

TRATAMIENTO ADYUVANTE CON GASAS TIABLO de blefarconjuntivitis complicadas, refractarias a otros tratamientos

→ INTRODUCCIÓN

La conjuntivitis epidémica es uno de los motivos de consulta más frecuente en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Suele ser **más frecuente en adultos, bilaterales, de duración de una a cuatro semanas, y con relativa frecuencia se generan complicaciones como la aparición de membranas o pseudomembranas** que favorecen que la infección se perpetúe en el tiempo.

A raíz de esto, se exponen dos casos de conjuntivitis bilateral, refractarias a otros tratamientos, que acuden al servicio de urgencias de oftalmología, su tratamiento y evolución.

→ CASO 1

Mujer de 36 años, sin antecedentes oftalmológicos de interés. Acude al servicio de urgencias tras haber sido diagnosticada de queratoconjuntivitis vírica de ambos ojos en otro centro, de 15 días de evolución. Refiere que en los últimos 15 días ha aumentado la sintomatología de picor, escozor, y secreciones, a pesar del tratamiento con: dexametasona colirio cada 6 h, ciprofloxacino colirio cada 8 h, ganciclovir pomada oftálmica cada 8 h, deflazacort 30 mg, 1 comprimido al día, durante 5 días y luego una pauta descendente, disminuyendo $\frac{1}{4}$ cada 2 días.

Se evidencia en biomicroscopia de polo anterior en ambos ojos hiperemia conjuntival intensa, reacción folicular y papilar intensa a nivel subtarsal, con secreciones mucosas en fondo de saco conjuntival y en borde de las pestañas, membranas adheridas a la conjuntiva subtarsal, que se retiran en consulta sin incidencias. Córnea transparente con queratitis confluyente en inferior y sin otros hallazgos de interés.

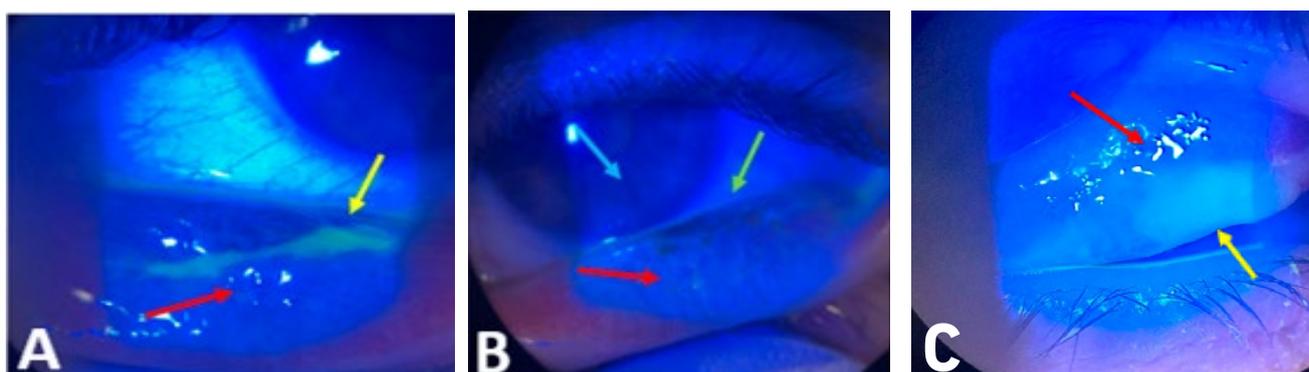


Figura 1, 2 y 3. Biomicroscopia de ambos ojos, donde se aprecia reacción folicular y papilar intensa (flecha roja) con membranas mucosas adheridas a la conjuntiva (flecha amarilla), sangrado conjuntival tras la retirada de las membranas (B flecha verde) y queratitis confluyente inferior (flecha azul)

Se toma muestra de exudado conjuntival, donde se descarta infección bacteriana.

Pruebas solicitadas	Resultado	Unidad	Valores referencia
Prueba MICROBIOLOGÍA (CULTIVO Y MICROSCOPIA)			
Exudado conjuntival: Cultivo de bacterias	Negativo		
- Cultivo de bacterias (ex. conjuntival; informe)	Muestra no purulenta; 1-9 células epiteliales		
- Tinción de Gram (ex. conjuntival; informe)			
Exudado conjuntival: Cultivo de hongos	Negativo		
- Cultivo de hongos (ex. conjuntival; informe)			

Figura 4. Resultado de estudio microbiológico de exudado conjuntival

Una vez alcanzado el diagnóstico de queratoconjuntivitis de etiología probablemente vírica, se decide retirar el tratamiento prescrito, y pautar tratamiento con dexametasona/tobramicina colirio en pauta descendente durante 15 días y **lavado del borde palpebral con gasas TiABLO cada 12 h durante 15 días**. A los 15 días, de comenzar el tratamiento, se observó una clara mejoría de la clínica de la paciente.

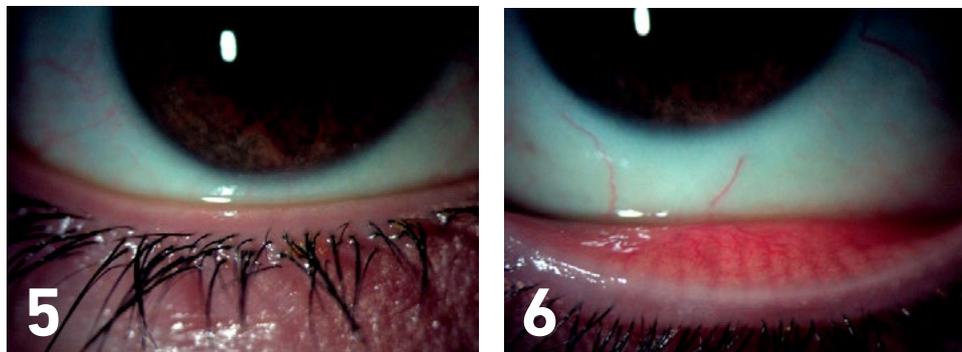
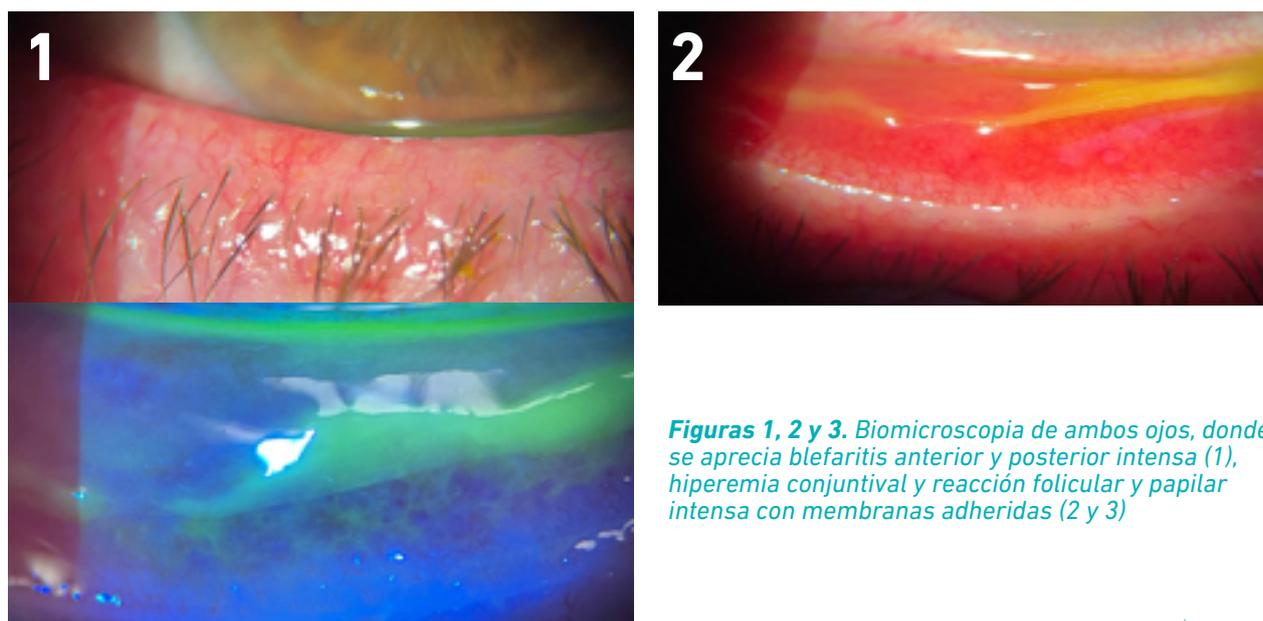


Figura 5 y 6. biomicroscopía de ambos ojos tras tratamiento, evidenciándose una clara mejoría, donde ha desaparecido la hiperemia conjuntival, y las secreciones, con un borde palpebral sin signos inflamatorios

→ CASO 2

Varón de 64 años, con antecedentes de blefaritis sin tratamiento en la actualidad, que acude al servicio de urgencias oftalmológicas tras haber sido diagnosticado de conjuntivitis vírica hace 17 días. En tratamiento con fluorometolona colirio en pauta descendente y colirio antiséptico con aceite vegetal ozonizado, con persistencia de síntomas; picor, escozor, secreciones y sensación de cuerpo extraño.

Se evidencia mediante biomicroscopía de ambos ojos una blefaritis intensa con inflamación, telangiectasias y escamas en el borde palpebral, así como meibomitis hipersecretora. Hiperemia conjuntival intensa, con reacción folicular y papilar intensa y membranas adheridas a la conjuntiva, que se retiran en consulta sin incidencias. Córnea con queratitis punteada superficial inferior. Sin otros hallazgos de interés.



Figuras 1, 2 y 3. Biomicroscopía de ambos ojos, donde se aprecia blefaritis anterior y posterior intensa (1), hiperemia conjuntival y reacción folicular y papilar intensa con membranas adheridas (2 y 3)



Se toma muestra de exudado conjuntival para estudio microbiológico descartándose infección bacteriana. Con el diagnóstico de blefaritis intensa y conjuntivitis de probable etiología vírica, se decide tratamiento con dexametasona/tobramicina colirio en pauta descendente durante 15 días y **lavado del borde palpebral con Gasas TiABLO Higiene Ocular cada 12 h durante 15 días**. A los 15 días de comenzar el tratamiento, se observa una clara mejoría de la clínica de la paciente.

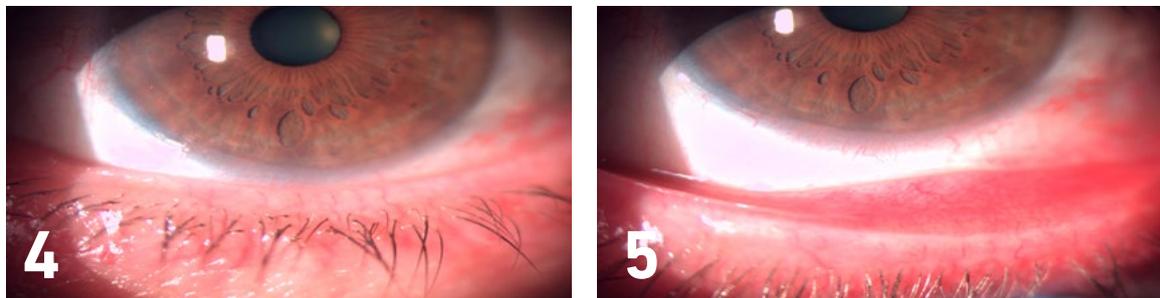


Figura 4 y 5. Biomicroscopia de ambos ojos tras tratamiento, evidenciándose una clara mejoría, sin hiperemia conjuntival ni secreciones, con un borde palpebral aún con signos de blefaritis leve

→ CONCLUSIÓN

Se evidencia así que el tratamiento adyuvante con Gasas TiABLO Higiene Ocular, añadido al tratamiento base de blefaritis y conjuntivitis complicadas con membranas y pseudomembranas de larga evolución y refractarias a otros tratamientos, favorece una rápida resolución de la patología y una mejoría tanto en la exploración oftalmológica como de la sintomatología del paciente.

Bibliografía:

1. González-López JJ, Morcillo-Laiz R, Muñoz-Negrete FJ. Adenoviral keratoconjunctivitis: an update. Arch Soc Esp Oftalmol. 2013 Mar;88(3):108-15. English, Spanish. doi: 10.1016/j.oftal.2012.07.007. Epub 2012 Sep 25. PMID: 23473088.
2. Celis Sánchez, Javier, *et al.* INFECCIONES POR ADENOVIRUS. OTRAS INFECCIONES VÍRICAS.
3. Kanski, Jack J, *et al.* Kanski Oftalmología Clínica. Milano, Edra, 2017.
4. Gervasio, Kalla, and Travis Peck. Manual de Oftalmología Del Wills Eye Hospital : Diagnóstico Y Tratamiento de La Enfermedad Ocular En La Consulta Y En Urgencias. Philadelphia, Wolters Kluwer, 2022.
5. Muñoz-Hernández AM, Duquesroix B, Benítez-Del-Castillo JM. ADenoVirus Initiative Study in Epidemiology (ADVISE): Results of a multicentric epidemiology study in Spain. Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed). 2018 Mar;93(3):113-118. English, Spanish. doi: 10.1016/j.oftal.2017.06.017. Epub 2017 Sep 8. PMID: 28890236.

