

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

**Ojo rojo. Diagnóstico diferencial desde Atención Primaria**

Liñán López M<sup>1</sup>, López López C<sup>2</sup>; Escribá Baeza M<sup>3</sup>, Gallego Montalbán JA<sup>2</sup>, Ortega Torres N<sup>2</sup>, Candel Fábregas J<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Médico de Familia en Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Jefe de Estudios. Hospital General Básico de Motril. Granada; <sup>2</sup> Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria Unidad Docente Granada-Sur. Motril. Granada; <sup>3</sup> Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Unidad Docente Barcelona Ciutat ICS.

**Introducción**

De todos los motivos de consulta que se presentan en Atención Primaria, los oftalmológicos se suelen plantear como un reto por distintos motivos: su prevalencia en la práctica diaria, la importancia de la visión en la calidad de vida de las personas, y porque en esta primera atención al paciente, no interviene un personal especializado en dicho campo.

De todas ellas, el **ojo rojo** probablemente sea la más importante en términos cuantitativos junto con la pérdida de visión.

En esta revisión intentaremos dar las claves para que, de un modo práctico y ordenado, basado en una anamnesis y exploración exhaustivas, realicemos una aproximación diagnóstica e iniciemos un adecuado tratamiento desde Atención Primaria.

**Definición**

Se entiende por **ojo rojo** el conjunto de entidades clínicas caracterizadas por una **hiperemia (enrojecimiento)** que afecta, en parte o en su totalidad, al segmento anterior del ojo: conjuntiva, córnea, iris y cuerpo ciliar.

**Anamnesis**

Como en cualquier otra patología, la **anamnesis** precisa y completa es el **pilar fundamental**. Para ello, además de

recabar los datos clásicos de una historia clínica, en lo que respecta al ojo rojo, nos centraremos en dar respuesta a estos interrogantes:

**A. Síntomas:**

- ¿Cuánto tiempo lleva de evolución?
- ¿Hay picor, dolor ó simple discomfort?
- ¿Asocia exudado, lacrimoso?
- ¿Hay fotofobia?
- ¿Asocia síntomas generales?

**B. Visión:**

- ¿Cómo es el nivel de agudeza visual previo?
- ¿Hay uno ó dos ojos afectados?
- ¿Asocia luces, manchas ó sombras en el campo visual?
- ¿Hay afectación uni/bilateral?

**C. Tratamiento previo:**

- ¿Ha sido atendido antes de nuestra evaluación?
- ¿Ha iniciado terapia con algún colirio?

**Exploración**

El examen del ojo rojo debe seguir una sistemática ordenada ya que será la única forma de que no se nos pase por alto posibles lesiones de importancia pero no evidentes.

Para ello, como veremos a continuación, no hace falta gran aparataje ni despliegue de medios fuera de nuestro alcance, ya que nos bastará con un haz de luz (linterna), colirio de fluoresceína y oftalmoscopio.

En líneas generales, la exploración se basará en estos puntos:

Correspondencia: Manuel Liñán López. Jefe de Estudios Hospital General Básico de Motril. C/ Avda. Martín Cuevas, s/n. 18600 Motril (Granada). e-mail: cdocencia.hmo.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 16-10-2003; aceptado para publicación el 23-10-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 191-194

### A. **Exploración externa**

En primer lugar, inspeccionaremos los anejos oculares junto con la región orbitaria, comprobando la existencia de tumefacción, hemorragia, secreción, herida, así como el cierre parpebral.

Es muy importante, no olvidar explorar los fondos de saco conjuntivales, tanto inferior como superior, así como la conjuntiva tarsal superior.

### B. **Segmento anterior**

Ante un ojo rojo es fundamental la correcta exploración de la conjuntiva y la esclera, evaluando hemorragias, secreciones, cuerpos extraños o tumefacción.

El enrojecimiento podrá ser difuso o localizado, en anillo alrededor de la córnea (**inyección ciliar**) o profunda (**escleral**). En casos de quemazón ocular, la aparición de una zona blanqueada (sin vasos) indica severidad (**isquemia**).

A nivel **corneal** comprobaremos su transparencia, su avasculatura y su sensibilidad mediante una torunda de algodón.

Además, comprobaremos sus defectos, irregularidades o existencia de cuerpos extraños en superficie, mediante la **tinción de fluoresceína**.

También debemos explorar la **cámara anterior** (espacio situado entre la cornea y el iris), objetivando su profundidad, que está sometida a variabilidad individual, pero que debe ser siempre simétrica. Para evaluarla, nos basta con una simple linterna, haciendo incidir la luz de forma tangencial al plano del iris y pupila: si la cámara es **estrecha**, presenta un **iris convexo** del que la luz tangencial **iluminará solo una mitad**, quedando la otra en sombra.

### C. **Motilidad ocular**

Los movimientos de ambos ojos deben ser conjuntos y simétricos, explorándose en las cuatro posiciones cardinales de la mirada así como en las oblicuas intermedias.

Con esta exploración incidiremos en la presencia de **nistagmo** y **estrabismo**, motivos de consulta frecuentes, por otra parte, a nivel oftalmológico.

### D. **Pupilas**

Probablemente no haya una exploración mas agradecida cuando nos enfrentamos ante un ojo rojo que el examen de las pupilas ya que nos dan información del estado del ojo, de la visión y de los centros neurales.

Se debe comprobar su color, forma, tamaño, centralidad y reactividad a la luz.

Para ello, nos bastará una simple linterna a fin de evaluar la presencia de **midriasis** (dilatación anormal de la pupila), **miosis** (situación opuesta al anterior) y **anisocoria** (alteración pupilar respecto a la contralateral).

### E. **Campo visual**

La función visual periférica puede estar alterada aunque haya una agudeza visual central normal.

Para su exploración en Atención Primaria, no precisamos a priori ningún aparataje. Nos bastará de inicio con el **método de confrontación bimanual**: explorando cada ojo por separado a una distancia aproximada de un metro, presentamos nuestras manos simultáneamente en los cuadrantes nasal y temporal, partiendo inicialmente desde una posición invisible acercándonos progresivamente a una visible.

### F. **Presión intraocular**

Para la medición de la presión intraocular (P.IO) necesitamos un **tonómetro**, hecho que no sucede en mayoría de las ocasiones en nuestro medio. De un modo orientativo, podemos obtener información de la P.IO comparando a través del párpado cerrado, con nuestros dedos la consistencia del globo ocular.

Este **método digital** es muy útil en el ojo rojo ante la sospecha de ataque de **glaucoma**. Solamente tiene una contraindicación formal: la posible existencia de herida penetrante en el globo ocular.

### G. **Oftalmoscopia**

El **oftalmoscopio directo** no puede considerarse hoy día una prueba especializada y todo Médico de Familia debe saber manejarlo.

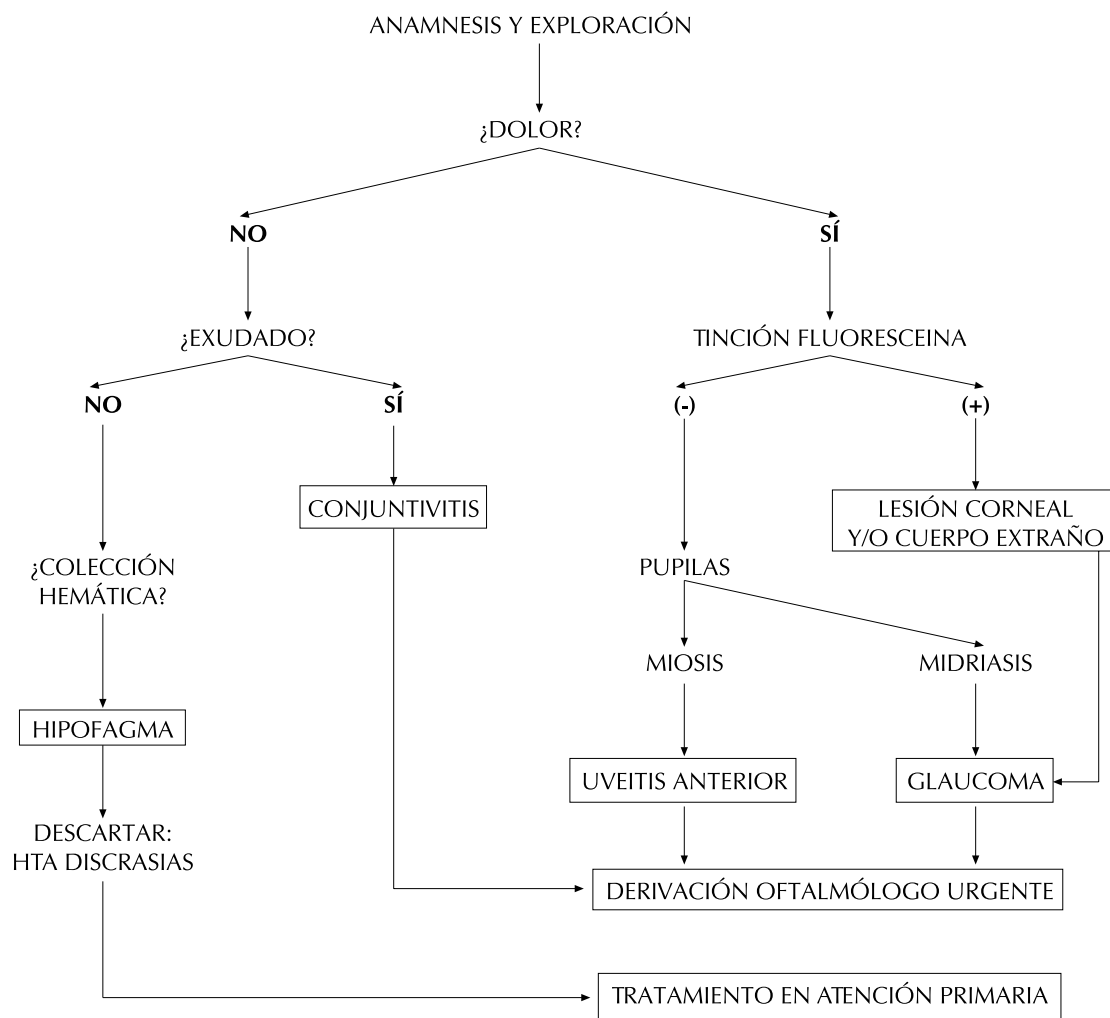
Además nos puede informar de la **transparencia intraocular** aplicando su haz de luz a través de la pupila desde una distancia aproximada de un metro; así en caso de no observar el reflejo rojo brillante típico, podemos sospechar una opacidad del cristalino o del humor vítreo.

### **Esquema de diagnóstico diferencial del ojo rojo**

De modo práctico, las **claves diagnósticas** del **ojo rojo** se resumen de la siguiente forma.

PATOLOGIA	DOLOR	INYECCIÓN CILIAR	EXUDADO	PUPILA	TONO OCULAR	AGUDEZA VISUAL
HIPOFAGMA	NO	NO	NO	NORMAL	NORMAL	NORMAL
CONJUNTIVITIS	NO	NO	SI ++	NORMAL	NORMAL	NORMAL
QUERATITIS	SI +	SI	NO	NORMAL	NORMAL	BAJA VARIABLE
UVEITIS ANTERIOR	SI ++	SI	NO	MIOSIS	VARIABLE	BAJA VARIABLE
GLUCOMA AGUDO	SI +++	SI	NO	MIDRIASIS	MUY ALTO	BAJA

### PLAN DE ACTUACIÓN ANTE EL OJO ROJO



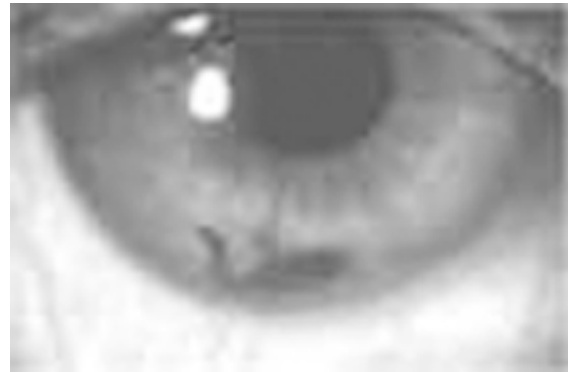
#### Bibliografía

Kansky JJ. Oftalmología Clínica. Barcelona: ed. Doyma; 1990.  
 Lloret J, Muñoz J, Artigas V, Allende LH, Anguera de Sojo I. Protocolos terapéuticos de Urgencias. Barcelona: ed. Springer-Verlag Ibérica; 1997.  
 Pan H. Diagnóstico Diferencial de Enfermedades Oculares. Barcelona: ed. Salvat; 2000.

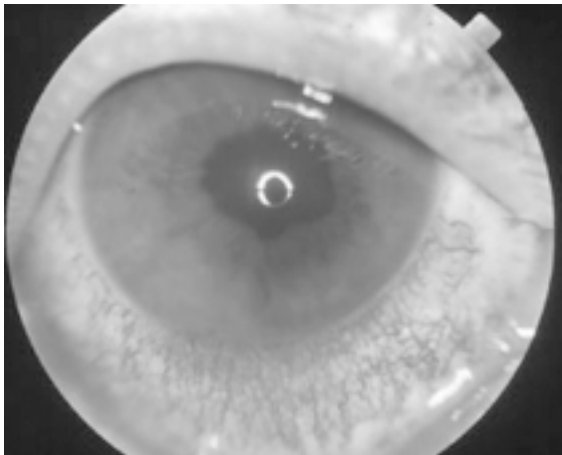
Highlights of Ophthalmology, 1995; 23: 25-26.  
 Martín Zurro A, Cano JF. Compendio de Atención Primaria. Madrid: ed. Harcourt; 2000.  
 Amaya LG. Enrojecimiento ocular. URL:<http://www.fepafem.org/guias/8.10.html>



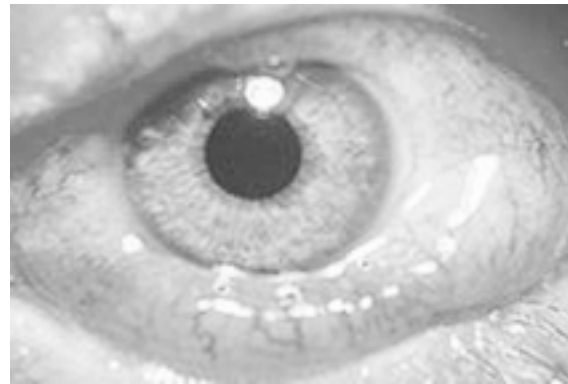
ESCLERITIS



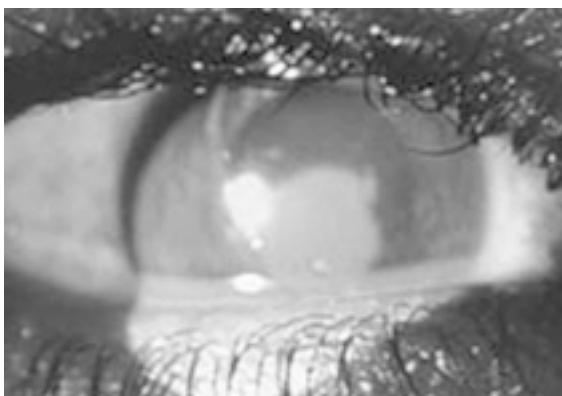
HIPHEMA



UVEITIS ANTERIOR



QUEMOSIS



ÚLCERAS