

Abordaje interdisciplinario de las
enfermedades alérgicas
**¿Cuando la Conjuntivitis es
alérgica?**

Dr. Victor Skrie

**2° Jornadas Nacionales Conjuntas
de Alergia e Inmunología en Pediatría
11, 12 y 13 de abril de 2013.
Ciudad de Rosario – Pcia. de Santa Fe**

Conjuntivitis alérgica. Definición.

Enfermedad inflamatoria de las capas del ojo, causada por alergia a sustancias exteriores, contacto o inhaladas y a veces por alergia a alimentos.

Afectan al 20% de la población mundial.

Asociada con reacciones de hipersensibilidad tipo I de Gell y Coombs.

Generalmente bilateral.

1819. Bostock. Conjuntivitis atópica como una entidad clínica.

1928. Mac Culloch asoció esta condición con los cultivos de heno.

1940. El concepto de alergia se desvinculó del origen infeccioso al que hasta entonces estaba ligado.

La conjuntivitis a menudo se acompaña de rinitis.
Rinoconjuntivitis.

Severidad clínica

Intensidad de la sensibilización.

Grado de exposición al antígeno.

Los síntomas de la conjuntivitis son paralelos a los de la rinitis alérgica en la nariz.

Rinitis  goteo nasal.

Conjuntivitis  lagrimeo.

Mecanismos de defensa, de lavado.

Nariz  prurito **rinitis.**

Ojos  prurito **conjuntivitis.**

El picor hace que el paciente se frote los ojos con el dedo, con el puño, a veces por debajo de las gafas.

El picor también hace que el paciente parpadee frecuentemente, o que guiñe los ojos, todo esto de manera refleja, involuntaria, sin darse cuenta, y a veces no lo sabe reconocer.

Ocular allergy latin american consensus.

SERAPIÃO DOS SANTOS, MILTON RUIZ ALVES, DENISE DE FREITAS,
LUCIENE BARBOSA DE SOUSA⁴, RICARDO WAINSZTEIN⁵, SÉRGIO
KANDELMAN, MAURICIO LOZAN, FRANCISCO BELTRÁ, OSCAR BAÇA
LOZADA, CONCEPCIÓN SANTACRUZ, GIOVANNI GUZZO,
CARLOS ALBERTO ZACCARELLI FILHO, JOSÉ ÁLVARO PEREIRA GOMES.

Panelistas (>66.67%) consideraron como término
más adecuado **Alergia Ocular**.

OCULAR ALLERGY LATIN AMERICAN CONSENSUS.
Arq Bras Oftalmol 2011;74(6):452-6.

Conjuntivitis alérgicas. Clasificación.

Rinoconjuntivitis alérgica. Componente ocular.

Queratoconjuntivitis atópica, frecuentemente asociada a la Dermatitis atópica.

Queratoconjuntivitis vernal.

No reconocido por todos como de origen alérgico, **Conjuntivitis papilar gigante** asociada al uso de lentes de contacto.

Conjuntivitis alérgicas. Clasificación.

Sin compromiso de la visión.

Conjuntivitis alérgica estacional.

Conjuntivitis alérgica perenne.

Conjuntivitis por contacto.

Con compromiso de la visión.

Queratoconjuntivitis vernal.

Queratoconjuntivitis atópica.

Conjuntivitis gigantopapilar.

Inmunoterapia tópica en alergia ocular.

Jorge Amadeo Núñez. Archivo Arg. Alerg e Inmunol. Clin. 2006;37(3):96-102.

Alergia ocular. Signos más importantes.

Hipertrofia papilar tarsal superior.
Extremadamente importante.

Hipertrofia papilar conjuntival difusa.
Extremadamente importante.

Ulceras conjuntivales.
Extremadamente importante.

Edema en zona del Limbo.
Extremadamente importante.

Alergia ocular. Diagnóstico. Síntomas más importantes.

Prurito. Extremadamente importante.

Lagrimeo. Muy importante.

Descarga mucosa. Muy importante.

Edema. Muy importante.

Conjuntivitis alérgica estacional.

Es el tipo más frecuente de conjuntivitis alérgica. Se trata de una reacción de hipersensibilidad inmediata, tipo I, mediada por IgE a alérgenos específicos vehiculados por el aire, como polen (conjuntivitis tipo fiebre del heno), escamas de animales, plumas, esporas de hongos, polvo, ácaros, insectos y perfumes.

Conjuntivitis vernal.

Suelen tener un carácter estacional o esporádico.

Antecedentes personales y familiares de atopia.

Las exacerbaciones se producen en primavera.

80% niños < 14 años etapa inicial.

Sexo masculino 3:1.

Síntoma más prominente y característico es el picor, que puede llegar a ser muy intenso.

“Si no pica, no es vernal”

Edema palpebral, hiperemia conjuntival y quemosis.

Ptosis por el edema palpebral-

Típica la ausencia de dolor.

Lo más característico de la **conjuntivitis vernal** es la presencia de una **hiperplasia tisular** que afecta a la conjuntiva tarsal y límbica.

Formas clínico-morfológicas: tarsal, límbica y mixta.

Forma tarsal: predomina una hipertrofia de la conjuntiva tarsal superior en forma de papilas de varios tamaños.

La conjuntiva del párpado inferior no se suele afectar, pues es un signo de extrema intensidad de la enfermedad.

Forma límbica:

Engrosamiento del limbo de aspecto gelatinoso y hasta de 3 mm de ancho, localizado en cualquier zona de este, preferentemente en la zona superior y de la hendidura palpebral.

Puntos de Horner-Trantas, para algunos patognomónicos de esta enfermedad, pueden aparecer en la queratoconjuntivitis atópica. (células epiteliales y eosinófilos degenerados).

Generalmente no se prolongan más de una semana.

Afectación corneal (50%). Define la gravedad del proceso.

Queratitis epitelial punteada. Hallazgo precoz y frecuente.

Queratitis epitelial vernal de Tobgy o farinácea.

Complicaciones:

Conjuntivitis bacteriana.

Tracoma.

Queratitis bacteriana.

Queratitis micótica.

Queratitis herpética.

Glaucoma y cataratas iatrogénicos.

Evolución y pronóstico

Curso autolimitado.

Función visual . Buen pronóstico.

Secuelas graves: opacidades corneales, astigmatismos fuertes y queratocono

Evolución natural: las papilas tarsales y la hipertrofia límbica desaparecen sin dejar cicatrices.

Queratoconjuntivitis atópica

Afectación ocular de la atopia.

Síndrome de afectación respiratoria, cutánea y ocular
Reacción de hipersensibilidad tipo I.

60% de los casos antecedentes familiares de atopia.

Síntomas son perennes.

Exacerbaciones en contacto con alergenios.

50% presentan influencia estacional .
Primavera y verano.

Picor, lagrimeo, secreción mucosa, enrojecimiento,
visión borrosa, fotofobia y dolor.

Queratoconjuntivitis atópica

Signos: Bilaterales y más o menos simétricos.

Palpebrales :dermatitis, blefaritis anteriores y posteriores, maceración de los cantos y queratinización del borde tarsal. **Triquiasis, madarosis**, ectropión y entropión.

Conjuntivales: hiperemia conjuntival, secreción mucosa, papilas gigantes sobre todo en el párpado inferior (**a diferencia de la CV**), pseudoquistes limbares y retracción del fondo de saco inferior (25%) con formación de simbléfaron (20%).

Queratitis superficial puntiforme.

Cicatrización con opacificación, neovascularización (60%).

Queratocono.

Puntos de Tranta, pero menos que en la conjuntivitis vernal.

Cataratas tipo subcapsular (10%)

anterior o posterior y bilaterales (90%)

Es una enfermedad cicatrizante.

Conjuntivitis en la infancia. Conjuntivitis alérgicas

Dr. J. García Sánchez - Dr. V. García.



Hipertrofia papilar en queratoconjuntivitis vernal.



Papilas gigantes en queratoconjuntivitis vernal.

Pruebas de laboratorio

Característico de los raspados conjuntivales es la presencia de eosinófilos y gránulos eosinofílicos libres.

Más de dos eosinófilos por campo de 25 aumentos es patognomónico.

Se puede encontrar un aumento de IgE en suero y lágrima.

Diagnóstico

El diagnóstico es habitualmente clínico y no suele presentar dificultad.

OJO ROJO (Recurrente)

Médico familia
o pediatra.

Signos y síntomas.
Asociado con otras
enfermedades alérgicas
Eosinofilia.
IgE sérica elevada.

Posible Conjuntivitis alérgica o
Queratoconjuntivitis alérgica.

Diagnóstico

Especialista: Posible Conjuntivitis alérgica.

Oftalmólogo

Historia clínica

Exámen ocular

Citología conjuntival

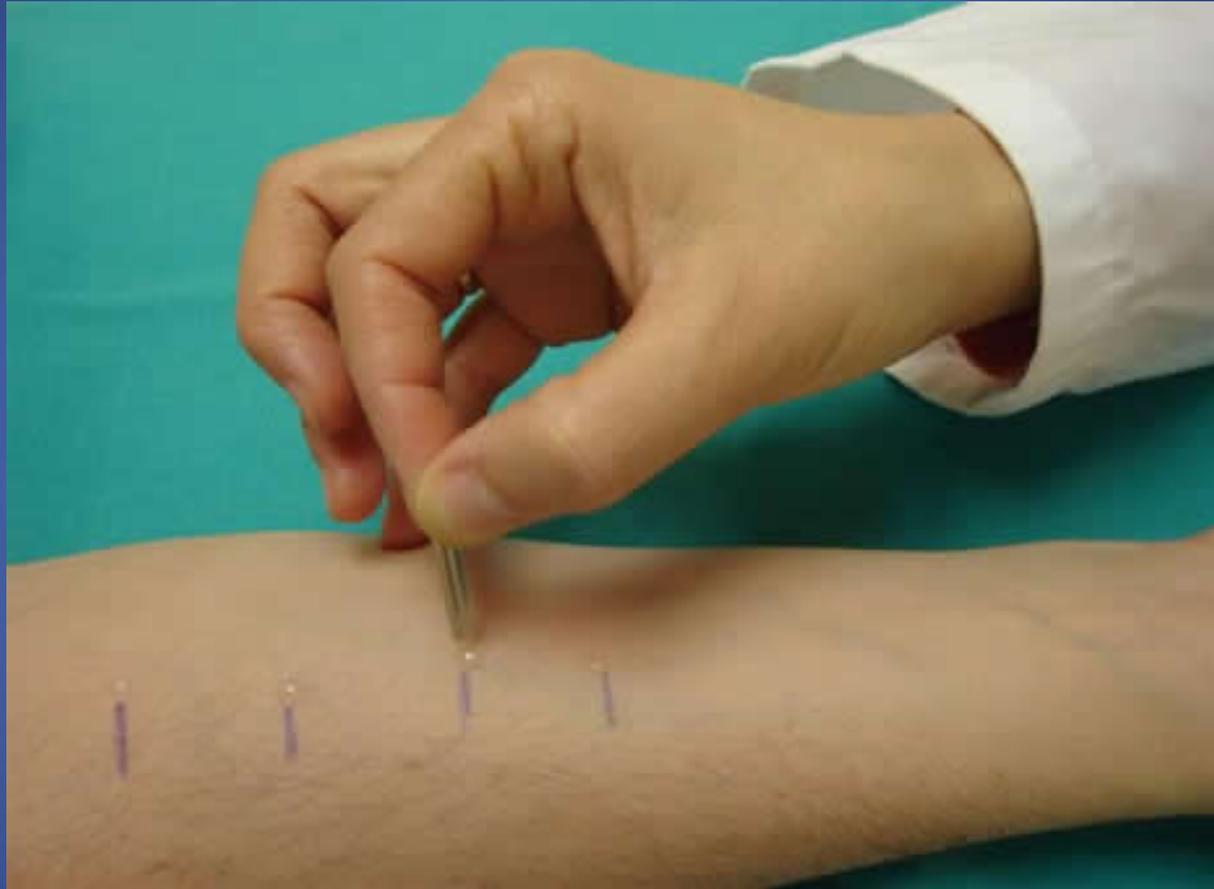
Alergólogo

Historia clínica

Skin Prick Test

RAST IgE

Estrategia
Tratamiento.



Técnica Skin Prick Test.

Objetivos del tratamiento en alergia ocular

Síntomas	Nivel de importancia
Control de síntomas	Extremadamente importante
Mejoramiento de signos	Extremadamente importante
Tolerabilidad	Extremadamente importante
Calidad de vida	Extremadamente importante
Tiempo de acción	Extremadamente importante
Costos	Muy importante
Mejoramiento de la agudeza visual	Muy importante

OCULAR ALLERGY LATIN AMERICAN CONSENSUS.

Arg Bras Oftalmol 2011;74(6):452-6.

Antihistamínicos

The majority of panel members (80%) agreed that topical antihistamines are indicated only in the treatment of acute cases of ocular allergy and for a short period (less than 4 weeks) of time.

Estabilizadores mastocitarios.

Agreed (100%) that topical mast cells stabilizers are extremely important and should be always used in the treatment of ocular allergic patients during an undefined period of time.

OCULAR ALLERGY LATIN AMERICAN CONSENSUS.
Arq Bras Oftalmol 2011;74(6):452-6.

Vasokonstriktores tópicos.

The majority of panelists (80%) did not recommend topical vasoconstrictors for the treatment of ocular allergic patients.

Antiinflamatorios no esteroideos.

90% of them agreed that it is not important, thus, they should not be recommended.

Corticoides tópicos

“Weak topical corticosteroids” for treating specific cases, for a short period of time (less than 2 weeks).
“Strong corticosteroids”, for treating acute crisis, also during a short period of time (from 2 to 4 weeks).

Immunomoduladores tópicos

90% of panelists answered that they never indicated this class of medication.

Artículo de Opinión de la O.M.S.

Inmunoterapia con alergenos:
Vacunas terapéuticas para las enfermedades alérgicas
Ginebra. 27-29 de Enero, 1997

Editores

J. Bousquet (Francia)

R. Lockey (USA)

HJ. Mailing (Dinamarca)

WORLD HEALTH ORGANIZATION



Artículo de opinión de la O.M.S.

Artículo de Opinión de la O.M.S.

Inmunoterapia con alergenos:
Vacunas terapéuticas
para las enfermedades alérgicas

Editores
J. Bousquet (Francia)
R. Lockey (USA)
HJ. Mailing (Dinamarca)



WORLD HEALTH ORGANIZATION

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

El tratamiento de las enfermedades alérgicas se basa en la evitación del alérgeno, el tratamiento farmacológico, la inmunoterapia con alérgenos y la educación del paciente.

La inmunoterapia se debe utilizar, cuando esté indicada, en combinación con otras formas de tratamiento, con el objetivo de conseguir que el paciente alérgico permanezca tan libre de síntomas como médicamente sea posible.

Bousquet J., Lockey R.F., Malling H.J. WHO Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. *Allergy* 44(53) pág: 2 – 42; 1998.

Evidencia para inmunoterapia con alergen

	IT Subc
Efecto	Grado de evidencia
Eficacia clínica en asma en niños	1a
Eficacia clínica en rinitis alérgica en niños	1b
Prevención de nuevas sensibilizaciones alérgicas	1b
Efecto preventivo del desarrollo de asma en niños con rinitis alérgica	1b
Efecto sostenido a largo plazo	1b

Passalacqua G et al. *JACI* 2007;119:881-91; Campbell D. *Paed Respir Rev* 2009;10:69-74

Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Alergia.
Documento de Toma de Posición Inmunoterapia con Alergenos en la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Alérgicas Respiratorias 2009.



DIVISION DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA
Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Muchas Gracias