

## Ojo rojo

Fecha de la última revisión: **31/05/2016**

### Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cuándo derivar?](#)
4. [Algoritmo de manejo](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

### ¿De qué hablamos?

El ojo rojo es un signo cardinal de inflamación ocular, que aparece en diferentes entidades clínicas. Se caracteriza por la presencia de enrojecimiento de la superficie anterior ocular que puede ser localizada o difusa. Generalmente traduce una patología inflamatoria del segmento anterior, es decir, de las estructuras situadas por delante del diafragma iridocristaliniano (párpados, sistema lagrimal, conjuntiva, epiesclera, esclerótica, cuerpo ciliar, iris y cristalino). Es la patología más frecuente, desde el punto de vista oftalmológico, que atiende un médico de familia (Cronau H, 2010).

La mayoría de los casos son benignos y pueden ser tratados eficazmente por el médico de familia. La importancia radica en saber diferenciar bien los signos y síntomas que se presentan con el ojo rojo para dar el tratamiento adecuado y saber reconocer las patologías que requieran ser vista por un oftalmólogo.

El ojo rojo es causado por la dilatación de los vasos sanguíneos en el ojo, que pueden ser de los vasos superficiales, profundos o una combinación de ambas y que afectan al segmento anterior del ojo, lo que provoca que la superficie ocular luzca roja o inyectada de sangre. El diagnóstico puede ser ayudado por la diferenciación entre inyección conjuntival y ciliar. La inyección ciliar implica ramas de las arterias ciliares anteriores e indica la inflamación de la córnea, el iris o cuerpo ciliar (Aslam TM, 2009).

El enrojecimiento puede ser debido a (Roy H, 2006):

- **Equimosis conjuntival/hiposfagma:** colección hemática subconjuntival producida por rotura vascular de los plexos vasculares de la superficie anterior, que se presenta como una mancha roja que oculta las estructuras que tiene por debajo.
- **Inyección conjuntival:** hiperemia de los vasos conjuntivales superficiales. Es más intensa en el fondo de saco y disminuye según nos acercamos a córnea. Indica patología palpebral y/o de la conjuntiva casi siempre banal. La inyección conjuntival afecta principalmente a los vasos sanguíneos conjuntivales posteriores. Debido a que estos vasos son más superficiales que las arterias ciliares, producen más enrojecimiento, se mueven con la conjuntiva, y se constriñen con la aplicación de vasoconstrictores tópicos, suprimiendo la hiperemia durante algún tiempo, lo que puede ayudar al diagnóstico.
- **Inyección ciliar/periquerática:** hiperemia de los plexos epiesclerales, que son más profundos. Adopta una tonalidad rojo violácea y una forma de anillo hiperémico alrededor de la córnea. Se relaciona con patología más severa que puede afectar a cornea, iris o cuerpo ciliar. La instilación tópica de colirio vasoconstrictor no atenúa la hiperemia.
- **Inyección mixta:** se suelen afectar plexos vasculares superficiales y más profundos. Se produce con patologías severas del segmento anterior, la más característica es el glaucoma agudo.
- **Celulitis orbitaria/periorbitaria:** es una infección poco común de los párpados y los tejidos blandos periorbitarios que se caracteriza por un eritema y edema repentino del párpado. Esta infección, generalmente de origen bacteriana, suele ser resultado de la diseminación local de una sinusitis o dacriocistitis adyacente, a partir de una infección ocular externa, o después de un traumatismo en los párpados (Kwitko Geoffrey M, 2015). Clínicamente, la celulitis orbitaria se divide en dos formas: la forma preseptal, por delante del tabique orbitario, y la forma retroseptal, por detrás del tabique orbitario. El manejo y pronóstico difieren ampliamente entre los dos tipos. La forma retroseptal o "verdadera" celulitis orbital es una enfermedad grave con consecuencias potencialmente desastrosas para la visión y la supervivencia. El examen clínico y la exploración con TAC urgente, son indispensables para el correcto diagnóstico, la evaluación de la gravedad, la planificación quirúrgica y la selección de antibióticos (Mouraux F, 2012).

Son muchas las entidades asociadas al ojo rojo, incluyendo (pero no limitándose) conjuntivitis, blefaritis, canaliculitis, lesión corneal, dacriocistitis, epiescleritis, escleritis, iritis, queratitis, síndrome del ojo seco (también conocido como queratoconjuntivitis sicca), glaucoma, hemorragia subconjuntival, y la infección bacteriana o viral.

El ojo rojo es una entidad muy frecuente, siendo la conjuntivitis la causa más frecuente. La hemorragia subconjuntival también ocurre con frecuencia, pero suele ser un trastorno autolimitado, por lo que las cifras exactas no están disponibles ya que muchos de los pacientes, al estar asintomáticos, no consultan con ningún médico. La hemorragia subconjuntival puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en edades avanzadas; afectando a hombres y mujeres por igual (Mahmood AR, 2008).

El pronóstico depende de la causa del ojo rojo. Las complicaciones también dependen de la causa del ojo rojo.

### ¿Cómo se diagnostica?

La mayoría de los casos son patologías benignas, pero es necesario una anamnesis y una exploración adecuada para poder descartar entidades clínicas que precisan atención oftalmológica especializada (Jacobs DS, 2016).

#### Anamnesis

- Antecedentes familiares y personales (generales y oculares: traumatismos, uso de lentes de contacto, contexto epidemiológico, etc.).
- Oculares:
  - Síntomas:
    - Comienzo.

- Alteraciones visuales.
  - Dolor ocular/fotofobia/sensación de cuerpo extraño/cefalea.
  - Secreciones oculares anómalas y de qué tipo (acuosa o espesa, clara o de color).
  - Triada sintomática del segmento anterior: lagrimeo + blefarospasmo + fotofobia.
- Mecanismo patogénico: espontáneo o traumático.
  - Lateralidad (uno o dos ojos afectados).
  - Episodios anteriores.
  - Historia oftalmológica, incluyendo cirugía ocular.
  - Uso de lentes de contacto.
  - Comorbilidades, como enfermedad vascular del colágeno.

Exploración física

Nunca debemos olvidarnos de valorar el estado general del paciente y si lo precisaran sus constantes vitales, tal es el caso del glaucoma agudo, que se puede acompañar de una importante afección sistémica, o en el hiposfagma, que nos puede desenmascarar una crisis hipertensiva. En las consultas de atención primaria no contamos habitualmente con lámpara de hendidura, pero sí deberíamos disponer del siguiente equipo para una exploración correcta (Wirbelauer C, 2006):

- Escala de agudeza visual y placa estenopeica.
- Foco de luz: linterna + filtro azul-cobalto.
- Lupa.
- Oftalmoscopio directo.
- Colirios de exploración: anestésico tópico (benoxinato, tetracaína y oxibuprocaina), vasoconstrictor (fenilefrina 10%) y fluoresceína 2%.

La exploración ocular debe seguir un orden sistemático:

1. Agudeza visual lejos y cerca (cada ojo debe de ser examinado por separado).
2. Reacción y reflejos pupilares: fotomotor directo/consensuado.
3. Anomalías pupilares estáticas (forma de la pupila, secreción, patrón de la inyección y la opacidad de la córnea).
4. Motilidad ocular extrínseca y palpebral.
5. Evaluación de la cámara anterior.
6. Hiperemia vascular.
7. Tinción con fluoresceína (+): defecto epitelial.
8. Eversión del párpado.
9. Valoración de la presión intraocular.
10. Exploración del fondo de ojo.
11. Palpación de adenopatías.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es muy amplio, y es importante que el facultativo conozca todas las patologías posibles.

Tras realizar la exploración debemos de intentar llegar al diagnóstico y valorar si el paciente es susceptible de ser tratado por el médico de atención primaria o se debe derivar a un oftalmólogo (tabla 1).

- **Ojo rojo susceptible inicialmente de seguimiento en atención primaria:** las molestias oculares generalmente son leves-moderadas, sin dolor ni alteración de agudeza visual, aunque puede haber sensación de visión borrosa. Su etiología puede ser:
  - **Hiposfagma**.
  - **Conjuntivitis** (tablas 2 y 3).
  - **Blefaritis/orzuelos**.
  - **Pingueculitis** (tabla 4).
- **Ojo rojo susceptible de ser derivado para valoración especialista:** dentro de este grupo nos encontramos con enfermedades que deben ser evaluadas inicialmente por un oftalmólogo y aquellas del grupo anterior que hayan evolucionado mal o se hayan complicado. Suelen cursar con mayores molestias o dolor y/o alteraciones en la agudeza visual (Visscher KL, 2009). Las causas más frecuentes son:
  - **Alteraciones corneales**.
  - **Escleritis**.
  - **Uveitis**.
  - **Glaucoma** agudo por bloqueo angular.
  - Celulitis.
  - **Dacriocistitis**.
  - **Ojo traumático:** ojo abierto y cuerpos extraños intraoculares.

| Tabla 1. Patología que precisa derivación al oftalmólogo. |                        |                     |                        |                                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|
| Rasgo clínico                                             | Queratitis ulcerativa  | Escleritis          | Uveitis anterior aguda | Glaucoma agudo ángulo estrecho |
| Dolor                                                     | Moderado-severo        | Moderado-severo     | Moderado               | Severo                         |
| Agudeza visual                                            | Moderada-severa        | Generalmente normal | Reducción moderada     | Reducción severa               |
| Secreción                                                 | Acuosa/purulenta       | No                  | No                     | No                             |
| Hiperemia vascular                                        | Inyección ciliar       | Inyección ciliar    | Inyección ciliar       | Inyección mixta                |
| Pupila                                                    | Normal*                | Normal*             | Miosis arreactiva      | Midriasis arreactiva           |
| Córnea                                                    | Opaca en área ulcerada | Normal*             | Traslucida             | Opacidad difusa                |
| Tono ocular                                               | Normal                 | Normal              | Normal o aumentado     | Aumentado                      |

|                                                       |        |        |        |          |
|-------------------------------------------------------|--------|--------|--------|----------|
| Estado general                                        | Normal | Normal | Normal | Afectado |
| * Puede existir miosis si hay una uveítis secundaria. |        |        |        |          |

|                                                        |            |                 |           |
|--------------------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| Tabla 2. Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis. |            |                 |           |
|                                                        | Bacteriana | Viral           | Alérgica  |
| Secreción                                              | Purulenta  | Mucosa          | Acuosa    |
| Lagrimeo                                               | +          | ++              | +         |
| Prurito                                                | -          | -               | ++        |
| Afectación                                             | Unilateral | Se bilateraliza | Bilateral |
| Adenopatía preauricular                                | +/-        | +               | -         |

|                                                                       |               |                   |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|
| Tabla 3. Diagnóstico diferencial entre conjuntivitis y epiescleritis. |               |                   |
|                                                                       | Conjuntivitis | Epiescleritis     |
| Hiperemia                                                             | Difusa        | Focal o sectorial |
| Secreción                                                             | +             | -                 |
| Molestias oculares                                                    | +/-           | +/++              |
| Visión                                                                | Normal        | Normal            |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tabla 4. Diferencia entre pinguécula y pterigium.                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                |
| Pinguécula                                                                                                                                                         | Pterigium                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Elevación nodular amarillenta en conjuntiva bulbar nasal (a veces temporal).</li><li>No entraña compromiso visual.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Asienta misma zona que pinguécula pero más vascularizada y se introduce en córnea.</li><li>Puede alterar visión.</li><li>Derivar oftalmólogo si afecta visión.</li></ul> |

Estudios y pruebas complementarias

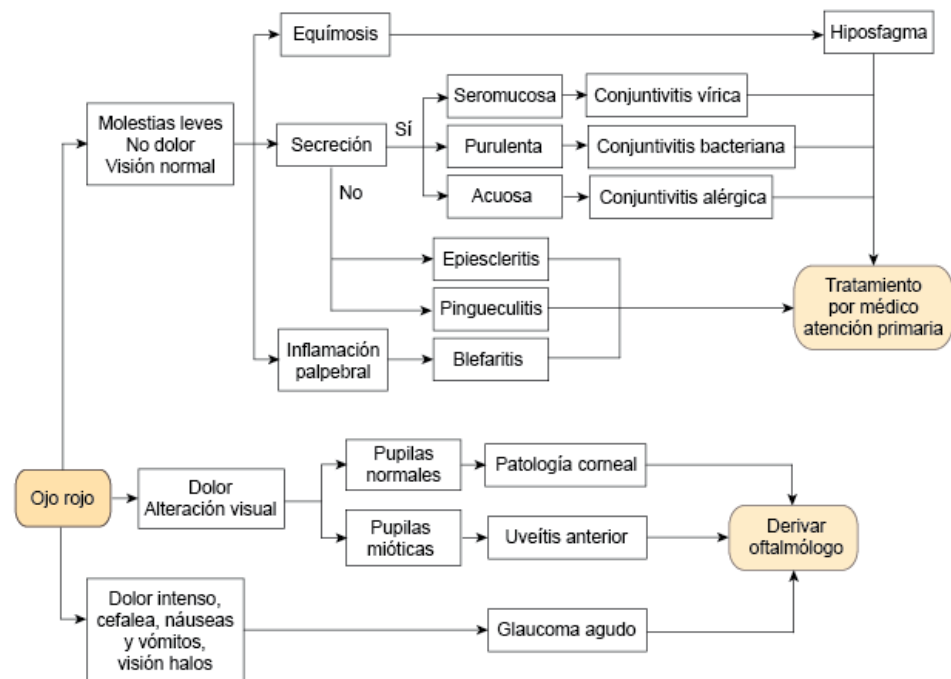
No se requieren estudios de laboratorio para la mayoría de los pacientes. Comprobar la agudeza visual, presión intraocular y la presión arterial. Realizar exudado en pacientes con conjuntivitis bacteriana para cultivo, especialmente en casos de úlcera corneal o enfermedad conjuntival significativa (Graham H, 2016).

¿Cuándo derivar?

Patologías que precisan derivación urgente al oftalmólogo (Galor A, 2008):

- Glaucoma agudo de ángulo estrecho: dolor intenso, visión en halos alrededor de las luces, cefalea, náuseas y vómitos.
- Cuerpos extraños que no se puedan quitar o de origen metálico.
- Queratitis herpética: úlcera dendrítica con la tinción.
- Queratitis bacteriana: riesgo en usuarios de lentes de contacto y antecedentes de trauma.
- Traumatismo grave.
- Epiescleritis y escleritis.
- Iritis.

Algoritmo de manejo



**Bibliografía**

- Alfonso SA, Fawley JD, Alexa Lu X. Conjunctivitis. Prim Care. 2015;42(3):325-45. PubMed [PMID: 26319341](#)
- Aslam TM, Tan SZ, Dhillon B. Iris recognition in the presence of ocular disease. J R Soc Interface. 2009;6(34):489-93. PubMed [PMID: 19324690](#). [Texto completo](#)
- Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. Am Fam Physician. 2010;81(2):137-44. PubMed [PMID: 20082509](#). [Texto completo](#)
- Evans JR, Solomon AW. Antibióticos para el tracoma. Cochrane Database Syst Rev. 2011;3:CD001860. PubMed [PMID: 21412875](#)
- Galor A, Jeng BH. Red eye for the internist: when to treat, when to refer. Cleve Clin J Med. 2008;75(2):137-44. PubMed [PMID: 18290357](#)
- Graham H, Perez N, Monsanto V. Red eye. Medscape. Jan 2016. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1192122-overview>
- Jacobs DS. Evaluation of the red eye. Uptodate. Feb 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-red-eye>
- Kwitko Geoffrey M. Preseptal cellulitis. Medscape. Dec 2015. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1218009-overview#showall>
- Mahmood AR, Narang AT. Review diagnosis and management of the acute red eye. Emerg Med Clin North Am. 2008;26(1):35-55. PubMed [PMID: 18249256](#)
- Mouriaux F. Orbital cellulitis. J Fr Ophtalmol. 2012;35(1):52-7. PubMed [PMID: 22221713](#)
- Roy H. The red eye. Compr Ther. 2006;32(1):43-6. PubMed [PMID: 16785582](#)
- Visscher KL, Hutnik CM, Thomas M. Evidence-based treatment of acute infective conjunctivitis: Breaking the cycle of antibiotic prescribing. Can Fam Physician. 2009;55(11):1071-5. PubMed [PMID: 19910590](#). [Texto completo](#)
- Wirbelauer C. Management of the red eye for the primary care physician. Am J Med. 2006;119(4):302-6. PubMed [PMID: 16564769](#)

**Más en la red**

- Carlisle RT, Digiovanni J. Differential Diagnosis of the Swollen Red Eyelid. Am Fam Physician. 2015;92(2):106-12. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2015/0715/p106.html>
- Conjunctivitis (Pink Eye). Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/conjunctivitis/clinical.html>
- Graham H, Perez N, Monsanto V. Red eye. Medscape. Jan 2016. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1192122-overview>
- Shaughnessy AF. Best Approaches to Physical Diagnosis of Acute Red Eye. Am Fam Physician. 2016 Apr 1;93(7):594. PubMed [PMID: 27035045](#)

**Autores**

- Juan Pedro Justel Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Daniel R. De la Rosa Pimentel Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Vanesa Jiménez González Diplomado Universitario de Enfermería (2)

(1) C.S Aldebarán. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Unidad Docente Sureste, Madrid. España.  
(2) Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Madrid. 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](#) |

