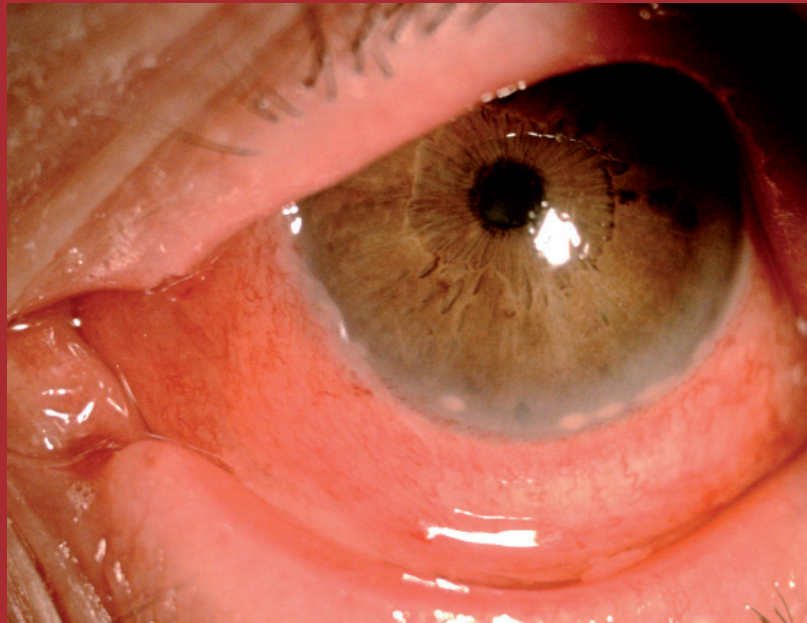


Este espacio está destinado a la presentación de un caso clínico a través de una imagen fotográfica o procedente de cualquier exploración complementaria. Se trata de un ejercicio deductivo en el que, partiendo de la imagen, se plantean unas cuestiones que el autor resuelve en la siguiente página.



## Caso clínico

Sección coordinada por  
Silvia Alarcón. Hospital Vall d'Hebron  
Barcelona

### N. Busquet Duran

Fundació Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa  
E-mail: neusbusquet@telefonica.net

Mujer de 70 años sin alergias ni AP de interés. AO: hipermetropía alta, GCAE, iridotomía profiláctica en ambos ojos. Sigue tratamiento tópico con dosis fijas de brimonidina con timolol y latanoprost. Cataratas. Acude a urgencias por presentar ojos rojos y dolor desde hace unas horas. Refiere que éste es el sexto incidente de las mismas características que le ocurre en los últimos 3 meses; en cada episodio, por indicación de su médico de familia, retira la medicación tópica antiglaucomatosa e inicia tratamiento con clorhidrato de levocabastina y ofloxacino disminuyendo la sintomatología.

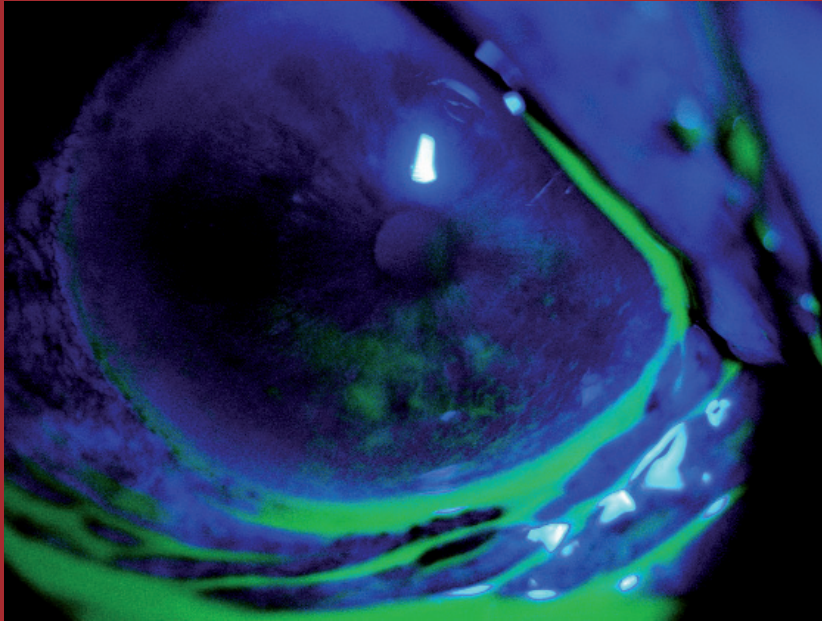
La exploración demuestra: enrojecimiento y edema palpebral superior. Fotofobia con blefaroespasmio. Copiosa secreción mucocucosa. BMC: hiperemia conjuntival tarsal con folículos y papilas. Quemosis conjuntival. Inyección periquerática e infiltrados marginales subepiteliales corneales (Figura 1). Tyndall negativo. CA estrecha. Iridotomía a las 6 horas. Queratitis punctata superficial en ojo derecho (Figura 2). Cataratas bilaterales.

Se retira tratamiento tópico antiglaucomatoso y se substituye por Acetozalamida: ½ comp./8 h, Potasio ascorbato 250

mgr: 1comp./ 24 h, a la vez que se inicia tratamiento tópico libre de conservantes con Azitromicina 1g./12 h 3 días, Acido hialurónico 0,4%: 1g/ 2 h y Dexametasona fosfato 0,1%: 1 g/ 8 h. A los 5 días presenta mejoría franca a pesar de que sólo ha realizado el tratamiento con Azitromicina. TO= 15 mm Hg. Se insiste en que se siga el tratamiento pautado y a los 14 días la exploración constata remisión completa; se retiran los corticoides y se mantienen los lubricantes cada 8 horas; el tratamiento oral se mantiene hasta la facoemulsificación que se realiza a los 6 días sin complicaciones. TO= 18 mm Hg. al mes y sin tratamiento antiglaucomatoso.

¿Teniendo en cuenta la historia clínica y los hallazgos oftalmológicos cual es el diagnóstico más probable?

- Blefar-queratoconjuntivitis alérgica-tóxica.
- Blefar-queratoconjuntivitis herpética.
- Queratoconjuntivitis atópica.
- Queratitis Catarral.



Respuesta correcta: **A**

El escozor es el síntoma principal de la blefaro-conjuntivitis alérgica. La afectación corneal por hipersensibilidad se puede manifestar como una queratitis flictenular, una úlcera de Mooren o por la presencia de infiltrados marginales. Éstos se deben a complejos Ag-Ac depositados en el tejido corneal produciendo inflamación. A menudo son múltiples, bilaterales, a veces confluentes y dejan una franja clara entre ellos y el limbo. De igual modo pueden ser a causa de hipersensibilidad a las lentes de contacto o aparecer en el curso de infecciones como en la queratitis catarral donde las toxinas liberadas por

los estafilococos ejercen de antígeno. Por otra parte los defectos epiteliales pueden ser secundarios a síndrome de ojo seco, a inflamación o a toxicidad por drogas. Si bien la queratitis catarral podría ser la causante del cuadro, la historia clínica nos orienta a una reacción secundaria al tratamiento tópico antiglaucomatoso ya sea por los principios activos o por los conservantes. Esta hipótesis vendría ratificada por la rápida mejoría al retirar la medicación. Asimismo el tratamiento del glaucoma de ángulo estrecho en pacientes hipermetropes altos con cataratas debería ser en primera instancia la cirugía de cristalino.