TALLER DE EXPLORACIÓN SISTEMATIZADA OFTALMOLOGICA EN ATENCION PRIMARIA

Dra. Ana Silvia Fernández Fernández. Oftalmóloga.

Este taller pretende hacer un recorrido por el ojo para acercar al medico de atención primaria a la resolución de los síntomas que el paciente suele llevar a la consulta diaria.

Es imposible en el tiempo disponible hacer una revisión exhaustiva de toda la patología que se puede presentar, por eso intentaré ser lo más práctica posible , teniendo en cuenta que toda la teoría se encuentra en los libros, y que una imagen vale más que mil palabras.

Iniciamos el recorrido por el polo anterior y anexos oculares.

PÁRPADOS

La patología palpebral es objeto de consulta diariamente por los síntomas que produce y que seguro que vais a reconocer : me pican los ojos, por la mañana me cuesta abrirlos, tengo como arenillas, a veces veo borroso y al parpadear mejoro, se me caen las pestañas.

Solo tenemos que mirar al paciente, cosa a veces difícil dado la falta de tiempo y la intromisión de un ordenador por el medio, pero en oftalmología, el mirar al paciente es lo más importante. Asi veremos que probablemente los párpados tengan un aspecto inflamado, el borde palpebral esta edematoso-rojizo, en la raíz de las pestañas veremos pequeñas escamillas, y si presionamos el borde del párpado veremos pequeños glóbulos grasientos que salen de los conductillos de salida de las Glándulas de Meibomio.

Estamos ante una blefaritis. Esta puede ser:

ANTERIOR: Descamativa eccematosa(seborreica).Suele acompañarse de dermatitis seborreica

Ulcerativa sobreinfectada por estafilococo. Suele acompañarse de dermatitis atópica

POSTERIOR: Disfunción de Glándulas deMeibomio. Suele acompañarse de acné rosácea.

Síntomas: En ambas se produce picor, escozor, calor palpebral y sensación de arenillas, ocasionada por el desequilibrio en la película lagrimal ocasionada por la disfunción de las glándulas de Meibomio o por los restos de descamación . Esto ocasiona a su vez visión borrosa ocasional que mejora con el parpadeo. Molestias especialmente por las mañanas. Dificultad para abrir los ojos frecuentemente.

TRATAMIENTO:

En ambos casos lo fundamental es una buena higiene palpebral, con jabones neutros o productos específicos. Hacer entender al paciente que su curación o mejoría dependen de su constancia en la higiene.

En caso de sobreinfección estafilocóccica añadir un Ab tópico: tetraciclinas, ciprofloxacino tópicos en forma de colirio o pomada.

Lagrimas artificiales para equilibrar la película lagrimal y mejorar la sintomatología.

En blefaritis posterior asociar calor y masaje previos a la limpieza.

En casos crónicos o rebeldes al tto , asociar Ab orales: Doxiciclina 100/12h 7 dias

ORZUELO Y CHALAZION

Complicación frecuente de las blefaritis. Ante orzuelos de repetición, pensar siempre en blefaritis subyacente, aunque no sea tan evidente su clínica.

ORZUELO: Obstrucción de un folículo piloso que suele ceder espontáneamente drenando su contenido. Podemos tratarlo con pomada de terramicina

CHALAZION: Obstrucción de G.M. Quiste más profundo que a veces abarca todo el espesor palpebral incluido el tarso, haciendo relieve en la conjuntiva tarsal. En principio tratar con pomada de terramicina + corticoide. Calor y masaje , nunca expresión por el riesgo de diseminación de la infección provocando celulitis orbitaria incluso. Si no cede Remitir.

MALPOSICIONES PALPEBRALES.

ENTROPION-ECTROPION

ENTROPION: Al mandar al paciente cerrar los ojos con fuerza observamos que el borde palpebral queda invertido, con las pestañas rozando el polo anterior. El paciente se quejará de sensación de cuerpo extraño constante por la queratitis secundaria al roce de las pestañas. El tto es quirúrgico. A la espera del mismo, se puede intentar sujetar el párpado con tirita y lubrificar la córnea para minimizar el roce.

ECTROPION: Problema contrario. Párpado evertido. Síntoma más frecuente: lagrimeo discontinuo. También sensación de arenilla por sobreexposición corneal. Tto quirúrgico y protección corneal con lubricantes.

PROCESOS INFLAMATORIOS PALPEBRALES

CELULITIS ORBITARIA: Cualquier proceso infeccioso palpebral puede desembocar en celulitis orbitaria si se disemina por la zona. También procesos infecciosos en área periorbitaria como sinusitis pueden provocarla. Evitar la expresión de quistes palpebrales. Tto con antibióticos orales y antiinflamatorios.

DACRIOCISTITIS: Infección del saco lagrimal en obstrucción de vías lagrimales. El tratamiento será también con antibióticos orales y antiinflamatorios. Después se puede indicar cirugía: dacriocistostomia.

POLO ANTERIOR

Cualquier proceso que afecte a polo anterior, a cualquier de sus estructuras , se acompañara de hiperemia conjuntival, tarsal y bulbar. Nos encontramos con un ojo rojo. Vamos a diferenciar procesos para poder distinguir lo que es urgente, lo que podemos tratar y lo que debemos derivar.

El esquema que os mostraré a continuación es un resumen de toda la patología que podemos encontrar en polo anterior de una forma esquemática pero suficiente para atención primaria. Os daré una copia para que la tengáis y no sea necesario copiarla ahora. Mejor os voy explicando a través de las imágenes la diferencia que debéis buscar.

Entre los procesos inflamatorios que veremos vamos a diferenciar los que cursan con dolor y los que solo provocan molestias.

Procesos indoloros:

CONJUNTIVITIS

De Mayor a menor gravedad tendremos:

CONJUNTIVITIS ADENOVÍRICA

Características: Epidémica, muy contagiosa. Extremar las medidas de precaución para evitar el contagio, ya en la misma consulta.

Adenopatía preauricular

Secreción serosa acuosa

Gran inyección conjuntival difusa

Pseudomembranas

Folículos tarsales y puntos hemorrágicos en conjuntiva tarsal

Puede complicarse con aparición de infiltrados corneales y queratitis. Ocasionalmente reacción inflamatoria de cámara anterior(iritis)

Síntomas: Sensación de arenilla, escozor, lagrimeo. Visión borrosa si aparecen infiltrados corneales. El primer síntoma es muchas veces la sensación de cuerpo extraño. Puede acompañarse de síntomas catarrales.

El tratamiento , si se inicia en fases precoces puede resultar muy efectivo el ganciclovir. Puede pautarse un Ab de cobertura , pero no es imprescindible. Lágrimas artificiales para calmar los síntomas. Siempre hay que limpiar las pseudomembranas para impedir la aparición de simblefaron. Si hay infiltrados corneales se pueden pautar corticoides tópicos en pauta descendente como la fluormetolona. Y la utilización de lágrimas durante un tiempo prolongado.

En cualquier caso , si sospechas de una conjuntivitis adenovírica pautar lágrimas, medidas para evitar el contagio y remitir al Oftalmólogo.

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

Su principal característica es la secreción mucopurulenta muy abundante.

Inyección conjuntival difusa.

Papilas conjuntivales (más gruesas que los folículos)

Síntomas: Escozor, picor moderado, visión borrosa por la secreción.

Tratamiento antibiótico: Tobramicina, Ciprofloxacino, Eritromicina o Cloramfenicol.

AINES tópicos. Higiene frecuente para limpiar secreciones. Lágrimas sintomáticas

CONJUNTIVITIS ALERGICA

El picor intenso es lo que la diferencia de las demás.

Secreción mucosa acuosa blanquecina .

Inyección conjuntival difusa

Quemosis conjuntival en ocasiones

Queratitis superior en casos más agudos

Podemos sospechar su presencia por su aparición estacional y por los antecedentes del paciente.

También hay que preguntar por cambios en cremas o productos de maquillaje si no responde a una alergia estacional.

El tratamiento será con antihistamínicos o estabilizadores de membrana de los mastocitos. Si se acompaña de otros síntomas alérgicos puede asociarse tto oral. El frío local y las lágrimas frías ayudan a calmar los síntomas.

En casos graves añadir corticoides tópicos. Mejor derivar.

CONJUNTIVITIS IRRITATIVAS

Molestias inespecíficas, sensación de arenilla leve, inyección conjuntival leve, lagrimeo ocasional, no secreción y si la hay es mucosa transparente . Visión normal.

Siempre habrá una causa subyacente como trabajo con ordenador, trabajo en medios con humos o polución, piscinas.

Tratamiento con AINES tópicos y lágrimas a demanda

CONJUNTIVITIS SECA

Producida generalmente por un desequilibrio en la película lagrimal. Puede acompañarse muchas veces de DGM.

Preguntar por medicación (antihistamínicos, hipotensores, antidepresivos). Menopausia, trabajo en ambientes secos o con polvillo .

Los síntomas son similares a la conjuntivitis irritativa y el tto será con lágrimas artificiales.

Otra cosa es el ojo seco patológico que acompaña a enfermedades reumáticas como Sjögrem. Ante sospecha de ojo seco patológico remitir a Oftalmólogo.

Tto con lágrimas a demanda y tto oral con complejos antioxidantes y ricos en ácidos grasos insaturados.

QUERATITIS

Lesión del epitelio corneal

Puede tener causas infecciosas, mecánicas, traumáticas.

Especial atención a los portadores de lente de contacto, por riesgo de infecciones fúngicas o por acanthamoeba, a veces se producen abscesos corneales.

Dentro de las queratitis infecciosas encontramos la

QUERATITIS HERPÉTICA

Causada por el virus del herpes simple da lugar a una lesión ulcerosa arborescente típica. Se puede acompañar de lesiones vesiculosas palpebrales.

Sus síntomas son sensación de cuerpo extraño, inyección conjuntival difusa y visión borrosa si afecta a eje óptico.

Puede complicarse con inflamación en cámara anterior. Uveitis anterior.

Recidivante con frecuencia. Tto oral con Valaciclovir 1 g diario hasta remisión de la ulcera y luego mantenimiento durante 2-3 meses 500mg día para intentar evitar recidivas. Tto tópico con Aciclovir. Lágrimas a demanda. Cicloplejia si afecta a cámara anterior (Tyndall). No ocluir.

El **herpes zoster** también puede provocar queratitis, pero menos grave. Las úlceras por zoster son también arborescentes pero no terminan de forma redondeada como en el simple. Ante un Zoster oftálmico se puede pautar Aciclovir tópico para prevenir la queratitis y lágrimas como siempre como tto sintomático. Aparte el tto oral de las lesiones cutáneas.

Tener en cuenta que los pacientes afectados por un zoster hay que sospechar inmunodepresión.

QUERATITIS DIFUSAS

En cornea superior suelen deberse a procesos alérgicos.

En banda centrales a sequedad ocular

Inferiores a blefaritis posterior.

Atención a los pacientes que utilicen oxígeno nocturno (apnea del sueño)

Todas ellas se tratan con lágrimas a demanda además del tto de la causa base.

Para detectar lesiones corneales, instilaremos Fluoresceína con o sin anestésico y usaremos la luz azul de una linterna o del Oftalmoscopio para detectar lesiones que se teñirán y veremos de un color verde fosforescente.

EPIESCLERITIS

Se caracteriza por la aparición de una zona nodular más o menos extensa hiperémica en conjuntiva bulbar que puede ser dolorosa a la presión. Persiste en el tiempo. No se acompaña de más sintomatología. Descartar procesos reumáticos que pueden ser causa . Con frecuencia idiopático. Tto con AINES tópicos. No corticoides.

HIPOSFAGMA

Hemorragia subconjuntival. Asintomática. El paciente se levanta con el ojo rojo sin ninguna molestia. Se debe a la rotura de un capilar conjuntival superficial, por rascado o cambio de Tª brusco. A veces se lo dice alguien porque no se ha dado cuenta. Carece de importancia. Control de Tensión arterial por si fuera la causa de una rotura capilar.

OJO ROJO DOLOROSO

Procesos de mayor gravedad que deben ser siempre remitidos al Oftalmólogo directamente

ESCLERITIS

Es un procesos poco frecuente pero que cursa con dolor muy intenso. Zona de hiperemia bulbar amplia pero sectorial, color violáceo . Con instilación de fenilefrina se consigue un blanqueo de los vasos epiesclerales, pero persiste el color violáceo de la vascularización profunda (DD con epiescleritis).

GLAUCOMA AGUDO

También cursa con dolor periocular intenso, se acompaña de midriasis, edema corneal, inyección ciliar o periquerática y síndrome general, con nauseas , vómitos y cefalea.

Remitir con urgencia a medio hospitalario ,pues requiere terapia con manitol intravenoso y diuréticos .

UVEITIS ANTERIOR

Muchas veces puede confundirse con conjuntivitis irritativa, aunque la uveítis suele cursar con mayor afectación visual y provoca un dolor moderado. No se suele acompañar de sensación de CE salvo que la causa sea un proceso que afecte a córnea.

Pupila miótica, inyección ciliar periquerática, córnea turbia por precipitados en cámara anterior. Remitir al Oftalmólogo.

ULCERA CORNEAL

Lesión profunda del epitelio corneal, mismas causas que una queratitis pero con lesiones más profundas. Salvo ulcera herpética es conveniente ocluir y tratar con pomada Ab epitelizante añadiendo cicloplejia si se detecta edema corneal. Hablaremos de ello y de cómo identificar la lesión en la parte de Cuerpos extraños.

PTERIGIUM

Solo dos fotos para que veáis lo que es un pterigium y cómo puede su progresión llegar zona pupilar. El tto siempre será quirúrgico, aunque no hay que precipitarse, pues tienden a recidivar si se extirpan muy incipientes.

Un pterigium no se inicia así de repente sino que suele ser la evolución de una pinguécula inflamada de forma crónica. Por eso ante un proceso de este tipo intentar que el paciente hidrate bien sus ojos, pues la mayoría de los casos está relacionado con personas muy expuestas al sol o al aire. Una pinguécula inflamada puede ser molesta porque impide una correcta oclusión palpebral y una completa hidratación corneal . Ocasionalmente puede ser susceptible de extirpar.