

“Conjuntivitis Alérgica”



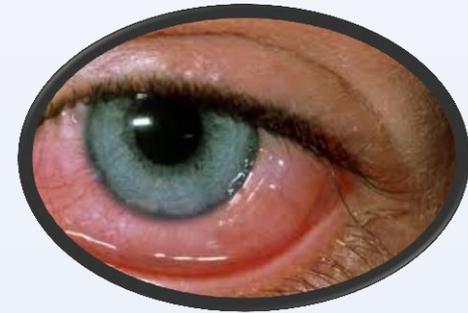
Lucía Ocaña Molinero
MIR 1 Oftalmología

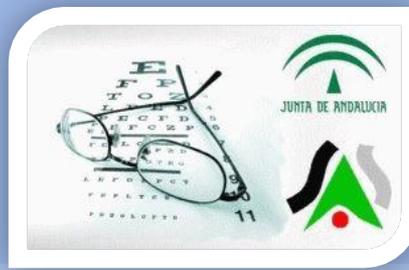


❖ **RINOCONJUNTIVITIS ALÉRGICA**

❖ **QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL**

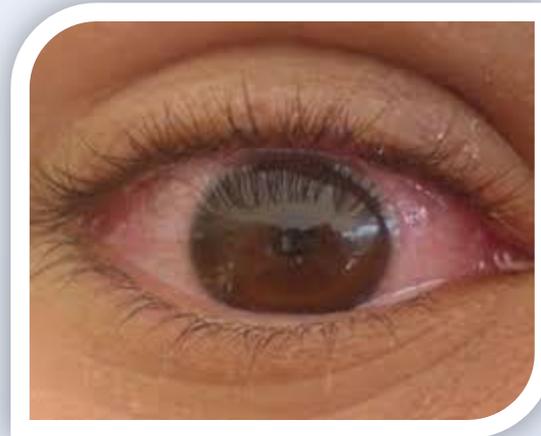
❖ **QUERATOCONJUNTIVITIS ATÓPICA**





1.-RINOCONJUNTIVITIS ALÉRGICA:

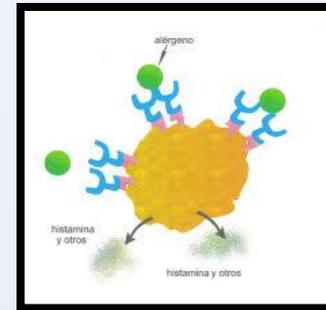
- **Forma más común de alergia ocular y nasal**
- **Causada por alérgenos en el aire en contacto con el ojo**
- **Afecta a aproximadamente el 20% de la población**
- **Predominante en adultos jóvenes**
- **Los síntomas tienden a disminuir con la edad**
- **Se puede asociar a otras enfermedades alérgicas, como rinitis alérgica, dermatitis atópica, asma,...**



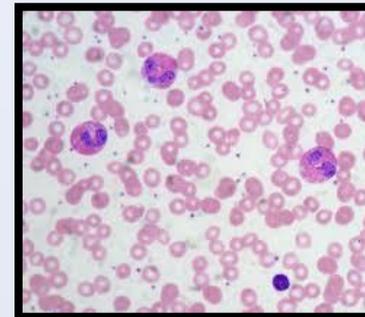


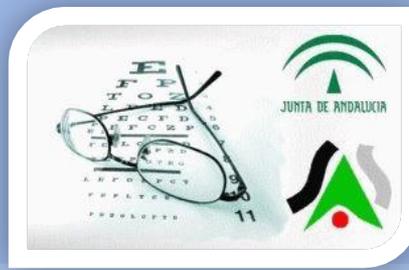
FISIOPATOLOGÍA:

a/ Respuesta inmediata: degranulación mediada por Ig E de los mastocitos. La histamina es el mediador principal. Se produce vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y picazón



b/ Fase tardía: afluencia de otras células inflamatorias. Eosinófilos, basófilos y neutrófilos aparecen en 6 a 10 horas, seguidos por linfocitos y monocitos.





CLASIFICACIÓN DE CONJUNTIVITIS ALÉRGICA:

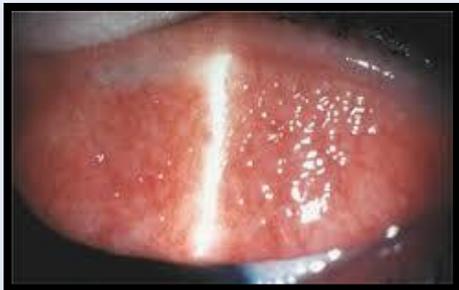
- ✓ **Conjuntivitis Alérgica Aguda:** inicio súbito, por lo general a alérgeno conocido (como caspa de gato). Una vez la exposición ha terminado los síntomas se resuelven en 24 horas
- ✓ **Conjuntivitis Alérgica Estacional:** inicio menos intenso, duración de días a semanas. Se asocia frecuentemente a rinitis. Los alérgenos más frecuentes son los pólenes.
- ✓ **Conjuntivitis Alérgica Perenne:** leve, crónica, debilitante y relacionada con exposición ambiental todo el año. Los alérgenos son ácaros del polvo, caspa de animales y mohos.





SÍNTOMAS Y SIGNOS:

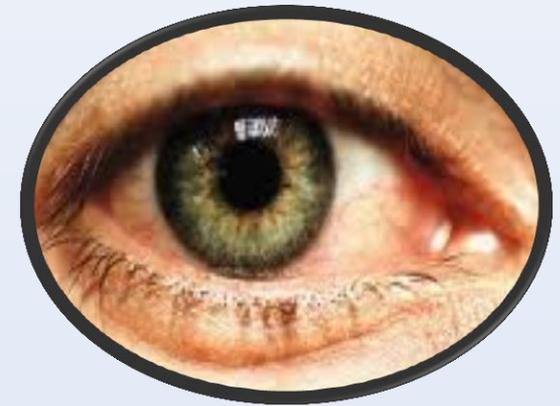
1. Prurito, quemazón
2. Hiperemia conjuntival, quemosis conjuntival
3. Edema palpebral
4. Secreción acuosa y no purulenta
5. Conjuntiva con aspecto lechoso o rosado como consecuencia del edema y la inyección
6. Fotofobia leve puede estar presente
7. Se pueden observar pequeñas papilas predominantes en conjuntiva tarsal superior
8. Los síntomas suelen ser bilaterales.
9. Pacientes con síntomas de larga data pueden tener líneas de Dennie- Morgan (líneas transversales o pliegues debajo de los párpados inferiores)

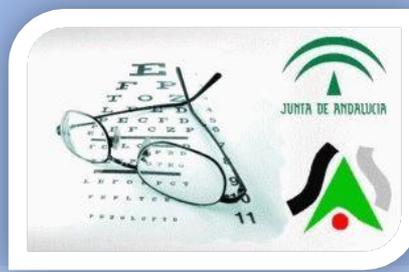




DIAGNÓSTICO:

- 1. Historia clínica:** antecedentes de atopia, alergia estacional, alergias específicas, factores desencadenantes, síntomas similares en el pasado, síntomas actuales,...
- 2. Examen físico:** hiperemia conjuntival, quemosis conjuntival, edema palpebral, papilas conjuntivales a la eversión de párpado superior, secreción acuosa,...
- 3. Diagnóstico diferencial:** conjuntivitis infecciosa, blefaritis, ojo seco, otras formas de enfermedad ocular alérgica como queratoconjuntivitis vernal, conjuntivitis atópica,...

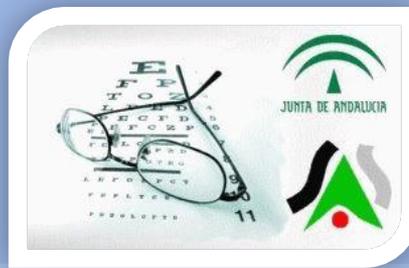




TRATAMIENTO:

A/ Medidas iniciales:

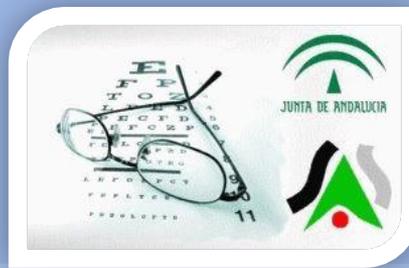
- No frotarse los ojos (el roce mecánico puede provocar la degranulación de los mastocitos y empeoramiento de los síntomas)
- El uso de compresas frías puede ayudar a reducir el edema palpebral
- Uso de lágrimas artificiales refrigeradas
- Reducir o detener el uso de lentes de contacto durante periodos sintomáticos
- Evitar o reducir el contacto con los alérgenos conocidos
- Medidas preventivas
 - C.A.Estacional: limitar la exposición al aire libre, uso de aire acondicionado, mantener los automóviles y ventanas cerradas.
 - C.A. Perenne: evitar los alérgenos específicos que causan los síntomas.



B/ Tratamiento Farmacológico:

- 1. Vasoconstrictor en combinación con antihistamínico:** nafazolina y feniramina. Hasta 4 veces al día durante los síntomas agudos. Eficaz a **corto plazo** (<2 semanas). El uso >2 sem puede llevar a hiperemia de nuevo
- 2. Antihistamínicos** con propiedades estabilizantes de los mastocitos: olopatadina, HCl azelastina, alcaftadine, fumarato de ketotifeno. 2 veces al día. ES: picazón tras instilación, aumento de sequedad ocular. **La acción se inicia en minutos**
- 3. Estabilizadores de los mastocitos:** cromoglicato sódico, nedocromil. La eficacia máxima se alcanza en 5 a 14 días tras haber iniciado el tratamiento. **No útiles para síntomas agudos.** 4 veces al día.
- 4. AINEs tópicos:** menos eficaces que los antihistamínicos tópicos



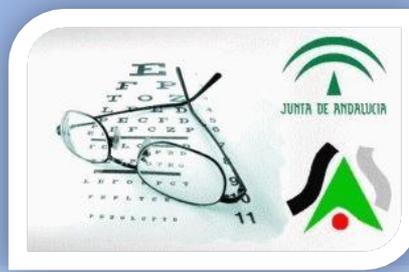


5. Glucocorticoides tópicos: pueden ser considerados en pacientes con síntomas refractarios. ES: cataratas, aumento de PIO, glaucoma, infecciones secundarias. Acetato de prednisolona 1%, fosfato de dexametasona 0,1%.

Esteroides “suaves” con menos ES como FML también pueden utilizarse

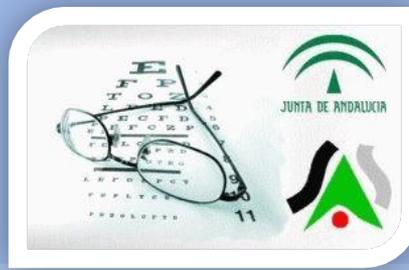
6.- Terapia sistémica: antihistamínicos orales cuando hay asociación de síntomas no oculares





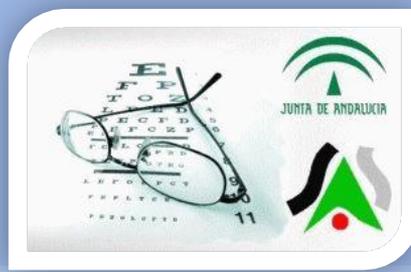
Resumen tratamiento de conjuntivitis alérgica:

1. Pacientes que requieren **tratamiento a corto plazo:**
antihistamínico/vasoconstrictor tópico
1. Pacientes con **síntomas frecuentes, C.A Estacional y C.A perenne** se recomienda un antihistamínico tópico con propiedades estabilizadoras de los mastocitos. La acción se inicia en minutos y a las 2 semanas de tratamiento se puede evaluar la eficacia del tratamiento.



3. En los pacientes con C.A Estacional el tratamiento debe iniciarse de 2 a 4 semanas **antes** de la temporada de polen para optimizar la eficacia
4. En pacientes con rinitis alérgica concomitante, la adición de un spray intranasal de glucoCTC es más eficaz que un antihistamínico no sedante vo.
5. En pacientes son ojo seco los antihistamínicos vo deben ser evitados por poder empeorar los síntomas
6. En los pacientes con síntomas oculares graves que persisten a pesar de al menos 3 semanas de tratamiento antihistamínico pueden administrarse **Esteroides tópicos** como FML
- 7.-En los pacientes que desean minimizar el uso de medicamentos, que no pueden evitar de manera adecuada el alérgeno o tienen síntomas graves y recurrentes la **Inmunoterapia alérgica** puede ser apropiada



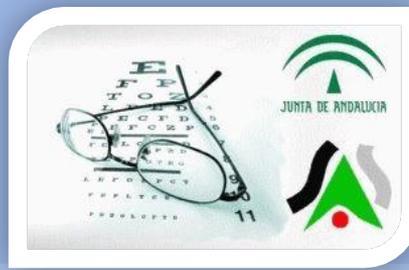


2.- QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL:

Inflamación ocular recurrente, bilateral y externa que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes que viven en climas cálidos y secos (Mediterráneo, Medio Oriente, Africa central y occidental, América del Sur , Japón, Tailandia y la India)

- ❖ Exacerbaciones comunes en primavera
- ❖ Más frecuente en varones (3:1 en <20 años y casi igual en pacientes de mayor edad)
- ❖ Edad de inicio <10 años. Suele resolverse en la pubertad
- ❖ Se asocia a manifestaciones atópicas(asma y eccema en la infancia) en la mitad de los casos aprox.
- ❖ Antecedentes Familiares de Atopia en aprox la mitad de los casos.
- ❖ Atopia más frecuente en la forma palpebral que en la límbica.





PATOGENIA:

- Incidencia estacional
- Aumento de eosinófilos y mastocitos en muestras conjuntivales
- Niveles altos de Ig E en suero y lágrimas
- Niveles elevados de mediadores de células cebadas y eosinófilos como histamina y triptasa en las lágrimas
- Acumulación conjuntival de células T CD4 que dan lugar a una hiperreactividad.
- Mastocitos liberan mediadores que estimulan la actividad de los fibroblastos y la formación de colágeno I y III lo que resulta en la formación de **papilas gigantes**





SÍNTOMAS:

1. Picor ocular intenso
2. Lagrimeo
3. Fotofobia
4. Sensación de cuerpo extraño
5. Quemazón
6. Secreción de moco espeso
7. Ptosis



TIPOS CLÍNICOS:

1. QCV PALPEBRAL: más frecuente en razas de piel clara
2. QCV LÍMBICA: más frec en razas de piel oscura
3. QCV MIXTA



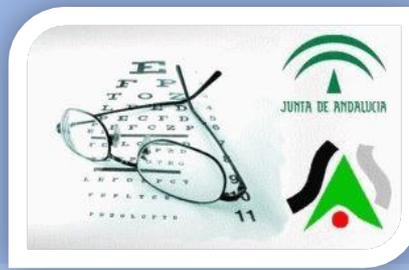


QCV PALPEBRAL:

SIGNOS EN ORDEN CRONOLÓGICO

- Hipertrofia papilar difusa (más marcada en tarso superior)
- Las papilas se agrandan y tienen un aspecto poligonal de superficie aplanada que recuerdan a un empedrado
- En los casos graves, los septos de tejido conectivo se rompen, originando papilas gigantes que pueden estar recubiertas por moco abundante
- Cuando la inflamación se estabiliza, las papilas se contraen y quedan más separadas, aunque a menudo no desaparecen,

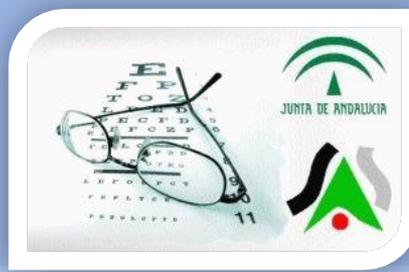




QCV LÍMBICA:

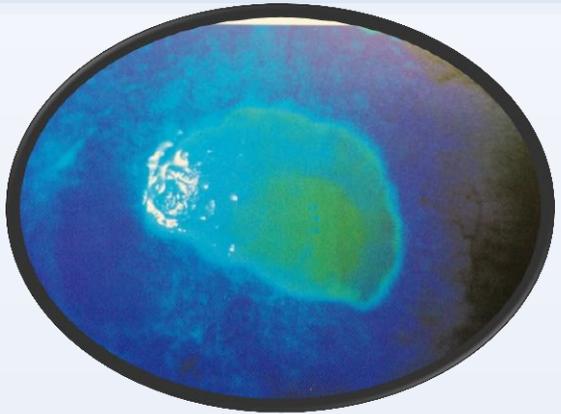
Nódulos mucoides situados alrededor del limbo con discretas manchas blancas superficiales (**PUNTOS DE TRANTAS**), compuestas de forma predominante por eosinófilos en los vértices de las lesiones



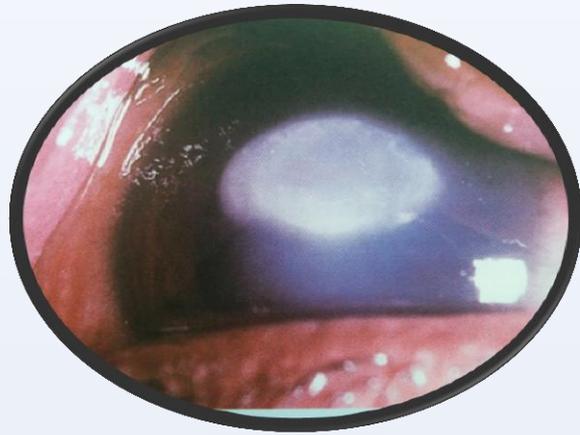


QUERATOPATÍA:

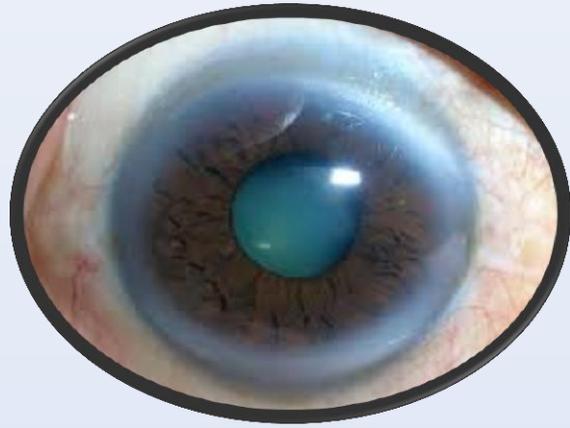
- 1. Erosiones epiteliales puntiformes:** afecta a córnea superior y son los hallazgos más precoces
- 2. Ulceración en escudo**(puede complicarse por queratitis bacteriana y raramente perforación)
- 3. Formación de placas:** puede producirse cuando la base de la úlcera queda cubierta por moco desecado. Esto origina una humidificación defectuosa por parte de las lágrimas que evita la reepitelización y predispone a la cicatrización subepitelial y la vascularización
- 4. Pseudogerontoxón:** Se parece a un arco senil y suele caracterizarse por un perfil en “Arco de cupido” en un segmento previamente inflamado del limbo.



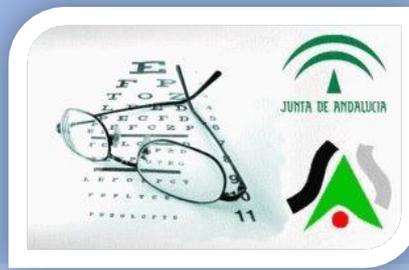
Ulcera en escudo



Placa corneal



Seudogerontoxón



DIAGNÓSTICO:

Epidemiología , características clínicas y signos típicos de la QCVernal

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

QC Atópica: es perenne desde el principio, afecta predominantemente a tarso inferior y comunmente presenta cicatrices y neovascularización en la córnea que amenazan la visión.



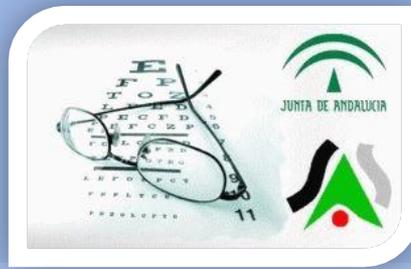


TRATAMIENTO:

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

1. Evitar lo factores desencadenantes no específicos como el viento, el calor,...
2. No frotarse los ojos
3. Evitar lo alérgenos conocidos
4. Lágrimas artificiales
5. Compresas frías





TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

A/ TÓPICO:

1.- **Corticoides:** principalmente para tratar la queratopatía aunque puede utilizarse a corto plazo para el malestar grave en pacientes que solo tiene afectación conjuntival. Debe utilizarse **Fluormetolona (FML)**. También debe considerarse el empleo de **metilprednisolona colirio 0,5-1%** sin conservante.

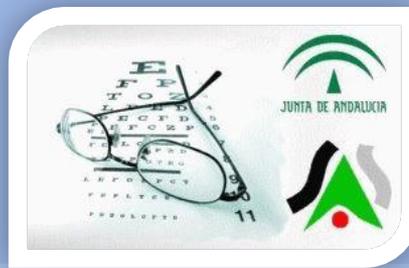
2.- **Estabilizadores de los mastocitos:** como **nedocromilo** 2 veces al día o **lodoxamida** 4 veces al día como tratamiento profiláctico de base . Se pueden emplear largos periodos de tiempo pero no son tan efectivos como los corticoides para controlar las reagudizaciones.

3.-**Antihistamínicos** como **levocabastina**

4.-**Acetilcisteína al 0,5%** puede ser útil en el tratamiento de la formación precoz de la placa debido a sus propiedades mucolíticas.

5.- **Ciclosporina al 2%** puede ser útil en los casos resistentes

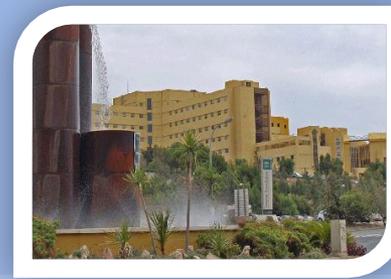




B/ INYECCIÓN SUPRATARSAL DE CORTICOIDES como betametasona o triamcinolona es efectiva en pacientes con enfermedad grave que no responde al tratamiento convencional

C/ Puede ser necesario tratamiento QUIRÚRGICO para las úlceras en escudo graves resistentes al tratamiento médico. Esto puede incluir desbridamiento o queratectomía superficial, además de trasplante de membrana amniótica para favorecer la reepitelización.

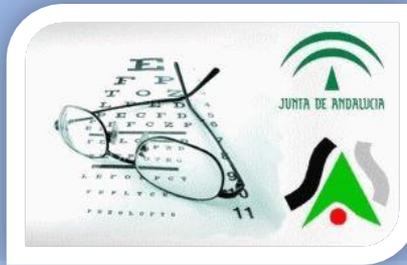




3.- QUERATOCONJUNTIVITIS ATÓPICA:

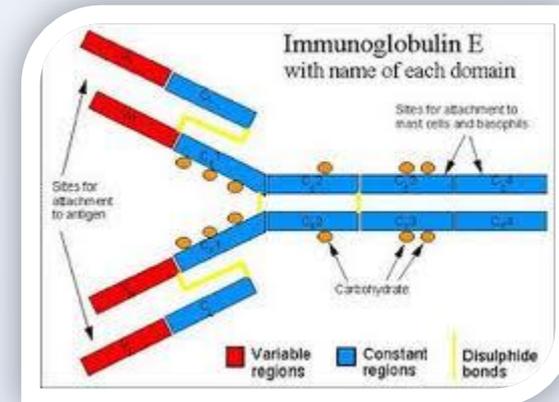
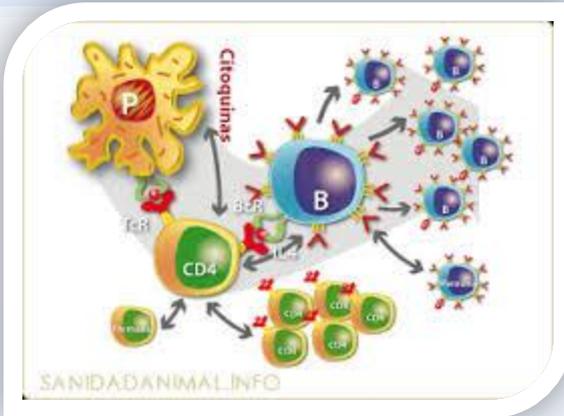
- Con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de atopia (dermatitis atópica y asma)
- Afecta a pacientes jóvenes. Pico entre 30 y 50 años.
- Más frecuente en hombres: 2,4:1
- Persiste durante años
- Pueden presentar queratocono, catarata presenil .





PATOGENIA:

- Reacción de hipersensibilidad tipo IV (retardado). También tipo I
- Aumento del número de mastocitos, eosinófilos, células T CD4, monocitos y fibroblastos
- Niveles elevados de IgE en lágrimas y suero
- Aumento de los niveles de citoquinas en lágrimas





SÍNTOMAS :

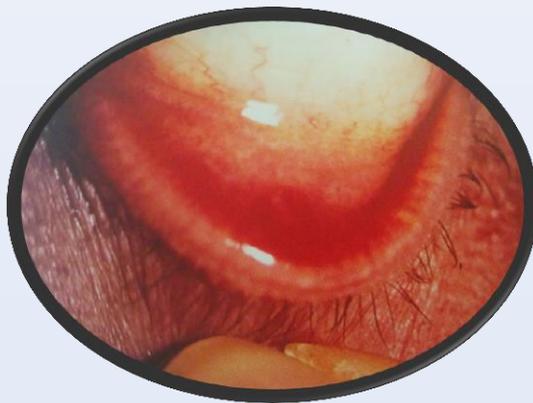
1. Picor
2. Lagrimeo
3. Fotofobia
4. Visión borrosa
5. Sensación de cuerpo extraño

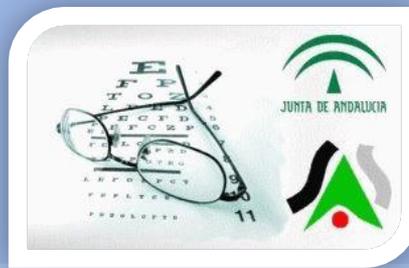




SIGNOS CLÍNICOS:

- 1. Párpados** : rojos, engrosados, macerados y fisurados. La blefaritis estafilocócica crónica asociada es muy común
- 2. Conjuntivitis**: afecta sobretodo a la conjuntiva tarsal y del fondo de saco **inferior**
 - Palidez global
 - Quemosis, hiperemia límbica e hipertrofia papilar en las reagudizaciones
 - En casos avanzados: simbléfaron y acortamiento del fondo de saco inferior

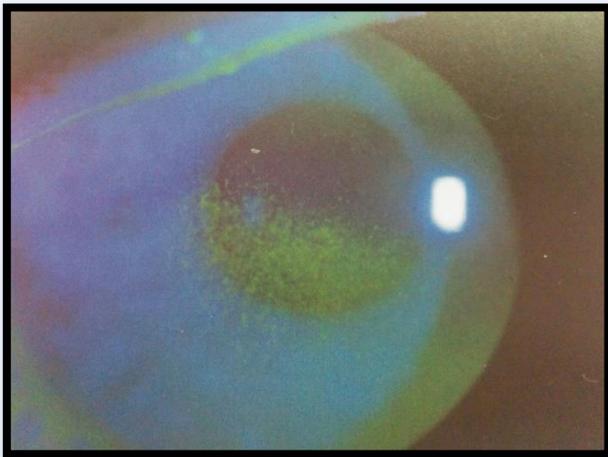


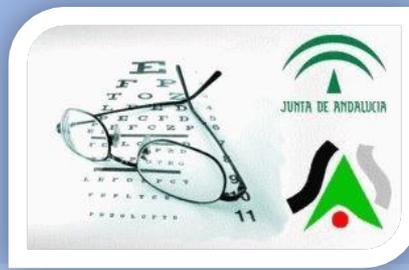


3. Queratopatía :

- Lesiones epiteliales puntiformes
- Defectos epiteliales persistentes, cicatrices anteriores del estroma en forma de escudo, vascularización periférica

4. Complicaciones: queratitis por VHS y queratitis microbiana





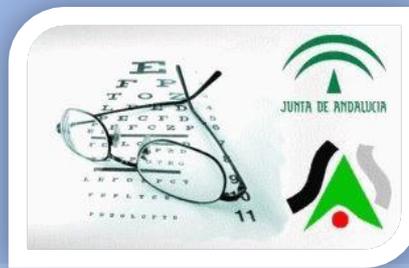
TRATAMIENTO:

Medidas no farmacológicas: evitar factores desencadenantes, irritantes ambientales, frotarse los ojos,...

Tratamiento farmacológico:

I. Tópico:

- a. **Antibióticos e higiene palpebral** para la blefaritis asociada
- b. **Lubricantes sin conservantes** pueden resultar útiles durante las reagudizaciones
- c. **Corticoides** como tratamiento a corto plazo y para queratopatía
- d. **Estabilizadores del mastocito:** deben utilizarse durante todo el año como profilaxis
- e. **AINES:** eficacia limitada. En asociación con un estabilizador del mastocito
- f. **Antihistamínicos:** menos efectivos que en la QCV
- g. **Ciclosporina 2%:** efectiva y segura



II. Inyecciones supratarsales de corticoides: cuando el tratamiento tópico no resulta efectivo

III. Sistémico:

a. **Antihistamínicos:** pueden ser útiles en caso de picor intenso

b. **Antibióticos:** como azitromicina 500mg 1/día durante 3 días para disminuir la inflamación por estafilococo

c. **Ciclosporina** en casos graves





BIBLIOGRAFÍA



- Oftalmología Clínica. Jack J. Kanski
- Plataforma Uptodate.
- Manual de Oftalmología del Wills Eye Institute



¡Muchas Gracias!