

## CAPÍTULO XIV

# Blefaritis - conjuntivitis - orzuelo

---

*Giovanni Castaño, MD*

*Profesor Asistente y Jefe Unidad de Oftalmología  
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana  
Hospital Universitario de San Ignacio*

La blefaritis, la conjuntivitis y el orzuelo son motivo frecuente de consulta a los servicios de urgencia. Tanto el médico general como el médico de urgencias deben estar familiarizados con el manejo de estas entidades de incidencia común en la población general.

## **BLEFARITIS**

### *EPIDEMIOLOGÍA*

La inflamación palpebral es un problema que afecta a individuos de cualquier edad, género o raza. La forma más común es la blefaritis marginal crónica, en la cual el compromiso inflamatorio está limitado al borde palpebral y a la inserción de las pestañas. Además de inducir síntomas molestos, la blefaritis puede predisponer o asociarse con lesiones conjuntivales y de la córnea.

### *FISIOPATOLOGÍA*

Aunque la blefaritis marginal crónica está asociada con la presencia de *Estafilococo epidermidis* o de *Estafilococo aureus*, la enfermedad parece ser una manifestación de hipersensibilidad ante la presencia de la bacteria más que una entidad infecciosa.

En otros casos, la blefaritis aparece de manera aguda y el desarrollo de la enfermedad depende de la etiología. Después de un trauma palpebral, incluso leve, puede aparecer sobreinfección bacteriana impetiginosa. Las infecciones herpéticas son también frecuentes, las más comunes son las producidas por virus del Herpes simplex tipo I y por Varicella-Zoster. Otras enfermedades dermatológicas como la psoriasis o la rosácea se pueden asociar con blefaritis; lesiones tumorales benignas o malignas del párpado pueden simular blefaritis crónica severa, por lo cual se debe plantear la posibilidad de neoplasia en pacientes mayores con cuadro serio de inflamación palpebral que no cede al tratamiento y que progresa.

### *CUADRO CLÍNICO*

La definición del cuadro clínico varía según la etiología. Si no se dispone de magnificación suficiente como la que da una lámpara de hendidura, el médico deberá estar atento a cambios muchas veces sutiles y que sólo se notan con una inspección detallada. El uso de una lupa común o del oftalmoscopio directo utilizando las lentes de poder positivo es práctica y conveniente. Sea cual fuere la causa que ha originado la consulta, los pacientes siempre deben tener una evaluación confiable de su agudeza visual lejana, corregida con anteojos cuando el paciente los requiera para ver de lejos.

La blefaritis marginal crónica rara vez es motivo de consulta urgente; sin embargo, representa el cuadro clínico típico evocado usualmente por el término “blefaritis”. Los pacientes se quejan de prurito palpebral, descamación y enrojecimiento del borde libre del párpado. Casi siempre hay historia clara que evidencia la cronicidad de la afección. Al examen se encuentra descamación, fina o gruesa, de la piel que rodea las pestañas y eritema del borde palpebral. No es raro descubrir áreas de ausencia o de inversión de las pestañas como consecuencia de la inflamación crónica. Por detrás de las pestañas, en donde se encuentran los orificios de salida de las glándulas de Meibomio, se puede observar que los mismos están dilatados y es evidente su secreción en forma de puntos blanco-amarillentos en el borde del párpado.

#### *BLEFARITIS BACTERIANA POSTRAUMÁTICA*

Casi siempre es secundaria a un trauma que el paciente recuerda. A veces puede aparecer después de picaduras de insectos. Los pacientes tienen secreción amarillenta con formación de costras en la piel de los párpados pero, a diferencia de la blefaritis marginal crónica, la lesión está localizada en el área del trauma o la picadura.

#### *BLEFARITIS HERPÉTICA*

La secuencia de presentación es típicamente herpética. Aparece inicialmente un área de dolor o prurito en el párpado, y rápidamente sigue eritema; luego se forman lesiones vesiculares que uno o dos días después se rompen y generan costras, lo que hace posible la sobreinfección bacteriana. Los síntomas son menos severos en el caso de niños con varicela, muy intensos en pacientes con Herpes zoster de la rama oftálmica del trigémino e

intermedios en individuos con infección por Herpes simplex I. En este último caso, el área de lesión está localizada en el párpado; en el Herpes zoster las lesiones se extienden siguiendo el dermatoma correspondiente y en la varicela, el paciente tiene compromiso cutáneo generalizado. Es posible la diseminación de la infección a la conjuntiva y la córnea e incluso, en el caso del Herpes zoster, al interior del ojo, razón por la cual debe evaluarse el estado de la transparencia corneana y si hay “ojo rojo”, determinar sistemáticamente sus características.

#### *AYUDAS PARA EL DIAGNÓSTICO*

En los casos de blefaritis marginal crónica, no suelen ser necesarias ayudas diagnósticas iniciales. En pacientes con blefaritis bacteriana de origen traumático, la realización de un extendido y coloración de Gram puede ser útil para orientar el tratamiento, aunque no siempre es necesario. Cuando la infección es típica del Herpes simplex tipo I ó apareció de manera simultánea con un cuadro de varicela en la infancia, no se requieren exámenes adicionales. En pacientes con Herpes zoster de la rama oftálmica del trigémino los exámenes paraclínicos se realizan con el fin de descubrir si el paciente está inmunosuprimido; el cuadro hemático y la glicemia son esenciales en esta evaluación.

#### *TRATAMIENTO*

La blefaritis marginal crónica se trata en principio con una serie de recomendaciones conocidas como “de higiene palpebral”. La aplicación local de compresas tibias una vez al día con una frecuencia de entre dos o tres veces por semana, dependiendo de la severidad del cuadro, es claramente útil. También se necesita realizar limpieza del párpado, con

énfasis en la cercanía de las pestañas, utilizando champú para niños y una gasa, con técnica similar a la utilizada para retirar el maquillaje.

La blefaritis bacteriana postraumática, si es leve, debe tratarse únicamente con antibiótico en ungüento. La eritromicina, la bacitracina o la tetraciclina tópica deben aplicarse tres o cuatro veces al día durante una semana, en promedio. Si la infección es mayor, debe añadirse tratamiento antibacteriano por vía oral, como la dicloxacilina, durante el mismo tiempo.

La blefaritis por Herpes simplex debe tratarse con aciclovir por vía oral, 400 mg 5 veces al día durante 7 días, sobre todo si es el primer episodio. La aplicación local de aciclovir se discute cada vez más, pero es posible que el ungüento actúe como paliativo al humedecer las lesiones y además evite la sobreinfección bacteriana. No es necesaria la administración de antibióticos tópicos o sistémicos si no se evidencia infección bacteriana sobreagregada. En los pacientes con Herpes zoster oftálmico, el tratamiento incluye iniciar sin demora aciclovir 800 mg 5 veces al día y la remisión urgente al oftalmólogo.

#### CRITERIOS DE REFERENCIA

La blefaritis marginal crónica debe ser remitida al oftalmólogo cuando no se controla con las medidas iniciales o cuando su intensidad hace sospechar compromiso corneal o un tumor palpebral. La blefaritis bacteriana postraumática puede convertirse en celulitis periorbitaria, la cual requiere valoración oftalmológica. Las infecciones herpéticas deberán ser remitidas cuando se observe “ojo rojo” o se sospeche compromiso del globo ocular. En los casos de infección por Herpes zoster, la valoración oftalmológica es ineludible.

#### PRONÓSTICO

La blefaritis marginal es crónica y la probabilidad de curación escasa; sin embargo, el tratamiento alivia significativamente los síntomas y previene las complicaciones. En la blefaritis postraumática el pronóstico es excelente cuando el tratamiento se inicia a tiempo. La infección herpética palpebral suele hacerse recurrente y la afección corneal o intraocular puede generar serias secuelas anatómicas y visuales.

### CONJUNTIVITIS

#### EPIDEMIOLOGÍA

El término conjuntivitis se refiere a la inflamación de la conjuntiva, independientemente de su causa. La conjuntivitis puede afectar en algunos casos a poblaciones específicas, por ejemplo la oftalmia neonatorum que es exclusiva de recién nacidos; o puede tener presencia indiscriminada como la conjuntivitis alérgica. La conjuntivitis es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la consulta oftalmológica general y en la atención de urgencias.

#### FISIOPATOLOGÍA

La inflamación conjuntival tiene diversos orígenes. Los vasos conjuntivales se dilatan y se presenta el aspecto de congestión conjuntival conocido como “ojo rojo”. Igualmente aparece secreción que, según la etiología, puede ser de tipo mucoso o purulento. La cercanía anatómica y funcional de la conjuntiva y la córnea hace que esta última esté siempre en riesgo de sufrir complicaciones o secuelas como consecuencia de la conjuntivitis. Las causas de conjuntivitis incluyen alergia, enfermedades autoinmunes, infecciones (virales, bacte-

rianas, por clamidia), irritación mecánica, química, farmacológica y neoplásica.

### CUADRO CLÍNICO

Resulta conveniente clasificar las conjuntivitis de acuerdo con el tiempo de evolución transcurrido entre la aparición de los síntomas iniciales y la máxima intensidad de los mismos. Cuando este periodo es menor de 24 horas se considera la conjuntivitis como hiperaguda; si es de uno a siete días, como aguda; si está entre ocho y treinta días, subaguda y si supera las cuatro semanas se clasifica como crónica.

La conjuntivitis hiperaguda es producida con frecuencia por gonococo, ya sea en el recién nacido (segunda causa de oftalmia neonatorum) o en el adulto por contacto con secreciones genitales contaminadas. Otros gérmenes pueden ser estafilococo, estreptococo y adenovirus; sin embargo estos casos tienden a ser más de tipo agudo. En la conjuntivitis hiperaguda bacteriana el cuadro es tan severo que la secreción purulenta intensa comienza a aparecer unas horas después del contagio. El paciente tiene sensación de cuerpo extraño, prurito y "ojo rojo" severos. Cuando la enfermedad es viral la sintomatología es igualmente intensa pero no hay secreción purulenta, en cambio aparece secreción mucosa transparente o blanquecina abundante.

La conjuntivitis aguda tiene síntomas similares pero de menor intensidad; muchas veces en adultos es autolimitada pero puede ser muy agresiva en niños. El estafilococo es el agente causante más común, aunque otras bacterias como estreptococos, neumococo, *H. influenzae*, pseudomonas y varias más, pueden ser las responsables. En el cuadro subagudo es frecuente encontrar a la *Moraxella lacunata* como agente etiológico. Dentro de las causas

no bacterianas están Adenovirus, con infección autolimitada, el Herpes con posibilidad de producir infección corneal y la chlamydia, aunque esta última puede ser de tipo agudo (primera causa de oftalmia neonatorum).

La conjuntivitis crónica puede ser de tipo infeccioso y es frecuente verla asociada a blefaritis, ojo seco y malposiciones del párpado como entropión o ectropión. Con frecuencia es crónica la conjuntivitis alérgica, que puede ser de tipo estacional, vernal, atópico o papilar gigante. En esta entidad la reacción alérgica tiene como órgano blanco a la conjuntiva y se producen ardor ocular, prurito intenso, secreción mucosa y ojo rojo. El examen demuestra la congestión conjuntival y la presencia de papilas en el tarso o la conjuntiva bulbar, formaciones que pueden verse con alta magnificación.

En la mayoría de los pacientes con conjuntivitis se puede lograr muy buena aproximación etiológica con la historia clínica y el examen, especialmente si se cuenta con la magnificación óptica suficiente. Si no dispone de una lámpara de hendidura, el médico debe estar atento a cambios muchas veces sutiles y que requieren inspección detallada; el uso de una lupa común o del oftalmoscopio directo con las lentes de poder positivo es una práctica conveniente. Igualmente, sea cual fuere la causa que ha originado la consulta, los pacientes siempre deben tener evaluación confiable de su agudeza visual lejana, corregida con anteojos cuando el paciente los requiera para ver de lejos.

### AYUDAS PARA EL DIAGNÓSTICO

Debido a que el diagnóstico es con frecuencia clínico, muchos pacientes no requieren de pruebas adicionales. Sin embargo, en algunos casos es necesario solicitar exámenes

complementarios. Todos los pacientes con diagnóstico de oftalmia neonatorum o conjuntivitis neonatal, deben ser investigados con coloración de Gram y cultivo, especificando que se sospecha gonococo. También es importante el cultivo en los casos de conjuntivitis bacteriana recurrente o que no ha cedido con el tratamiento. Cuando se sospecha infección por Chlamydia se requieren pruebas de inmunodiagnóstico específicas para este agente, ya que la coloración de Gram y el cultivo para gérmenes comunes no permiten su identificación. En pacientes con cuadro correspondiente a infección viral casi nunca se realizan estudios paraclínicos.

### TRATAMIENTO

La conjuntivitis alérgica requiere tratamiento a largo plazo bajo la dirección del oftalmólogo y no es motivo de consulta frecuente en urgencias.

En pacientes con infección por Adenovirus, ya sea como conjuntivitis hiperaguda o aguda, el tratamiento es en principio paliativo porque la enfermedad es autolimitada; es adecuado formular lágrimas artificiales o suero fisiológico en gotas para aplicación cada dos o tres horas. Conviene recordar que los colirios utilizados deben ser nuevos, ya que los frascos previamente abiertos suelen contaminarse con el tiempo. Igualmente es necesario informar al paciente si va a utilizar suero fisiológico, que éste debe ser puro y sin colorantes o sabores. La aplicación de compresas tibias suele ser muy reconfortante. Con estas medidas los pacientes comienzan a experimentar mejoría en los primeros días y generalmente una semana después la enfermedad ya no está presente. No es necesaria la aplicación de antibiótico tópico si no hay secreción purulenta. Se han utilizado esteroides tópicos en bajas dosis para la infección adenoviral; sin embar-

go, debido a la imposibilidad de vigilar las complicaciones potenciales de esta terapia por parte del médico no oftalmólogo, es imprudente su formulación por fuera de la consulta especializada en oftalmología aunque la presentación que se pretenda utilizar esté mezclada con antibióticos.

La conjuntivitis por Herpes simplex debe ser tratada desde su inicio con aciclovir 400 mg cinco veces al día, hasta que el cuadro se controle, con el fin de evitar las complicaciones corneales de la enfermedad. La aplicación tópica de trifluridina o vidarabina está indicada; sin embargo, debido a su difícil disponibilidad, es factible iniciar aciclovir igualmente tópico. La aplicación de esteroides tópicos o sistémicos está francamente contraindicada en estos pacientes.

La conjuntivitis bacteriana no gonocócica, ya sea hiperaguda, aguda o subaguda, requiere tratamiento con antibióticos tópicos. Aunque en adultos la enfermedad puede autolimitarse, el tratamiento previene complicaciones y acorta la duración de los síntomas. Dentro de las opciones terapéuticas más efectivas y seguras están la tobramicina, la sulfacetamida y el ácido fusídico. Medicamentos como cloranfenicol, ciprofloxacina, lomefloxacina y ofloxacina, deben ser considerados como opciones de segunda línea, y siempre teniendo en cuenta la posibilidad de crear cepas resistentes que puedan representar grave problema en casos de infecciones severas futuras, locales o sistémicas. La aplicación de los colirios debe comenzar con una gota cada hora o cada dos horas por las primeras 24 ó 48 horas, según la severidad del cuadro. Posteriormente la frecuencia de administración puede disminuir a cada cuatro o seis horas de acuerdo con la respuesta clínica; es indispensable completar una semana de tratamiento continuo para asegurar respuesta óptima y reducir la posibilidad de generar cepas resistentes. Los pacientes pueden tener mejoría más rápida y apropiada

cuando, en los casos con secreción purulenta abundante, se realiza limpieza de la misma varias veces al día ayudándose con irrigación de solución salina normal.

La oftalmía neonatorum, conjuntivitis del recién nacido o conjuntivitis neonatal, necesita especial atención porque puede inducir secuelas visuales severas o complicaciones sistémicas serias. Las causas más comunes de conjuntivitis en un recién nacido son tóxica, gonocócica y por clamidia. La tóxica se produce como reacción a los medicamentos utilizados en la prevención de la misma enfermedad y usualmente es autolimitada; el cuadro clínico no es severo y no hay secreción purulenta; sin embargo es importante dejar este diagnóstico como de exclusión y antes de adoptarlo, descartar las otras causas.

La infección por gonococo se presenta de manera hiperaguda, se adquiere porque el canal del parto esté contaminado y puede generar opacidades corneales densas y ceguera, perforación ocular y sepsis. Por estas razones el tratamiento debe ser muy intenso. El paciente debe hospitalizarse y aplicar una dosis única intramuscular o intravenosa de ceftriaxone, entre 25 y 50 mg/kg, sin exceder 125 mg. La limpieza de la secreción debe hacerse cada hora si es necesario. La aplicación de antibiótico tópico no es de mucha utilidad pero puede iniciarse tratamiento simultáneo con tobramicina o eritromicina cada una o dos horas. El paciente debe ser observado al principio varias veces al día y luego diariamente. Debido a que es posible que el paciente tenga una infección concomitante con clamidia, es necesario adicionar el tratamiento contra esta última aunque no se haya evidenciado su presencia. La madre debe ser examinada y tratada, al igual que su compañero sexual.

Cuando la infección es por clamidia, el cuadro clínico es menos dramático y suele manifestarse de forma aguda o subaguda. El recién nacido tiene el riesgo de desarrollar infección respiratoria alta y baja hasta en 50% de los casos, lo que hace necesaria la terapia sistémica con eritromicina 50 mg/kg al día por vía oral divididos en cuatro dosis, durante 10 a 14 días. El tratamiento sistémico suele controlar la enfermedad sin necesidad de tratamiento tópico. La madre debe ser examinada y tratada al igual que su compañero sexual.

#### *CRITERIOS DE REFERENCIA*

Cualquier paciente con conjuntivitis y pérdida visual, episodios recurrentes, dolor ocular o falta de respuesta a la terapia debe ser remitido al oftalmólogo. Los pacientes con conjuntivitis por adenovirus en quienes persisten síntomas después de dos a tres semanas, igualmente deberán ser valorados por oftalmología. Todos los pacientes con conjuntivitis herpética requieren examen oftalmológico especializado por la posibilidad de lesión corneal. Igual conducta debe tomarse en pacientes con cuadros purulentos muy severos, como en el caso de la conjuntivitis gonocócica o de lesión corneal evidente.

#### *PRONÓSTICO*

La mayoría de las conjuntivitis tiene buen pronóstico y suelen ser resueltas por el médico no oftalmólogo de manera exitosa. En los casos en que aparecen lesiones corneales o cicatrización palpebral, pueden desencadenarse problemas visuales serios e incluso irreversibles por endoftalmitis secundaria o por opacidades corneales densas que obstaculizan el eje visual.

## PREVENCIÓN

La conjuntivitis por Adenovirus puede ser epidémica y su transmisión puede prevenirse con el lavado apropiado de las manos de los pacientes y sus acudientes y también de los médicos. Los niños afectados con la enfermedad pueden no cooperar activamente con el lavado de manos y no evitan el contacto directo con otros niños, por lo que es prudente autorizar su ausencia del colegio o escuela durante dos o tres días. El lavado de las manos también es recomendable para los demás tipos de conjuntivitis pero generalmente no es necesaria la incapacidad escolar o laboral.

En el caso de la oftalmia neonatorum la prevención es altamente efectiva, requiere cuidado y tratamiento prenatal apropiado a la madre y la aplicación generalizada, en la sala de partos a todos los recién nacidos, de un agente antibacteriano en dosis única en ambos ojos. Una dosis de ungüento de eritromicina al 0,5% o de tetraciclina en ungüento al 1% es suficiente. Otros agentes como las sulfas o aminoglicósidos como la gentamicina o la tobramicina resultan muy poco o nada efectivos. La posibilidad de prevenir la enfermedad con la aplicación local de yoduro de povidona al 2,5% en dosis única es muy alta, pero el uso de este medicamento no ha sido aprobado por las agencias internacionales de control de medicamentos.

## ORZUELO

### EPIDEMIOLOGÍA

El orzuelo es muy común en la población general pero particularmente en la pediátrica. Los pacientes con pobre higiene de las manos o aquellos con blefaritis suelen presentar la enfermedad con mayor frecuencia. En casos en los cuales los orzuelos se presentan de ma-

nera múltiple, intensa y repetida, debe considerarse seriamente la posibilidad de inmunodeficiencia, con frecuencia de tipo congénito.

### FISIOPATOLOGÍA

La obstrucción, inflamación aguda y posterior sobreinfección de las glándulas palpebrales origina el orzuelo. La afección de las glándulas de Zeis y Moll produce el orzuelo externo que cursa con el cuadro clínico típico. Cuando el problema afecta las glándulas de Meibomio se origina el orzuelo interno, un poco más difícil de reconocer. La sobreinfección es usualmente debida a *Staphylococcus aureus*.

### CUADRO CLÍNICO

El orzuelo se caracteriza por la aparición de una lesión rápidamente progresiva en el párpado, casi siempre cerca del borde. Hay una masa eritematosa y muy dolorosa. Si el orzuelo es externo puede con frecuencia observarse el punto de drenaje de la glándula obstruido. El orzuelo interno puede no verse claramente y el paciente puede quejarse solo de dolor. Sin embargo al evertir los párpados se evidencia la lesión.

### AYUDAS DIAGNÓSTICAS

No se requieren ayudas diagnósticas especiales.

### TRATAMIENTO

El orzuelo es frecuentemente autolimitado y la aplicación de compresas tibias varias veces al día en los estados tempranos de la enfermedad suele abortar la supuración y resol-

ver la lesión. Sin embargo, si el orzuelo no resuelve o ha comenzado a drenar, es necesario añadir antibióticos tópicos idealmente en unguento como la tobramicina, la tetraciclina o la ciprofloxacina. Los mismos antibióticos en colirio o la sulfacetamida también pueden ser de utilidad. La administración debe ser varias veces al día, de acuerdo con la severidad del cuadro, continuándose por una semana después del control clínico.

Casi nunca se requiere terapia antimicrobiana sistémica; sin embargo, en casos refractarios al tratamiento tópico o con una presentación severa, se recomienda la administración de dicloxacilina o eritromicina por vía oral.

#### *CRITERIOS DE REFERENCIA*

Los orzuelos pueden generar celulitis periorbitaria o absceso y en esos casos es necesaria la valoración oftalmológica.

#### *PRONÓSTICO*

El pronóstico de la enfermedad es excelente.

#### **LECTURAS RECOMENDADAS**

1. Fraunfelder F, Roy FH, Meyer SM. Current Ocular Therapy. 5<sup>th</sup> ed. WB Saunders. Philadelphia, 2000.
2. Isenberg SJ, Apt I, Valenton M, et al. A controlled trial of povidone-iodine to treat infectious conjunctivitis in children. *Am J Ophthalmol* 2002; 134:681-688.
3. Jackson WB, Low DE, Dattani D, et al. Treatment of acute bacterial conjunctivitis: 1% fusidic acid viscous drops vs 0.3% tobramycin drops. *Can J Ophthalmol* 2002; 37:228-237.
4. Rhee DJ. The Wills Eye Manual. 3<sup>rd</sup>. ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 1999.
5. Shields SR. Managing Eye Disease in Primary Care. Part 2. How to recognize and treat common eye problems. *Postgrad Med* 2000; 108:83-86.
6. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. *Oftalmología General*. 12a ed. Manual Moderno. México DF, 2000.