

PATOLOGÍA DE LA CÓRNEA

Santiago Pérez Mínguez - MIR 2 de MFyC
CS Rafalafena - Castellón

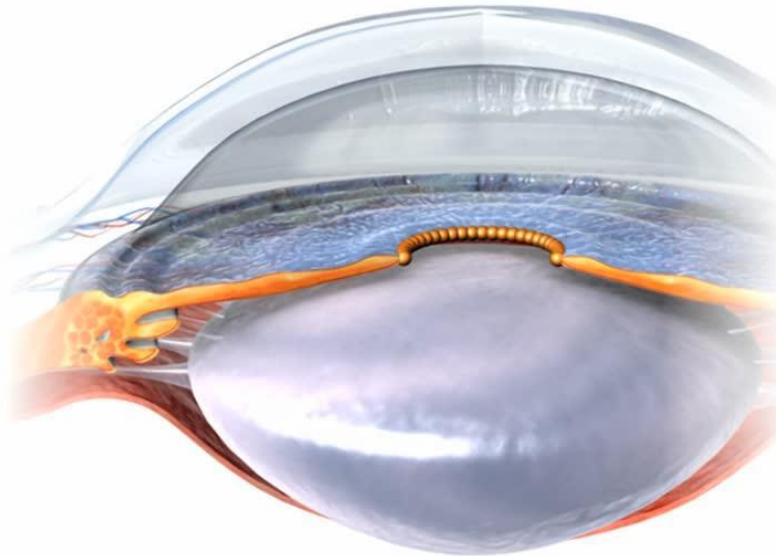
Tutora: M^a Dolores Aicart Bort

ÍNDICE

- o Traumatismos oculares
 - o Quemaduras químicas
 - o Queratitis actínicas
 - o Cuerpo extraño corneal
 - o Erosión por cuerpo extraño
- o Queratitis infecciosas:
 - o Queratitis bacterianas
 - o Queratitis por Virus Herpes Simple
 - o Queratitis por Virus Herpes Zoster

CÓRNEA

- o La córnea es la **capa ocular externa**, transparente y con forma de cúpula; que permite el paso de la luz desde el exterior al interior del ojo y protege el iris y el cristalino. Posee propiedades ópticas de refracción y para garantizar su función debe ser **transparente** y es necesario que mantenga una curvatura adecuada.
- o La **función de la córnea** puede ser dividida en dos tipos de cometidos:
 - o Escudo protector del ojo, protegiéndolo del polvo, de los gérmenes y de otros factores de riesgo; función que comparte con el párpado, la órbita ocular, las lágrimas y la esclerótica.
 - o Controla el enfoque y la entrada de luz al ojo.



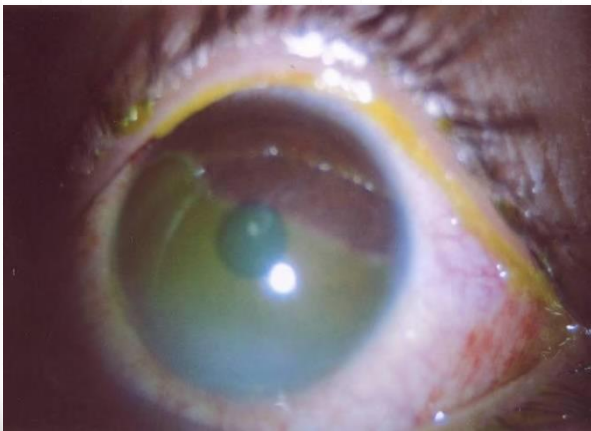
TRAUMATISMOS OCULARES

- Existen diferentes tipos: mecánicos, químicos (causticaciones) y físicos (radiación).
- Anamnesis completa
- Valoración de la agudeza visual
- Valoración de los movimientos oculares
- Exploración a la lámpara de hendidura con fluoresceína

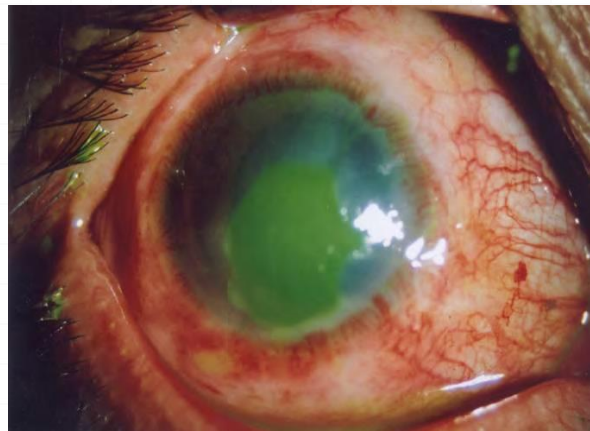
QUEMADURAS QUÍMICAS

- Se trata de lesiones producidas por álcalis, ácidos, disolventes, detergentes, irritantes, etc. Gas lacrimógeno, bengalas y cohetes se deben tratar también como causticaciones.
- Clínica: variable. Desde lesiones mínimas a graves quemaduras del segmento anterior.
- **Tratamiento inminente**, antes incluso de realizar la exploración completa:
 - Irrigación copiosa con SSF o Ringer lactato durante al menos 30 minutos bajo anestésico tópico → **RECUERDE EVERTIR LOS PÁRPADOS**. Si el agente es cal viva → Usar aceite.
 - Antibióticos tópicos cada 1 - 2 horas
 - Colirio ciclopéjico
 - En casos graves añadir corticoides tópicos
 - Remitir a oftalmología de forma urgente.

LEVE



MODERADA



SEVERA



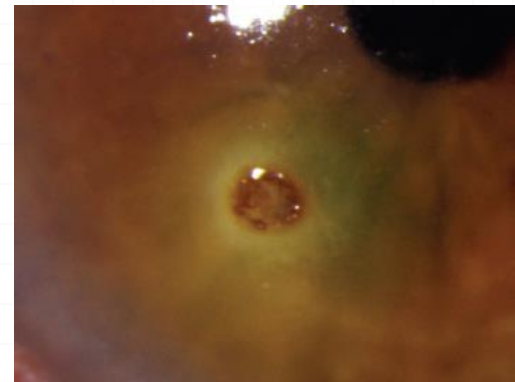
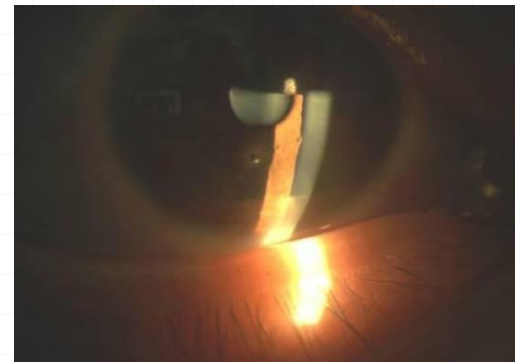
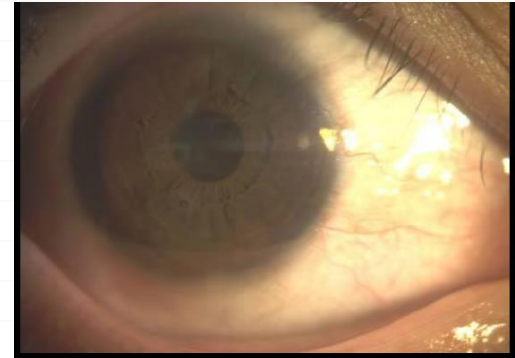
QUERATITIS ACTÍNICAS

- Se producen ante exposición a radiación ultravioleta: soldadores, esquiadores, rayos UVA.
- Dolor ocular intenso y fotofobia.
- “Falsa disminución de agudeza visual” por intensa fotofobia.
- El periodo de latencia es de entre 3 y 6 horas aproximadamente.
- Manejo:
 - Anestésico tópico → elimina el dolor y la fotofobia; permitiéndonos además explorar al enfermo con facilidad
 - Midriático de acción corta si existe mucha reacción
 - Pomada epitelizante
 - Oclusión de ambos ojos durante 24 horas
- El tratamiento es igual que el de la erosión corneal.
- A veces es necesario el tratamiento concomitante con analgésicos VO.



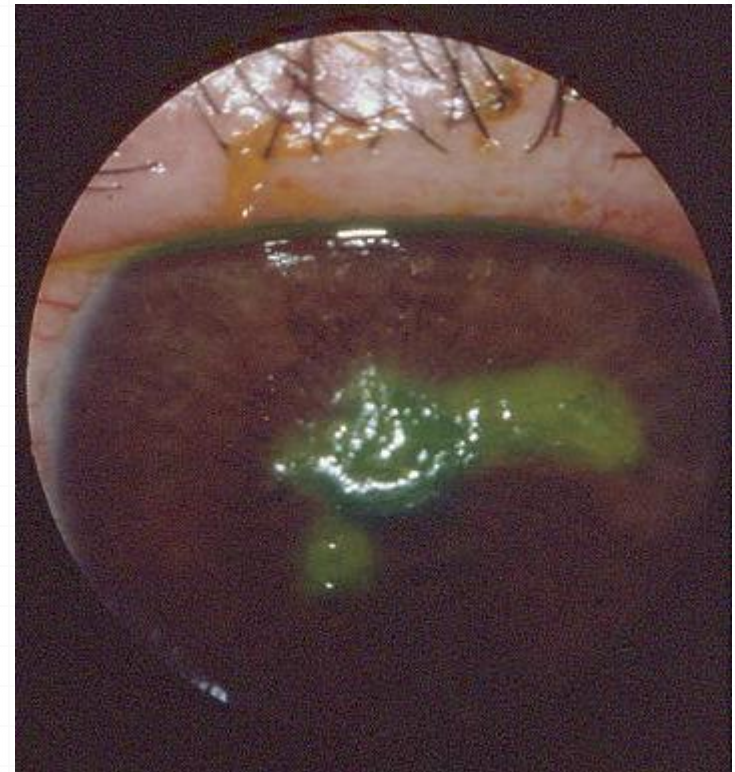
CUERPO EXTRAÑO CORNEAL

- o Clínica: sensación de cuerpo extraño o dolor, epífora, fotofobia, visión borrosa, ojo blanco o ligeramente hiperémico
- o Manejo:
 - o Valorar agudeza visual
 - o Aplicar colirio anestésico (evita blefaroespasma)
 - o Inspección del ojo con y sin fluoresceína. Evertir siempre el párpado superior para una inspección completa.
- o Tratamiento:
 - o Retirar cuerpo extraño lo más rápido posible (no insistir si no se consigue tras varios intentos). Aguja, agua, etc.
 - o Retirar anillo óxido en cuerpos extraños metálicos
 - o Colirio ciclopéjico cada 12 horas durante 2 días
 - o Pomada epitelizante y oclusión ocular
 - o Antibiótico tópico
- o Revisión por oftalmología



EROSIÓN POR CUERPO EXTRAÑO

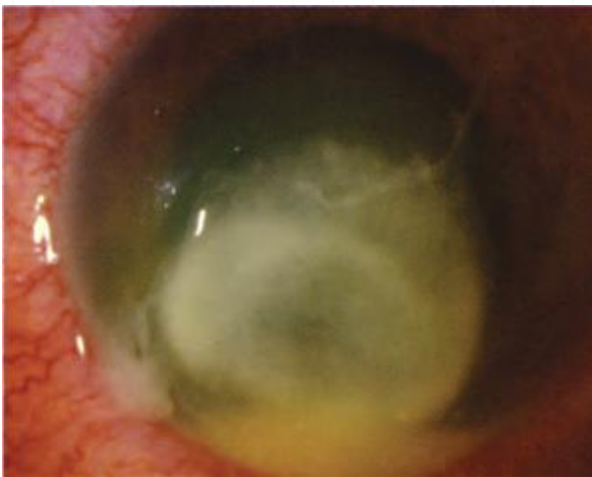
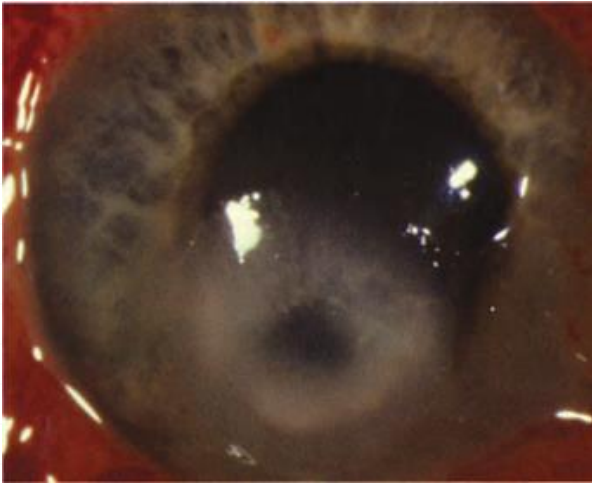
- Si el cuerpo extraño queda alojado en la conjuntiva tarsal superior, los movimientos oculares aumentarán la erosión.
- Se tratan con la extracción del cuerpo extraño, si ese es su origen, pomada antibiótica y oclusión durante 24 horas.
- Si persisten las molestias pasadas 24 horas el enfermo será explorado de nuevo.



QUERATITIS INFECCIOSAS

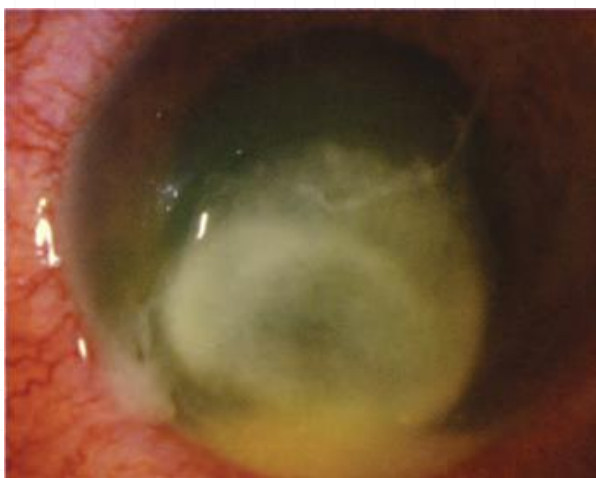
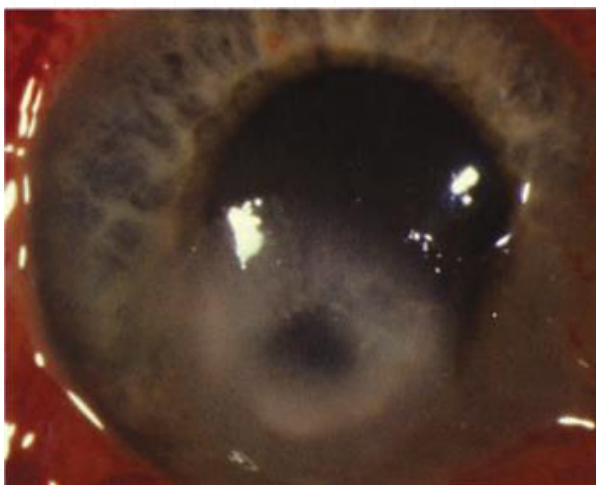
- o Es una infección de la córnea. Se presenta como un ojo rojo, doloroso, que frecuentemente presente alteración de la agudeza visual.
- o ¿Qué lo causa?
 - o Bacterias: estafilococos, estreptococos y pseudomonas principalmente.
 - o Virus: VHS y VHZ
 - o Hongos: es menos frecuente y está relacionada normalmente con portadores de lentes de contacto.
- o Diagnóstico a través de la lámpara de hendidura.

QUERATITIS BACTERIANAS



- En general se producen tras pequeños traumatismos que lesionan el epitelio corneal en presencia de un foco de vecindad infeccioso.
- Síntomas: ojo rojo, dolor ocular intenso, fotofobia, hiperemia, disminución de la agudeza visual, blefaroespasma, etc.
- Signos: opacidad blanca focalizada en estroma corneal, defecto epitelial, edema estromal, inyección conjuntival, edema de párpados, hifema.
- Diagnóstico diferencial: queratitis fúngicas, HSV, micobacterias atípicas, estafilocócicas, residuo de anillo metálico, abuso de anestésico tópico.

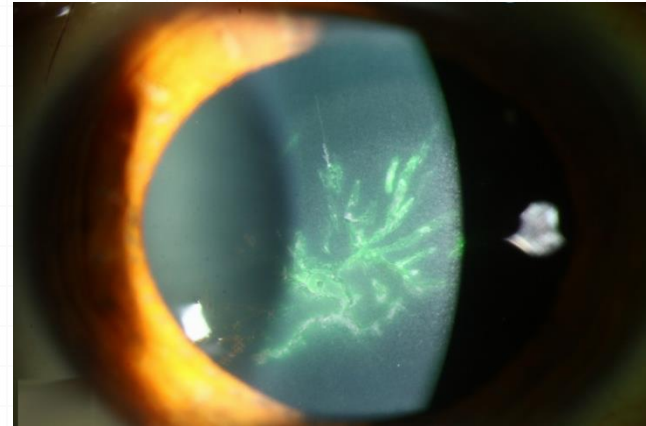
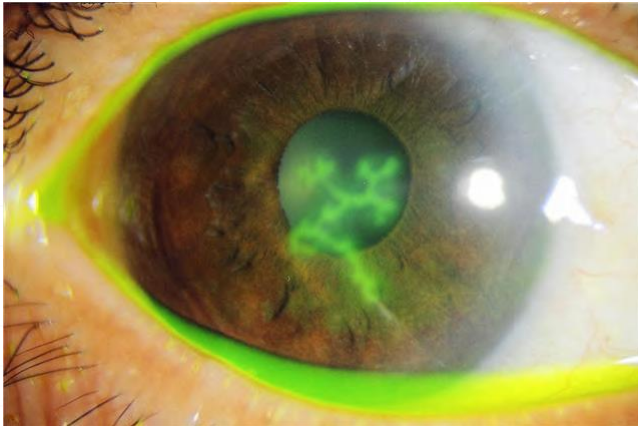
QUERATITIS BACTERIANAS



o Manejo:

- o Antibiótico tópico reforzado 1 gota cada hora:
 - o Sospecha etiológica → según sospecha
 - o No sospecha etiológica → Vancomicina 50mg/ml + Cefotaxima 50mg/ml.
- o Antibióticos subconjuntivales si la administración tópica es inviable, no se disponen de antibióticos tópicos reforzados o el inicio de tratamiento va a demorarse.
- o Antibióticos sistémicos si existe endoftalmitis asociada, celulitis orbitaria, afectación escleral o se sospecha posibilidad de perforación corneal.
- o **NUNCA SE USARÁN CORTICOIDES DE ENTRADA**
- o El paciente debe ser remitido a Oftalmología.

LESIONES DENDRITICAS CORNEALES



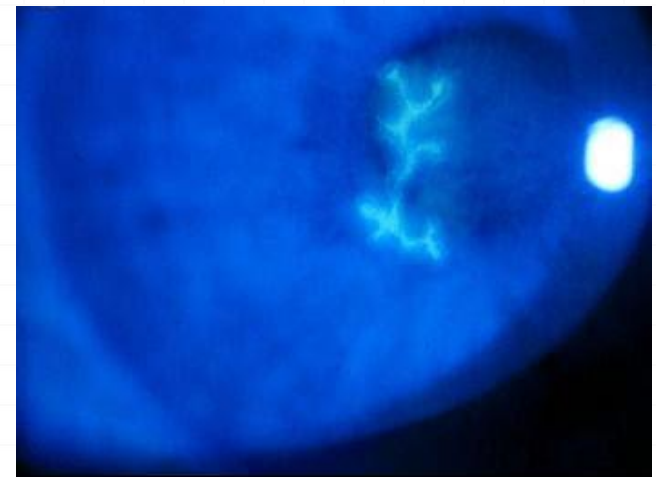
	VHS	VHZ
Lesiones piel	Vesículas en labios, párpados, cara, tronco. Autoresolución en 2 semanas	Vesículas sobre base eritematosa y dolorosas. Afectan a 1 o 2 dermatomas y son unilaterales. Se transforman en pústulas a los 3 - 4 días.
Sensibilidad corneal	Disminuida	Disminuida
Morfología de la dendrita	Lesión línea ramificada Terminaciones dilatadas → ulceración Tinción con fluoresceína Infiltrado estromal bajo la dendrita	Lesión más amplia No terminaciones dilatadas → no ulceración Tinción con rosa de bengala

QUERATITIS POR VHS

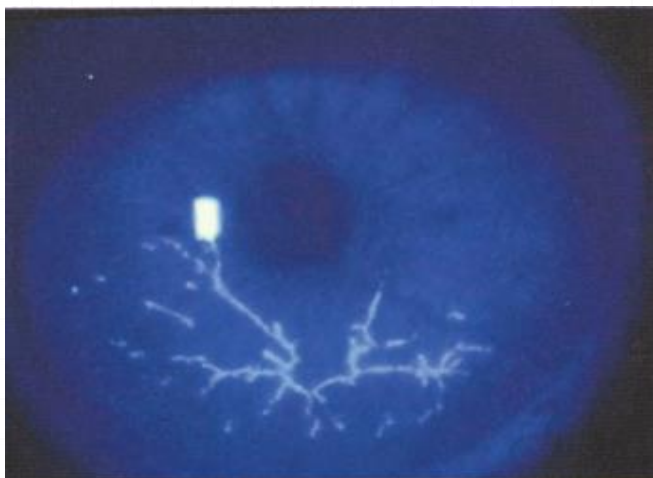
- Infección ocular por VHS tiene diferentes formas de presentación:
 - Punteado corneal en primoinfección
 - Úlcera dendrítica
 - Úlcera geográfica
 - Queratitis trófica
 - Necrosis estromal
- Tratamiento:
 - Aciclovir tópico vía oftálmica 5 - 6 veces/día.
 - Fluorquinolona tópica 4 veces al día
 - Ciclopéjico
 - No dar nunca corticoides ante la sospecha de queratitis por VHS.

Sólo intentar tratar los casos de queratitis dendrítica, siempre que el diagnóstico esté lo suficientemente claro.

El enfermo será enviado posteriormente a oftalmología, sólo es posible controlar la evolución de una queratitis herpética mediante el estudio del polo anterior con la lámpara de hendidura.



QUERATITIS POR VHZ



- Virus varicela-zóster → Afectación de rama oftálmica del nervio trigémino.
- Lo más frecuente son lesiones dérmicas pero también produce queratitis, uveítis, etc.
- Tratamiento:
 - Similar a la infección por VHS → Aciclovir tópico vía oftálmica 5 - 6 veces/día.
 - Añadir aciclovir vía oral como tratamiento preventivo si existe afectación dermatológica.
 - Los corticoides tópicos estarían justificados porque disminuyen la respuesta inflamatoria y los precipitados e infiltrados corneales.
- Derivar a oftalmología.

BIBLIOGRAFÍA

- o The Wills Eye Manual. Office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. Wolters Kluwer, 6ª edición. 2012. Chapter 4 – Cornea. p55-109.
- o Oftalmología para Médicos de Familia. Valdearenas, MD. 2000. p85-87; 131-133.
- o Handbook for junior residents and medical students learning emergency ophthalmology. International Council of Ophthalmology. 2009.
- o Queratitis. Tàrrega, M.LL. CS Rafalafena. 2012.
- o Virus herpes y afectación ocular. Monedero, MJ. CS Rafalafena. 2010
- o ResiUrgencias. Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. SEMERGEN. 2016.
- o Manual de Diagnóstico y terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Aguilar Rodríguez, F., Bisbal Pardo, O., et al. 7ª edición. MSD. 2012.