

Título: ALERGIA OCULAR

Autores:

Dra. Iglermis Figueroa García.

Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y de 1er. Grado en Alergología. Máster en enfermedades infecciosas. Instructora.

Dra. Ilonka María Estruch Fajardo.

Especialista de 2º Grado en Alergología. Profesora Auxiliar y Consultante.

Lic. Maria de Jesús Valderrama Puente.

Licenciada en Biología, Profesora Asistente.

Servicio de Alergología

Email: alergia@hha.sld.cu

Introducción

La patología alérgica ocular engloba al proceso inflamatorio de la superficie ocular que interesa a párpados, conjuntiva y córnea. El proceso alérgico ocular temprano comienza cuando el alérgeno atraviesa el film lagrimal, el epitelio conjuntival y llega a la sustancia propia de la conjuntiva donde toma contacto con las células presentadoras de antígenos, quienes los procesan. De esta manera, el alérgeno estimula la producción de IgE y produce la sensibilización del mastocito.

Se trata de un proceso global en crecimiento que presenta en la actualidad una incidencia del orden del 25% al 40% en la población general. Por un lado, el aumento exponencial de la presencia de enfermedades alérgicas. Por el otro, la globalización y tecnificación progresiva e imparable de nuestra sociedad que multiplica los contactos de todo tipo con nuevas sustancias creando ambientes

y atmósferas, limitadas o no, al entorno laboral, que provocan la necesidad de adentrarse en el conocimiento de esta patología. Se plantea además que ha ido en ascenso la combinación de alergia y ojo seco, considerándose como una amenaza mayor para la calidad de vida de los pacientes por alteraciones visuales y trastornos psicológicos asociados.

Dentro de las enfermedades alérgicas oculares consideraremos: la conjuntivitis alérgica aguda (clasificándose ésta en estacional o perenne según la forma de presentación, dependiendo del alérgeno implicado); la queratoconjuntivitis atópica; la queratoconjuntivitis vernal, la conjuntivitis papilar gigante y la dermato-conjuntivitis de contacto.

Cada una de las distintas manifestaciones de la alergia ocular presenta una prevalencia diferente, pudiendo existir algunas diferencias entre las distintas prevalencias publicadas, dependiendo de diversos factores, como la zona en donde se estudian. Diversos estudios exponen la utilidad de varios fármacos comercializados para el control de los síntomas que se generan en el curso de estas entidades

La importancia de la conjuntivitis alérgica reside más en su frecuencia que en su gravedad. Así, la conjuntivitis alérgica en sus distintas formas de presentación estacional o perenne es la forma de manifestación más frecuente de alergia ocular, correspondiendo a aproximadamente el 66 % de todas las enfermedades alérgicas oculares observadas en largas series de pacientes visitados.

La queratoconjuntivitis atópica es la afectación inflamatoria alérgica, bilateral y

grave que aparece en algunos pacientes afectados de dermatitis atópica. Entre el 15-40 % de los pacientes afectados de dermatitis atópica presenta queratoconjuntivitis atópica. Se plantea que constituye un problema no solamente de la superficie ocular sino también causa de cataratas, desprendimientos de retina y queratocono.

La conjuntivitis papilar gigante es una patología alérgica inflamatoria en la que se afecta normalmente la conjuntiva palpebral superior y se asocia al uso de prótesis oculares, fundamentalmente a lentes de contacto. Se estima que el 1-5 % de pacientes que usan lentes de contacto rígidas y el 10-15 % de los que usan lentes de contacto blandas desarrolla una conjuntivitis papilar gigante. El grupo de edad en el que aparece con más frecuencia es en el que se utilizan lentes de contacto, es decir, en edades comprendidas entre la adolescencia y los 40 años.

Se plantea, entonces, un problema médico que requiere de un abordaje especializado y multidisciplinario; además de Alergología se precisa de valoraciones por parte de Oftalmología, Psicología, Inmunología y Reumatología en casos que fuera necesario. Este protocolo se instrumenta, precisamente, para dar solución a los problemas de diagnóstico etiológico y de la conducta a seguir consecuente, en estos pacientes.

Al darle cumplimiento, realizando un diagnóstico preciso y una conducta terapéutica correcta, lograremos un impacto positivo en el paciente, incrementando de forma significativa, los niveles de calidad de vida en los mismos.

Objetivos:

- ✓ Identificar, de forma precisa, el tipo de alergia ocular, de acuerdo a la clasificación existente, para desarrollar acciones médicas consecuentes con cada una de ellas.

- ✓ Evaluar diversas opciones terapéuticas encaminadas a lograr el control de los síntomas de forma efectiva, y prevenir complicaciones, incrementando, así, el nivel de calidad de vida de los pacientes.

- ✓ Identificar el nivel de reducción de los costos teniendo en cuenta el consumo de medicamentos

Desarrollo:**Estructura Asistencial Básica:****Participación de los profesionales y servicios implicados:**

- Especialista de Alergología.- Evaluará personalmente a los pacientes decidiendo su inclusión o no en el protocolo asistencial.
- Residente de Alergología.- Auxiliará en la confección de historias clínicas y en todo lo referente al manejo de los casos.
- Licenciado en Biología- Será el encargado de la realización de técnicas relacionadas con la determinación de IgE, ya sea sérica o en lágrimas y pruebas alérgicas
- Servicios implicados.- Oftalmología: Realizará examen oftalmológico general descartando otras patologías oftalmológicas implicadas

Procesos asistenciales obligados:

Criterios de Universo de Trabajo.- Se evaluarán todos los pacientes con padecimiento de patología alérgica ocular remitidos de: policlínicos del área, otros servicios del Hospital y los ingresados por este motivo.

Se incluirán en el protocolo aquellos pacientes que cumplan con los siguientes requisitos:

Criterios de Inclusión en el Protocolo Asistencial.

- 1.- Pacientes de ambos sexos.
- 2.- Pacientes de 15 años en adelante.
- 3.- Se incluirán los pacientes con síntomas de alergia ocular y dermatitis atópica
- 4.- Se incluirán alergias oculares que no respondan al tratamiento farmacológico convencional
- 5.- Se incluirán, además, alergias oculares con compromiso de la agudeza visual y/o con asociación a enfermedades sistémicas de origen inmunológico

Criterios de Exclusión:

Alergias oculares relacionadas con Rinitis (Rinoconjuntivitis alérgica) que se encuentren controladas.

CLASIFICACIÓN

- Conjuntivitis alérgica (Estacional: **CAE** o Perenne: **CAP**)
- Queratoconjuntivitis atópica (**QCA**)
- Queratoconjuntivitis vernal (**QCV**)
- Conjuntivitis Papilar Gigante (**CPG**)
- Dermatoconjuntivitis alérgica de contacto o blefaroconjuntivitis (**DAC**)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Conjuntivitis alérgica estacional y Perenne (**CAE, CAP**)

- **Síntomas:** prurito, quemazón, lagrimeo, enrojecimiento (bilaterales, benignos y autolimitados a conjuntiva)
- **Signos:** Hiperemia conjuntival, edema palpebral, secreción acuosa o mucoacuosa filamentosa de mucina

.Queratoconjuntivitis atópica: (**QCA**)

- **Síntomas:** Prurito, lagrimeo, enrojecimiento, quemazón, fotofobia, dolor y visión borrosa
- **Signos:** Eccema palpebral, papilas finas en la conjuntiva tarsal superior o inferior, secreción mucosa extensa, epitelopatía punteada superficial, úlceras corneales, nódulos de Trantas, neovascularización corneal, cicatrización corneo-conjuntival

Queratoconjuntivitis vernal (**QCV**)

- **Síntomas:** Prurito, lagrimeo, secreción mucosa espesa, sensación de cuerpo extraño, fotofobia, blefaroespasmo, ptosis

- **Signos:** Exceso de secreción de moco, nódulos límbicos y puntos de Trantas, micropannus, epitelopatía punteada superficial, úlceras en escudo con o sin placa, cicatrización subepitelial, pseudo generontoxon.

Conjuntivitis papilar gigante (CPG)

- **Síntomas:** Asociación a lentes de contacto (intolerancia), prurito, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, secreción mucosa, ptosis
- **Signos:** Son diagnósticos: Papilas gigantes de al menos 1 mm de diámetro en la conjuntiva tarsal superior, papilas de 0,3 mm asociadas a prurito, intolerancia o encubrimiento del lente de contacto por moco, visión borrosa e inyección conjuntival, epitelopatía punteada superficial en algunos casos y neovascularización sin afectación corneal grave.

Dermatoconjuntivitis alérgica de contacto (DAC)

- **Síntomas:** Prurito, escozor, lagrimeo, inflamación palpebral
- **Signos:** Eritema y edema de los párpados e incluso ulceración, hiperemia conjuntival con quemosis asociadas, pueden aparecer papilas y secreción mucopurulenta

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Conjuntivitis infecciosas (viral y bacteriana): Caracterizado por irritación, ojo rojo, secreción, sensación de cuerpo extraño, fotofobia. Al examen físico ocular se observa hiperemia conjuntival, secreción que puede ser desde mucosa hasta purulenta dependiendo del germen, adenopatías pre-auriculares.

Blefaritis: Caracterizado por irritación, prurito, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño. Síntomas más fuertes por la mañana, con periodos de remisiones y

exacerbaciones. Al examen ocular se observan escamas blanco-grisosas y oleosas en las pestañas e hiperemia de los bordes palpebrales.

Ojo seco: Caracterizado por irritación, ojo rojo, ardor o quemazón, escozor, secreción mucosa, fotofobia. Al examen ocular se observa disminución del menisco lagrimal (< 1mm), tiempo de ruptura lagrimal disminuido ((< 10 seg.)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Pruebas cutáneas alergológicas

1. Citología lagrimal o conjuntival
2. Determinación de IgE sérica global y en lágrima
3. Conteo global de Eosinófilos
4. Exudado conjuntival con cultivo
5. Pruebas de parche
6. Pruebas de provocación conjuntival
7. Test de Schirmer (incluir en la batería primaria por asociación actual entre alergia ocular y ojo seco)

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Medidas Generales

- Evitar el alérgeno (medidas de control ambiental orientadas por el especialista a cargo)
 - Lavados con lágrimas artificiales o suero fisiológico
 - Aplicación de compresas frías o bolsas de hielo

Tratamiento médico medicamentoso

Farmacológico sistémico

Antihistamínicos anti-H1 clásicos (a criterio médico y en dependencia de la sintomatología)

- **Difenhidramina** (Tab. 25 mg): 1 tableta cada 8 horas, o
- **Dexclorferinamina** (Tab. 2 mg): 1 tableta cada 12 horas , o
- **Meclozina** (Tab. 25 mg): 1 tableta cada 8 o 12 horas
- **Ketotifeno** tabletas 1mg 1 tableta c/12hs

Antihistamínicos anti-H1 de segunda generación

- **Loratadina** (Tab. 10 mg): 1 tableta diaria, o
- **Ceterizina** (Tab. 10 mg): 1 tableta diaria

Corticosteroides

- **Prednisona** (Tab. 5 mg o 20 mg): 1 mg/kg peso en 24 horas.
Reducir 5 mg cada 3 días

El tiempo de tratamiento se determina según evolucione el cuadro clínico: promedio 7 a 14 días

Farmacológico Tópico

Antihistamínicos

- **Levocavastina** (Colirio 0.025 %): 1 gota cada 12 horas

De acción dual (antihistamínico/estabilizador de la membrana del mastocito)

- **Ketotifeno** (Zaditen): 1 gota cada 12 horas
- **Olopatadina** (Patanol, 0,1 %): 1 gota cada 12 h (**de elección**)

Esteroides

- Prednisolona 1 %: 1 gota cada 8 horas por ciclos limitados en exacerbaciones
- Betametasona 0.01 %: 1 gota cada 8 horas, o

- Dexametasona 0,1 %: 1 gota cada 8 horas o
- Hidrocloridato de Hidrocortisona 0.5 %: 1 gota cada 8 horas.

Estabilizadores de mastocitos

- **Cromoglicato de Sodio 2 %**: 1 gota c/4 o 6 hs (si disponible)
- **Colírios Inmunosupresores**
- **Cyclosporina (Papilock) 0,1%**: 1 gota al día
- **Tracolumus (Talymus) 0,1%** : 1 gota al día

Ungüentos oftálmicos esteroideos

- **Dexametasona sódica 0,05 %**: aplicar 1 vez al día antes de dormir
- **Prednisolona 0,25%**: aplicar 1/día antes de dormir.

Inmunoterapia alérgeno-específica

- Prescrita por especialista en Alergología en pacientes con conjuntivitis alérgica y queratoconjuntivitis atópica con pauta individual para cada paciente que lo necesite en relación a la respuesta cutánea.

COMPLICACIONES

Fundamentalmente en queratoconjuntivitis atópica:

- Cataratas subcapsulares anteriores y posteriores (por uso frecuente de esteroides tópicos)
- Queratocono

SEGUIMIENTO

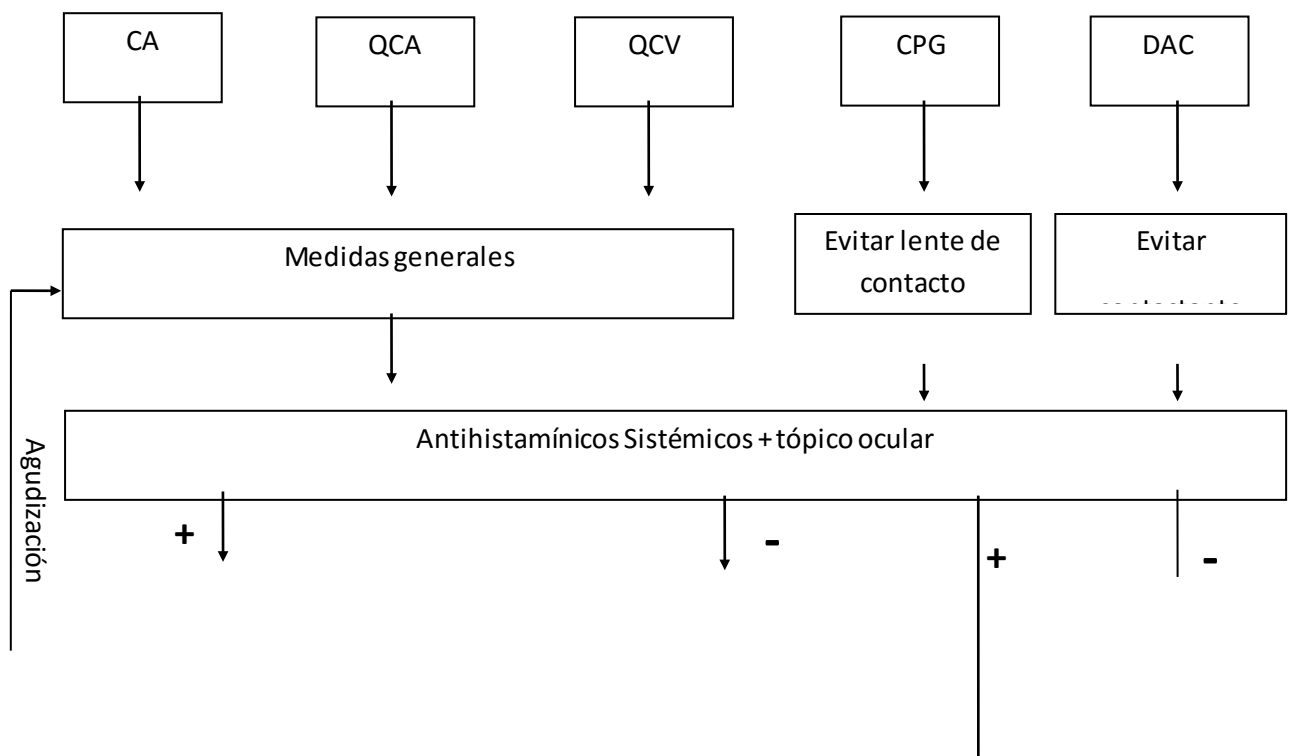
Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3, 4, 5 y 6	Consulta 7, 8, 9 y 10
A los 15 días de consulta	A 30 días de consulta	Consulta trimestral	Consulta semestral
Consulta evaluadora	Consulta seguimiento	Si no complicaciones	Si no complicaciones

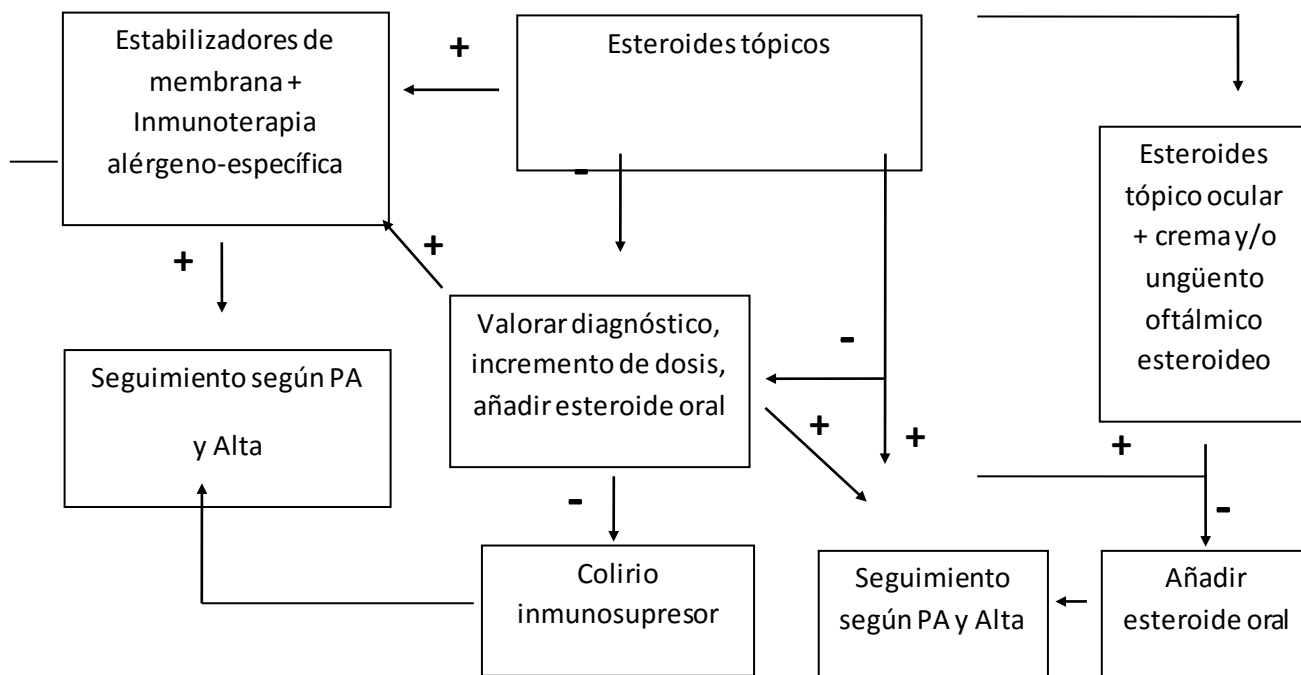
Indicadores

INDICADORES DE ESTRUCTURA		Estándar
Recursos humanos	% de especialistas en Alergología y personal con entrenamiento en el perfil del PA	> 95%
Recursos materiales	% de reactivos para los estudios según PA	> 95%
	% de medicamentos según se detallan en el PA	> 95%
Recursos organizativos	% de planillas para la recolección de datos (PRD)	100 %
	% de planillas en base de datos	100 %

INDICADORES DE PROCESOS	Estándar
% de pacientes bien clasificados según criterios establecidos	100 %
% de pacientes con cumplimiento de indicaciones de tratamiento realizadas, según clasificación	> 95%
% de pacientes con seguimiento ambulatorio según precisa el PA	> 90 %
INDICADORES DE RESULTADOS	Estándar
% de pacientes con mejoría subjetiva de su alergia ocular o no	≥70%
% de pacientes con mejoría objetiva de su alergia ocular o no	≥70%
% de no agudización de los síntomas bajo tto médico	≥70%
% de incremento de actividades diarias según EAIP	≥70%

ALGORITMO TERAPÉUTICO





ANEXO 1

Escala para análisis de los síntomas en pacientes con conjuntivitis alérgica

Síntoma	Puntuación			
	0	1	2	3
Prurito	Ausente	Ligero (sensación intermitente)	Moderado (molesta la mayor parte del día, continuo)	Severo (deseo irresistible de frotar los ojos)
Lagrimo	Ausente	Ligero (en ocasiones)	Moderado (debe soplar la nariz)	Severo (continuo)
Fotofobia	Ausente	Ligera (solo en espacios muy iluminados)	Moderada (molesta espacios con iluminación)	Severa (No puede sostener la mirada al frente)

ANEXO 2

Escala de evaluación de signos clínicos en la alergia ocular

Signo	Puntuación			
	0	1	2	3
Hiperemia Conjuntival	Ausente	Área menor del 25% de la superficie conjuntival	Área mayor del 25% pero sin llegar a afectar la totalidad de la conjuntiva	En toda la superficie conjuntival
Presencia de papilas	Ausente	Papilas cubriendo un 25% de la superficie de la conjuntiva tarsal superior	Más del 25% sin llegar a afectar la totalidad de la conjuntiva tarsal superior	Totalidad de la conjuntiva tarsal superior
Puntos de Trantas	Ausente	En el limbo superior sin cicatrización	En el limbo superior e inferior sin cicatrización	En todo el limbo con cicatrización
Superficie corneal	Ausente	Queratitis punteada superficial difusa	Queratitis punteada superficial que coalesce formando áreas de desepitelización	Úlcera corneal
Vascularización del limbo esclerocorneal	Ausente	En un cuadrante	En dos cuadrantes	En más de dos cuadrantes

Bibliografía

- Aguiar AJ. (2000): Comparative study of clinical efficacy and tolerance in seasonal allergic conjunctivitis management with 0.1 % olopatadine hydrochloride vs 0.05% ketotifen fumarate. *Acta Ophthalmol Scand.* 230(suppl):52-55.
- Alexander M, Berger W, Buchholz P, et al. (2005): The reliability, validity, and preliminary responsiveness of the Eye Allergy Patient Impact Questionnaire (EAPIQ). *Health Qual Life Outcomes.* 31:3-67.
- Barta TJ, Arondo ME. (2003): Actualización en Alergia ocular. ISBN:894-7429-164.
- Berdy GJ, Spangler DL, Bensch G, Berdy SS, Brusatti RC. (2000): A comparison of the relative efficacy and clinical performance of olopatadine hydrochloride 0.1 % ophthalmic solution and ketotifen fumarate 0.025% ophthalmic solution in the conjunctival allergen challenge model. *Clin Ther.*; 22:826-833
- Finegold I, Granet DB, D' Arienzo PA, Epstein AB. (2006): Efficacy and response with olopatadine vs epinastine in ocular allergic symptoms: a post hoc analysis of data from a conjunctival allergen challenge study. *Clin Ther*, 28:1630-1638
- Gaytán JA, Baca O, Velasco R, Güell JL. (2004): Comparación entre el suero autólogo, cromoglicato de olopatadina y fumarato de ketotifeno en el manejo de la conjuntivitis alérgica. *Microcirugía ocular* 2004; 2
- Guest JF, Glegg JP, Smith AF. (2006): Health economic impact olopatadine compared to branded and generic sodium cromoglycate in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis in the UK. *Curr Med Res Opin*; 22:1777-1785.
- Ibañez G, Santa cruz C, Aguilar G, Linares M, Jiménez MC. (2009): Hallazgos clínicos e inmunológicos en pacientes con conjuntivitis alérgica crónica. *Rev Mex Oftalmol*; 83(5):296-300.
- Irkec M, Bozkurt B, Kerimoglu H, Orhan M, Us D. (2001): Topical olopatadine decreases tear eotaxin in patients with seasonal allergic conjunctivitis (SAC). *IOVS.* 42(4); 3092-3234.
- Kari O, Saari KM. (2010): Updates in the treatment of ocular allergies. *J Asthma Allergy.* 24(3): 149-58.
- Lanier BQ, Finegold I, D' Arienzo P, Granet D, Epstein AB, Ledgerwood GL. (2004): Clinical efficacy of olopatadine vs epinastine ophthalmic solution in the conjunctival allergen challenge model. *Curr Med Res Opin.* 20:1227-1233.
- La Rosa M, Lionetti E, Reibaldi M, et al. (2013): Allergic conjunctivitis: a comprehensive review of the literature. *Ital J Pediatr.* 14: 18-39
- Leonardi A, Zafirakis P. (2004): Efficacy and comfort of olopatadine vs ketotifen ophthalmic solutions: a double-masked, environmental study of patient preference. *Curr Med Res Opin.* 20:1167-1173.

- Leonardi A, Lanier B. (2008): Urban eye allergy syndrome: a new clinical entity? *Curr Med Res Opin.* 24:2295-2302.
- Leonardi A, Motterle L, Bortolotti M. Allergy and Eye. (2008): *Clin Exp Immunol*;153 (suppl. 1): 17-21.
- Leonardi A. (2005): In vivo diagnostic measurements of ocular inflammation. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*; 5:464-472.
- Mah FS, Caparas VL, Fujishima H, Groblewska A, et al. (2009): Alergia Ocular: un problema global en crecimiento. *Ocular surgery news Latin America Edition.*;4:1-15
- Martin F. (2009): Alergia Ocular. www.alergomurcia.com
- O'Brien TP. (2013): Allergic conjunctivitis: an update on diagnosis and management. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.*13(5):543-9.
- Palmares J, Delgado L, Cidade M, et al. (2010): Allergic conjunctivitis: a national cross-sectional study of clinical characteristics and quality of life. *Eur J Ophthalmol.* 20(2):257-64.
- Scoper SV, Berdy GJ, Lichtenstein Sj, et al. (2007): Perception and quality of life associated with the use of olopatadine 0.2% (Pataday) in patients with active allergic conjunctivitis. *Adv Ther.* 2007; 24:1221-1232.
- Shaker M, Salcone E. (2016): An update on ocular allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 16(5):505-10.
- Spangler DL, Bensch G, Berdy GJ. (2001): Evaluation of the efficacy of olopatadine hydrochloride 0.1% ophthalmic solution and azelastine hydrochloride 0.05% ophthalmic solution in the conjunctival allergen challenge model. *Clin Ther.* 23:1272-1280.
- Takamura E et al. (2011): Japanese guideline for allergic conjunctival diseases. *Allergology internacional*; 60: 191-203.
- Tanrús MJ; Escalada G; Bartra TJ. (2005): *Conjuntivitis Alérgicas. E.U.R.O.M.D.I.C.E. Ediciones médicas.* 88 pp.