

# ULL VERMELL

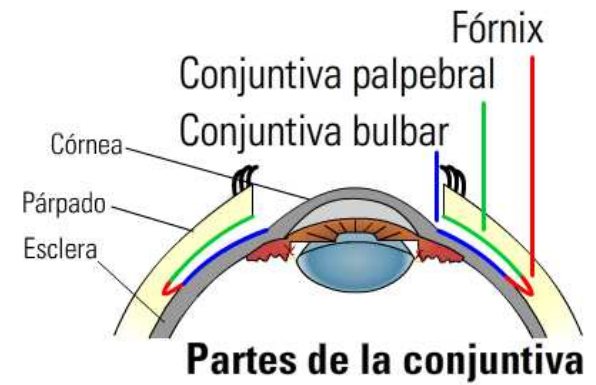
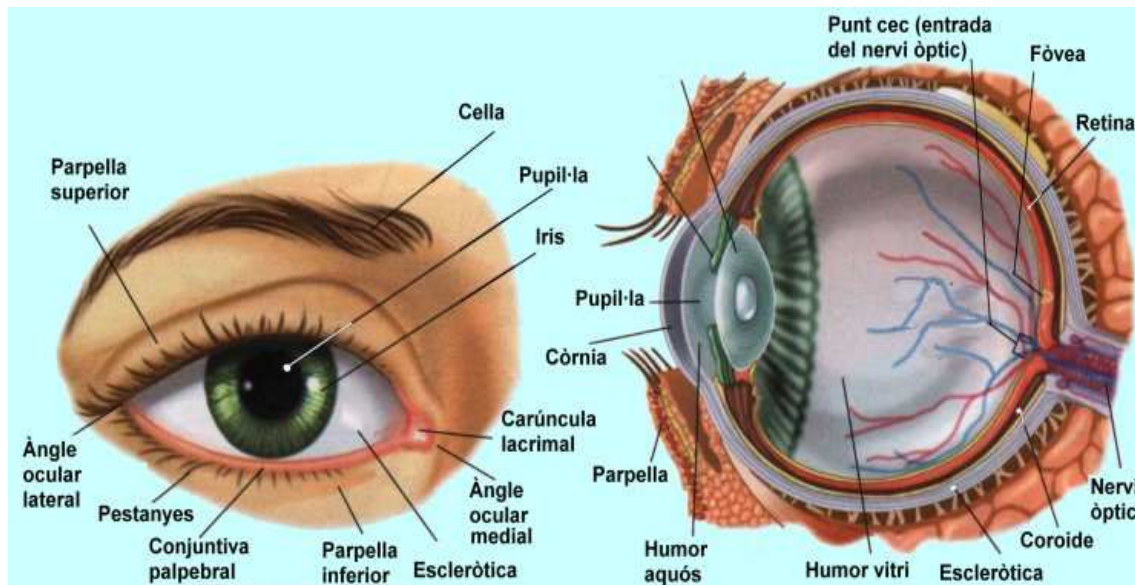
Núria Erra  
8 juny 2016

# ULL VERMELL

És un dels motius de consulta més freqüents de la patologia oftalmològica a les consultes d'atenció primària.

Es tracta d'una lesió del segment anterior de l'ull (parpelles, segment llacrimonal, conjuntiva, còrnia, episclera, escleròtica, cos ciliar i iris).

# ANATOMIA



# EXPLORACIÓ INICIAL

1. Mida i reflexes pupil·lars: Pupil·la midriàtica: 4-5mm; Pupil·la miòtica: 1-2 mm
2. Agudeses visual i valoració del camp visual.
3. Mobilitat ocular extrínseca i palpebral.
4. Hiperèmia vascular:
  - Ull vermell vascular: per dilatació dels vasos sanguinis.
  - Ull vermell hemorràgic: hiposfagma: presència de sang subconjuntival
  - Ull vermell quemòtic: tonalitat més rosada.
5. Extensió i localització del color vermell:
  - Ull vermell difús
  - Ull vermell localitzat

# EXPLORACIÓ INICIAL

## 6. Patró d'injecció:

Injecció conjuntival: hiperèmia de vasos conjuntivals superficials.

Més intensa al fons de sac i disminueix en apropar-se a la còrnia.

Injecció periqueràtica o ciliar: hiperèmia de vasos més profunds.

Més intensa al voltant de la còrnia. Relacionat amb patologia més severa.

7. Tinció amb fluoresceïna: si és positiva, indica defecte epitelial corneal.

8. Pressió intraocular: palpació globus ocular

9. Palpació d'adenopaties preauriculars o submandibulars (indica etiologia infecciosa)

10. Fons d'ull: no ajuda al diagnòstic (patologia de la part anterior de l'ull)

# DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL CLÍNIC

	Coïssor	Llagrimeig	Ull enganxat	Dolor	Visió	Fotofòbia
Conjuntivitis bacteriana	+	+/-	+++	-	-	+/-
Conjuntivitis vírica	+++	+++	-	-	-	+/-
Queratitis	+	+	-	++	+	++
Episcleritis	+	+	-	+/-	+/-	+/-
Escleritis	+	++	-	++	++	++
Hiposfagma	-	-	-	-	-	-
Uveïtis anterior	+/-	+/-	-	++	++	++
Glaucoma agut	-	-	-	+++	+++	++

# DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL EXPLORATORI

	Vascular	Hemorràgic	Quemòtic	Conjuntiva I	Ciliar	Difús	Localitzat
C. bacteriana	+			+		⅓ inferior	
C. vírica	+			+	+	+	
C. al·lèrgica			+			+	
C. seca	+					+	
Pinguècula/pterigion	+						+(àrea nasal)
Queratitis	+				+	+	
Episcleritis	+						+(àrea temporal)
Hiposfagma		+				+	
Uveïtis	+				+	+	
Glaucoma	+			+	+	+	

# SIGNES I SÍMPTOMES D'ALARMA

Dolor ocular

Disminució de visió

Percepció d'halos de colors

Patró d'injecció ciliar

Anisocòria

Pèrdua de reflexe fotomotor

Pèrdua de brillantor de la còrnia

Úlcera corneal

## MUSSOL



Infecció palpebral, normalment estafilocòcica.  
Nòdul dolorós i tumefacció acompanyant.

Interns: **abscés** de les glàndules de Meibomio  
(conjuntiva tarsal)

Externs: **abscés** del fol·licle d'una pestanya i de les  
glàndules de Zeis o de Moll (pell)

**Tractament:** escalfor local, pomada de  
clortetraciclina (no utilitzar en <8 anys) o  
eritromicina 1/12h x10d.

## CALAZI



Inflamació d'una glàndula sebàcia (Meibomio o  
Zeis). No sol infectar-se.

Inici progressiu, **nòdul** no massa dolorós, pot ser  
múltiple, normalment a parpella superior.

**Tractament:** escalfor local. Sol autolimitar-se en  
4-6 setmanes. Si no desapareix--->derivació  
oftalmòleg per infiltració amb corticoides o  
exèresis.

# DACRIOCISTITIS AGUDA

Inflamació del sac lacrimal

Etiologia: normalment infecciosa.

Adults: *S. pneumococ* i *S. Aureus*

Nens: *H. influenzae*.

Dolor i tumefacció a l'**angle intern** de l'ull i epífora.

**Tractament:**

Escalfor. Drenatge si cal.

Amoxiclavulànic 500-875mg/8h x14d + Gentamicina coliri 1-2 g/4-6h x 7d i aplicació nocturna de Gentamicina pomada



# BLEFARITIS



Inflamació dels marges palpebrals.

Causa infecciosa (estafilocòcica), seborreica o mixta.

Sol ser bilateral, picor i coïssor, sensació cos estrany, llagimeig, empitjora en llevar-se.

Marges palpebrals engruixits, vermells, amb descamació seca i costres groguenques. Pot coexistir amb acne rosàcia.

## Tractament:

Higiene palpebral /12h. Escalfor local per estovar costres.

Pomada oftàlmica ATB 2-3/dia x 10 dies.

Si acne rosàcia associat: doxiciclina 100mg/12h x 14 dies vo

# HEMORRÀGIA SUBCONJUNTIVAL=HIPOSFAGMA



Idiopàtica, traumatisme, fragilitat capilar, maniobra de Valsalva.

**Assimptomàtica.**

Ull vermell hemorràgic sense inflamació vascular.

**Tractament:** no cal.

# CONJUNTIVITIS BACTERIANA



Estafilococs.

Inici unilateral, es pot fer bilateral. Poc simptomàtica, lleugera picor i sensació de sorreta. Secreció mucopurulenta i **lleganyes** (ulls enganxats al matí). No dolor. No afectació visual.

Ull vermell vascular, difús però més intens a  $\frac{1}{3}$  inferior, injecció conjuntival.

## Tractament:

Rentats amb solució salina. Rentat de mans, individualitzar tovalloles, mocadors. Aïllar el pacient al domicili, en nens evitar guarderies.

La majoria autolimitades. No utilitzar corticoides.

Tobramicina o cloranfenicol 1-2g/2-3h x 3dies i seguir amb 1-2g/6-8h x 5 dies i 1 aplicació en pomada nocturna.

Si no millora en 2-3 dies, canviar ATB. Si no millora en 5 dies derivar a oftalmòleg.

En portadors de lents de contacte cal tractament amb quinolones per cobrir *Pseudomonas aeruginosa*  
Considerar *Chlamydia* en quadres repetits, pacients emigrants o malalties greus associades.

# CONJUNTIVITIS BACTERIANA HIPERAGUDA

*Neisseria gonorrhoeae*

**Molt florit:** dolor ocular + símptomes generals (febre, astènia), adenopatia preauricular, edema palpebral sever, secreció purulenta molt abundant. S'ha de fer cultiu i antibiograma urgent i investigar l'associació a MTS.

**Tractament:** hospitalari.



# CONJUNTIVITIS VÍRICA



Adenovirus (freqüent afectació de més d'un membre de la família i hi ha antecedent d'infecció recent de vies altes).

Unilateral que sol fer-se bilateral en 2-3 dies, clínica més intensa i més prolongada que la bacteriana. Cremor ocular, sensació de cos estrany amb picor, llagrimatge constant i fotofòbia.

Edema palpebral amb **fol·licles** a conjuntiva tarsal, ull vermell vascular difús i patró d'injecció mixte (conjuntival i ciliar). **Adenopatia preauricular**.

En casos severes: afectació corneal amb opacitats i pseudomembranes (alteració aguda visual)

## Tractament:

Compreses fredes, llàgrimes artificials i coliri AINES. (no utilitzar corticoides)

Si no millora en 7-10 dies--->oftalmòleg.

Rentat de mans. Individualitzar tovalloles i mocadors

# CONJUNTIVITIS HERPÈTICA



Virus herpes.

Dolor i parestèsies que precedeixen a l'erupció cutània i la conjuntivitis.

Unilateral. Erupció cutània amb vesícules herpètiques seguint trajecte del trigemin.

Conjuntivitis fol·licular i queratitis (afectació corneal amb aparició de **microdendrites**).

Complicacions: iridociclitis i glaucoma secundari

## Tractament:

Aciclovir pomada 1aplic/ 4 hores respectant descans nocturn x 1-2 setmanes +  
ciclopentolato al 1% 1g/8-12h x1-2 dies

Analgèsia oral.

Rentat ocular amb aigua o suero fisiològic. No oclusió. Retirar lents de contacte.

No millora en 48-72h--->oftalmòleg

# CONJUNTIVITIS AL·LÈRGICA



Bilateral.

Ull vermell quemòtic (**rosat**) amb patró difús, injecció conjuntival i edema palpebral.

Papil·les grans sota la parpella superior.

Estacional: pol·len de plantes. Picor intensa, llagimeig.

Perenne: àcars, fongs i epiteli de gossos i gats. Més lleu però més persistent.

Papil·lar gegant: relacionat a l'ús de lents de contacte, pròtesis oculars o sutures post-quirúrgiques.

Vernal: a la infància, autolimitada en el temps, clínica intensa amb papil·les gegants a conjuntiva tarsal (aspecte d'empedrat)

## Tractament:

Simptomàtic: clorfenamina 1g/6-8h o levocabastina 1-2g/12h

Preventiu: cromoglicat sòdic 1-2g/6-8h

Quadre sistèmic acompanyant: cetirizina o loratadina 10mg/dia vo

No millora: fluorometolona 0,1-0,25% 1-2g/4-6h

dexametasona 1-2g/4-6h



# CONJUNTIVITIS SECA



Etiologia: edat, fàrmacs (ansiolítics, antidepressius, antipsicòtics, diurètics, antihistamínics...), canvis hormonals i blefaritis.

Menys freqüents: Sjögren, paràlisi facial i Parkinson.

Clínica: picor, cremor i sensació sorreta.

Ull vermell vascular poc intens, difús, sobretot a l'àrea exposada.

**Test Schirmer:** <5mm en 5 minuts.

## Tractament:

1. Llàgrimes artificials 1g/8h i ungüents lubricants de nit
2. Mesures higièniques (evitar corrents d'aire, sequedat i pol·lució ambientals, fixació visual prolongada).

## PINGUÈCULA

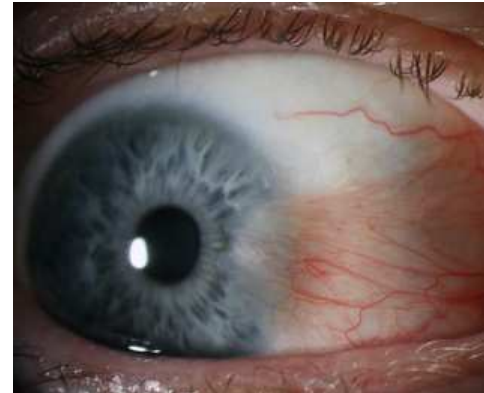


---

Degeneració de fibres elàstiques subconjuntivals, amb acúmulo de substància hialina amorfa a conjuntiva bulbar juxtalímbica del costat nasal. Creixement molt lent o nul, **no invadeix còrnia**.

**Tractament:** coliris AINES.

## PTERIGION



Plec conjuntival anormal, forma triangular amb vèrtex cap a la còrnia. Pot créixer i afectar **superfície corneal**.

**Tractament:** coliris AINES / IQ

# QUERATITIS INFECCIOSES



PATOLOGIA CORNIAL: virus, bacteris, fongs

Pèrdua de brillantor corneal, **disminució d'agudeses visual**, dolor ocular, sensació de cos estrany, ull vermell vascular amb patró difús de predomini ciliar.

Tinció fluoresceïna: tincions dendrítiques o serpinginoses (herpètica), puntejades (portadors de lents de contacte) o arrodonides.

**Tractament:** segons agent causal. No utilitzar coliri corticoides.

Davant sospita d'etiologia bacteriana o herpètica---> derivació a oftalmo.

# QUERATITIS TRAUMÀTIQUES

Clínica: dolor, fotofòbia, llagimeig i **blefarospasme**

## **Cos estrany i erosió corneal**

Es perd la capa epitelial sense afectar estroma. En perforacions oculars, test Seydell positiu (dilució de fluoresceïna en hùmor aquós).

### **Tractament:**

Retirar cos estrany amb agulla taronja o gassa.

Pomada epitelitzant / 8h +- ATB tòpic. Coliri cicloplègic o tropicamida 1% 1g/12h

No oclusió ocular!!!!!!!!!!!!

Derivació a oftalmo si : cos estrany enclavat o intraocular

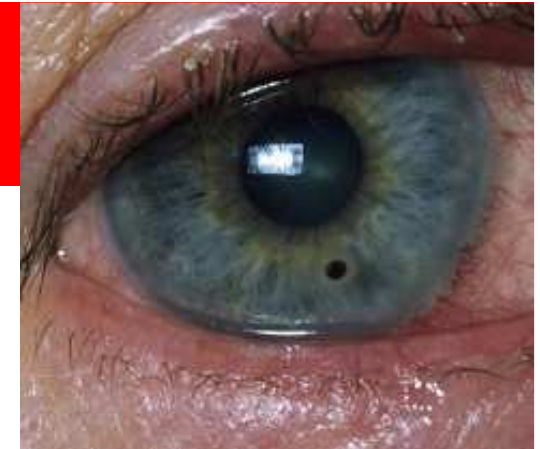
úlcera gran

sospita de perforació

no es pot eliminar halo òxid

risc d'infecció (erosió per material contaminat o orgànic)

no millora en 24-48 hores.



# QUERATITIS TRAUMÀTICA

**Queratitis actínica** (soldadors o exposició solar)

Apareix a les 6-10 hores després de l'exposició.

**Puntejat corneal** (queratitis punctata).

**Tractament:** Cicloplègic + pomada ATB o epitelitzant i oclusió, +-analgèsic sistèmic.



© Can Stock Photo - csp5825274

**Cremades químiques per àcids i àlcalis (més greus) o tèrmiques.**

**Tractament:**

Rentat amb suero fisiològic 15-20 minuts.

Pomada epitelitzant /8h fins a curació. Coliri ATB, corticoide i cicloplègic. Analgèsic sistèmic.

Derivar oftalmòleg sempre, excepte cremades lleus (gota de lleixiu, oli)

# EPISCLERITIS



Inflamació de l'episclera.

Idiopàtiques la majoria.

Freqüent i **benigne**, autolimitat en 1-2 setmanes i poc simptomàtic.

Ull vermell vascular localitzat a àrea temporal i injecció mixta.

**Tractament:** No sempre necessari.  
Es pot utilitzar coliris AINES.

# ESCLERITIS



Poc freqüent. Moltes associades a malalties sistèmiques autoimmunes (AR, granulomatosi Wegener, artritis reactiva, sarcoïdosis...)

**Dolor intens**, llagimeig, fotofòbia i visió borrosa.

Ull vermell vascular amb injecció mixta, sol afectar a tot un sector de l'esclera (normalment el temporal) o circumscriu un nòdul.

Dx diferencial: La instil·lació de fenilefrina blanqueja els vasos conjuntivals i epiesclerals. En l'epiescleritis desapareix la hiperèmia i en l'escleritis no.

**Tractament:** AINES sistèmics i derivació urgent a oftalmologia (risc de perforació)

# UVEÏTIS

Inflamació iris i cos ciliar per infecció exògena o associada a patologia autoimmune (EA, Reiter, Artritis psoriàsica, sarcoïdosis), Toxoplasmosis, TBC, LUES.

Unilateral. Dolor ocular, fotofòbia i disminució lleugera de la visió.

**Miosi unilateral.** Ull vermell vascular, patró difús i injecció ciliar.

Efecte Tyndall: cèl·lules flotant a humor aquós (làmpada de fenedura)

Hipopion: acúmulo de cèl·lules i detritus a la part inferior de la càmera anterior

**Tractament:**

Cicloplègic 1g/6-8h + dexametasona 1g/4-6h (pomada nocturna)

**DERIVACIÓ A OFTALMOLOGIA URGENT**



# GLAUCOMA AGUT



## URGÈNCIA OFTALMOLÒGICA

Augment ràpid i important de la pressió intraocular.

Halos de colors al voltant dels llums--->afectació visual ràpidament progressiva, **dolor** ocular o hemicraneal i malestar general.

Pèrdua de brillantor corneal, **midriasis mitja areactiva**.

Ull vermell vascular amb patró mixte i difús.

**Tractament:** Manitol 20% 250cc en perfusió ev en 15 min  
Pilocarpina al 2-4% 1g/10min x 30min i seguir 1g/6h +  
Acetazolamida: 1a dosis 500mg vo i seguir amb 250mg/8h +  
Timolol 1g/12h

DERIVACIÓ IMMEDIATA A OFTALMOLOGIA



GRÀCIES

# COLIRIS

ATB	POMADES: Clortetraciclina (Aureomicina) Eritromicina Tobramicina Gentamicina Aciclovir	COLIRIS: Tobramicina Gentamicina Cloranfenicol Ciprofloxacino (Oftacilox)
AINES	Diclofenac Ketorolac (Acular)	
MIDRIÀTICS	Ciclopentolato (Cicloplègic) Tropicamida CONTRAINDICATS EN GLAUCOMA	
MIÒTICS	Pilocarpina	
ANTIHIISTAMÍNICS	Levocabastina (Bilina) Clorfenamiina (Antihistamínico Llorens) Cromoglicat sòdic (Cusicrom oftàlmico)	
CORTICOIDES	Fluorometolona (FML) Dexametasona	
ANESTÈSICS	Oxibuprocaïna clorhidrat (Prescaïna)	