forma de conjuntivitis crónica es el carcinoma basocelular del párpado
- e) El penfigoide ocular cicatricial también se puede manifestar con afectación de boca, orofaringe, genitales y ano