

Caracterización de la conjuntivitis alérgica en el niño

Characterization of allergic conjunctivitis in the child

MSc. Dr. Jorge Luis Díaz González, MSc. Dr. Ariel Jauma Rojo, MSc. Dra. Idalia Triana Casado, MSc. Dra. Concepción Insua Arregui, MSc. Dr. Osmany Franco Argote

Hospital Pediátrico Universitario "William Soler". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la alergia ocular es una entidad de presentación muy frecuente en la práctica clínica de la Oftalmología.

Objetivo: caracterizar los pacientes pediátricos con conjuntivitis alérgica del Servicio de Oftalmología del Hospital "William Soler".

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, durante el bienio 2010-2011, cuyo universo de estudio estuvo constituido por los pacientes con diagnóstico presuntivo de conjuntivitis alérgica, y la muestra, aplicados los criterios de inclusión y exclusión, quedó conformada por 80 pacientes. Se analizaron las variables: edad, sexo, color de la piel, presentación clínica y factores de riesgo asociados. Se utilizó la estadística descriptiva (frecuencias absolutas y porcentaje).

Resultados: predominaron los niños entre 8 y 13 años (68,8 %), seguidos por aquellos entre 3 y 7 (12,5 %) y entre 14 y 18 años (1,9 %), los varones (72,5 %) y el color blanco de la piel (71,2 %). El tipo clínico de conjuntivitis alérgica más frecuente resultó la estacional y perenne (38,8 %), seguido de la aguda (31,3 %), y, el de menor presentación, la dermatconjuntivitis de contacto (5,0 %). La exposición al polvo se refirió por el 100 % de los pacientes.

Conclusiones: predominaron los niños entre 8 y 13 años, los varones y el color blanco de la piel. El tipo clínico de conjuntivitis alérgica más frecuente resultó la estacional y perenne, y el factor de riesgo asociado, la exposición al polvo.

Palabras clave: conjuntivitis alérgica, caracterización, niño.

ABSTRACT

Introduction: ocular allergy is a disease that frequently presents in clinical practice in ophthalmology.

Objectives: to characterize the pediatric patients with allergic conjunctivitis of the ophthalmological service of "William Soler" hospital.

Methods: a prospective, observational and descriptive study was conducted in 2010 and 2011; the universe of study was the patients with presumptive diagnosis of allergic conjunctivitis and the sample was made up of 80 patients after the application of inclusion and exclusion criteria. The analyzed variables were age, sex, race, clinical presentation and associated risk factors. Descriptive statistics (absolute frequencies and percentages) were used.

Results: children aged 8 to 13 years (68.8 %) were predominant, followed by those of 3 to 7 years (12.5 %) and 14 to 18 years (1.9 %), males (72.5 %) and Caucasians (71.2 %). The most common clinical type of allergic conjunctivitis was the seasonal and permanent one (38.8 %), followed by the acute one (31.3 %) and the least observed was contact dermatitis (5 %). Exposure to dust was mentioned in 100 % of patients.

Conclusions: children aged 8 to 13 years, males and Caucasians prevailed. The most frequent clinical type of allergic conjunctivitis was the seasonal and perennial one and the associated risk factor was exposure to dust.

Keywords: allergic conjunctivitis, characterization, child.

INTRODUCCIÓN

La alergia ocular es una entidad de presentación muy frecuente en la práctica clínica de la Oftalmología y la Alergología, cuya incidencia ha aumentado en los países industrializados en combinación con un incremento de la atopia. Se sospecha una alergia ocular ante una inflamación conjuntival bilateral de naturaleza crónica, recurrente y caracterizada por marcado prurito.¹ Su gravedad varía, desde la conjuntivitis alérgica estacional (CAE) leve, hasta la variante amenazante para la visión de la queratoconjuntivitis atópica (QCA). Si bien en la mayoría de los casos se trata de formas leves, aun estas pueden interferir en la calidad de vida del paciente, y existen diferencias entre los distintos tipos, desde la edad de aparición, la prevalencia, la morbilidad y la distribución geográfica.

Las reacciones alérgicas oculares predisponen a las infecciones, ya que la irritación y el prurito hacen que el paciente se frote los ojos con el riesgo de infección que esto conlleva.^{2,3} El ojo constituye una zona frecuente de inflamación, no solo en lo que se refiere a reacciones alérgicas locales, sino también sistémicas. Los alérgenos pueden llegar por vía aérea (alérgenos aéreo transportadores o aeroalérgenos), por contacto (a través de las manos o por la aplicación local de medicamentos), o por vía sanguínea.²

El primero en definir la conjuntivitis alérgica como entidad clínica fue el inglés *Bortock* en 1819. Casi un siglo después, en 1928, *Mac Culloch* asoció esta condición con los cultivadores de heno, pero hubo que esperar hasta los años 40 para que, gracias al trabajo de varios grupos de investigadores franceses, alemanes y norteamericanos, el concepto de alergia se desvinculara definitivamente del origen infeccioso al que hasta entonces se hallaba ligado,³ mientras que la conjuntivitis vernal fue descrita por *Artt*

en 1846, y caracterizada como entidad clínica en 1876, por *Saenrsch*, quien la denominó catarro primaveral dada su periodicidad.⁴

La alergia ocular se manifiesta por inflamación de la mucosa conjuntival que produce picor, eritema, quemazón, molestias a la luz, lagrimeo y sensación de arenilla al mover los párpados, mediada por la respuesta inmediata a consecuencia de la liberación de inmunoglobulina E dependiente de mastocitos y basófilos, seguidos de una fase retardada y más prolongada, en las que ocurre una infiltración a expensas de eosinófilos y otras células.^{4,5}

Una gran cantidad de niños acuden a los servicios de urgencia con síntomas de conjuntivitis alérgica que, muchas veces, al ser interpretada como infecciosa, puede provocar complicaciones y retardo en el mejoramiento de la salud ocular. La conjuntivitis alérgica representa por sí misma una enfermedad que disminuye la calidad de vida de los niños, en la que muchas veces la implementación de medidas simples de promoción y prevención de salud, evita gastos económicos, daño psicológico y social.

Según el criterio de los autores, por ser esta enfermedad una causa importante de morbilidad que demanda de asistencia médica en el servicio de Oftalmología del Hospital Pediátrico Universitario "William Soler" y no existir estudios epidemiológicos que la caractericen, se decide fundamentar científicamente esta apreciación empírica, que permita realizar acciones, con el objetivo de disminuir su incidencia y mejorar la atención integral a los niños desde un enfoque preventivo.

El incremento en la incidencia de esta enfermedad es un hecho en la institución donde se desarrolla la investigación, encaminada a caracterizar los pacientes pediátricos con conjuntivitis alérgica, atendidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital Pediátrico "William Soler".

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y prospectivo, en el Servicio de Oftalmología del Hospital Pediátrico Universitario "William Soler", durante los años 2010 y 2011.

El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes con diagnóstico presuntivo de conjuntivitis alérgica atendidos en el servicio, cuyo síntoma principal fuera el prurito, con historia personal y/o familiar de alergia de cualquier tipo. Después de aplicados los criterios de inclusión (pacientes entre 3 y 18 años que tenían indicación de pruebas cutáneas de alergia y cooperaron con la realización de los exámenes oftalmológicos subjetivos necesarios para la investigación, y cuyos representantes legales padres o tutores estuvieron de acuerdo en participar en la investigación); y de exclusión (pacientes que una vez incluidos en la investigación la abandonaron por cualquier causa), la muestra quedó conformada por 80 pacientes, según fórmula para el cálculo muestral mediante muestreo por criterios. Se analizaron las variables: edad, sexo, color de la piel, presentación clínica y factores de riesgo (FR) asociados.

En el análisis de la presentación clínica, se consideraron las formas clínicas siguientes: conjuntivitis alérgica aguda (CAA), CAE y conjuntivitis alérgica perenne (CAP), queratoconjuntivitis vernal (QCV), QCA, conjuntivitis papilar gigante (CPG) y dermatoconjuntivitis de contacto (DCC). La información obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes se llevó a una planilla de recolección diseñada para la

investigación, y se procesó con el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Se utilizó la estadística descriptiva a través del uso de medidas de resumen para todas las variables en estudio (frecuencias absolutas y porcentaje).

La investigación se realizó según los preceptos contemplados en la Declaración de Helsinki, en su versión revisada del año 2000.⁶ Por ser los sujetos investigados menores de edad (carentes de personalidad legal), se transfirió el derecho de dar el consentimiento informado a algún sustituto válido (padres y/o tutor legal). El protocolo de investigación y el informe final, fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética y el Consejo Científico del Hospital "William Soler".

RESULTADOS

La figura muestra la distribución de los pacientes por grupos de edades. Predominaron los niños entre 8 y 13 años (68,8 %), seguidos por aquellos entre 3 y 7 (12,5 %), y entre 14 y 18 años (1,9 %).

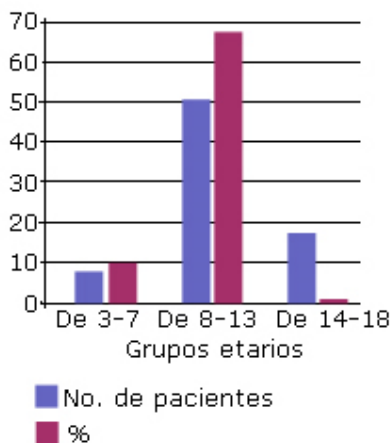


Fig. Distribución de pacientes con conjuntivitis alérgica según edad.

Con relación al sexo, se obtuvo franco predominio de los varones (72,5 %) y en cuanto a las características raciales, el color blanco de la piel (71,2 %). En la tabla 1 se observan los diferentes tipos clínicos de conjuntivitis alérgica. Del total de casos, el mayor por ciento (38,8 %) correspondió a CAE y CAP, seguido de la CAA (31,3 %). La forma clínica de menor presentación fue la DCC (5,0 %).

Con respecto a los FR (referidos), los resultados de la serie se detallan en la tabla 2. Como se observa, la exposición al polvo estuvo presente en el 100 % de los pacientes.

Tabla 1. Distribución de pacientes con conjuntivitis alérgica según presentación clínica

| Entidad | n | % |
|-----------------------------------------------|----|-------|
| Conjuntivitis alérgica estacional y/o perenne | 31 | 38,8 |
| Conjuntivitis alérgica aguda | 25 | 31,3 |
| Queratoconjuntivitis vernal | 8 | 10,0 |
| Conjuntivitis papilar gigante | 8 | 10,0 |
| Queratoconjuntivitis atópica | 4 | 5,0 |
| Dermatoconjuntivitis de contacto | 4 | 5,0 |
| Total | 80 | 100,0 |

Tabla 2. Distribución de pacientes con conjuntivitis alérgica según factores de riesgo (FR)

| Factor de riesgo | n | % |
|---------------------------------|----|-------|
| Exposición al polvo | 80 | 100,0 |
| Antecedente familiar de alergia | 61 | 76,3 |
| Hábito de fumar de convivientes | 60 | 75,0 |
| Trastornos inmunológicos | 50 | 62,5 |
| Exposición a la humedad | 38 | 47,5 |

Nota: más de un FR por paciente

DISCUSIÓN

En las últimas décadas, la prevalencia de las enfermedades alérgicas ha aumentado considerablemente en los países desarrollados. El 25 % de la población general presenta algún tipo de enfermedad alérgica.¹

La mayoría de los pacientes alérgicos presentan manifestaciones en diversos órganos diana, y es muy frecuente la afectación alérgica a nivel ocular.

En el estudio realizado por *Rosario y Bielory*, la asociación de síntomas nasales (rinoconjuntivitis) y oculares alérgicos es común. Los estudios más antiguos estiman un predominio del 15-20 % de conjuntivitis alérgica, pero los más recientes implican valores tan altos como el 40 %. Los síntomas oculares son comunes y contribuyen a una calidad de vida inferior.⁷

El predominio de niños prepúberes entre 8 y 13 años, así como la forma de presentación CAE y CAP, en la serie analizada, coincide con los reportes de la literatura revisada.⁸⁻¹⁰ La CAA es bastante frecuente también en las consultas diarias, y constituye la forma de presentación más leve, sin disminución o pérdida de la visión. Su importancia no radica tanto en la gravedad, como en la alta frecuencia de presentación.

Con respecto a la QCV, a pesar de la baja frecuencia de presentación, tiende a complicarse, y el cuadro reviste mayor gravedad, con complicaciones difíciles de manejar, muchas veces por lo tardío de su diagnóstico dada la enorme similitud inicial con el resto de las formas clínicas, principalmente la QCA, lo que puede causar daño en sus estadios medianos y graves, con alteraciones importantes para la visión. Otros autores consultados coinciden con este resultado.^{3,11-14}

En un estudio prospectivo realizado por *Belfort* y otros, en 134 pacientes con conjuntivitis alérgica en Sao Paulo, Brasil, el 46 % padecía QCV, el 40 % QCA y el 8 % CAE y CAP.¹⁵

Establecer una correcta clasificación permite establecer el curso de la enfermedad y su pronóstico.^{12,16,17} La QCA parece tener una base genética, con herencia multifactorial. La historia familiar de atopia aparece en el 60 % de estos pacientes.¹⁸⁻²⁰ En la serie de *Strauss* y *Foster*, el 75 % de los pacientes con QCA presentaban otras enfermedades oculares alérgicas asociadas, y fue la más frecuente la CAE (44 %), QCV (4 %) y ambas (20 %).²¹ Con respecto a la CPG, el resultado, igualmente, coincide con los de otros autores revisados.¹⁸⁻²³

En cuanto a los FR asociados, la exposición al polvo referida por la totalidad de la serie resulta alarmante, dado su comportamiento como factor primordial en algunos tipos de conjuntivitis, desencadenante de cuadros alérgicos de tipo estacional o perenne.²⁴ Lo referido sobre los antecedentes familiares de alergia resultó relevante, y demuestra la importancia de realizar una correcta anamnesis.^{24,25}

Con respecto al hábito de fumar, se considera que es un eslabón aún pendiente por resolver en nuestro medio, que puede empeorar la sintomatología de todos estos niños. La presencia de trastornos inmunológicos asociados, alerta que existen signos de atopia, rinitis, asma y urticaria, que, en la mayoría de los casos, concomitan con las alteraciones oftalmológicas, y, con respecto a la exposición a la humedad, que puede influir en cuadros no graves, pero sí recurrentes de la enfermedad.²⁴

A modo de conclusiones, en la serie analizada predominaron los niños entre 8 y 13 años, los varones y el color blanco de la piel. El tipo clínico de conjuntivitis alérgica más frecuente resultó la estacional y perenne, y el FR asociado, la exposición al polvo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mantelli F, Lambiase A, Bonini S, Bonini S. Clinical trials in allergic conjunctivitis: a systematic review. *Allerg & Clinical Immunol.* 2011;66(7):919-24.
2. Rivas Fernández MA. Alérgenos aéreos: rinitis y conjuntivitis atópica [monografía en Internet]. San Salvador: Universidad Central del Salvador; 2010 [citado 16 de agosto de 2011].
Disponible en:
<http://imb.usal.es/formacion/docencia/alergenos/trabajos%20de%20alergenos-06/AI%E9rgenos%20%20a%E9reos.pdf>
3. Olivé González MM. Práctica médica en Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 17.

4. Gil Gibernau JJ. Oftalmología en la infancia. Clínica. Diagnóstico y Tratamiento. Barcelona: Scriba S.A.; 2009. p. 58-67.
5. Coscostegui Guraya B. Ponencia de la Sociedad Española de Oftalmología. Universidad de Santiago de Compostela: Coordinación Implementos Universitarios; 2009. p. 2-6.
6. Declaración de Helsinki enmendada por la 52ª Asamblea General en Edimburgo, Escocia 2000 [monografía en Internet]. Ginebra: ONU; 2000 [citado 16 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.html>
7. Rosario N, Bielory L. Epidemiology of allergic conjunctivitis. *Current Opinion Allergy & Clinical Immunol.* 2011;11(5):471-6.
8. O'Shea JG. A survey of vernal keratoconjunctivitis and other eosinophil-mediated external eye diseases amongst Palestinians. *Ophthalmic Epidemiol.* 2000;7(2):149-57.
9. Berdy GJ, Hedqvist B. Ocular allergic disorders and dry eye disease: associations, diagnostic dilemmas, and management. *Acta Ophthalmol Scand Suppl.* 2000;78(Suppl 230):32-7.
10. Mishra GP, Tamboli V, Jwala J, Mitra AK. Recent patents and emerging therapeutics in the treatment of allergic conjunctivitis. *Inflamm Allergy Drug Discov.* 2011;5(1):26-36.
11. Sutphin JE. Basic and Clinical Sciences Course: External Diseases and Cornea. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2008. p. 161-73.
12. Nishimura A, Campbell-Meltzer RS, Chute K, Orrell J, Ono SJ. Genetics of allergic disease: evidence for organ-specific susceptibility genes. *Int Arch Allergy Immunol.* 2001;124(1-3):197-200.
13. Toda M, Ono SJ. Genomics and proteomics of allergic disease. *Immunology.* 2002;106(1):1-10.
14. Offiah I, Calder VL. Immune mechanisms in allergic eye diseases: what is new? *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2009;9(5):477-81.
15. Belfort R, Marbeck P, Hsu CC, Freitas D. Epidemiological study of 134 subjects with allergic conjunctivitis. *Acta Ophthalmol Scand.* 2000;78(Suppl 230):38-40.
16. Bielory L. Allergic and immunologic disorders of the eye. En: Middleton E Jr, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF Jr, Yunginger JW, Busse WW eds. *Allergy: principles and practice.* 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1993. p. 1148-61.
17. Abu El-Asrar AM, Struyf S, Al-Kharashi SA, Missotten L, Van Damme J, Geboes K. Expression of T lymphocyte chemoattractants and activation markers in vernal keratoconjunctivitis. *Br J Ophthalmol.* 2002;86(10):1175-80.
18. DiGioacchino M, Cavallucci E, DiSciascio MB, DiStefano F, Verna N, Lobefalo L, et al. Increase in CD45RO+ cells and activated eosinophils in chronic allergic conjunctivitis. *Immunobiology.* 2000;201(5):541-51.

19. Ebihara N, Okumura K, Nakayasu K, Kanai A, Ra C. High level of Fc epsilon receptor I-bindable immunoglobulin E in the tear fluid and increased immunoglobulin E-saturated cells in the giant papillae of vernal keratoconjunctivitis patients. *Jpn J Ophthalmol.* 2002;46(4):357-63.
20. Watelet JB, McGill JI, Pawankar R, Church DS, Church MK. Allergic rhinitis and conjunctivitis: update on pathophysiology. *Allergy Frontiers.* 2009;3:1-23.
21. Strauss EC, Foster CS. Atopic ocular disease. *Ophthalmol Clin North Am.* 2002;15(1):1-5.
22. Uchio E, Ono SY, Ikezawa Z, Ohno S. Tear levels of interferon-gamma, interleukin (IL)-2, IL-4 and IL-5 in patients with vernal keratoconjunctivitis, atopic keratoconjunctivitis and allergic conjunctivitis. *Clin Exp Allergy.* 2000;30(1):103-9.
23. Torres Galván M, Quiralte J, Pestano JJ, Ortega N, Blanco C, Castillo R, et al. IL4-R1 (5q31-q33) and FcεRI-βca (11q13) markers and atopy: a case/control study in a Spanish population. *Allergy & Clinical Immunol.* 2001;56(2):159-63.
24. Sim CS, Kim Y, Yoo CI, Suh HS, Oh IB, Lee JH. The relationship between atopic diseases and relating factors in urban elementary school children. *Epidemiology.* 2011;22(1):171-5.
25. del Cuvillo A, Sastre J, Montoro J, Jáuregui I, Dávila I, Ferrer M, et al. Allergic conjunctivitis and H1 antihistamines. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2009;19(Suppl 1):11-8.

Recibido: 13 de junio de 2013.

Aprobado: 5 de julio de 2013.

Idalia Triana Casado. Hospital Pediátrico Docente "William Soler". San Francisco # 10 112, esquina Perla, Reparto Altahabana, municipio Boyeros. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: idaliatriana@yahoo.com idalia.triana@infomed.sld.cu