

ENRIQUE G. LÓPEZ QUIÑONES\*

CONJUNTIVITIS  
FOLICULARES.

ADemás DEL GRUPO muy conocido de las conjuntivitis de origen bacteriano y de las de otra etiología, existe un grupo muy importante debida a la infección por virus que se ha agrupado con el término genérico de foliculares las que habrá que diferenciar del tracoma y de otras entre las que se encuentran las de carácter tóxico.

CONJUNTIVITIS FOLICULARES AGUDAS

*Conjuntivitis de inclusión.* (Blenorrea de Inclusión. Conjuntivitis de las piscinas).

Se caracteriza por su principio agudo o subagudo; es habitualmente bilateral y sumamente contagiosa. El período de incubación es generalmente de siete días.

La enfermedad se transmite a través del agua de las piscinas o por medio de los dedos y objetos contaminados (auto-transmisión accidental de madres o enfermeras en contacto con recién nacidos, en los cuales la enfermedad evoluciona sin folículos). La enfermedad guarda una relación muy importante con la ocupación y muchos casos son observados en urólogos, ginecólogos y obstétricas expuestos a las secreciones del conducto genito-urinario.

*Cuadro clínico.* Suele existir una hipertrofia papilar que oculta o enmascara la hipertrofia folicular de la conjuntiva durante la fase aguda, así como la presencia de pseudo-membranas si la enfermedad es hiperaguda en el recién nacido, siendo raro observarlo en el adulto. La

---

\* Del Servicio de Oftalmología del Hospital General del Centro Médico Nacional, I.M.S.S. Av. Cuauhtémoc 330, México 7, D. F.

secreción es más o menos abundante al principio y compuesta de neutrófilos y de cuerpos de inclusión. En las fases más avanzadas del padecimiento es difícil encontrarlos, estando siempre presentes los neutrófilos y apareciendo algunos mononucleares. La hipertrofia folicular es más notable en la conjuntiva del párpado inferior que en la superior; nunca existe alteración corneal y siempre se observa infarto ganglionar pre-auricular no doloroso (fase aguda).

La enfermedad no confiere inmunidad alguna, existiendo sin embargo una débil respuesta serológica.

Con el tratamiento la enfermedad suele curar en una semana y sin tratamiento dura de tres meses a un año.

El tratamiento a base de instilaciones y aplicaciones de colirios o ungüentos a base de sulfamidas cuatro veces al día, así como usando la vía oral (tabletas 0.10 a 0.20 g. por kg. de peso) es sumamente efectivo.

#### CONJUNTIVITIS POR ADENOVIRUS

*Fiebre faríngeo conjuntival.* Es una conjuntivitis folicular mono o binocular asociada a faringitis y fiebre elevada, infarto pre-auricular, secreción conjuntival escasa y ausencia de alteraciones corneales. (En ocasiones ha sido observada una queratitis superficial transitoria).

Se presenta con más frecuencia en los niños que en los adultos, especialmente en el otoño y puede ser transmitida por el agua de las piscinas.

El virus causal del padecimiento pertenece al grupo 3 de los adenovirus y recientemente (durante una epidemia) ha sido mencionado el grupo 7. No existe tratamiento específico y aunque la enfermedad dura habitualmente cerca de 10 días se recomienda el uso de antibióticos o sulfonamidas locales con objeto de evitar las infecciones secundarias.

El diagnóstico debe hacerse sobre bases clínicas y puede ser determinado mediante el aislamiento del virus o serológicamente por un aumento del título de los anticuerpos neutralizantes al virus durante la enfermedad.

*Querato-conjuntivitis epidémica.* Es una enfermedad que predomina en el adulto y está caracterizada por dolor, lagrimeo, ausencia de secreción purulenta, infarto pre-auricular acentuado o hipertrofia folicular. Se asocia en ocasiones a la formación de membranas conjuntivales. Las alteraciones corneales que distinguen la enfermedad de otras conjuntivitis está representada por infiltraciones corneales redondeadas, cen-

trales y subepiteliales que aparecen al sexto o décimo día de iniciado el padecimiento y producen fotofobia y disminución de la agudeza visual. El agente etiológico corresponde a los adenovirus tipo 8 y tipo 2, este último aislado recientemente.

La citología del exudado conjuntival demuestra la presencia de numerosos mononucleares y cuerpos de inclusión en las células epiteliales de la conjuntiva y córnea.

El virus puede ser identificado por serología y cultivado el material obtenido de las lesiones conjuntivales y corneales.

La enfermedad se transmite por medio de las manos, instrumentos y soluciones oftálmicas contaminadas. Se debe recomendar a los médicos que extremen sus precauciones con objeto de evitar que la enfermedad se disemine y extienda a otras personas (pacientes).

La fase aguda del padecimiento dura de dos a tres semanas y la curación se logra en forma lenta después de varias semanas (meses y más de un año). No existe tratamiento efectivo y se acostumbra el uso de antibióticos y sulfonamidas para evitar las infecciones bacterianas secundarias.

*Conjuntivitis folicular aguda (tipo Béal)*. Se considera en la actualidad debida a los adenovirus y se distingue por ser monocular al principio, presentar una hipertrofia folicular inmediata y rápida así como la existencia de infarto ganglionar pre-auricular y secreción muy escasa. Nunca existe ataque corneal ni formación de membranas o pseudomembranas. La hipertrofia folicular está localizada al fondo de saco y conjuntiva tarsal inferior. La citología conjuntival demuestra la existencia de numerosos mononucleares. Su evolución y curso es sumamente rápido (12 días a 3 semanas) se observa con más frecuencia durante el verano y se ha descrito la transmisión a través del agua de las piscinas en forma epidémica, aunque puede presentarse de persona a persona, no siendo muy contagiosa.

*Conjuntivitis de la Enfermedad de Newcastle*. Se observa en personas en contacto con el virus de Newcastle (avicultores, veterinarios, empacadores, virólogos, etc.).

Eu cuadro clínico está caracterizado por una conjuntivitis unilateral y folicular asociada a infarto ganglionar pre-auricular en la mayor parte de los casos.

La enfermedad evoluciona sin complicaciones en una semana a 10 días, el exudado es muy escaso y el estudio de los raspados conjuntivales demuestra un predominio de mononucleares.

La conjuntivitis se asocia en ocasiones a fiebre y cefalea. El virus puede ser aislado en todos los tejidos del embrión de pollo, produce hema-aglutinación y produce efecto citopático en cultivo de tejidos. Después de la infección, la mayoría de los pacientes desarrollan anticuerpos que dan la reacción de fijación de complemento y hema-aglutinación al virus. El diagnóstico se basa en los antecedentes de exposición con aves de corral infectadas o el virus en el laboratorio.

No existe tratamiento específico. Las complicaciones no existen y la enfermedad cede en un período variable de 10 a 14 días. La aplicación de ungüentos oftálmicos o soluciones a base de sulfonamidas es útil para evitar las complicaciones o infecciones bacterianas secundarias.

*Conjuntivitis herpética.* Se observa con más frecuencia en niños y jóvenes siendo rara en los adultos, se asocia habitualmente a una queratitis; es debida al virus del herpes simple. En la mayor parte de los pacientes existe el antecedente de lesiones herpéticas de la mucosa labial, estomatitis y lesiones del mismo carácter del párpado y de la cara.

El cuadro clínico está representado por infarto ganglionar pre-auricular, enrojecimiento e hipertrofia folicular, formación de pseudo-membranas y lesiones infiltrativas corneales redondeadas epiteliales que se unen para constituir ulceraciones de aspecto dendrítico, que dejan como secuelas opacidades corneales permanentes.

En el exudado conjuntival no existen bacterias y la citología demuestra un predominio de mononucleares.

El virus puede ser aislado por medio del cultivo de tejidos e inoculación y transmisión del exudado conjuntival a la córnea del conejo.

La curación se presenta entre el 7º y 10º día, sino se observan complicaciones.

No existe tratamiento efectivo y es de aconsejarse el uso de antibióticos del tipo de las tetraciclinas con objeto de evitar las infecciones bacterianas secundarias. El uso del IDU (5-iodo, 2-deoxiuridina) parece ser el agente medicamentoso de elección en el tratamiento de una de las más serias complicaciones: la queratitis herpética.

#### CONJUNTIVITIS FOLICULARES CRÓNICAS

*Conjuntivitis folicular crónica.* Se conoce también con el nombre de conjuntivitis de los orfanatorios por presentarse en niños de esas instituciones. Se desconoce su etiología. El cuadro clínico está representado por la presencia de abundantes folículos en la conjuntiva incluyendo la tarsal. Las manifestaciones inflamatorias son muy discretas

y como síntoma suele existir la sensación de cuerpo extraño. Nunca existe infarto ganglionar pre-auricular, ni lesiones corneales y el estudio citológico del exudado o de los raspados conjuntivales solo muestra escasos mononucleares.

El padecimiento suele durar varios años.

No hay tratamiento efectivo. Se usan colirios astringentes a base de sulfato de zinc de resultados no satisfactorios.

*Conjuntivitis folicular tóxica. Conjuntivitis por Molluscum contagiosum.* Es una conjuntivitis folicular unilateral recurrente asociada a uno o varios nódulos de molluscum en los bordes libres del párpado superior o inferior. A menudo se asocia a queratitis punteada epitelial, infiltrados subepiteliales y pannus similar al del tracoma. La secreción es escasa habitualmente y no existen elementos característicos en los estudios citológicos. Es factible encontrar en las células epiteliales de los nódulos de molluscum, cuerpos de inclusión citoplásmicos acidófilos, mas no en los de las células epiteliales de la conjuntiva y de la córnea.

El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico de la biopsia del molluscum y la extirpación de los mismos hace ceder el proceso conjuntival.

*Conjuntivitis por la eserina.* Se considera como una conjuntivitis folicular tóxica y está representada por una hipertrofia folicular de grado variable como reacción al uso más o menos continuado y sobre todo por largo tiempo de la eserina como miótico. En ocasiones ha sido descrito el pannus y la cicatrización como elementos asociados (Pseudo-tracoma). La suspensión del miótico (eserina) produce la curación rápida.

La pilocarpina y el di-iso-propil fluorofosfato (D. F. P.) pueden ocasionar una hipertrofia folicular de menor grado que la eserina.

*Foliculosis.* No debe ser considerada como una verdadera conjuntivitis ya que presenta un estado o diátesis linfoidea y es observada en niños con hipertrofia amigdalina y adenoidea.

Los padecimientos con foliculosis refieren en ocasiones sensación de cuerpo extraño, ligera fotofobia y exageración del parpadeo. No existe secreción conjuntival ni hiperhemia. El estudio citológico de los raspados conjuntivales es negativo, con células epiteliales normales sin mayor reacción leucocitaria de importancia.

La afección puede durar varios años obteniéndose la curación aún sin tratamiento el cual es exclusivamente sintomático.