

Tratamiento de la alergia ocular

Dra. M.^a Jesús Muniesa Royo

Departamento de Oftalmología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida)

Mensajes clave

- ▶ En el manejo de la alergia ocular, lo primero y más efectivo es evitar los alérgenos causales y retirar las lentes de contacto si procede.
- ▶ Las lágrimas artificiales, la higiene palpebral y las compresas frías sirven para aliviar los síntomas y eliminar mediadores y alérgenos de la superficie ocular.

El término «alergia ocular», o «conjuntivitis alérgica», designa un conjunto de trastornos de la superficie ocular que afectan a los párpados y a la conjuntiva. Raramente altera la visión, pero puede mermar de forma importante la calidad de vida del paciente. Se estima que la conjuntivitis alérgica aislada afecta al 6-30% de la población general y a más del 30% de los niños, sea sola o asociada a la rinitis alérgica.

En la reacción alérgica ocular están implicadas células (mastocitos, eosinófilos, neutrófilos, etc.) y mediadores (histamina, citocinas, moléculas de adhesión, etc.). En la primera fase (sensibilización) se desarrolla la activación de células T, que reconocen al antígeno y son capaces de responder con un amplio perfil de citocinas. A partir de ese momento, una cadena de acontecimientos celulares y químicos permitirá la respuesta al antígeno.

Se han descrito diferentes formas de enfermedad alérgica ocular:

- Conjuntivitis alérgica simple. Se produce por la exposición a alérgenos ambientales; puede ser estacional o perenne y constituye el 50% de los casos observados en la clínica diaria. La mayoría de veces los síntomas se inician antes de los 20 años de edad, y su prevalencia disminuye en los pacientes mayores. Es una reacción de hipersensibilidad (tipo I) mediada por inmunoglobulina E (IgE) que resulta en la desgranulación de mastocitos secundaria al contacto directo de un alérgeno con la superficie ocular.
- Queratoconjuntivitis vernal. Afecta a niños de corta edad, sobre todo varones, de forma crónica y bilateral; se da especialmente en climas secos, con exacerbaciones primaverales. Es frecuente la historia de atopia o asma. En muchos pacientes se produce una resolución completa sin recurrencias tras la adolescencia. Aunque el mecanismo exacto de la queratoconjuntivitis vernal no se conoce bien, se han implicado la hipersensibilidad mediada por IgE y las células T.
- Queratoconjuntivitis atópica. Afecta a adultos de entre 30 y 50 años que presentan dermatitis atópica. En la queratoconjuntivitis atópica aparece una combinación de una

reacción inmediata (tipo I) y tardía (tipo IV) a la exposición de un alérgeno ocular con la desgranulación de los mastocitos mediada por IgE y la implicación de linfocitos T, así como de otras células inflamatorias.

- Conjuntivitis papilar gigante. Es más frecuente en adolescentes o adultos jóvenes, y sobre todo se asocia al uso de lentes de contacto blandas. Se debe a la exposición al alérgeno y la subsecuente respuesta secundaria (reacción inmunitaria tipo I y tipo IV) a un cuerpo extraño ocular que alberga alérgenos en su superficie o daña las estructuras oculares que facilitan la infiltración de alérgenos.

La evaluación de los signos y síntomas es crucial para establecer el diagnóstico clínico de la alergia ocular. El síntoma más importante de la alergia ocular es el prurito ocular, consecuencia de la liberación de histamina de los mastocitos conjuntivales y la activación de los receptores histamínicos H1 en las terminaciones nerviosas. La hiperemia conjuntival difusa es el signo primario de la alergia ocular debido a la vasodilatación conjuntival. También podemos encontrar epífora, edema palpebral y conjuntival, secreción acuosa o serosa, papilas subtarsales gigantes en la blefaroconjuntivitis de contacto y frecuente asociación con ojo seco. Si hay afectación corneal, más habitual en la queratoconjuntivitis vernal y la queratoconjuntivitis atópica, puede haber dolor y alteraciones visuales.

Tratamiento

En el manejo de la alergia ocular, lo primero y más efectivo es evitar los alérgenos causales y retirar las lentes de contacto si procede.

Todos los pacientes deberían recibir unas instrucciones generales para el cuidado de la alergia ocular. Hay que evitar rascarse los ojos, para no ocasionar una mayor desgranulación de los mastocitos que empeore los síntomas. Las lágrimas artificiales, la higiene palpebral y las compresas frías alivian los síntomas y eliminan mediadores y alérgenos de la superficie ocular.

Evidencias en...

Urticaria

Para las formas leves pueden emplearse estabilizadores de la membrana del mastocito y antihistamínicos tópicos. Para las formas moderadas-graves son útiles los antialérgicos de doble acción.

Los antihistamínicos tópicos clásicos generalmente están asociados a los vasoconstrictores descongestivos del tipo de los adrenérgicos, cuya acción farmacológica permite controlar la picazón (acción antihistamínica) y la congestión conjuntival (acción vasoconstrictora). Los antihistamínicos tópicos de última generación, desarrollados en los últimos años, tienen un efecto superior a los antihistamínicos clásicos. Los hay de acción única, sólo con acción antihistamínica, y de acción dual, con acción antihistamínica y acción estabilizadora del mastocito. El principal mecanismo de los antihistamínicos de acción única es el de bloquear los receptores histamínicos (fundamentalmente H1); dentro de este grupo están la azelastina, la levocabastina y la olopatadina. Más recientemente se han incorporado los agentes antihistamínicos con acción estabilizadora de los mastocitos. Estos antihistamínicos de acción dual permiten controlar los síntomas y signos de la conjuntivitis alérgica en su fase aguda, así como prevenir la respuesta desgranuladora del mastocito a largo plazo. Dentro de este grupo figura el ketotifeno.

Los corticosteroides (CC) tópicos deben reservarse para los casos resistentes o severos, y han de utilizarse en ciclos cortos (10-15 días) en pauta de 3-4 veces al día. Pueden considerarse como primera opción los CC de baja potencia como la fluorometolona o la rimexolona. También pueden emplearse antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en ciclos cortos. En caso de afectación extraocular, se añadirán antihistamínicos sistémicos.

Conjuntivitis alérgica simple. Los casos leves y agudos pueden tratarse con antihistamínicos o bien con colirios que combinan antihistamínicos con vasoconstrictores durante periodos cortos. Ha de advertirse al paciente del posible efecto rebote de la hiperemia conjuntival tras suspender el uso de vasoconstrictores tópicos. En la conjuntivitis alérgica estacional y perenne, debería aplicarse una combinación de colirios con antihistamínico y estabilizador de los mastocitos. Los colirios de AINE son menos efectivos que los antihistamínicos/estabilizadores de

mastocitos. Para los casos resistentes, pueden usarse colirios de CC durante periodos cortos (no más de 2 semanas) y bajo la supervisión de un especialista. Los antihistamínicos sistémicos y los CC sólo están indicados en los casos resistentes y en pacientes que presentan síntomas sistémicos.

Queratoconjuntivitis vernal y atópica. El tratamiento farmacológico inicial es similar al de la conjuntivitis alérgica simple, con una combinación tópica de antihistamínico y estabilizador de mastocitos. Los casos resistentes deben remitirse al especialista para que valore el uso de CC tópicos, como el acetato de prednisolona. Los pacientes deben ser advertidos de los riesgos potenciales de los CC tópicos, como la formación de cataratas o el glaucoma. Si los síntomas persisten o si no es posible retirar los CC tópicos, pueden estar indicados los inhibidores de la calcineurina tópicos. En la conjuntivitis alérgica severa está indicado el colirio de tacrolimus al 0,03%; el tacrolimus es un macrólido inhibidor de la calcineurina que inhibe la activación de las células T y la proliferación de los linfocitos B dependiente de las células T auxiliares, así como la formación de linfocinas. Para minimizar los riesgos de los tratamientos prolongados con CC, se ha descrito el uso eficaz de la ciclosporina A tópica, que inhibe la activación de los linfocitos T y de los eosinófilos y los mastocitos, evitando con ello la liberación de mediadores inflamatorios.

Conjuntivitis papilar gigante. El tratamiento inicial consiste en retirar el agente mecánico irritante más frecuente, que son las lentes de contacto. La farmacoterapia inicial es similar a la de los otros subtipos de conjuntivitis alérgica, con antihistamínicos tópicos o combinación de antihistamínicos con estabilizadores de mastocitos en gotas. Los CC tópicos están indicados en casos resistentes; no lo están, en cambio, los inhibidores de la calcineurina.

Bibliografía

- Kocluk UY, Yalniz-Akkaya Z, Burcu A, Örnek F. Atopic keratoconjunctivitis: long-term results of medical treatment and penetrating keratoplasty. *Arq Bras Oftalmol.* 2016; 79(6): 376-379.
- Leonardi A, Doan S, Fauquert JL, Bozkurt B, Allegri P, Marmouz F, et al. Diagnostic tools in ocular allergy. *Allergy.* 2017; 72(10): 1.485-1.498.
- Takamura E, Uchio E, Ebihara N, Ohno S, Ohashi Y, Okamoto S, et al.; Japanese Society of Allergology. Japanese guidelines for allergic conjunctival diseases 2017. *Allergol Int.* 2017; 66(2): 220-229.

Práctica clínica

- ▶ Considerar las distintas causas de ojo rojo y preguntar siempre por los signos y síntomas oculares y otras comorbilidades alérgicas.
- ▶ Investigar los factores desencadenantes de los signos y síntomas.
- ▶ La farmacoterapia inicial son los antihistamínicos tópicos o la combinación de antihistamínicos con estabilizadores de mastocitos. Los corticoides tópicos están indicados en casos resistentes o severos.
- ▶ Remitir al oftalmólogo en presencia de síntomas severos, ojo rojo unilateral, dolor ocular, alteración visual o tras uso prolongado de colirios.