

Conjuntivitis aguda (e infecciones del párpado)

Enrique A. Criado Vega ^a [enrique.criado@salud.madrid.org], Susana Criado Camargo ^b

^a Pediatra. Hospital Clínico San Carlos [Servicio Madrileño de Salud]. Madrid.

^b Pediatra. Hospital Universitario La Paz [Servicio Madrileño de Salud]. Madrid.

Fecha de actualización: 01/06/2022.
(v.4/2022)

Cita sugerida: Criado Vega EA, Criado Camargo S. Conjuntivitis aguda (e infecciones del párpado) (v.4/2022). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 01/06/2022; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en http://guia_abe/

Introducción / puntos clave

La conjuntivitis es un diagnóstico clínico basado en la presencia de hiperemia conjuntival que puede acompañarse de exudado con mayor afectación de la conjuntiva palpebral que de la bulbar. Pueden clasificarse según su etiología como infecciosas o no y según su evolución como hiperagudas¹, agudas (duración hasta 3-4 semanas) o crónicas (duración superior a 4 semanas).

La conjuntivitis infecciosa aguda es muy común². Se calcula que el 50% son de origen bacteriano³ y el 50% de origen vírico. La diferenciación clínica entre unas y otras es difícil, aunque la presencia de otitis (*H. influenzae*) o la afectación preferentemente unilateral pueden orientar a un origen bacteriano mientras que la presencia de síntomas catarrales hace más probable un origen viral (adenovirus).

Generalmente se trata de un proceso leve y autolimitado; sin embargo, hasta un 90 % de los pacientes recibe tratamiento antibiótico tópico, prescripción realizada para disminuir las ausencias escolares y laborales. El uso de antibióticos se relaciona con una pequeña mejoría en las tasas de remisión clínica precoz y microbiológica (precoz y tardía)

Todos los lactantes menores de 28 días de edad diagnosticados de conjuntivitis⁴ (no aquellos que presentan simplemente secreción sin afectación conjuntival) deben ser valorados con carácter urgente.

La blefaritis es una infección primaria del párpado con extensión a la conjuntiva. Es la causa más frecuente de conjuntivitis crónica en niños mayores. Es útil la distinción entre blefaritis anterior (más frecuente en niños, con formación de costras a lo largo del margen del párpado y se manifiesta por picor, malestar ocular o sensación de cuerpo extraño) y blefaritis posterior (en la que los orificios de las glándulas de Meibomio están bloqueados, por lo que se provoca retención de sebo y posibles complicaciones como orzuelo, infecciones secundarias o chalazión).

La complicación más frecuente de la blefaritis es el chalazión, en el que la lesión se produce en la glándula de Meibomio como resultado de una reacción de cuerpo extraño a las secreciones producidas por la glándula que han sido expulsadas al tejido circundante. Puede aparecer después de un orzuelo o de forma primaria, sin fase inflamatoria aguda previa.

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 niños⁵. Generalmente el proceso inflamatorio de un orzuelo es autolimitado, con drenaje y resolución espontánea en 5-7 días.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: Se revisa el tratamiento de conjuntivitis en pacientes con lentillas. Se añade blefaritis. Se revisan los tratamientos disponibles a la fecha de actualización.

Microbiología		
Conjuntivitis infecciosa aguda	Virus	Adenovirus, enterovirus, virus del herpes simple
	Bacterias	<i>H. influenzae</i> no tipable, <i>S. pneumoniae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. aureus</i> ⁵ , <i>N. gonorrhoeae</i> ⁷ , <i>Chlamydia spp.</i>
Conjuntivitis hiperaguda		<i>Neisseriaspp.</i>
Conjuntivitis neonatal		<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia spp.</i> , <i>Herpes Simplex (VHS)</i> .
Orzuelo		<i>Staphylococcus spp</i>
Blefaritis		<i>S. aureus</i> . <i>Staphylococcus spp</i>

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Habitualmente no necesarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conjuntivitis <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>Chlamydia spp</i>: Estudio ETS. 2. Conjuntivitis neonatal: Hemograma, hemocultivo, reactantes de fase aguda.
Microbiología	Habitualmente no necesarios	Los cultivos ⁸ se reservarán para <ol style="list-style-type: none"> 1. Neonatos 2. Pacientes inmunodeprimidos 3. Pacientes hospitalizados 4. Sospecha de infección por VHS 5. Conjuntivitis hiperaguda⁹

Indicaciones de derivación

<ol style="list-style-type: none"> 1. Fotofobia 2. Sensación de cuerpo extraño que impide mantener el ojo abierto. 3. Opacidad corneal 4. Inyección ciliar 5. Pupila fija o asimétrica 6. Sospecha de conjuntivitis hiperaguda. 7. Dolor ocular moderado o grave 8. Conjuntivitis bacteriana que no mejora tras 48/72 horas de tratamiento tópico.
Indicaciones de ingreso hospitalario
<ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. Conjuntivitis neonatal

Tratamiento antimicrobiano empírico (y otros tratamientos)	
Situación	Tratamiento de elección
General	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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). 2. Se evitará el uso de colirios o pomadas de corticoides. 3. En cualquier tipo de conjuntivitis, lavado frecuente con SSF, especialmente en aquellos causados por <i>N. gonorrhoeae</i>
Conjuntivitis bacteriana aguda (>28 días de vida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los beneficios del tratamiento antibiótico permanecen controvertidos. Por ello se recomienda tratamientos con mínimos efectos adversos y del menor coste. 2. Se recomienda la no utilización de colirios de aminoglucósidos (tóxicos para el epitelio corneal) y fluorquinolonas (riesgo de aparición de resistencias y alto coste). <p>Se propone cualquiera de las siguientes pautas¹⁰</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diferir el inicio de tratamiento antibiótico 48-72 h. En ese periodo se recomiendan lavados oculares frecuentes con SSF. En caso de ser necesario, e puede utilizar cualquiera de las siguientes pautas. <ol style="list-style-type: none"> a. Pomada^{11,12} de eritromicina¹³, cloranfenicol¹⁴, clortetraciclina¹⁵: 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. b. Colirio de Gramicidina-Polimixina B-Neomicina¹⁶: 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 en personas que usan lentillas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es obligado el tratamiento. 2. Se debe suspender el uso de lentillas al menos hasta 24 horas después del cese de la secreción y la desaparición del eritema conjuntival. 3. Ofloxacino¹⁷ 0,3 % o Ciprofloxacino¹⁸ 0,3 %, 1-2 gotas cada 4 horas durante 5-7 días
Conjuntivitis bacteriana aguda (<28 días de vida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. En infecciones por <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>Chlamydia sppo HSV</i>, es necesario el tratamiento sistémico. 2. Si se descarta la infección por los anteriores patógenos, el tratamiento es idéntico al de los niños mayores de 28 días de edad
Orzuelo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de compresas calientes (10 minutos cada 6 horas). 2. En caso de orzuelos recurrentes o secreción continua se aplicará una pomada antibiótica (eritromicina¹⁹ o clortetraciclina²⁰ 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. 3. En algunos casos es precisa la incisión quirúrgica
Blefaritis	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tiene cura. El objetivo del tratamiento es el control de los síntomas. 2. Aplicación de compresas calientes (10 minutos cada 6-12 horas). Frotar el margen del párpado con un aplicador (algodón) empapado en una mezcla de un jabón no irritativo y agua a partes iguales 3. Antibióticos tópicos si hay infección secundaria (pomada de eritromicina)²¹. 4. En casos graves se puede utilizar antibiótico oral (eritromicina o tetraciclina) en ciclos cortos.
Chalazión	<ol style="list-style-type: none"> 1. En los de pequeño tamaño, se suele producir una resolución espontánea. 2. En los de gran tamaño (> 10 mm) o si existe riesgo de desarrollo de ambliopía (secundario a astigmatismo o ptosis por el chalazión) es necesario tratamiento (quirúrgico o con corticoides intralesionales).

<p>Referencias bibliográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darville T. <i>Chlamydia trachomatis</i> infections in neonates and young children. <i>Semin Pediatr Infect Dis.</i> 2005;16:235-44. • Varu DM, Rhee MK, Akpek EK, Amescua G, Farid M, Garcia-Ferrer FJ, Lin A, Musch DC, Mah FS, Dunn SP; American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern Cornea and External Disease Panel. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern®. <i>Ophthalmology.</i> 2019 Jan;126(1):P94-P169. doi: 10.1016/j.ophtha.2018.10.020. Epub 2018 Oct 23. PMID: 30366797. • Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. <i>JAMA.</i> 2013 Oct 23;310(16):1721-9. doi: 10.1001/jama.2013.280318. Erratum in: <i>JAMA.</i> 2014 Jan 1;311(1):95. Dosage error in article text. PMID: 24150468; PMCID: PMC4049531. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049531/ • Mah F. Bacterial conjunctivitis in pediatrics and primary care. <i>Pediatr Clin North Am.</i> 2006;53 (Supl 1):7-11. • 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. • Frost HM, Sebastian T, Durfee J, Jenkins TC. Ophthalmic antibiotic use for acute infectious conjunctivitis in children. <i>J AAPOS.</i> 2021 Dec;25(6):350.e1-350.e7. doi:

10.1016/j.jaapos.2021.06.006. Epub 2021 Nov 2. PMID: 34737083; PMCID: PMC9109048.

- Fredrick Douglas R. Conjunctivitis Beyond the Neonatal Period. Sarah S Long, Charles G. Prober, Marc Fischer. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5ª Ed. Philadelphia. Elsevier Ed. 2018.
- Bhat, Amit. Ocular Infections. James D. Cherry, Gail J. Harrison, Sheldon L. Kaplan, William J. Steinbach, Peter J. Hotez. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8ª Ed. Philadelphia. Elsevier Ed. 2019.
- Woods Ch. Gonococcal infections in neonates and young children. Semin Pediatr Infect Dis. 2005;16:258-70.
- Alfonso SA, Fawley JD, Alexa Lu X. Conjunctivitis. Prim Care. 2015 Sep;42(3):325-45. doi: 10.1016/j.pop.2015.05.001. Epub 2015 Jul 29. PMID: 26319341.
- Sheikh A, Hurwitz B, van Schayck CP, McLean S, Nurmatov U. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;(9):CD001211. doi: 10.1002/14651858.CD001211.pub3. PMID: 22972049.
- Martín Villaescusa C, Díez del Corral Belda JM. Ojo rojo. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado 14/05/2021]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/79/ojo-rojo>

Notas aclaratorias

1 Conjuntivitis bacterianas de inicio brusco con abundante secreción producidas por *N. gonorrhoeae*, con riesgo para la visión si no reciben tratamiento precoz.

2 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.

3 Posiblemente sobrevalorado por la presencia de flora habitual.

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 En los niños tienen una alta tasa de recurrencia.

6 Más frecuente en adolescentes que en niños más pequeños.

7 Relacionada con infección de transmisión sexual.

8 En los casos de conjuntivitis neonatal por Chlamydia se recogerán también cultivos de faringe.

9 Se recogerá PCR (mayor sensibilidad) y exudado (para obtención de antibiograma).

10 No se ha demostrado superioridad de ningún antibiótico tópico sobre el resto.

11 En niños parece ser mejor el uso de pomada (por su menor dificultad para administrar). Es posible que incluso aunque se administre directamente sobre el párpado y no se deposite ninguna cantidad en la conjuntiva se consiga efecto terapéutico. Se debe informar que es posible que después de su uso el paciente tenga sensación de visión borrosa.

12 No hay estudios que comparen el uso de pomada frente a gotas en el tratamiento de las conjuntivitis.

13 Oftalmolosa Cusi Eritromicina® 0,5 %, pomada. Han aparecido resistencias a *H. influenzae*

14 Oftalmolosa Cusi Cloramfenicol® 1 % pomada oftálmica. Existe riesgo de afectación medular.

15 Oftalmolosa Cusi Aureomicina® 0,5 %, pomada

16 Oftalmowell colirio®

17 Exocin 0,3 %® colirio, Ofloxacino Pos 0,3 %® colirio, Oculaflox 0,3 %® colirio.

18 Cetraflux 0,3 %® colirio, Oftacilox 0,3 %® colirio o pomada.

19 Oftalmolosa Cusi Eritromicina® 0,5 %, pomada. Han aparecido resistencias a *H. influenzae*

20 Oftalmolosa Cusi Aureomicina® 0,5 %, pomada

21 Otros antibióticos que podrían ser útiles como bacitracina o azitromicina no tienen presentación en forma de pomada oftálmica en España.

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.

✉ Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:

