



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL OJO ROJO

Dr. Alberto Arntz B.

### Objetivos.

- 1.- Describir la anatomía funcional de la superficie ocular y sus anexos.
- 2.- Explicar los componentes del examen ocular en un paciente con ojo rojo.
- 3.- Realizar un diagnóstico diferencial de las causas de ojo rojo.
- 4.- Explicar los criterios de derivación a un especialista.
- 5.- Proponer un plan terapéutico basado en el diagnóstico.

### I Introducción.

El ojo rojo constituye el principal motivo de consulta oftalmológico en la atención primaria, por lo que es necesario que el médico general esté capacitado para tratar sus causas, así como reconocer los criterios de derivación que hagan sospechar un riesgo para la integridad y funcionalidad del globo ocular.

En esta clase revisaremos la anatomía funcional de la superficie ocular, explicaremos los elementos esenciales en el examen clínico de un paciente con ojo rojo que nos permitan llegar a un diagnóstico, aprenderemos a reconocer los criterios de derivación al especialista, y entregaremos una guía terapéutica básica de las patologías más frecuentes.

### II. Anatomía funcional de la superficie ocular.

Entendemos por superficie ocular una unidad anátomo-funcional de diversas estructuras del ojo y sus anexos, que permiten mantener la transparencia de la cornea y proteger al ojo de la agresión externa. Bajo esta definición consideramos la Conjuntiva, el Limbo esclerocorneal, el Epitelio Corneal y la Película Lagrimal. Los párpados, la Glándula lagrimal principal y el sistema de drenaje lagrimal constituyen los anexos esenciales para la adecuada homeostasis de la Superficie Ocular, contribuyendo a la humectación y eliminación de sustancias tóxicas. Para el mantenimiento de esta homeostasis son también necesarias unas vías nerviosas aferentes y eferentes intactas. Las funciones necesarias para mantener la transparencia e indemnidad de la cornea son: hidratación, oxigenación, nutrición, remoción de materiales de desecho, barrera inmunológica, y la reparación frente a traumatismos.

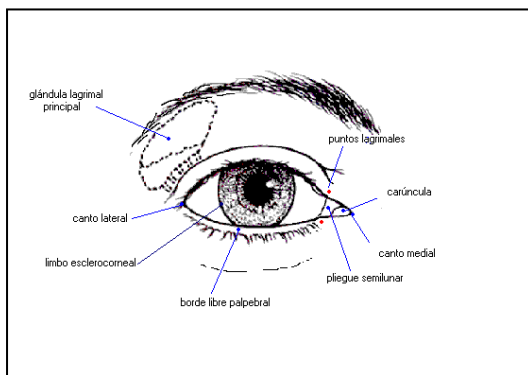


Fig 1: Superficie ocular y anexos. Elementos necesarios de reconocer en la exploración externa.

**Párpados.** Formados por una placa tarsal fibrosa unida a la órbita por diversos ligamentos, que es recubierta anteriormente por piel y músculo orbicular, y posteriormente por la conjuntiva tarsal. En el interior de la placa tarsal se encuentran las glándulas de Meibomio, susceptibles de sufrir infecciones denominadas **Meibomitis** y quistes denominados **Chalazion**. El párpado debe batir constantemente a fin de mantener la superficie ocular limpia y lubricada. Desde el borde libre del párpado emergen las pestañas, las cuales poseen glándulas anexas, cuya infección producirá los **Orzuelos**.

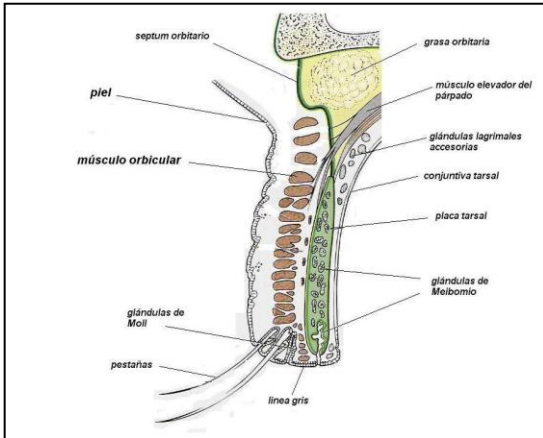


Fig. 2: Corte transversal del párpado, donde se reconocen sus principales estructuras anatómicas.

**Conjuntiva.** Lámina formada por epitelio y estroma, ricamente vascularizada, que reviste la superficie del globo ocular desde el limbo esclerocorneal, se refleja en los fondos de saco y recubre la superficie posterior de los párpados. Posee células caliciformes y glándulas lagrimales accesorias que producen el film lagrimal. Tiene además un importante rol inmunológico en diversas patologías de la superficie ocular. Se denomina conjuntiva tarsal a la que reviste la superficie interna del párpado y conjuntiva bulbar la que reviste al globo ocular. La carúncula es un tejido cutáneo no queratinizado, localizada en el ángulo nasal de la superficie ocular. El pliegue semilunar se forma en la unión de la carúncula con la conjuntiva bulbar.

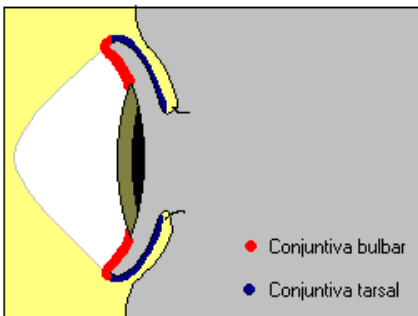


Fig 3: Esquema que muestra la conjuntiva bulbar y tarsal.

**Glándula Lagrimal Principal y aparato de drenaje lagrimal.** La *Glándula Lagrimal* se localiza en el cuadrante superotemporal de la órbita y es inervada por el VII PC, siendo la responsable de la secreción lagrimal refleja (llanto) frente a estímulos emocionales o estímulos irritativos en la superficie ocular. Su secreción drena a través de conductos en el fondo de saco superior.

En el ángulo interno del borde libre de los párpados se encuentran los *puntos lagrimales*, por donde drena la lágrima hacia los *canalículos lagrimales*, que convergen en el *saco lagrimal* localizado en la fosa lagrimal de la pared medial de la órbita. A partir del saco lagrimal emerge el *conducto lacrimonasal* que desciende por un trayecto intra-óseo hasta las fosas nasales en el meato inferior. La obstrucción del conducto lacrimonasal es frecuente en el recién nacido y en mujeres postmenopáusicas, dando origen a epífora y dacriocistitis como las complicaciones más frecuentes.

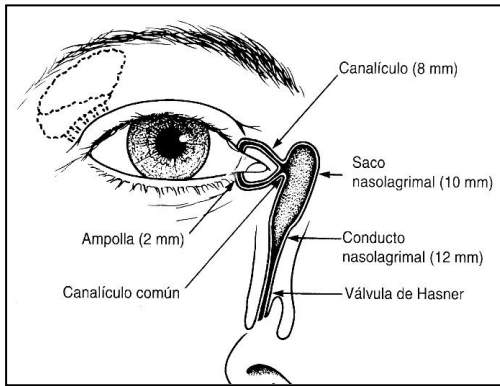


Fig. 4: Esquema de la Glándula lagrimal y aparato de drenaje.

**Película Lagrimal.** El film lagrimal conforma una capa de  $10\mu$  de espesor sobre el epitelio corneal y el resto de la superficie ocular. Está compuesta por agua, proteínas y lípidos, además de diversos factores de crecimiento y trofismo, inmunoglobulinas y sustancias antibacterianas. Es la principal superficie refractiva del ojo, y permite la adecuada oxigenación de la cornea. Constituye la principal barrera de defensa del globo ocular contra alérgenos, toxinas y microorganismos.

### III. Examen Ocular en un Paciente con Ojo rojo.

Frente a un paciente que consulta por ojo rojo, existen elementos fundamentales en la historia clínica y examen que deben ser evaluados.

**Anamnesis.** Debe especificar el tiempo de duración del ojo rojo y su evolución, así como los síntomas asociados (ardor, lagrimeo, fotofobia, secreción, etc). Debe preguntarse dirigidamente por traumatismos, uso de colirios, enfermedades oculares y sistémicas. La presencia de dolor periocular o retro-ocular puede estar asociado a una patología intraocular u orbitaria.

**Agudeza visual.** Debe ser siempre evaluada. Un paciente con ojo rojo asociado a disminución de la agudeza visual debe ser derivado al especialista, aunque no sea posible establecer la causa de ojo rojo.

**Eversión tarsal.** La eversión del tarso superior debe realizarse en todo paciente con ojo rojo, a fin de descartar la presencia de un cuerpo extraño adherido a la conjuntiva tarsal, la presencia de pseudomembranas características de la conjuntivitis por Adenovirus, o la presencia de *folículos* y *papilas* que nos orientarán en la etiología de una conjuntivitis.



Fig. 5. Folículos en fondo de saco inferior.



Fig 6. Papilas en tarso superior.



Fig 7. Cuerpo extraño en tarso superior.

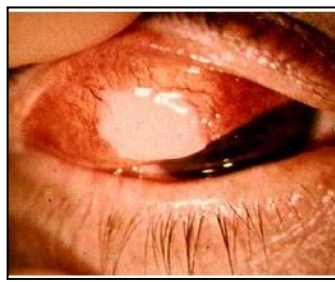


Fig. 8. Pseudomembrana en tarso superior.

**Tinción fluoresceínica.** La fluoresceína es un colorante vital con afinidad para membranas basales, células muertas, proteínas y la lágrima. Al iluminarse con luz azul, su color amarillo intenso permite detectar áreas de erosión epitelial y cuerpos extraños. Tiene utilidad en el diagnóstico de erosiones y ulceraciones de la cornea y superficie ocular, además de hacer evidente la presencia de cuerpos extraños adheridos a la conjuntiva tarsal, y la presencia de *papilas* y *folículos* que nos permiten avanzar en el diagnóstico etiológico de las conjuntivitis.

Para realizar este examen se requiere papelillos de fluoresceína, linterna con filtro azul, y gotas de proparacaína (la fluoresceína irrita). Se aplica una gota de proparacaína, se tiñe la lágrima con fluoresceína, se pide al paciente parpadear y se observa la superficie ocular con la luz azul. Las úlceras, erosiones y cuerpo extraños se observarán de color amarillo.

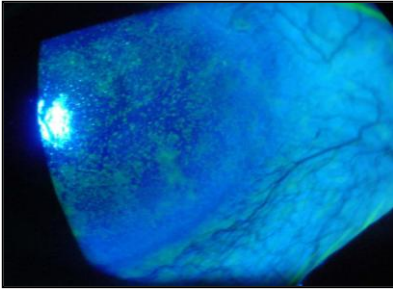


Fig 9. Tinción punctata del epitelio corneal en la queratoconjuntivitis sicca.

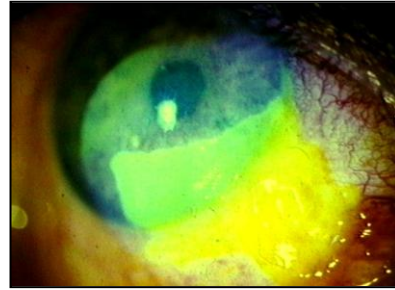


Fig 10. Tinción fluoresceínica de cornea y conjuntiva en causticación.

**Estimación digital de la presión ocular.** Este método en ausencia de un tonómetro, nos permite una estimación aproximada de la presión intraocular al comparar entre los ojos del paciente, o del paciente con otra persona, y definir si hay hipertensión o hipotensión. Para ello ponemos ambos dedos sobre el globo ocular (con los párpados cerrados) y comprimimos suavemente con uno de los dedos, sintiendo el rebote de la presión en el otro dedo. Cuando la presión ocular está alta (sobre 40 mmHg) la onda de rebote no es percibida por el dedo sensor. Cuando la presión ocular está baja (menos de 10 mmHg) el globo ocular es fácilmente indentable.

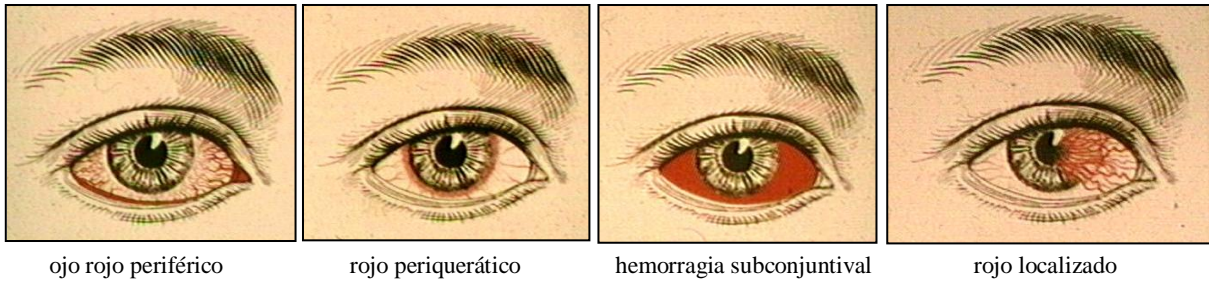
**Evaluación de la forma y tamaño de la pupila.** La irregularidad de la forma de la pupila se denomina *discoria*, y su presencia nos orienta a un ojo rojo intraocular (uveítis) o un trauma ocular. La diferencia de diámetro entre ambas pupilas se llama *anisocoria*, y asociado a ojo rojo una miosis puede corresponder a una uveítis, y una midriasis a un glaucoma agudo.

**Exploración del segmento anterior.** Con la ayuda de una linterna se realizará una exploración sistemática de la superficie ocular, buscando alteraciones en párpados, conjuntiva, esclera, cornea, iris, cámara anterior, pupila y cristalino. La inspección permitirá distinguir claramente 4 tipos de ojo rojo:

- Hemorragia subconjuntival.
- Hiperemia localizada.
- Hiperemia central o periquerática.
- Hiperemia periférica.

El ojo rojo periquerático se explica por la anastomosis que se realiza a nivel del limbo esclerocorneal entre los vasos ciliares intraoculares y los vasos conjuntivales superficiales. De este modo, la inflamación intraocular se manifestará por hiperemia predominantemente central pericorneal, y la inflamación conjuntival por hiperemia predominantemente periférica.

Fig. 11. Tipos de ojo rojo.



#### IV. Diagnóstico diferencial del ojo rojo.

Para reconocer las diferentes causas de ojo rojo, las clasificaremos de acuerdo al siguiente esquema:

- 1.- Ojo rojo de origen palpebral y/o periocular.
  - Orzuelo
  - Chalazion.
  - Blefaritis.
  - Celulitis.
  - Dacriocistitis.
- 2.- Ojo rojo de predominio periférico.
  - Conjuntivitis infecciosa.
  - Conjuntivitis alérgica.
  - Síndrome de Ojo seco.
- 3.- Ojo rojo localizado.
  - Pterigion y pingüecula
  - Epiescleritis y Escleritis
  - Hemorragia subconjuntival
- 4.- Ojo rojo periquerático.
  - Queratitis
  - Uveitis
  - Glaucoma agudo

## 1.- OJO ROJO DE ORIGEN PALPEBRAL Y PERIOCULAR.

### Orzuelo.

Es un pequeño absceso producido por una infección estafilocócica del folículo de una pestaña y/o de sus glándulas anexas (glándulas de Zeis o de Moll). Se manifiesta por un aumento de volumen eritematoso localizado y sensible a la palpación, ubicado en el borde libre palpebral. A los dos o tres días de evolución es posible ver una pústula característica en su centro. Su curso es autolimitado, tendiendo a la remisión espontánea en una a dos semanas. El ojo rojo asociado suele ser difuso y de predominio periférico, y corresponde al efecto pro-inflamatorio de las toxinas estafilocócicas sobre la conjuntiva.

El tratamiento del orzuelo está destinado a reducir la duración de la enfermedad, mediante la aplicación de compresas tibias y el uso de antibióticos tópicos.



Fig. 12. Orzuelo en borde libre palpebral superior.

### Chalazion.

Corresponde a un quiste de retención de la glándula de Meibomio por obstrucción de su drenaje en el borde libre palpebral, dando origen a la acumulación de la secreción grasa y reacción inflamatoria tipo granulomatosa. Se observa con mayor frecuencia en niños, en pacientes con acné rosácea y asociado a blefaritis. Al examen se observa un aumento de volumen de consistencia cauchosa en el párpado y alejado de su borde, que puede o no presentar signos inflamatorios asociados. El chalazión tiende a la reabsorción espontánea al cabo de uno o varios meses. El masaje con compresas tibias ayuda a su reabsorción. En lesiones persistentes de más de un mes es posible realizar un curetaje quirúrgico para mejorar el aspecto estético del párpado.

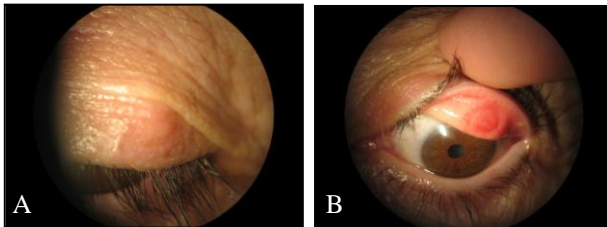


Fig 13. Chalazion. A aspecto externo. B aspecto interno.

### Blefaritis.

Corresponde a un grupo de afecciones del borde libre palpebral, que tienen en común una alteración en la cantidad y composición de la secreción sebácea de las glándulas de Meibomio, que se manifiesta clínicamente por la presencia de caspa y costras grasas en las pestañas, asociada a cambios inflamatorios palpebrales de intensidad variable. La inflamación conjuntival se produce por el efecto tóxico de esta secreción sebácea alterada, o bien por la inestabilidad producida en la película lagrimal, lo que da lugar a un síndrome de ojo seco de tipo evaporativo. Las blefaritis más comunes son la blefaritis seborreica, la blefaritis rosácea y la blefaritis estafilocócica. El tratamiento consiste en el aseo diario del borde palpebral para remover la grasa solidificada, y el uso frecuente de lágrimas artificiales para enjuagar la superficie ocular, y reducir el síndrome de ojo seco. Las blefaritis estafilocócicas requieren tratamiento antibiótico tópico prolongado y la blefaritis asociada a rosácea se trata de preferencia con derivados de tetraciclinas orales.



Fig 14A. Blefaritis seborreica.



Fig 14B. Blefaritis estafilocócica.

### **Celulitis preseptal y orbitaria.**

La *celulitis preseptal* corresponde a una infección del tejido celular subcutáneo del párpado, y suele ser secundaria a orzuelos, heridas palpebrales o picaduras de insectos. Al examen se observa aumento de volumen difuso y sensible del párpado, asociado a hiperemia conjuntival difusa. Su tratamiento es ambulatorio con antibióticos sistémicos y control periódico.

La celulitis preseptal debe diferenciarse de la *Celulitis orbitaria*, que corresponde al compromiso infeccioso de la órbita, con grave riesgo de compromiso funcional del globo ocular, así como extensión a la cavidad encefálica y riesgo vital para el paciente.

Los signos que deben hacer sospechar la presencia de un compromiso orbitario son:

- Baja agudeza visual
- Diplopía
- Exoftalmos
- Alteración del reflejo pupilar
- Alteración de la oculomotilidad

Las causas más frecuentes de la celulitis orbitaria son las sinusitis, la dacriocistitis, el trauma y la cirugía ocular. Requiere hospitalización inmediata, terapia antibiótica endovenosa y manejo multidisciplinario.



Fig 15. Celulitis preseptal.

### **Dacriocistitis.**

Corresponde a la infección del saco lagrimal, comúnmente asociada a una obstrucción previa del conducto lacrimonasal. Se manifiesta por un aumento de volumen inflamatorio y doloroso en la zona donde se localiza el saco lagrimal, y puede observarse reflujos de pus por el punto lagrimal al comprimir el el saco lagrimal. Requiere tratamiento antibiótico sistémico considerando cobertura para estafilococo que es la etiología más frecuente. La resolución quirúrgica de la obstrucción del conducto lacrimonasal es necesaria para prevenir la recurrencia de esta complicación.



Fig 16. Dacriocistitis aguda.

## 2.- OJO ROJO DE PREDOMINIO PERIFÉRICO.

### Conjuntivitis Bacteriana.

Se presenta como ojo rojo periférico de comienzo unilateral, de rápida evolución (menos de 24 hrs), asociado a secreción mucopurulenta. Puede acompañarse de edema palpebral, quemosis y queratitis punctata leve. El dolor periocular es raro, siendo la principal molestia el ardor. La tinción fluoresceínica evidencia una reacción papilar en la conjuntiva tarsal. La conjuntivitis bacteriana es autolimitada, con remisión tras 5 a 10 días de iniciada la infección. Los gérmenes más frecuentes son *staphylococcus aureus*, *streptococcus pneumoniae* y *haemophilus influenzae*. El tratamiento antibacteriano tópico está destinado a disminuir los síntomas y reducir el tiempo de evolución, disminuyendo así la probabilidad de contagio. El antibiótico a elegir es empírico, no siendo necesaria la toma de cultivos si la evolución es de curso habitual. Los antibacterianos más usados son los aminoglucósidos, el cloranfenicol y las fluoroquinolonas de 2da y 4ta generación, administrados cada 2-4 horas por un periodo de 5-7 días.

### Conjuntivitis Viral.

El cuadro clínico de la conjuntivitis viral es prácticamente indistinguible de la conjuntivitis bacteriana, salvo por un comienzo menos violento y por la frecuente asociación a un cuadro viral respiratorio o sistémico. La secreción purulenta suele ser menos frecuente y la fluoresceína muestra una reacción del tipo folicular en los tarsos. Su curso clínico es más prolongado, siendo sintomática por 1 a 3 semanas, y altamente contagiosa en el medio familiar y escolar. Dado la ausencia de tratamientos antivirales específicos, y la similitud del cuadro clínico con la conjuntivitis bacteriana, se tratan con esquemas antibióticos similares.

El adenovirus es la causa más frecuente de este grupo, presentando características clínicas que requieren manejo por especialista, como la formación de pseudomembranas y compromiso corneal. Ante una conjuntivitis aguda prolongada por más de 7 días, presencia de pseudomembranas y disminución de agudeza visual, el médico general debe derivar al especialista.

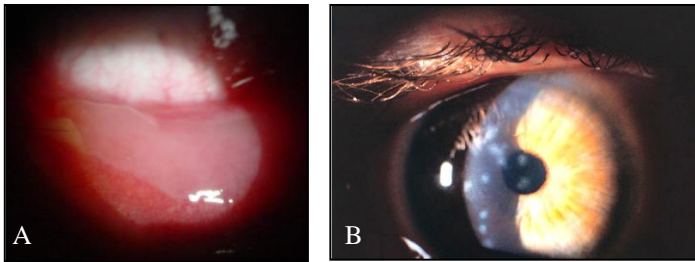


Fig 17A. Conjuntivitis adenovírica. Pseudomembrana en la conjuntiva tarsal inferior. B Infiltrados corneales.

### Conjuntivitis Alérgicas.

Corresponde a un cuadro de ojo rojo superficial bilateral, más frecuente en primavera y verano, en el que el síntoma cardinal es el prurito. A diferencia de las conjuntivitis infecciosas, es un cuadro crónico y recurrente, con exacerbaciones de variable intensidad. Es frecuente la asociación a otras manifestaciones alérgicas como la rinitis, el asma y la dermatitis. La reacción papilar tarsal es significativa, observándose en algunos casos papilas gigantes mayores de 1.5 mm. Existe una forma de conjuntivitis alérgica hiperaguda, que se manifiesta por intenso edema palpebral y quemosis unilateral o bilateral producida por la exposición a un alérgeno generalmente de origen vegetal. El tratamiento con antihistamínicos sistémicos suele ser inefectivo, siendo el uso tópico de estabilizadores de mastocitos y antihistamínicos la base del tratamiento.

### Síndrome de Ojo Seco.

Corresponde a un grupo de enfermedades cuyo factor en común es el hallazgo de una película lagrimal inestable, que no mantiene la humectación y protección necesaria del epitelio corneal. Se denomina *ojos seco evaporativo* cuando la principal alteración es la pérdida de la película lagrimal (secundario a blefaritis, lagofthalmos, etc), y *ojo seco hiposecretor* cuando la principal alteración es la disminución de la producción de lágrima (Sjögren, hipolacrimia). La baja producción de lágrimas puede diagnosticarse con un test de Schirmer.

Se manifiesta por ojo rojo bilateral, asociado a una sensación de arenilla característica. La tinción fluoresceínica muestra un patrón punteado en la zona interpalpebral de la cornea. Es muy frecuente en mujeres postmenopáusicas y asociado a enfermedades reumatológicas. El tratamiento primario se basa en el uso de lágrimas artificiales a permanencia.

### 3.- OJO ROJO LOCALIZADO.

#### **Pterigion y pinguécula.**

La pinguécula es una degeneración elastoide de la conjuntiva, de alta prevalencia en la población adulta, y que se localiza en la conjuntiva bulbar nasal en el meridiano horizontal. Ocasionalmente puede sufrir cambios inflamatorios debido a desecación, exposición solar y roce mecánico, dando origen a un ojo rojo localizado de curso autolimitado, que responde sintomáticamente al uso de lágrimas artificiales y colirios vasoconstrictores.

El pterigion es una proliferación fibrovascular de la conjuntiva bulbar nasal y menos frecuentemente temporal, localizada en el meridiano horizontal, que puede invadir la cornea. Se asocia a alta exposición solar, viento y polvo. Dada su alta tasa de recidivas, se indica su resección cuando obstruye el eje visual o induce un astigmatismo corneal significativo.

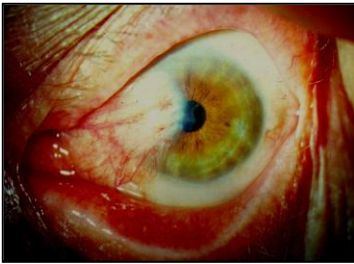


Fig 19. Pterigion.

#### **Epiescleritis.**

Corresponde a la inflamación de la epiesclera, que es un tejido conectivo localizado bajo la conjuntiva bulbar, recubriendo la esclera. Se manifiesta por episodios únicos o recurrentes autolimitados de ojo rojo localizado y la presencia de un nódulo subconjuntival, asociado a dolor. La instilación de un colirio vasoconstrictor mostrará una reducción de la hiperemia conjuntival, pero persistencia de la hiperemia epiescleral lo que permite hacer la diferencia con la conjuntivitis. Las epiescleritis recurrentes pueden presentar asociación a enfermedades autoinmunes hasta en un 50% de los casos. El tratamiento es sintomático mediante colirios de lubricantes y descongestionantes.



Fig 20. Epiescleritis nodular.

#### **Escleritis.**

La esclera es una capa escasamente vascularizada, compuesta de fibras colágenas y fibroblastos, que es analogable histológica y funcionalmente a las vainas sinoviales de las articulaciones. La inflamación de la esclera fisiopatológicamente implica necrosis y colagenolisis, por lo que es una entidad con alta asociación a enfermedades autoinmunes sistémicas del colágeno. Las manifestaciones clínicas de la escleritis son ojo rojo localizado o difuso, muy doloroso y la esclera afectada se observa de color violáceo. Puede comprometerse la agudeza visual, y acompañarse de uveítis y queratitis. Debe realizarse un estudio exhaustivo de la causa, ya que puede existir riesgo vital por la patología subyacente (vasculitis, por ej.).



Fig 21. Escleritis localizada.

#### **Hemorragia subconjuntival.**

La hemorragia subconjuntival es un motivo frecuente de consulta por el temor del paciente a que sea la manifestación de una enfermedad ocular grave. Las principales causas de esta condición son el stress, los tratamientos anticoagulantes y consumo de AINE, y las maniobras de valsalva, que condicionan la ruptura de los finos capilares de la vasculatura de la conjuntiva, y su extravasación hacia el espacio subconjuntival.

En ausencia de antecedentes de trauma o enfermedad ocular previa, y con un examen oftalmológico normal, el tratamiento de esta condición será educar al paciente y explicar la historia natural a la reabsorción en un periodo de 2 a 4 semanas.

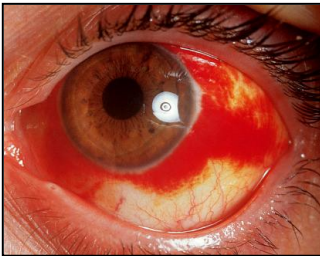


Fig 22. Hemorragia subconjuntival.

#### **4.- OJO ROJO DE PREDOMINIO PERIQUERÁTICO.**

##### **Queratitis.**

La inflamación de la cornea tiene muchas causas, y su diagnóstico diferencial recae en la evaluación del especialista. El rol del médico general es poder detectar esta condición y derivarla oportunamente, dado el riesgo de compromiso visual.

Se manifiesta por ojo rojo periquerático, baja agudeza visual, y una disminución de la transparencia localizada o difusa de la cornea. Si la queratitis presenta defecto epitelial o ulceración asociada, esta será posible ser detectada con la tinción fluoresceínica. La superficie corneal es una de las áreas con mayor sensibilidad del cuerpo, por lo que las queratitis suelen ser muy sintomáticas con intensa fotofobia, epífora y blefaroespasma.

Existen queratitis virales (la herpética es la más frecuente con su clásica ulcera dendrítica), bacterianas, por medicamentos, traumáticas, usuarios de lentes de contacto, queratitis actínica por quemadura solar, etc...

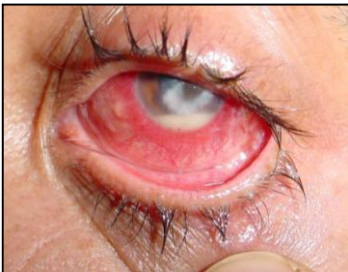


Fig 23. Queratitis infecciosa con hipopion.

## Uveítis

La úvea corresponde a la segunda envoltura ocular, y se encuentra entre la esclera y la retina. Presenta tres segmentos: la porción anterior compuesta por el iris y el cuerpo ciliar, una porción intermedia compuesta por la pars plana del cuerpo ciliar, y una porción posterior compuesta por la coroides, que nutre a la retina. La uveítis anterior es sinónimo de *iridociclitis*, la uveítis intermedia es sinónimo de *pars planitis*, y la uveítis posterior de *coroiditis*.

Se manifiesta con ojo rojo periquerático uni o bilateral, dolor periocular, baja agudeza visual, miosis y discoria pupilar por sinequias iridianas contra el cristalino. Es frecuente la hipotonía ocular (ya que el cuerpo ciliar disminuye su producción de humor acuoso). La uveítis se asocia a diversas enfermedades sistémicas de tipo infeccioso, autoinmune o vasculitis, aunque en más de un 50% de los pacientes no logra establecerse la causa.

## Glaucoma agudo

El glaucoma agudo es una emergencia oftalmológica que el médico general debe reconocer y comenzar tratamiento inmediato por el riesgo de pérdida visual permanente.

Se manifiesta por rojo periquerático generalmente unilateral, asociado a dolor intenso, fotofobia y epífora. La agudeza visual está disminuida, hay opacificación de la córnea, pero no hay lesión que tiña con fluoresceína. La pupila generalmente se encuentra en semimidriasis y no responde a la luz. La toma de la PIO hace el diagnóstico, que se encuentra elevada generalmente sobre los 40 mmHg. Puede acompañarse de náuseas y vómitos, lo que puede confundir al médico general por cuadros gastrointestinales. El tratamiento inicial busca reducir la presión intraocular por vía sistémica y tópica.

Puede administrarse inicialmente una infusión intravenosa de manitol al 15-20 % a pasar 500 ml en 30 minutos, y si la tolerancia gástrica lo permite, prescribir acetazolamida oral a dosis de 250-500 mg c/8 hrs, y conjuntamente iniciar la instilación tópica colirios hipotensores, como el timolol al 0.5% c/6 hrs y análogos de prostaglandinas (latanoprost) c/12 hrs, en espera del tratamiento realizado por el especialista, que será la realización de iridotomías láser para resolver el bloqueo pupilar causante de la alza brusca de presión.

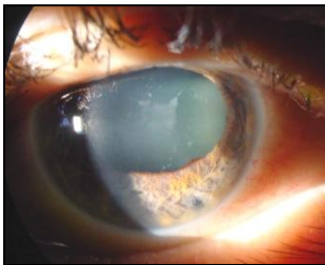


Fig 24. Glaucoma agudo. Se observa la pupila en semimidriasis, una catarata capsular anterior, y una iridotomía en el cuadrante inferonasal.

## V Criterios de derivación en un paciente con ojo rojo.

En un paciente con ojo rojo que presente uno o más de los siguientes antecedentes, es necesaria la derivación para el adecuado estudio y tratamiento por el oftalmólogo.

- Si existe antecedente de enfermedad ocular previa o en tratamiento actual.
- Si hubo trauma ocular o uso de lentes de contacto.
- Si al examen se constata un o más de los siguientes hallazgos:
  - Disminución de la agudeza visual.
  - Dolo periocular.
  - Ojo rojo periquerático.
  - Alteración del reflejo pupilar.
- Si la conclusión diagnóstica del médico general es alguna de las siguientes:
  - Glaucoma.
  - Queratitis.
  - Uveítis.
  - Escleritis.
  - Celulitis orbitaria.
- Si hay ausencia de respuesta al tratamiento para las otras causas de ojo rojo.

## VI Cuadro resumen del diagnóstico diferencial del ojo rojo.

	blefaritis	conjuntivitis	hipolacrimia	Celulitis orbitaria	epiescleritis	escleritis	queratitis	uveítis	Glaucoma agudo
Agudeza visual	normal	normal	variable	baja	normal	variable	baja	baja	baja
dolor	no	no	+	+++	+/-	+++	+++	++	+++
Tinción fluoresceína	no	no	si	no	no	no	si	no	no
Reacción tarsal	no	papilas foliculos	no	no	no	no	no	no	no
hiperemia	periférica	periférica	interpalpebral	difusa	localizada	localizada	central	central	central
Presión intraocular	normal	normal	normal	Normal alta	normal	normal	normal	baja	alta
pupila	normal	normal	normal	Reflejo alterado	normal	normal	normal	Miosis discoria	midriasis