

## HIGIENE OCULAR en el tratamiento de la blefaritis

### → INTRODUCCIÓN

La blefaritis es una afección oftalmológica que se caracteriza por una inflamación del reborde palpebral que, generalmente, cursa de forma crónica y bilateral<sup>1,2</sup>. Según la ubicación del problema, se pueden clasificar en blefaritis anterior (generalmente de etiología estafilocócica o seborreica), posterior (por disfunción de glándulas de meibomio) o mixta<sup>2,3,4</sup>.

Los pacientes afectados con esta patología presentan picor e irritación palpebral, así como sintomatología compatible con sequedad ocular (sensación de cuerpo extraño, ardor, enrojecimiento ocular o visión borrosa, entre otros)<sup>1,3,4</sup>.

El diagnóstico es eminentemente clínico, basado en la exploración con lámpara de hendidura de los márgenes palpebrales, donde se puede objetivar, según el caso<sup>2,3,4,5</sup>:

#### **Blefaritis posterior:**

- Irregularidad del reborde.
- Vasos sanguíneos telangiectásicos prominentes.
- Orificios de glándulas de meibomio protruyentes o metaplásicos con material blanco que se extiende a través del orificio glandular (DGM).
- Espuma meibomiana en menisco o reborde palpebral inferior.
- Inyección conjuntival bulbar y tarsal.
- Reacción papilar en tarso inferior.
- Queratitis punctata superficial (QPS).

#### **Blefaritis anterior:**

##### **Estafilocócica:**

- Escamas duras y fibrinosas formando collarettes sobre las pestañas.
- Madarosis.
- Poliosis.
- Ulceración palpebral.
- Conjuntivitis papilar, en ocasiones asociada a secreción mucopurulenta.
- Queratitis punctata superficial, generalmente inferior.

##### **Seborreica:**

- Caspa y descamación de consistencia oleosa.
- Conjuntivitis papilar o folicular.
- Queratitis punctata superficial inferior.
- En ocasiones, asocian sintomatología compatible con disfunción de glándulas de meibomio.

En ocasiones, podemos ayudarnos de pruebas diagnósticas como la meibografía infrarroja, que permite el estudio de la arquitectura de las glándulas de Meibomio, así como cuestionarios sobre calidad de vida en pacientes con ojo seco como el OSDI<sup>2</sup>.

El manejo inicial de estos pacientes requiere masajes con calor seco diarios, higiene de reborde palpebral con toallitas oftalmológicas y lágrima artificial sin conservantes<sup>1,2,3,4</sup>. Cuando esto no es suficiente, también se puede prescribir lubricación ocular nocturna y, según la etiopatogenia, podemos ayudarnos de corticoides tópicos en pauta descendente, fórmulas magistrales de sulfuro de selenio o con aceite de árbol de té (si sospechamos presencia de *Demodex*)<sup>6,7</sup>, así como antibióticos como azitromicina tópica y doxiciclina o minociclina oral (especialmente en aquellos pacientes afectados de ojo seco evaporativo por rosácea)<sup>3,4,7,8,9</sup>.

## ➔ PRESENTACIÓN DEL CASO

Se valoró una serie de 5 pacientes, atendidos en el servicio de Urgencias de Oftalmología del Hospital Universitario La Princesa, entre los días 29 de abril de 2024 y 10 de mayo de 2024, haciendo seguimiento posterior durante 10 días para valorar evolución.

A continuación, se presenta una tabla donde se detallan los siguientes datos de la primera atención realizada: edad, género, fecha de consulta, motivo de consulta, tiempo de evolución y exploración en lámpara de hendidura.

Caso	Edad	Género	Fecha de consulta	Motivo de consulta	Tiempo de evolución	Exploración en lámpara de hendidura
1	72	Mujer	01/05/2024	Ardor y ojo rojo en ojo izquierdo.	7 días	Telangiectasias, DGM, espuma meibomiana, QPS, folículos.
2	81	Mujer	01/05/2024	Molestias y picor en ambos ojos.	2 días	Folículos, irregularidad de reborde, DGM, QPS.
3	65	Hombre	29/04/2024	Picor, legañas y sensación de cuerpo extraño en ambos ojos.	1 día	Telangiectasias, irregularidad palpebral, DGM, collarettes, papilas.
4	90	Mujer	10/05/2024	Molestias en ojo derecho.	Meses	Folículos, QPS, escamas, hiperemia conjuntival.
5	70	Mujer	10/05/2024	Picor y ardor de párpados asociado a dolor ocular derecho.	2 días	Hiperemia bulbar, papilas, DGM, QPS.

El **tratamiento** inicial prescrito fue el mismo en todos los casos:

- Masajes con calor seco 3-4 veces al día durante 5-10 minutos, de forma indefinida.
- Higiene con **Gasas TiABLO Higiene Ocular** 1 aplicación por la mañana y por la noche durante 5 días, posteriormente 1 vez al día 5 días más.
- Lágrima artificial Puro solución oftálmica 1 gota cada 6 horas de forma indefinida.

A los 5 días de tratamiento, se realizó una consulta telefónica en todos los casos, los resultados son los que se describen:

- ❖ **Caso 1:** no había realizado tratamiento con **Gasas TiABLO Higiene Ocular** sino con las de otra marca suministradas por su farmacia. La paciente refería aumento de molestias y edema palpebral de nueva aparición. Se decidió suspender calor e iniciar frío local 1 aplicación 3-4 veces al día durante 5-10 minutos y se prescribió colirio de dexametasona 1 gota 3 veces al día 10 días y suspender.
- ❖ **Caso 2:** mejoría significativa de las molestias oculares y resolución completa del picor palpebral. Se decidió completar la pauta de tratamiento con toallitas y, posteriormente, manejo con lágrima artificial Puro Solución Oftálmica y masajes con calor seco de forma indefinida.



- ❖ **Caso 3:** resolución parcial de los síntomas con mejoría del ojo rojo y legañas, pero persistencia de picor ocular solo al final del día. Se decidió intensificar tratamiento con lágrima artificial Puro Solución Oftálmica 1 gota cada 4 horas y se prescribió ketotifeno 1 gota cada 12 horas durante 3 semanas.
- ❖ **Caso 4:** resolución completa de las molestias tras 2 días de tratamiento. Se decidió completar la pauta de limpieza con toallitas y, posteriormente, mantenimiento con lágrima artificial Puro Solución Oftálmica y masajes con calor seco.
- ❖ **Caso 5:** resolución completa del picor y ardor de ambos ojos a los 4 días de tratamiento. Se decidió completar la pauta de limpieza con toallitas y, posteriormente, mantenimiento con lágrima artificial Puro Solución Oftálmica y masajes con calor seco.

En aquellos pacientes con resolución parcial, se les valoró pasados 5 días de la consulta telefónica de manera presencial en consultas:

- ❖ **Caso 1:** mejoría de la clínica tras iniciar tratamiento con corticoides y frío local para el edema palpebral, con resolución de síntomas. En la lámpara de hendidura se objetivó desaparición de folículos tarsales, córnea transparente sin tinción sin espuma meibomiana.
- ❖ **Caso 3:** resolución del picor ocular residual tras inicio de ketotifeno. Tras interrogar al paciente, refería alergias estacionales a polen no filiado. En la lámpara de hendidura ya no se objetivaron collarettes en la base de las pestañas ni papilas tarsales.

## ➔ CONCLUSIÓN

**La blefaritis es una patología frecuente y crónica, que puede cursar con periodos de exacerbación que empeoran la calidad de vida de los pacientes y que requieren intensificar el tratamiento crónico habitual con lágrima artificial y masajes con calor seco.**

**Esta serie de casos tiene claras limitaciones al tratarse de una serie de casos pequeña, de cinco pacientes, pero se demuestra una clara mejoría de la clínica subjetiva referida, así como de las manifestaciones objetivables en lámpara de hendidura tras tratamiento base con lágrima artificial, masajes con calor seco y toallitas de nitrato de plata TiABLO en pauta corta de 10 días. En aquellos casos refractarios, se puede intensificar el tratamiento con colirio de corticoides tópicos como dexametasona, con claros resultados satisfactorios.**

**Finalmente, dado el empeoramiento clínico del caso 1 tras iniciar tratamiento con toallitas de zinc, sería conveniente realizar más estudios comparativos entre estos dos tipos de gasas.**

### Bibliografía

1. Eberhardt M, Rammohan G. Blefaritis. 23 de enero de 2023. En: StatPearls [Internet]. La Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; Enero de 2024-. PMID: 29083763.
2. Dietrich-Ntoukas T. Chronische Blepharitis [Chronic Blepharitis]. Klin Monbl Augenheilkd. 2022 Nov;239(11):1381-1393. German. doi: 10.1055/a-1896-3441. Epub 2022 Aug 15. PMID: 35970192.
3. Pflugfelder SC, Karpecki PM, Perez VL. Treatment of blepharitis: recent clinical trials. Ocul Surf. 2014 Oct;12(4):273-84. doi: 10.1016/j.jtos.2014.05.005. Epub 2014 Jul 22. PMID: 25284773.
4. Lindsley K, Matsumura S, Hatef E, Akpek EK. Interventions for chronic blepharitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;2012(5):CD005556. doi: 10.1002/14651858.CD005556.pub2. PMID: 22592706; PMCID: PMC4270370.
5. McCulley JP. Blepharoconjunctivitis. Int Ophthalmol Clin. 1984 Summer;24(2):65-77. doi: 10.1097/00004397-198424020-00009. PMID: 6233233.
6. Shah PP, Stein RL, Perry HD. Update on the Management of Demodex Blepharitis. Cornea. 2022 Aug 1;41(8):934-939. doi: 10.1097/ICO.0000000000002911. Epub 2021 Nov 3. PMID: 34743107.
7. Liu J, Sheha H, Tseng SC. Pathogenic role of Demodex mites in blepharitis. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2010 Oct;10(5):505-10. doi: 10.1097/ACI.0b013e32833df9f4. PMID: 20689407; PMCID: PMC2946818.
8. Arita R, Fukuoka S. Efficacy of Azithromycin Eyedrops for Individuals With Meibomian Gland Dysfunction-Associated Posterior Blepharitis. Eye Contact Lens. 2021 Jan 1;47(1):54-59. doi: 10.1097/ICL.0000000000000729. PMID: 32649390; PMCID: PMC7752207.
9. Onghanseng N, Ng SM, Halim MS, Nguyen QD. Oral antibiotics for chronic blepharitis. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jun 9;6(6):CD013697. doi: 10.1002/14651858.CD013697.pub2. PMID: 34107053; PMCID: PMC8189606.

