

Conjuntivitis aguda (e infecciones del párpado)

Enrique A. Criado Vega^a [ecriado.gapm10@salud.madrid.org], **Laura Fuente Blanco^b**, **Paola Ruiz Martínez^b**.

^a Pediatra. Centro de Salud El Greco [Servicio Madrileño de Salud, Área 10]. Getafe, Madrid. ^b MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Getafe [Servicio Madrileño de Salud, Área 10]. Getafe, Madrid.

Fecha de actualización: 14/12/2009
Guía_ABE_Conjuntivitis aguda (e infecciones del párpado) (v.3/2009)

Cita sugerida: Criado Vega EA, Fuente Blanco L, Ruiz Martínez P. Conjuntivitis aguda (e infecciones del párpado) (v.3/2009). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 14/12/2009; consultado el *dd/mm/aaaa*]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

Introducción / puntos clave

- La conjuntivitis es un término general que se refiere a un grupo de trastornos inflamatorios que afectan primaria o secundariamente a la conjuntiva. Pueden clasificarse según su etiología como infecciosas o no y según su evolución como agudas, subagudas y crónicas.
- La conjuntivitis infecciosa aguda es muy común¹. Se calcula que el 50% son de origen bacteriano y el 50% de origen vírico. La diferenciación clínica entre unas y otras es difícil² aunque la presencia de otitis puede orientar a un origen bacteriano (*H. influenzae*), mientras que la presencia de faringitis hace más probable un origen viral (adenovirus).
- Generalmente se trata de un proceso leve y autolimitado; sin embargo, hasta un 80% de los pacientes recibe tratamiento antibiótico tópico. Uno de los principales motivos por los que se prescribe es para disminuir las ausencias a guarderías o colegios (y la de sus cuidadores a su empleo). El uso de antibióticos se relaciona con mejores tasas de remisión clínica precoz y microbiológica (precoz y tardía)³, aunque el beneficio es pequeño. Además, el tratamiento acorta el período de contagio y reduce el riesgo de complicaciones.
- La presencia de dolor moderado-grave, enrojecimiento muy marcado y mantenido o agudeza visual disminuida obligan a descartar la existencia de otras patologías.
- Todos los lactantes menores de 28 días de edad diagnosticados de conjuntivitis^{4,5} (no aquellos que presentan simplemente secreción sin afectación conjuntival) deben ser valorados con carácter urgente.
- El orzuelo se produce por la obstrucción de las glándulas de Zeis o de Meibomio. Es un problema muy frecuente, sobre todo en la población adulta, aunque más difícil de tratar en niños⁶. Generalmente el proceso inflamatorio de un orzuelo es autolimitado, con drenaje y resolución en 5-7 días.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: en la versión actual se han añadido algunos aspectos relacionados con el tratamiento de la conjuntivitis neonatal.

Microorganismos causales frecuentes		
Conjuntivitis infecciosa aguda	Virus	Adenovirus, virus del herpes simple
	Bacterias	<i>Staphylococcus spp.</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Moraxella spp.</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia spp.</i> ⁷
Conjuntivitis neonatal		<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia spp.</i> , <i>Herpesvirus spp.</i>
Orzuelo		<i>Staphylococcus spp.</i>



Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial ⁸	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conjuntivitis neonatal: hemograma, hemocultivo, reactantes de fase aguda
Microbiología	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los cultivos se reservarán para aquellos pacientes que no respondan al tratamiento prescrito ▪ Conjuntivitis neonatal⁹ ▪ En los casos de conjuntivitis neonatal por <i>Chlamydia</i> se recogerán también cultivos de faringe

Indicaciones de derivación / ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si existe dolor moderado o grave, enrojecimiento marcado y mantenido del ojo o agudeza visual disminuida se requiere derivación urgente a oftalmología ▪ Complicaciones infecciosas, como celulitis periorbitaria (infección del párpado y de los tejidos blandos periorbitarios que se caracteriza por edema y eritema agudo del párpado) pueden precisar ingreso hospitalario ▪ Conjuntivitis neonatal

Tratamiento antimicrobiano empírico (y otros tratamientos) (../..)	
Situación	Tratamiento de elección
Conjuntivitis aguda infecciosa (> 28 días de edad)	<p>Los beneficios del tratamiento antibiótico permanecen controvertidos. Se propone cualquiera de los siguientes¹⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferir el inicio del tratamiento durante 5 días y, en caso de no mejoría, iniciar tratamiento antibiótico ▪ Pomada¹¹ de eritromicina¹²: un cordón de 1 cm aproximadamente de pomada dentro del párpado inferior, 4 veces al día hasta que mejore y continuar con 1 aplicación c/12 horas hasta completar 5-7 días ▪ Pomada de cloranfenicol¹³: igual pauta que en el caso anterior ▪ Colirio con polimixina B-neomicina¹⁴: 1-2 gotas c/6 horas hasta que mejore y continuar con 1-2 gotas c/12 horas hasta completar 5-7 días. En niños mayores de 2 años
Conjuntivitis aguda infecciosa (< 28 días de edad)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tratamiento tópico en caso de infección por <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>Chlamydia spp</i>, <i>Herpesvirus</i> no es eficaz por sí solo ▪ Si se descarta la infección por los patógenos anteriores, el tratamiento es idéntico al de los niños mayores de 28 días de edad
Orzuelo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de compresas calientes (10 minutos cada 6 horas) ▪ En caso de orzuelos recurrentes o secreción continua se aplicará una pomada antibiótica: <ul style="list-style-type: none"> - Pomada de eritromicina¹² - Pomada de clortetraciclina¹⁵: un cordón de pomada de 1 cm, dentro del párpado inferior c/4 horas hasta que mejore y continuar con 1 aplicación c/8-12 horas hasta completar 7-10 días



Tratamiento antimicrobiano empírico (y otros tratamientos) (../..)	
Situación	Tratamiento de elección
	<ul style="list-style-type: none">▪ Si se sospecha celulitis preseptal (sin signos de gravedad) se iniciará tratamiento con amoxicilina/clavulánico a dosis de 80-100 mg/kg/día (de amoxicilina), vía oral▪ En algunos casos, es necesaria la incisión quirúrgica

Otras medidas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none">▪ En las conjuntivitis infecciosas agudas se debe recomendar una higiene estricta, con lavado frecuente de manos (especialmente después de estar en contacto con las secreciones infectadas) y se debe evitar compartir toallas, almohadas y otros utensilios (p. ej. teclado de ordenador)▪ Se recomienda suspender el uso de lentillas durante el uso del tratamiento antibiótico y hasta que hayan pasado al menos 24 horas desde la desaparición de la secreción conjuntival▪ No se recomienda el uso de colirios o pomadas que contengan corticoides▪ Excepto en aquellos casos en los que la conjuntivitis se acompañe de signos sistémicos de enfermedad, se permitirá a los niños acudir a la escuela una vez iniciado el tratamiento adecuado (ver "Causas infecciosas de exclusión escolar" en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/)▪ En la conjuntivitis aguda por <i>N. Gonorrhoeae</i> está indicado el lavado frecuente con suero fisiológico hasta la desaparición de la secreción

Referencias bibliográficas (../..)
<p>American Academy of Ophthalmology. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern. [en línea] [actualizado en 09/2008; consultado el 12/12/2009]. Disponible en http://one.aaopt.org/CE/PracticeGuidelines/PPP_Content.aspx?cid=9d9650fb-39a3-439c-9225-5fbb013cf472</p> <p>CKS. Clinical topic. Conjunctivitis-Infective. [en línea] [actualizado en Dic/2007; consultado el 04/10/2009]. Disponible en http://cks.library.nhs.uk/conjunctivitis_infective/about_this_topic</p> <p>Darville T. <i>Chlamydia trachomatis</i> infections in neonates and young children. <i>Semin Pediatr Infect Dis.</i> 2005;16:235-44.</p> <p>Jacobs D. Conjunctivitis. UpToDate v. 17.3/2009. [en línea] [actualizado el 30/09/2009; consultado el 12/12/2009]. Disponible en www.uptodate.com</p> <p>Jatla K. Conjunctivitis, Neonatal. [en línea] [actualizado el 17/11/2008; consultado el 04/10/2009]. Disponible en http://emedicine.medscape.com/article/1192190-overview</p> <p>Mah F. Bacterial conjunctivitis in pediatrics and primary care. <i>Pediatr Clin North Am.</i> 2006;53 (Supl 1):7-11.</p> <p>Mallika PS, Asok T, Faisal HA, et al. Neonatal conjunctivitis-A review. <i>Malaysian Fam Physician.</i> 2008;3(2):77-81.</p> <p>Rietveld R, ter Riet G, Bindels PJE, et al. Conjunctivitis: Predicting bacterial cause in infectious cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. <i>BMJ.</i> 2004;329:206-10.</p> <p>Rose P. Management strategies for acute infective conjunctivitis in primary care: a systematic review. <i>Expert Opin Pharmacother.</i> 2007;8(12):1903-21.</p> <p>Rose PW, Ziebland S, Harnden A, et al. Why do General Practitioners prescribe antibiotics for acute infective conjunctivitis in children? Qualitative interviews with GPs and a questionnaire survey of parents and teachers. <i>Fam Practice.</i> 2006;23(2):226-32.</p> <p>University of Michigan, Department of Pediatrics, Evidence-Based Pediatrics Web Site. Topical antibiotics are effective in bacterial conjunctivitis [en línea] [actualizado el 16/02/2003; consultado el 12/12/2009]. Disponible en www.med.umich.edu/pediatrics/ebm/cats/conjunctivitis.htm</p>



Referencias bibliográficas (../..)

Woods Ch. Gonococcal infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2005;16:258-70.

Notas aclaratorias:

- ¹ En los países desarrollados, la conjuntivitis infecciosa aguda es un trastorno común, con una incidencia de 1,5-2% anual en las consultas de atención primaria.
- ² Es más probable el origen bacteriano en aquellos casos en los que los ojos están "pegados" por la secreción purulenta, sobre todo si están afectados ambos ojos. Por el contrario, la presencia de picor o de historia previa de conjuntivitis hacen menos probable la etiología bacteriana de la conjuntivitis.
- ³ Estudios realizados en poblaciones que acuden a consulta de especializada. No hay estudios en atención primaria.
- ⁴ La conjuntivitis química por uso de nitrato de plata, de aparición en las primeras 24 horas de vida prácticamente ha desaparecido por el uso de otras sustancias (pomada de tetraciclina al 1% o pomada de eritromicina al 0,5%) que han demostrado similar efectividad para la prevención de la conjuntivitis neonatal por *N. gonorrhoeae*.
- ⁵ La profilaxis ocular con tetraciclina o eritromina no parece ser efectiva para prevenir la infección por *Chlamydia spp.*
- ⁶ En los niños tienen una alta tasa de recurrencia.
- ⁷ Relacionada con infección de transmisión sexual.
- ⁸ La conjuntivitis y el orzuelo son diagnósticos clínicos y no precisan, en general, pruebas complementarias para su confirmación.
- ⁹ En la conjuntivitis neonatal será necesario coger muestra del fondo de saco conjuntival, ya que es necesaria la presencia de células epiteliales para descartar infección por *Chlamydia spp.*
- ¹⁰ Los estudios comparando diversos antibióticos no han demostrado que ninguno sea superior en cuanto a eficacia.
- ¹¹ En niños parece ser más mejor el uso de pomada (por su menor dificultad para administrar). Se debe informar que es posible que después de su uso el paciente tenga sensación de visión borrosa.
- ¹² Por ejemplo: Oftalmolosa Cusi Eritromicina® 0,5%, pomada.
- ¹³ Por ejemplo: Oftalmolosa Cusi Cloranfenicol® 1%, pomada.
- ¹⁴ Por ejemplo: Oftalmowell®, colirio.
- ¹⁵ Por ejemplo: Oftalmolosa Cusi Aureomicina® 0,5%, pomada.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[📄] Más información en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Bajo licencia Creative Commons®
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Con la colaboración de:

el gipi



[©] Guía_ABE, 2009. ISBN: 978-84-95028-90-7.