

Conjuntivitis bacterianas

Fecha de la última revisión: 14/03/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo diagnosticarla?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La conjuntivitis bacteriana (CB) es la inflamación de la conjuntiva como resultado de una infección bacteriana. Es la segunda causa de conjuntivitis infecciosa tras la vírica. La incidencia anual de conjuntivitis infecciosa es del 1.35%, supone el 1.5% de las visitas al médico de atención primaria quien diagnostica de conjuntivitis infecciosa al 41.1% del total de consultas por motivos oculares (Smith AF, 2009; Sheldrick JH, 1993).

En su etiología están implicadas múltiples bacterias y su prevalencia varía según los estudios y la edad: en recién nacidos el germen más común es la *Neisseria gonorrhoeae*, en los niños el *Streptococcus neumoniae*, el *Haemophilus influenzae* o la *Moraxella catarrhalis* y en adultos, los de la familia del *Staphylococcus* (epidermidis, aureus) (Hutnik C, 2010; Haas W, 2012).

¿Cómo diagnosticarla?

La clínica más habitual de la CB es:

- Secreción mucopurulenta y párpados pegajosos.
- Sensación de cuerpo extraño y picor.
- Hiperemia conjuntival difusa leve con edema palpebral en ocasiones.
- No suele haber dolor y la visión está conservada, aunque puede ser borrosa de forma transitoria en relación a las secreciones.

En caso de inicio muy brusco, secreción abundante amarillo verdosa, hinchazón de los párpados, dolor ocular a la palpación, adenopatía preauricular y membrana inflamatoria pensar en *Neisseria gonorrhoeae* (Azari AA, 2013).

Aunque no sustentadas en evidencias, existen algunas características clínicas que se utilizan habitualmente para hacer el diagnóstico diferencial (American Academy of Ophthalmology, 2013; Rietveld RP, 2003):

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis.			
	Viral	Bacteriana	Alérgica
Afectación	Unilateral al inicio, bilateral en pocos días	Unilateral al inicio, bilateral en 24-48 horas	Bilateral con historia previa de conjuntivitis o atopía
Secreción	Acuosa	Purulenta	Mucosa
Picor	Escaso	Escaso	Importante
Síntomas respiratorios	Frecuente	Ocasionales	Infrecuente
Signos	Hipertrofia folicular y adenopatía preauricular frecuente	Hipertrofia papilar y adenopatía preauricular rara	Hipertrofia papilar, sin adenopatía preauricular

En general, los estudios de laboratorio no son necesarios. El cultivo de exudado puede ser útil en CB rebeldes a tratamiento o en caso de cuadros graves y abruptos.

¿Cómo se trata?

La CB aguda es con frecuencia una enfermedad autolimitada, pero el uso de antibióticos está asociado a mejores tasas de remisión clínica y microbiológica (Sheikh A, 2012).

No hay un antibiótico que pueda considerarse de elección de forma general. Deben tenerse en cuenta resistencias locales, previsión de cumplimiento, coste, alergias, etc. Algunos estudios mostraron mayor eficacia con fluorquinolonas ([ciprofloxacino](#) u [ofloxacino](#)) y [azitromicina](#) al 1,5% que con los antibióticos clásicos ([tobramicina](#), [gentamicina](#) o [trimetoprim](#)), aunque puede usarse cualquiera de las opciones durante 5-7 días (Hutnik C, 2010; American Academy of Ophthalmology, 2013; Azari AA, 2013; Cochereau I, 2007).

Deberán tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones de manejo:

- Es aconsejable citar a los pacientes a los 2-4 días para ver la evolución.

- El antibiótico puede usarse con mayor frecuencia los primeros días y en pomada por la noche.
- Limpiar secreciones con suero fisiológico por las mañanas, lavarse con frecuencia las manos y no compartir útiles de aseo.
- En caso de lentillas son de elección las fluorquinolonas (**ciprofloxacino** u **ofloxacino**) por la posibilidad de pseudomonas y usar gafas durante 2 semanas.
- Si la evolución no es buena, sospechar: etiología vírica, mal cumplimiento terapéutico, higiene deficiente o infección por germen no habitual (*Chlamydia*, tracoma, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticiclina, especialmente en residencias).
- Considerar la derivación en caso de: aparición de dolor, disminución de la visión, mala evolución clínica o cualquier otra duda diagnóstica o de tratamiento.
- En conjuntivitis hiperaguda por *Neisseria gonorrhoeae* es necesario tratamiento parenteral y local.

Bibliografía

- American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Conjunctivitis. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2013. Disponible en: <http://www.aao.org/preferred-practice-pattern/conjunctivitis-ppp--2013>
- Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013;310(16):1721-9. PubMed **PMID: 24150468**. [Texto completo](#)
- Cochereau I, Meddeb-Ouertani A, Khairallah M, Amraoui A, Zaghloul K, Pop M, et al. 3-day treatment with azithromycin 1.5% eye drops versus 7-day treatment with tobramycin 0.3% for purulent bacterial conjunctivitis: multicentre, randomised and controlled trial in adults and children. Br J Ophthalmol. 2007;91(4):465-9. PubMed **PMID: 17050578**. [Texto completo](#)
- Haas W, Gearinger LS, Hesje CK, Sanfilippo CM, Morris TW. Microbiological etiology and susceptibility of bacterial conjunctivitis isolates from clinical trials with ophthalmic, twice-daily besifloxacin. Adv Ther. 2012;29:442-55. PubMed **PMID: 22644963**
- Hutnik C, Mohammad-Shahi MH. Bacterial conjunctivitis. Clin Ophthalmol. 2010;4:1451-7. PubMed **PMID: 21188158**
- Rietveld RP, Van Weert HC, Ter Riet G, Bindels PJ. Diagnostic impact of signs and symptoms in acute infectious conjunctivitis: systematic literature search. BMJ. 2003;327(7418):789. PubMed **PMID: 14525879**. [Texto completo](#)
- Sheikh A, Hurwitz B, Van Schayck CP, McLean S, Nurmatov U. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD001211. PubMed **PMID: 22972049**
- Sheikh A, Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: a systematic review. Br J Gen Pract. 2001;51(467):473-7. PubMed **PMID: 11407054**. [Texto completo](#)
- Sheldrick JH, Wilson AD, Vernon SA, Sheldrick CM. Management of ophthalmic disease in general practice. Br J Gen Pract. 1993;43(376):459-62. PubMed **PMID: 8292417**. [Texto completo](#)
- Smith AF, Waycaster C. Estimate of the direct and indirect annual cost of bacterial conjunctivitis in the United States. BMC Ophthalmol. 2009;9:13. PubMed **PMID: 19939250**. [Texto completo](#)

Más en la red

- American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Conjunctivitis. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2013. Disponible en: <http://www.aao.org/preferred-practice-pattern/conjunctivitis-ppp--2013>
- Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013;310(16):1721-9. PubMed **PMID: 24150468**. [Texto completo](#)
- Hutnik C, Mohammad-Shahi MH. Bacterial conjunctivitis. Clin Ophthalmol. 2010;4:1451-7. PubMed **PMID: 21188158**

Autores

- | | |
|---------------------------|--|
| ■ Arturo Louro González | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ■ Carmen Costa Ribas | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) |
| ■ Carmen Castiñeira Pérez | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3) |

- (1) Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.
(3) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

