



# OJO ROJO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ACTUACIÓN EN PAC

**Raquel del Río Rodríguez.**  
**MIR I Medicina Familiar y Comunitaria.**  
**10/12/2019**

# INTRODUCCIÓN

- Patología frecuente en PAC.
- Importante hacer una buena anamnesis y exploración física.
- **Objetivo:** descartar/detectar patología grave.
- Derivar a oftalmología cuando sea preciso (de forma directa actualmente).
- Ofrecer tratamiento sintomático o ATB si está indicado.

# ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

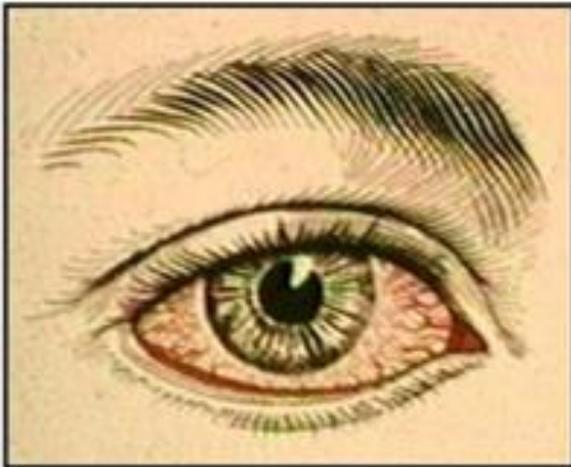
## **ANAMNESIS:**

- Alergias medicamentosas.
- FRCV.
- Patología previa ocular y sintomatología en días previos: fiebre, tos, secreciones, adenopatías, náuseas, vómitos, artralgias, exantemas, aftas, secreción uretral o vaginal, etc.
- Sintomatología local: Dolor, ardor, picor, alteraciones visuales, pupilas, sensación de CE, fotofobia, secreción, lagrimeo, traumatismos o irritantes, clínica periocular, etc.
- Tratamiento domiciliario.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

- Exploración pupilar, ocular sin y tras tinción con fluoresceína, eversión palpebral, motilidad ocular.
- Tipo de hiperemia, papilas, folículos, secreción, flictenas, membranas, etc.

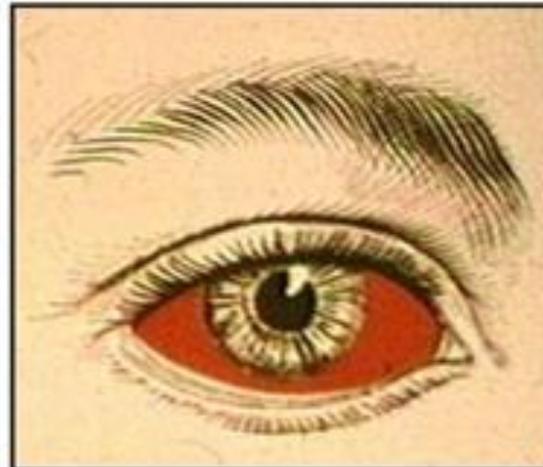
# TIPOS DE OJO ROJO



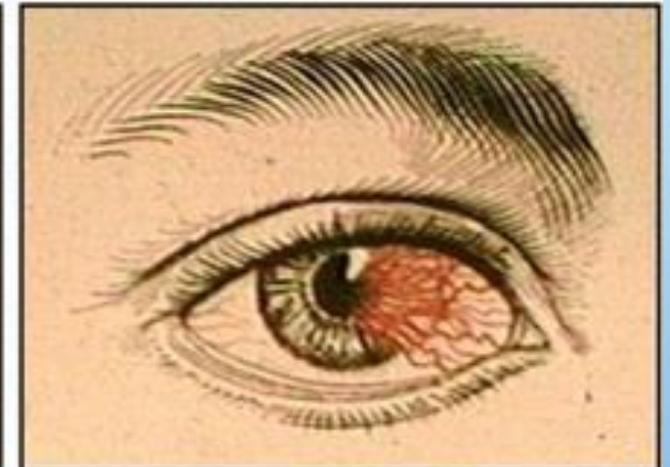
ojo rojo periférico



rojo periquerático



hemorragia subconjuntival



rojo localizado

Inyección conjuntival: banal  
CONJUNTIVA/PALPEBRAL

Responde a VC tópicos.

Inyección ciliar: grave  
CÓRNEA/IRIS/CC

No responde a VC tópicos.

Equimosis subconjuntival: banal  
VALSALVA/HTA/  
DISCRASIAS/ROCE

No responde a VC tópicos.

Inyección mixta: banal/grave  
EPIESCLERA/ESCLERA

Puede responder a VC tópicos.

# CASO CLÍNICO 1

- Varón de 27 años. Profesión: soldador. NAMC. No AP de interés.
- **MC:** Dolor y lagrimeo en ojo derecho de 3 horas de evolución.
- **S:** El paciente refiere sensación de cuerpo extraño debido a una esquirla que le ha saltado al ojo mientras trabajaba sin protección.
- **O:** Hiperemia mixta en OD. Lagrimeo. No disminución de AV. PINRs. MOEs N. Tinción con **fluoresceína:** +. No se observan lesiones en párpado a la eversión. Se retira cuerpo extraño. Abrasión corneal.
- **I:** Cuerpo extraño en ojo derecho con abrasión corneal.
- **P:** Se deriva a oftalmología para valoración.

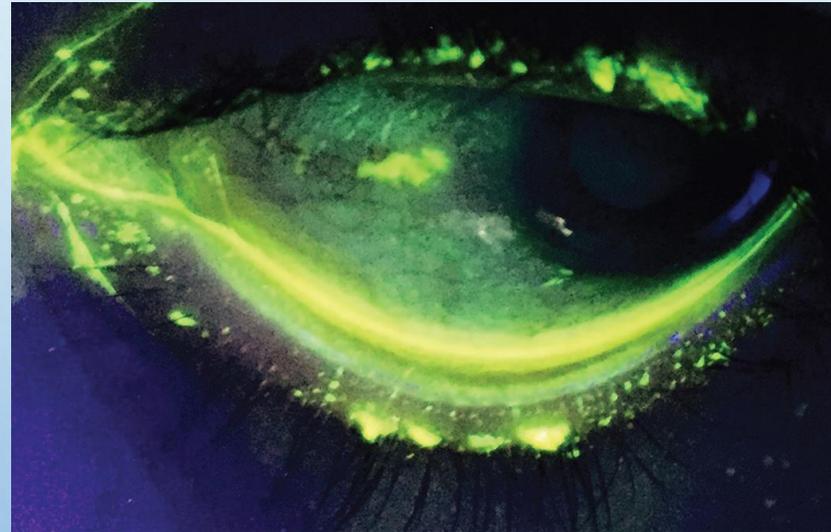
# CASO CLÍNICO 1

## CUERPO EXTRAÑO PREVIA TINCIÓN



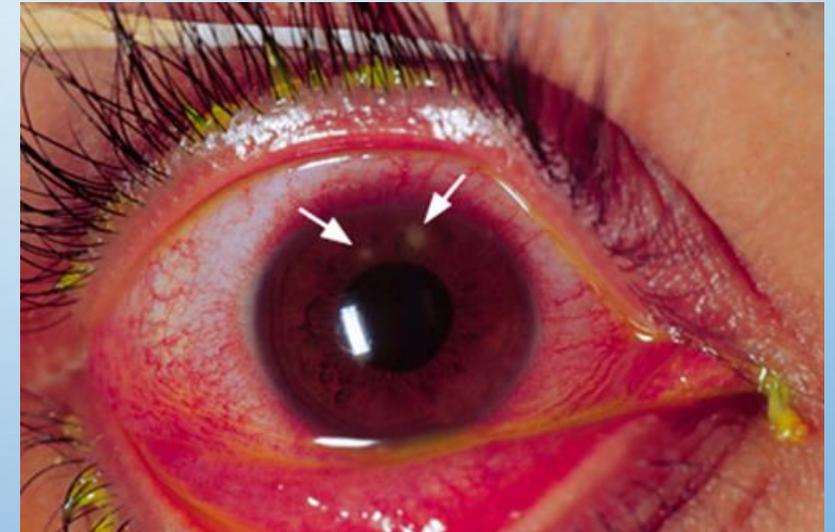
Camodeca AJ, Anderson EP. Corneal Foreign Body. [Updated 2019 Jan 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. [Figure, Corneal foreign body. Image courtesy S Bhimji MD]

## ABRASIÓN CORNEAL CON TINCIÓN



Pflipsen M, Massaquoi M, Wolf S. Evaluation of the painful eye. Am Fam Physician. 2016;93:991–998.

## ABRASIÓN CORNEAL TRAS TINCIÓN Y RETIRADA DE CUERPO EXTRAÑO

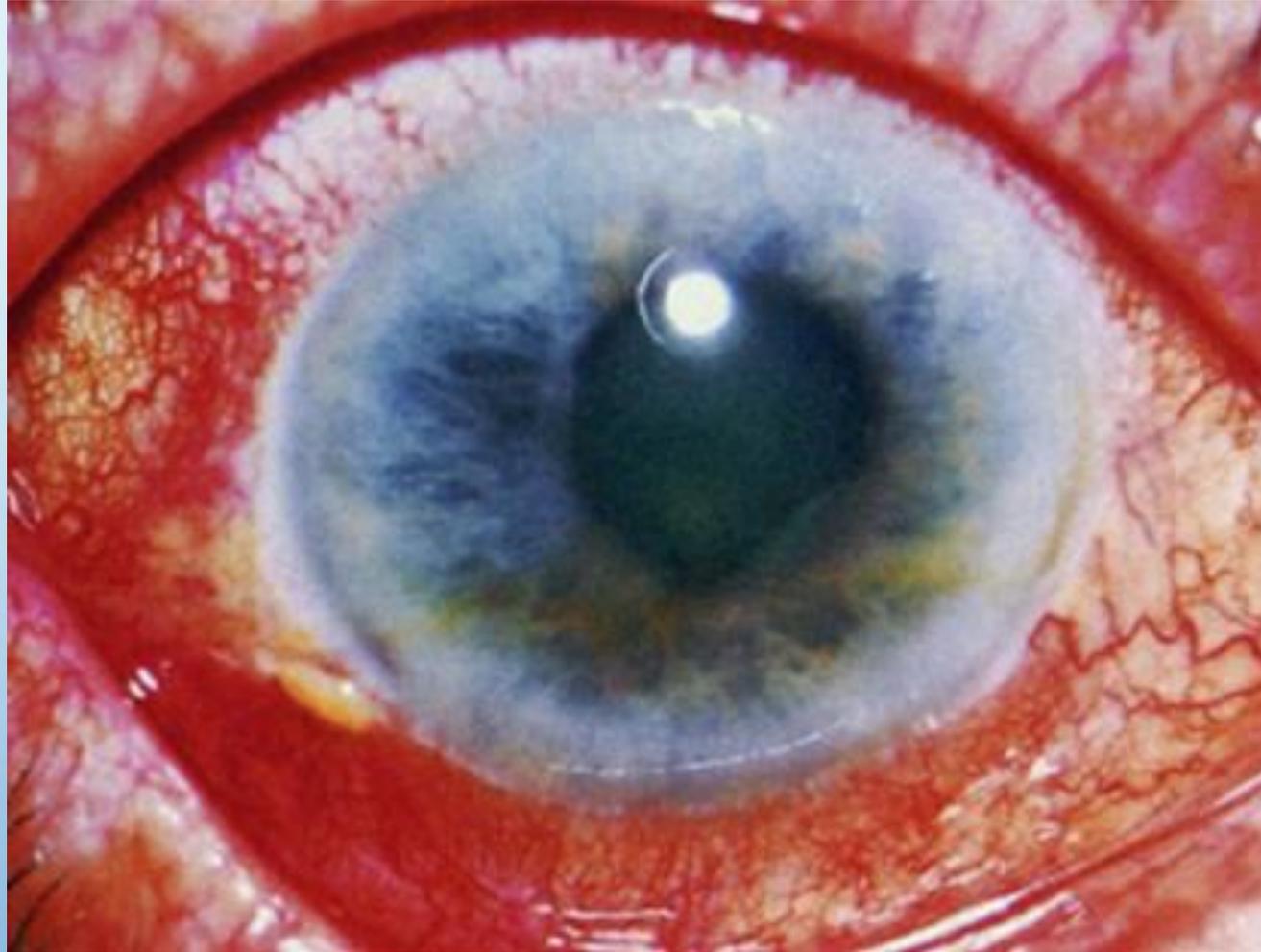


Corneal abrasions and corneal foreign bodies: Clinical manifestations and diagnosis. Deborah S. Jacobs, MD. Lawrence B. Stack. Uptodate Nov. 2019.

## CASO CLÍNICO 2

- Varón 52 años. Transportista. NAMC. No FRCV. No otros AP de interés.
- **MC:** Dolor y pérdida de visión en ojo izquierdo de 4 horas de evolución.
- **S:** El paciente refiere molestia en OI, de intensidad creciente. Actualmente (EVA:8) con enrojecimiento. Náuseas y 2 vómitos esta tarde.
- **O:** Hiperemia ciliar en OI. AV muy disminuída. Pupila izq en midriasis media, no reactiva. Pupila dcha N. MOEs N. Opacidad corneal Tinción con **fluoresceína:** -. Ojo endurecido.
- **I:** Glaucoma agudo de ángulo estrecho.
- **P:** Se deriva a oftalmología para valoración urgente. Se explica al paciente la probabilidad de presentar patología grave. **¡Nunca Atropina ni midriáticos!**

# CASO CLÍNICO 2



Trobe JD, Hackel RE. Field Guide to the Eyes. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2002.  
Copyright © 2002 Lippincott Williams & Wilkins. Angle-closure glaucoma. Jennifer S. Weizer, MD.  
Uptodate Nov. 2019.

## CASO CLÍNICO 3



37 años. Profesión: Educadora infantil. NAMC. No AP de interés.

Síntomas: Picor, escozor y enrojecimiento en ambos ojos de 2 días de evolución.

La paciente refiere contacto con niños que presentan el mismo cuadro clínico. Niega medidas higiénicas estrictas tras el contacto. Lagrimeo sin secreción ocular. No fiebre.

Examen: Hiperemia conjuntival en ambos ojos, más intensa en OD con fotosensibilidad. No disminución de AV. PINRs. MOEs N. Tinción con **fluoresceína**: -.

Diagnóstico: Conjuntivitis vírica.

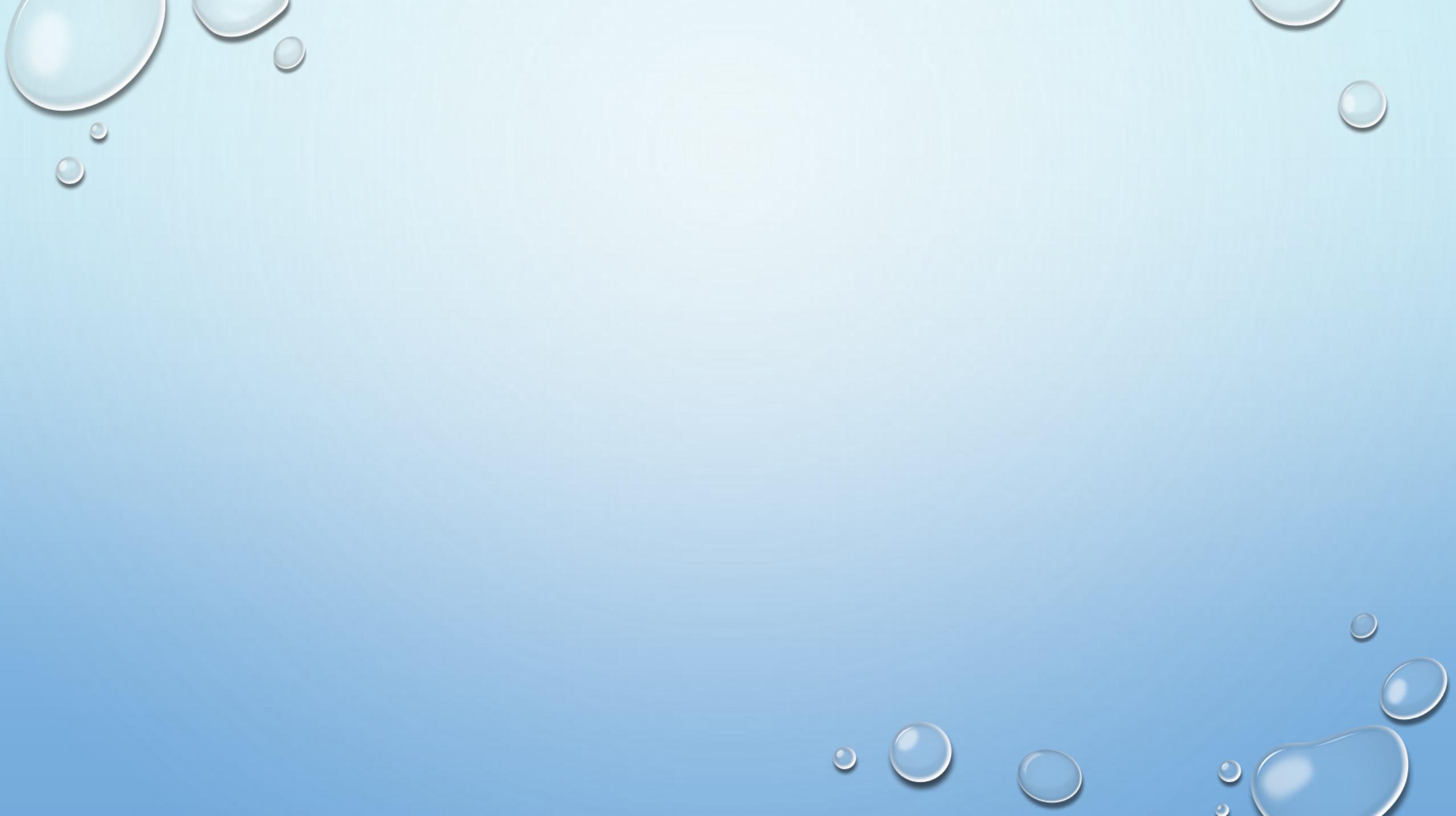
Manejo: Medidas higiénicas. Lágrimas artificiales. **¿¿Tobramicina??**

# CONJUNTIVITIS VÍRICA VS BACTERIANA



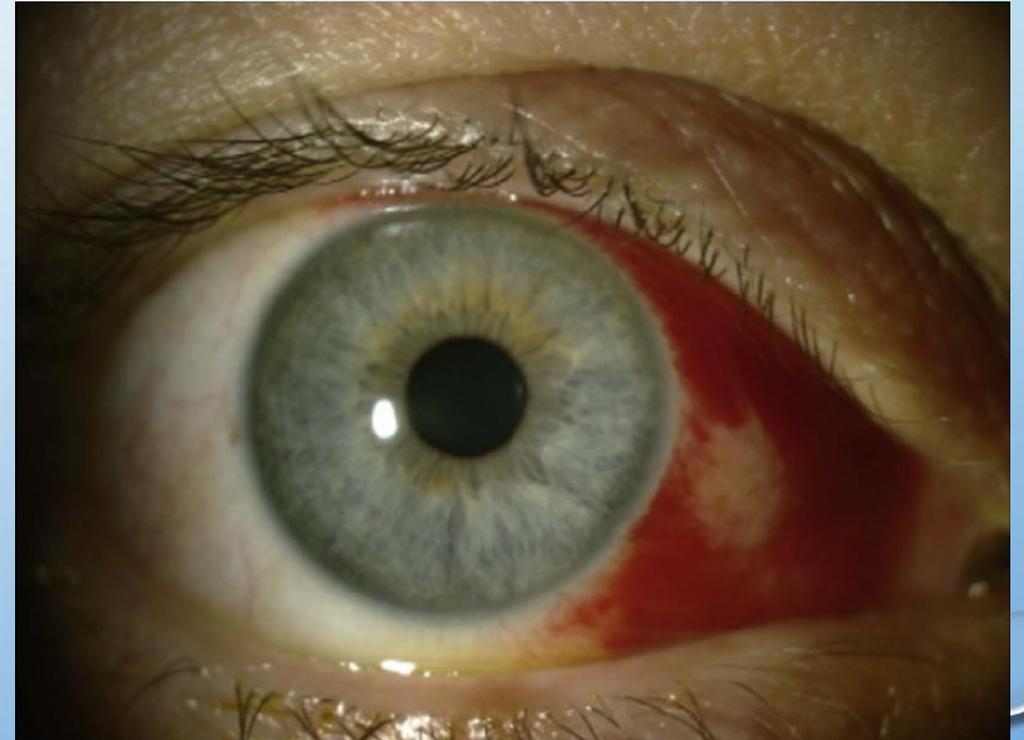
Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment [published correction appears in JAMA. 2014 Jan 1;311(1):95. Dosage error in article text]. *JAMA*. 2013;310(16):1721–1729. doi:10.1001/jama.2013.280318

	<b>Conjuntivitis bacteriana</b>	<b>Conjuntivitis vírica</b>	<b>Conjuntivitis alérgica</b>
<b>Etiología más frecuente</b>	Streptococcus	Adenovirus	Polen
<b>Secreción</b>	Mucopurulenta	Serosa	Acuosa
<b>Bilateralidad</b>	Bilateral, poco asimétrica	Unilateral al principio, muy asimétrica	Bilateral, asimétrica.
<b>Adenopatía preauricular</b>	NO	SÍ	NO
<b>Afectación corneal</b>	Rara, pero puede ser severa (absceso corneal)	Frecuente, larga duración (infiltración subepiteliales)	
<b>Tratamiento</b>	Tobramicina 1 gota/2 h. Tobramicina pomada noche. Medidas higiénicas.	Lágrimas artificiales. Colirio AINE. Medidas higiénicas.	Evitar alérgeno. Lágrimas artificiales. Antihistamínico tópico.



# HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL O HIPOSFAGMA

- Importante la anamnesis (HTA).
- No doloroso.
- No disminución de la AV.
- No alteración pupilar ni MOEs.
- No blanquea con colirio de fenilefrina.
- Tinción con fluoresceína -.
- No precisa tratamiento. Vigilancia en domicilio.



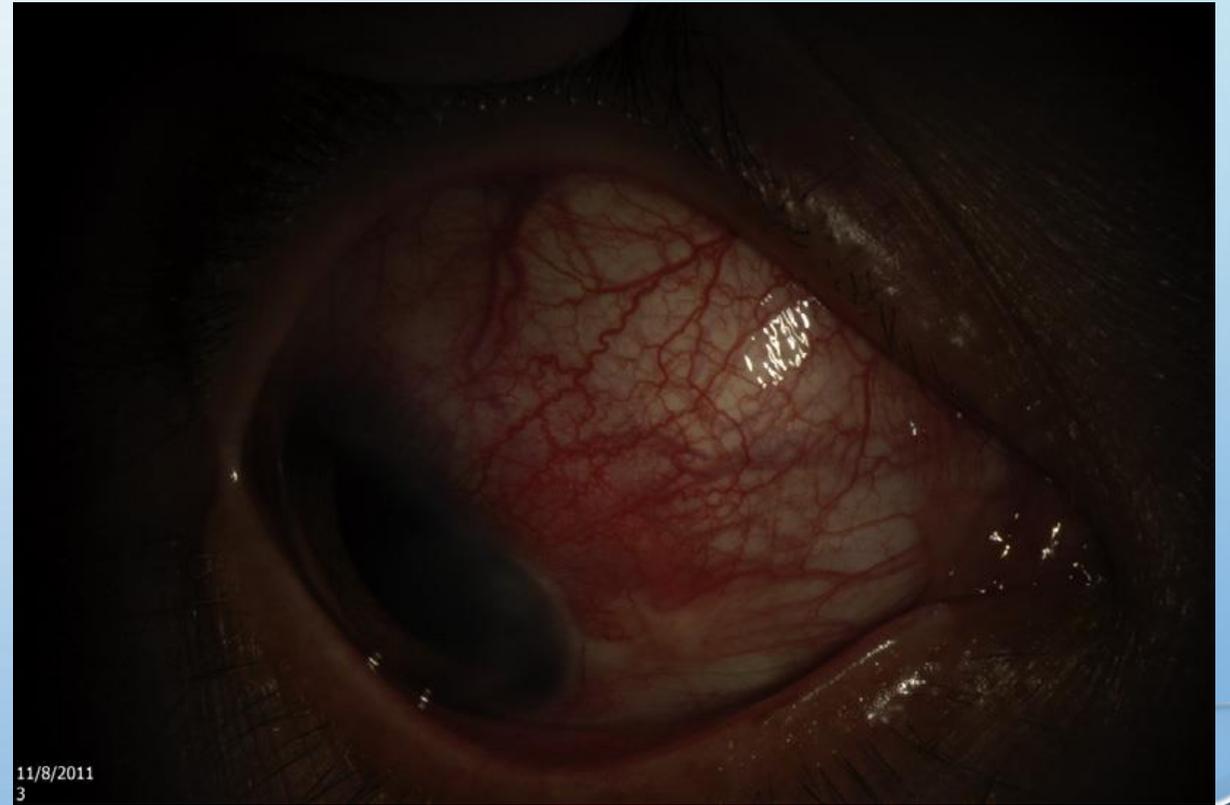
# EPIESCLERITIS

- Leve o no doloroso.
- No alteración AV.
- No alteración pupilar ni MOEs.
- Blanquea parcialmente con fenilefrina.
- Tinción con fluoresceína -.
- Autolimitado, duración 1 o 2 semanas.
- Tratamiento con lágrimas artificiales, AINEs o corticoides tópicos.



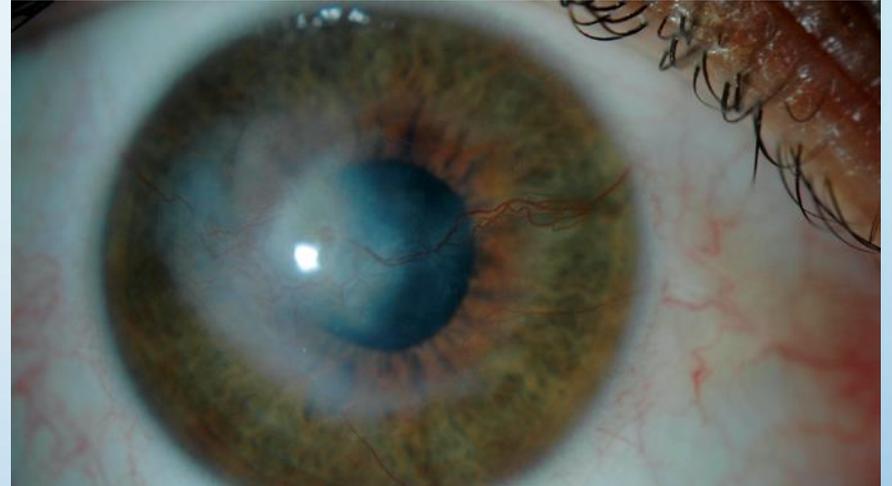
# ESCLERITIS

- Dolor intenso.
- Hiperemia violácea.
- Alteración de la AV progresiva.
- No alteración pupilar ni MOEs.
- No blanquea con fenilefrina.
- Tinción con fluoresceína -.
- Derivar a OFT. Corticoides o AINEs orales.



# QUERATITIS

- Dolor moderado o intenso.
- Opacidad corneal. Hipopion. Sensación de CE.
- AV disminuida o normal.
- No alteración pupilar ni MOEs.
- Tinción con fluoresceína +.
- Derivar a OFT. Tratamiento con ATB tópicos y orales. Atropina.
- **Queratitis herpética:** úlcera dendrítica.



# UVEÍTIS ANTERIOR

- Importante antecedentes personales (patologías relacionadas).
- Dolor intenso.
- Edema en iris. Hipopion. Tyndall +. PIO normal o disminuída.
- Disminución de AV.
- Miosis pupilar. MOEs normales.
- Derivar a OFT. Ciclopléjico como Atropina 3-4/día. Corticoides tópicos 5-6/día. **¡Nunca Pilocarpina!**



	<b>DOLOR</b>	<b>HIPEREMIA</b>	<b>AGUDEZA VISUAL</b>	<b>PUPILAS</b>	<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>CARACTERÍSTICAS TÍPICAS</b>
<b>Hemorragia subconjuntival</b>	No	Localizada o difusa	Normal	No afectadas	Normal	Asintomática No tratamiento Descartar hipertensión arterial
<b>Conjuntivitis</b>	No (arenilla)	Difusa (fondos de saco)	Normal	No afectadas	Normal	Secreción
<b>Epiescleritis</b>	Leve	Localizada	Normal	No afectadas	Normal	Lesión localizada eritematosa
<b>Queratitis</b>	Moderado a intenso	Ciliar o mixta	Disminuida o normal	No afectadas	Normal	Tinción de fluoresceína Lagrimo y fotofobia
<b>Uveítis aguda</b>	Intenso	Ciliar	Disminución moderada	Miosis poco reactiva	Normal	Fotofobia Enfermedades reumáticas Células en cámara anterior
<b>Glaucoma agudo</b>	Intenso	Mixta	Muy disminuida	Midriasis no reactiva	Afectado (náuseas y vómitos)	Aumento de la presión intraocular (ojo duro) Edema corneal (halos de colores)

# CONCLUSIONES

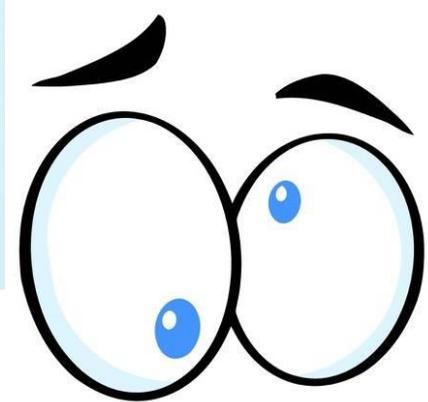
- Importante la anamnesis y la exploración ocular, incluyendo párpados y zona periocular.
- Un dolor ocular de moderado a severo, una córnea turbia o edematosa, o la disminución de la agudeza visual indican patologías graves que deben ser derivadas a OFT urgentemente.
- La posición pupilar nos ayudará a orientar el diagnóstico.
- Tras la extracción de cuerpos extraños, si presenciamos lesión corneal, debemos derivar a OFT para valoración.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Camodeca AJ, Anderson EP. Corneal Foreign Body. [Updated 2019 Jan 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. [Figure, Corneal foreign body. Image courtesy S Bhimji MD]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536977/figure/article-19987.image.f1/>
2. Pflipsen M, Massaquoi M, Wolf S. Evaluation of the painful eye. Am Fam Physician. 2016;93:991–998. <https://www.aafp.org/afp/2016/0615/p991.html>
3. Corneal abrasions and corneal foreign bodies: Clinical manifestations and diagnosis. Deborah S. Jacobs, MD. Lawrence B. Stack. Uptodate Nov. 2019. [https://www.uptodate.com.mergullador.segas.es/contents/corneal-abrasions-and-corneal-foreign-bodies-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ojo%20rojo&source=search\\_result&selectedTitle=5~99&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www.uptodate.com.mergullador.segas.es/contents/corneal-abrasions-and-corneal-foreign-bodies-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ojo%20rojo&source=search_result&selectedTitle=5~99&usage_type=default&display_rank=5)
4. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment [published correction appears in JAMA. 2014 Jan 1;311(1):95. Dosage error in article text]. JAMA. 2013;310(16):1721–1729. doi:10.1001/jama.2013.280318 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049531/>

# BIBLIOGRAFÍA

5. Manual de enfermedades infecciosas en atención primaria. Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la SEMFYC. Capítulo 5: Infecciones oculares. Pág 101. Sociedad Española Medicina Familiar Y Comunitaria. 4ºed. Barcelona-España. 2107.
6. Approach to Red Eye for Primary Care Practitioners. Anne L. Dunlop, MD, MPHa, Jill Razor Wells, MD. Elsevier. 2015.
7. Trobe JD, Hackel RE. Field Guide to the Eyes. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2002. Copyright © 2002 Lippincott Williams & Wilkins. Angle-closure glaucoma. Jennifer S. Weizer, MD. Uptodate Nov. 2019.  
[https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/angle-closure-glaucoma?search=GLAUCOMA%20DE%20ANGULO%20CERRADO&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H26](https://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es/contents/angle-closure-glaucoma?search=GLAUCOMA%20DE%20ANGULO%20CERRADO&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H26)
8. Managing corneal foreign bodies in office-based general practice. **Alison Fraenkel**, Lawrence R Lee, Graham A Lee.. The Royal Australian College of General Practitioners. AFP vol. 46, N° 3, March 2017.



GRACIAS!

