

Hemorragia Subconjuntival.

Un signo relevante en Hipertensión Arterial en personas mayores de 50 años

*Por Óscar Antonio Ramos Montes**

La conjuntiva es una membrana mucosa delgada y translúcida que recubre la porción posterior de los párpados, así como la porción anterior de la esclerótica del ojo. Tiene como funciones principales: facilitar el movimiento lateral del ojo, protección de la superficie ocular y la formación de la capa mucosa de la lágrima. Es un espacio metabólicamente dinámico que tiene relación directa con los sistemas: nervioso, inmunológico, endocrino y vascular. Está compuesta por epitelio estratificado no queratinizado (cuya estructura difiere según la región anatómica), que descansa sobre un lecho estromal de tejido conectivo, el cual contiene la vasculatura característica de la conjuntiva, así como células representantes del tejido linfoide asociado.

Además de una extensa red linfática, la conjuntiva contiene una abundante red vascular, la cual proviene de las arterias palpebrales y ciliares provenientes de la arteria oftálmica, la cual es una rama de la carótida interna, por lo que no es de extrañar que atienda a los mismos procesos de respuesta a la hipertensión arterial. Tal mecanismo de respuesta es la dilatación, que dicho sea de paso, es un signo generalizado de patología ocular; y que en respuesta al exceso de la velocidad y tensión que se recibe en un paciente hipertenso, puede desencadenar ruptura, presentándose una hemorragia subconjuntival, signo característico de esta patología.

La hemorragia subconjuntival es una extravasación benigna de componentes sanguíneos por debajo de la conjuntiva que se presenta de forma aguda, bien delimitada, indolora, unilateral y con un buen pronóstico visual (ya que no produce modificaciones en la visión de los pacientes)¹. No tiene complicaciones ni síntomas específicos, así

que la consulta deriva ante todo del problema estético. Se aloja principalmente en conjuntiva inferior, seguramente relacionado el decantamiento del fluido, y no parece existir una preferencia entre lo nasal o temporal².

Su clasificación es dependiente de la etiología, por lo que podría concentrarse en dos grandes grupos: traumática y espontánea^{3,4}. Siendo la primera una consecuencia de algún siniestro sobre la superficie del ojo (común en jóvenes), mientras que la segunda se encuentra relacionada con enfermedades crónicas degenerativas, principalmente Hipertensión Arterial y Diabetes, razón por la cual se relaciona con pacientes mayores de 50 años. Incluso cuando estas enfermedades se encuentran bajo tratamiento. En este último caso, puede llegar a mantenerse activa hasta cuatro semanas. Tiempo que aumenta si el paciente utiliza anticoagulantes. El esfuerzo físico excesivo también se ha identificado como probable etiología de pacientes vulnerables, sobretodo en aquellas condiciones como la tos, el vómito, la maniobra de Valsava, la menstruación o el ejercicio.^{5,6,7}

La hemorragia subconjuntival espontánea puede aparecer como una hiperemia difusa, por lo que pasa desapercibida en sus etapas iniciales. Al parecer, la fisiopatología se relaciona con una pérdida de la elasticidad del tejido conjuntivo, favoreciendo la ruptura de los vasos (razón por la cual parece común en pacientes ancianos). Mientras que en el caso de la hemorragia subconjuntival traumática, la lesión se encuentra localizada en la zona del siniestro.^{1,6,7}

Los vasos afectados pueden ser conjuntivales o episclerales, por lo que la sangre se filtra hacia la parte posterior de la cápsula de Tennon (una

membrana que se encuentra por detrás de conjuntiva). La lesión habitualmente es plana, excepto cuando hay rotura escleral, en dónde puede presentarse una ampolla característica. No hay presencia de quemosis, proptosis, secreción u oftalmoplejía. Y conforme el proceso se vuelve crónico e inactivo, la lesión toma una coloración azul y amarilla, condición que se relaciona con la descomposición de la hemoglobina y los elementos sanguíneos, como en cualquier hematoma.

Se ha reportado que el proceso de reabsorción puede durar entre una y tres semanas, aunque existen pacientes en los que puede observarse por mucho más tiempo. La prevalencia se ha relacionado con el sexo femenino y algunos estudios relacionan a su aparición al verano, incluso en pacientes pediátricos.^{8,9,10}

El objetivo del examen físico es reconocer si la fragilidad de los vasos es de origen conjuntival o ciliar. En el primer caso, el patrón enrojecido es difuso sobre la esclera, mientras que en el segundo, el enrojecimiento se observa alrededor de la córnea. Se recomienda además identificar la transparencia de la córnea, así como aplicar fluoresceína para descartar lesión corneal. Es importante recordar que en hemorragias traumáticas, la lesión es localizada, mientras que en aquellas espontáneas, la presentación es difusa. La anamnesis se apoya en preguntas relacionadas con la presencia de Hipertensión Arterial, diabetes, enfermedad viral, vómito o estreñimiento; el uso de anticoagulantes, AINES (aspirina), el incumplimiento en el uso de medicamentos, el uso de lentes de contacto o alguna cirugía previa. La hiperemia ciliar, la re-urrencia del evento, la pérdida de la visión, la presencia de secreción o fotofobia indican un examen ocular exhaustivo.^{2,4,5}

No existe un tratamiento específico, a menos que haya una patología asociada (en cuyo caso, deberá ponerse atención a dicha alteración antes que a la hemorragia). Es común el uso de lágrimas artificiales para evitar presencia de edema en otras zonas. También se ha reportado el uso de brimonidina y oximetazolina para mejorar la comodidad en los pacientes que han pasado por inyecciones intravítreas.^{11,12,13}

Debido a que la etiología es complicada y el diagnóstico diferencial amplio, es importante el trabajo multidisciplinario y la canalización oportuna al especialista; además de que siempre se debe tener en cuenta un historial de abuso (sobretudo en la presentación traumática).

Referencias:

1. Tarlan, B., & Kiratli, H. (2013). Subconjunctival hemorrhage: risk factors and potential indicators. *Clinical ophthalmology (Auckland, NZ)*, 7, 1163.
2. Mimura, T., Yamagami, S., Usui, T., Funatsu, H., Noma, H., Honda, N., ... & Amano, S. (2010). Location and extent of subconjunctival hemorrhage. *Ophthalmologica*, 224(2), 90-95.
3. Parmeggiani, F., Costagliola, C., Incorvaia, C., Gemmati, D., D'Angelo, S., Tognazzo, S., ... & Sebastiani, A. (2004). Prevalence of factor XIII Val34Leu polymorphism in patients affected by spontaneous subconjunctival hemorrhage. *American journal of ophthalmology*, 138(3), 481-484.
4. Cagini, C., Iannone, A., Bartolini, A., Fiore, T., Fierro, T., & Gresele, P. (2016). Reasons for visits to an emergency center and hemostatic alterations in patients with recurrent spontaneous subconjunctival hemorrhage. *European journal of ophthalmology*, 26(2), 188-192.
5. Sahinoglu-Keskek, N., Cevher, S., & Ergin, A. (2013). Analysis of subconjunctival hemorrhage. *Pakistan journal of medical sciences*, 29(1), 132.
6. Yun, C., Oh, J., Hwang, S. Y., Kim, S. W., & Huh, K. (2015). Subconjunctival hemorrhage after intravitreal injection of anti-vascular endothelial growth factor. *Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 253(9), 1465-1470.

7. Joshi, R. S., & Bandgar, R. R. (2021). Incidence of Non-Traumatic Subconjunctival Hemorrhage in an Indian Rural Population. *Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ)*, 15, 183.
8. Hu, D. N., Mou, C. H., Chao, S. C., Lin, C. Y., Nien, C. W., Kuan, P. T., ... & Sung, F. C. (2015). Incidence of non-traumatic subconjunctival hemorrhage in a nation-wide study in taiwan from 2000 to 2011. *PloS one*, 10(7), e0132762.
9. Albin, T. A., Zamir, E., Read, R. W., Smith, R. E., See, R. F., & Rao, N. A. (2005). Evaluation of subconjunctival triamcinolone for nonnecrotizing anterior scleritis. *Ophthalmology*, 112(10), 1814-1820.
10. Kittisupamongkol, W. (2010). Blood pressure in subconjunctival hemorrhage. *Ophthalmologica*, 224(5), 332-332.
11. Mimura, T., Usui, T., Yamagami, S., Funatsu, H., Noma, H., Honda, N., & Amano, S. (2010). Recent causes of subconjunctival hemorrhage. *Ophthalmologica*, 224(3), 133-137.
12. Pitts, J. F., Jardine, A. G., Murray, S. B., & Barker, N. H. (1992). Spontaneous sub-conjunctival haemorrhage--a sign of hypertension?. *British journal of ophthalmology*, 76(5), 297-299
13. Wu, A. Y., Kugathasan, K., & Harvey, J. T. (2012). Idiopathic recurrent subconjunctival hemorrhage. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 47(5), e28-e29.

.....
*Óscar Antonio Ramos Montes. Centro de Diagnóstico de Alteraciones de la Superficie Ocular. Carrera de Optometría. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.

oscar.ramos.montes@iztacala.unam.mx

(INEGI, 2009) se observa la falta de interés en el conocimiento de la HTA, principal problema que existe en esta comunidad, dado posiblemente al nivel socioeconómico bajo. (Zoraida., 2009)



De acuerdo con la Secretaría de Salud (2009), la HTA es un problema de salud global por su alta incidencia y prevalencia debido a la transición demográfica y a los cambios en el modo de vida de la población, por tanto, hace falta una mayor educación en autocuidado, especialmente en áreas rurales. (Velázquez & Rocha Velazquez, 2017)

La teoría de Lazarus y Folkman (1986) afirma que las creencias son, entre otros, uno de los factores que influyen en el tipo de afrontamiento que presentan los sujetos ante una situación determinada de estrés, en este caso, en lo referente al ámbito de la salud-enfermedad. El afrontamiento representa, a diferencia de un comportamiento adaptativo automatizado, los esfuerzos que realiza de manera particular cada individuo, a fin de mitigar el impacto producido por los eventos estresantes (Leibovich de Figueroa & Schufer, 2002). Entre los recursos que influyen en el modo en que el individuo afronta la enfermedad, se encuentra el repertorio de creencias que circula en una sociedad acerca de la misma. Es decir, que las atribuciones causales que elaboran las personas sobre los motivos de la enfermedad vienen determinadas, entre otros, por la cultura. (Rodríguez Marin, Pastor, & Lopez Roig, 1993)

Referencias

1. Arterial., G. d. (2013). Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). *Esp Cardiol*.
2. Carretero Moral Pascual. (2016). Un pueblo sometido a la hipertensión arterial. MONOGRÁFICO EDUCACIÓN, CULTURA Y SALUD EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS DEL SÁHARA, 207-210.
3. Fernández, A., & Manrique. F. G. (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Avances de Enfermería*, 29(1), 30-41.
4. Herrera Frafoso, L. (2010). Factores de riesgo asociados. *Revista Vinculado*.
5. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
6. Leibovich de Figueroa, N. B., & Schufer, M. L. (2002). El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos. Buenos Aires: Eudeba.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2009). Mortalidad por causas. En: *Hombres y mujeres en México 2009*. 13ª ed., Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 53-60.
8. Rodríguez Marin, J., Pastor, M. A., & Lopez Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Supl.1), 349-372.
9. Saldarriga, S. L. (2010). Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales. Tumbes. Perú 2007. *NURE Investigación*, 7(45).
10. Secretaria de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. *Diario oficial de la Federación*. México.
11. Tenahua-Quitl, I., Landeros-Olvera, E., Linares-Fleites, G. & Grajales-Alonso, I. (2007). Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Enfermería en Cardiología*, 14(41), 19-24.
12. Velázquez, R., & Rocha Velazquez, M. (2017). Correlación entre factores socioculturales y capacidades. *Acta Universitaria*, 52-58.
13. Zoraida., C. C. (2009). Aspectos de la relación entre obesidad e hipertensión. *Revista Internacional de Medicina y Ciencia en Educación*, 48-58.