

PROTOCOLOS OFTALMOLOGÍA

ENFERMEDADES DE LOS PÁRPADOS

Orzuelo:

Definición: Es un bulto, infeccioso y localizado, bajo la piel del párpado que se encuentra enrojecido y doloroso, puede afectar a las glándulas anteriores de los párpados (folículos pilosos de las pestañas) o a las glándulas de meibomio de los párpados (orzuelo externo e interno, respectivamente).



Etiopatogenia: la etiología es bacteriana, siendo el germen involucrado con mayor frecuencia el estafilococo dorado. Existen factores predisponentes como defectos refractivos, enfermedades carenciales y diabetes mellitus.

Cuadro clínico: El cuadro clínico se caracteriza por una molestia al comienzo del cuadro, seguido de aumento de la sensibilidad, hinchazón, dolor y adquisición de una coloración rojiza del párpado afectado. En el lugar de la lesión puede palparse un nódulo redondeado y muy doloroso. Todo esto lleva a producir una sensación de presencia de un cuerpo extraño en el ojo, acompañado de lagrimeo y fuerte rechazo a la luz. Luego de varios días aparece pus en su interior, que posteriormente se elimina espontáneamente con alivio de las molestias.

El **orzuelo externo** se localiza en el borde del párpado, es de tamaño pequeño y superficial y tiene un punto amarillento que indica la existencia de supuración.

El **orzuelo interno** se sitúa a una mayor profundidad por lo que para observarlo hay que evertir el párpado; presenta signos inflamatorios de mayor intensidad que el externo

Tratamiento en APS: compresas tibias 3 o 4 veces al día durante 10 a 15 minutos seguidas de la aplicación de una pomada antibiótica. Cloranfenicol o Gentamicina.

Cloranfenicol 1 gota en cada ojo cada 3 – 4 horas por 7 días.

Cloranfenicol ungüento 1 vez cada noche por 7 días.

El **orzuelo externo** drena espontáneamente.

Derivación a nivel secundario si el orzuelo **interno** no mejora después de 3 meses de medidas generales y tratamiento procede el drenaje quirúrgico solo en caso de enquistarse.

Si la comuna cuenta con Sala UAPO derivar a esta unidad.

BLEFARITIS

Definición: Es la inflamación del borde libre de los párpados, que por lo general tiene carácter de bilateral y recurrente. Es una afección muy habitual y se puede manifestar a cualquier edad.

Etiopatogenia: hay distintas causas de blefaritis: alérgica, infecciosa (por estafilococo dorado), irritativa o mixta. Hay factores predisponentes como la fatiga ocular, enfermedades carenciales, diabetes mellitus, rosácea, dermatitis atópica, afecciones parasitarias de las pestañas.

Cuadro clínico: los síntomas más comunes son: ardor, dolor, prurito, fotofobia, visión borrosa. Los hallazgos al examen dependen de la causa: en las alérgicas puras, generalmente a cosméticos, el borde del párpado se aprecia con marcada vasodilatación, es la llamada forma eritematosa. La forma escamosa o eczematososa está asociada a dermatitis seborreica, problemas de refracción del ojo no corregidos y desequilibrios de la musculatura ocular extrínseca; el borde del párpado aparece enrojecido, edematoso, con pequeñas escamas blanquecinas que a veces llegan a formar costras. La forma más severa es la folicular o ulcerosa, generalmente de origen infeccioso en la que hay una zona ulcerada, costrosa, de color amarillento, profunda y supurada, que origina necrosis y ulceración del borde del párpado con pérdida definitiva de las pestañas.

En los casos más graves puede producirse eversión del párpado (Ectropion)

Tratamiento en APS: actuar sobre los factores causales o predisponentes (en el caso de la forma alérgica pura basta con eliminar el producto alergénico); higiene de los párpados con preparados especiales. Agua tibia 2 a 3 cucharadas con 3 a 4 gotas de Shampoo de bebe. Recomendación al paciente, utilice una gasa o algodón limpio con agua tibia y coloquelo sobre los párpados cerrados durante 5 minutos para ablandar y soltar las escamas

La blefaritis infecciosa se trata con antibióticos locales, CFN y Gentamicina asociados o no a corticoides en los establecimientos que cuenten con esta presentación. Salas UAPO mixgen o tobramicina.



Cloranfenicol 1 gota en cada ojo cada 3 – 4 horas por 7 días.
Cloranfenicol ungüento 1 vez cada noche por 7 días.
Recordar al paciente que el abuso de corticoide local produce glaucoma.

Derivación no corresponde, el tratamiento es dado en APS.

CHALAZION

Definición: quiste del párpado secundario a inflamación de glándulas productoras de secreción grasa.



Etiopatogenia: corresponde a un proceso inflamatorio crónico que afecta a una o más glándulas de Meibonio, en que se obstruye el conducto glandular y la secreción sebácea retenida forma una tumoración. Se ha observado predisposición en portadores de acné rosácea y dermatitis seborreica.

Cuadro clínico: aumento de volumen duro, indoloro; si es muy grande puede producir problemas estéticos y visión borrosa. Más frecuente en el párpado superior y en personas adultas. La evolución es variable; si es pequeño puede desaparecer solo.

Tratamiento en APS: consiste en aplicar compresas calientes y masajes; a veces se debe agregar ungüentos antibióticos.

Cloranfenicol 1 gota en cada ojo cada 3 – 4 horas por 7 días.

Cloranfenicol ungüento 1 vez cada noche por 7 días.

Derivación a nivel secundario: Cuando no hay respuesta a medidas generales y tratamiento en APS, después de 30 días sin evolución o presenta molestias notables por gran tamaño, hay que recurrir a la extirpación quirúrgica. En caso de contar con Salas UAPO derivar a esta unidad.

Evitar el intento de drenaje en APS.

CELULITIS ORBITARIA

Es una infección de la órbita que envuelve los tejidos posteriores al septum orbitario, es mas frecuente en niños mayores de 5 años.

Etiopatogenia: Comunmente ocurre asociado a una sinusitis etmoidal o como complicación de una herida penetrante de la órbita

Manifestaciones clínicas: Fiebre, edema palpebral, rinorrea, cefalea, oftalmopléjia, dolor orbitario y a la palpación ocular. Cursa con disminución de la agudeza visual, secreción purulenta a nivel nasal, y en los casos mas graves, presenta proptosis o desviación del globo ocular.

Manejo: Al ser pesquizado en APS debe ser derivado al servicio de urgencia del Hospital Sótero del Río.

CELULITIS PRESEPTAL

Es un proceso inflamatorio que envuelve los tejidos por delante del septum orbitario, con presentación frecuentes en niños mayores de 5 años.

Etiopatogenia: Secundarios a trauma o abrasión cutánea. Diseminación de estructuras contiguas frecuentemente asociada a infecciones respiratorias superiores. Bacteremia. Los microorganismos involucrados mas comunes son Staphylococcus aureus: mas común si un foco externo está involucrado, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae el que es mas común en niños con edades comprendidas entre 6 y 36 meses presentandose con fiebre, irritabilidad, infección del tracto respiratorio superior, y letargia. Produce un patrón distinto de celulitis preseptal: una demarcación bien precisa y coloración rojo-purpúrea en el área afectada. Este edema de párpados inferiores y superiores puede extenderse al carrillo. Al examen oftalmológico se encuentra quémosis, hiperemia papilar conjuntival, cornea opaca y secreción mucopurulenta. Streptococcus pyogenes del grupo A: como causante de impétigo (además del S aureus).

Manifestaciones clínicas: Unilateral en 90% de casos, edema palpebral pudiendo aparecer en el párpado contralateral, Piel periorbitaria inflamada, el globo ocular permanece normal, movilidad y ausencia de dolor lo diferencian de la celulitis orbitaria y Al examen oftalmológico presenta agudeza visual normal y el de los casos 20% cursan con conjuntivitis y quémosis.

Tratamiento: comenzar con cloxacilina si la causa es una evidente pérdida de continuidad a nivel de la piel. Si se sospecha origen de vía aérea, favor tratar patología de base según las susceptibilidades locales y alergias del paciente.

Ptois y dermatochalasis - derivar sin urgencia solo aquellos casos que comprometan el campo visual o eje pupilar.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA LAGRIMAL

El aparato lagrimal se compone del sistema secretor o glandular y el sistema excretor o vías lagrimales.

La glándula está ubicada detrás del párpado superior, en la parte más alta y hacia lateral; hay que considerar que, en condiciones normales, no es visible ni palpable y sólo lo es cuando está inflamada. Para palparla, se le indica al paciente que mire hacia abajo y hacia adentro; el dedo índice del examinador presiona por encima del párpado y por debajo del reborde orbitario externo.

Las vías lagrimales están compuestas por el saco lagrimal, los canaliculos y puntos lagrimales. El primero se ubica por debajo del ángulo interno del ojo y su palpación y presión permite detectar obstrucciones de las vías lagrimales.

Síndrome de ojo seco:

Definición: estado patológico en el que ocurre una falla de la producción de lágrimas

Etiopatogenia: existen formas leves de carencia relativa de lágrimas llamadas hipolacrimias que por lo general no tienen relación con ninguna afección grave pero, en caso de ser recurrentes, se debe descartar la existencia de alguna enfermedad reumatológica. La queratoconjuntivitis seca, forma más severa, se presenta generalmente en personas mayores ya que la producción de lágrimas disminuye con la edad. En casos raros, puede estar asociada con artritis reumatoide, lupus eritematoso u otros similares. También puede ser causada por quemaduras químicas o térmicas y por lesiones traumáticas o quirúrgicas de la glándula lagrimal

La deficiencia de vitamina A es una causa común en áreas del mundo donde hay desnutrición, lo que no ocurre en los países occidentales.

Cuadro clínico: sensación de cuerpo extraño y arenilla ocular, ardor, prurito, lagrimeo al inicio y luego resequedad, fotofobia, ojos rojos, cansados y adoloridos, sensación de visión nublada, parpadeo aumentado y necesidad de frotarse los párpados.

Al examen se puede observar ingurgitación conjuntival, deslustre córneoconjuntival, presencia de secreciones en el ángulo interno del ojo.

Tratamiento en APS: lágrimas artificiales o ungüentos lubricantes para los casos más severos.

Pronóstico: la mayoría de los pacientes presenta molestias pero no pérdida de la visión ni otras complicaciones. En los casos severos, se puede comprometer la córnea generando cuadros de queratitis.

Nivel de atención: según causa y/o gravedad.

Derivación a nivel secundario: Solo se derivan los casos severos con complicaciones que comprometan estructuras como la cornea.

La confirmación diagnóstica la hace el oftalmólogo con el test de Schirmer, usando una tira de papel filtro calibrado que se coloca entre el tercio medio y el externo del borde palpebral inferior y a los 5 minutos se lee la distancia entre el doblez del papel hasta donde termina el humedecimiento por la lágrima.

Estenosis de los puntos lagrimales y/u obstrucciones canaliculares:

Definición: alteración del drenaje lagrimal normal.

Etiopatogenia: estrechez de las vías de drenaje lagrimal secundaria a traumatismos, sondajes repetidos, procesos inflamatorios y/o infecciosos, radiaciones, tumores del ángulo interno, medicamentos como la fenilefrina e idoxuridina.

Cuadro clínico: epifora (flujo anormal de lágrimas que escurren por la mejilla; corresponde a un desequilibrio entre la producción y el drenaje de las lágrimas).

Derivación a nivel secundario: Ante la sospecha clínica y presencia de drenaje lagrimal constante.

Tratamiento en nivel secundario: dilataciones o cirugía.

Dacriocistitis aguda:

Definición: inflamación aguda del saco lagrimal.



Etiopatogenia: la obstrucción del conducto lágrimo-nasal, ya sea congénita o adquirida, permite la acumulación de lágrimas en el saco lagrimal, constituyendo un caldo de cultivo para diferentes gérmenes.

Cuadro clínico: tumefacción dura, roja, dolorosa en el ángulo interno del ojo que puede extenderse a los párpados y raíz nasal.

Tratamiento en APS: antibióticos de amplio espectro por vía sistémica.
Cloxacilina 500mg cada 6 h por 10 días VO.

Antibióticos tópicos y compresas calientes en el área afectada para disminuir la inflamación favorecer la evacuación del pus proveniente del saco.
Cloranfenicol 1 gota en cada ojo cada 3 – 4 horas por 7 días.
Cloranfenicol ungüento 1 vez cada noche por 7 días.

Derivación a nivel secundario: Una vez completado el esquema de tratamiento y no hay respuesta favorable después de 15 días se envía la interconsulta al especialista.

Dacriocistitis crónica

Definición: inflamación crónica del saco lagrimal.

Etiopatogenia: obstrucción del conducto lágrimo-nasal congénita o adquirida por traumatismos, infecciones, tumoraciones, cuerpos extraños, enfermedades de los senos paranasales, estenosis involucional.

Cuadro clínico: el síntoma principal es la epífora. El estasis de lágrimas en el saco permite que proliferen diferentes bacterias, incluso hongos, que provocan una inflamación crónica del saco y distensión de las paredes (mucocele); al comprimirlo se observa una secreción mucoide o mucopurulenta por los puntos lagrimales. Algunos casos evolucionan así durante años y otros hacen crisis de agudización.

Derivación: Pcte con 3 cuadros agudos.

Tratamiento en nivel secundario: quirúrgico, comunicando el saco lagrimal con el meato medio nasal.

OJO ROJO.

El ojo rojo es una respuesta inflamatoria con dilatación de los vasos sanguíneos a una agresión externa o interna; en el primer caso se comprometen los vasos superficiales y en el segundo los vasos profundos.

Ojo rojo superficial:

Causado por agentes ambientales, conjuntivitis virales o bacterianas, hemorragias subconjuntivales.

Agentes ambientales: alergenicos (polen, pasto, polvo de habitación, caspa de animales, etc), irritación directa por contaminación ambiental (smog, ambientes laborales con excesiva tierra, o irritantes químicos volátiles), ambientes que favorecen la sequedad y mala lubricación ocular (aire acondicionado, reducción del pestañeo en usuarios de computador, etc) y cuerpos extraños conjuntivales.

Tratamiento en APS: Diferenciar si es ojo superficial o profundo.
Superficial:

1. No infeccioso: evitar el alérgeno-
2. Infeccioso: CFN 1 gota cda 3 h por 7 días
3. Hemorragia subconjuntival.: No es necesario tratamiento.

Conjuntivitis infecciosa:

Puede tratarse con un colirio antibiótico de amplio espectro (evitar asociaciones) 1 a 2 gotas 4 veces al día y pomada en la noche para conseguir cobertura las 24 horas.



Derivación a nivel secundario: Si en unos días la conjuntivitis no cura o se sospecha etiología viral (cuadro faríngeo acompañante, adenopatía preauricular) derivar al oftalmólogo.

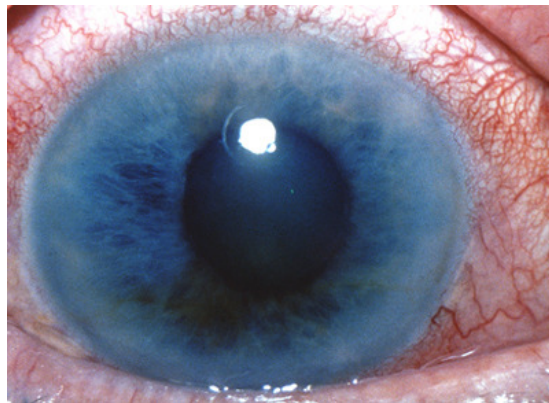
Hemorragia subconjuntival: o hiposfagma o “derrame ocular”; es un cuadro benigno que puede ser de origen traumático (simplemente frotarse el ojo) o espontáneo. A veces se relaciona con una maniobra de Valsalva, tos o esfuerzo y entonces puede ser bilateral. No precisa de **ningún tratamiento**, sólo tranquilizar al paciente y asegurarle que desaparecerá en algunos días, aunque puede recidivar en el mismo ojo por la mayor fragilidad del vaso afectado.

Derivación: Si la causa es post traumático debe ser derivado al oftalmólogo.

Ojo rojo profundo:

Incluye cuadros como el glaucoma agudo, queratitis, uveítis, entre otros. Los síntomas que lo acompañan pueden ser dolor ocular o periocular, disminución de la visión, sensación de cuerpo extraño, fotofobia, cefalea intensa, náuseas y/ o vómitos.

- Glaucoma agudo:



- Dolor muy agudo con irradiaciones que pueden prevalecer sobre la clínica ocular, en forma de cefaleas occipitales y síntomas vagales (bradicardia, hipotensión arterial) con náuseas, vómitos e incluso dolor abdominal.

- Agudeza visual disminuída, córnea opaca,, pupila fija en semimidriasis. La tensión ocular se puede estimar presionando con los dedos a través del párpado para apreciar la consistencia del globo ocular.

- Queratitis:

- Dolor y compromiso visual con fotofobia, bléfaroespasma, lagrimeo y opacidad corneal.

- Uveítis:

- Incluye la iritis e iridociclitis (uveítis anterior) y la coroiditis y coriorretinitis (uveítis posterior) Hay dolor agudo, hiperemia periquerática, córnea transparente y pupila en miosis.



Derivación a **Urgencia** Oftalmologica en el CDT en horas am.

Solo derivar urgente ojos rojos agudos, con baja de visión, perdidas de campo visual, anisocoria o dolor intenso.

En caso de ojo rojo crónico con sensación de arenilla en los ojos generalmente corresponde a Ojo seco y responde bien a lágrimas artificiales 1 gota cada 4 horas. Solo derivar si no resuelven casos a nivel primario.

OTRAS ALTERACIONES CONJUNTIVALES FRECUENTES:

Pterigion:

Tejido carnososo de forma triangular que crece en la conjuntiva y puede sobrepasar los límites de la córnea; tiene forma de ala y de ahí su nombre (pteros en griego). Ocurre con mayor frecuencia en el ángulo interno del ojo pero también puede aparecer en la parte externa. Su causa no está precisada pero es más frecuente en personas que pasan gran parte del tiempo al aire libre, especialmente en climas soleados y secos. La exposición prolongada a la luz solar y la irritación crónica debida a la sequedad y al polvo parecen tener un papel importante en su desarrollo.

Tratamiento en APS: Si el pterigion se vuelve rojo e irritado, se puede indicar gotas lubricantes o ungüentos antiinflamatorios. El uso de lentes de sol para proteger los ojos de la luz ultravioleta y el evitar condiciones ambientales secas y polvorientas puede ser de gran ayuda.

Derivación a nivel secundario del CDT: cuando es lo suficientemente grande para afectar la visión, crece muy rápidamente puede estar indicada la cirugía. Como puede recidivar la cirugía se reserva para casos con molestias y crecimientos grandes.

Pingüécula

Engrosamiento de color amarillento con aspecto de un glóbulo de grasa que se ubica en la misma zona que el pterigion; en algunos casos es precursor de éste. A diferencia del pterigion, no crece sobre la córnea ni afecta la visión. Puede ser causada por mala lubricación y por condiciones climáticas similares a las descritas para el pterigion.



Casi nunca tiene indicación quirúrgica; la cicatriz puede ser cosméticamente objetable aún más que la misma pingüecula.

Tratamiento APS: Se aconseja proteger los ojos del sol directo y mantenerlos lubricados.

Derivación: No corresponde.

Responsables:

Dra. Alejandra Ceron.

Dr. Allister Gibbons Fell

TM Luz Maria Garrido Correa.

Dra. Luz Maria Durango

Equipo R-C APS.