

BLEFARITIS ESCAMOSA EN PACIENTE con defecto de graduación hipocorregido

→ INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de un **paciente de 10 años, que acude a revisión de su graduación por empeoramiento de la agudeza visual, percibiendo además picor y malestar en párpados de ambos ojos.**

Antecedentes personales:

- Usa gafas de astigmatismo desde hace 5 años.
- Niega dermatitis atópica ni cualquier otra enfermedad de la piel y anejos.

Antecedentes familiares:

- Padre intervenido de astigmatismo.

→ PRESENTACIÓN DEL CASO

Usa gafas desde hace 5 años por astigmatismo regular simétrico y en 4 años ha pasado de presentar refracción bajo cicloplejia de (OD) $+1,25 -3,75 \times 180^\circ$ (OI) $+1,00 -3,00 \times 5^\circ$ a miopizarse 3 dioptrías aproximadamente cada ojo. Comenzamos por la exploración de la visión binocular, pasando a la exploración del polo anterior, refracción y polo posterior bajo cicloplejia.

→ DIAGNÓSTICO

- **Corrección actual en gafas:** (OD) $-1,5 -3,75 \times 175^\circ$ (OI) $-3,00 -2,75 \times 5^\circ$.
- **Test polarizado:** fusiona de lejos.
- **Test de Titmus:** 60".
- **Cover test:** 0° , disociando 0° .
- **Agudeza visual con corrección:** (OD) 0,4 (OI) 0,4.
- **Refracción sin cicloplejia:** (OD) $-2,00 -3,75 \times 175^\circ$ (OI) $-4,25 -2,75 \times 10^\circ$.
- **Queratometría:** (OD) $43,25 \times 180^\circ$ $46,25 \times 90^\circ = -3,00 \times 180^\circ$.
- **Queratometría:** (OI) $43,00 \times 5^\circ$ $45,5 \times 95^\circ = -2,5 \times 5^\circ$.
- **Biomicroscopía:** buena profundidad de cámara anterior, córnea y conjuntiva sin lesiones y sin tinción con fluoresceína. Blefaritis anterior escamosa de ambos ojos y discreta inflamación del margen palpebral.
- **Refracción bajo cicloplejia:** (OD) $-2,25 -3,75 \times 175^\circ$ (OI) $-4,00 -2,5 \times 5^\circ$.
- **Fundoscopia:** papilas normocoloreadas y bien delimitadas; parénquima y vasos sin alteraciones.

Juicio clínico: blefaritis escamosa de ambos ojos que justifica el malestar ocular del paciente con cambio de refracción con aumento de la miopía y estabilidad del astigmatismo.



Figura 1.



Figura 2.

→ TRATAMIENTO

- Higiene palpebral con toallitas TiABLO, que contienen nanopartículas de plata, como antiséptico local, limpiando desde la raíz de la pestaña a la punta, para retirar las escamas y favorecer la penetración de la pomada antibiótica; limpieza 2 veces al día durante la primera semana y 1 vez al día durante la segunda semana.
- Pomada de eritromicina en raíz de pestañas como tratamiento de la blefaritis estafilocócica 3 veces al día durante 1 semana.
- Cambio de refracción con prescripción de la refracción total bajo cicloplejia.

A continuación, presentamos el estado de las pestañas tras completar el tratamiento.

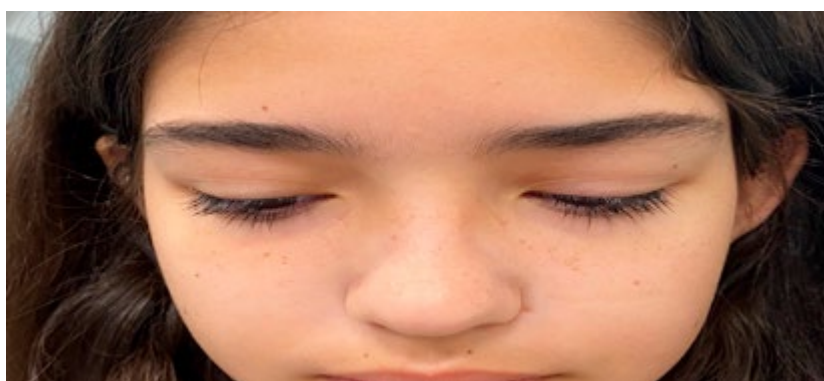


Figura 3.

→ CONCLUSIÓN

La blefaritis anterior está relacionada con la infección por *Staphylococcus aureus*, siendo responsable de la formación de escamas en la raíz de la pestaña, mientras que la blefaritis posterior o seborreica se puede asociar a enfermedades propias de la piel como la dermatitis atópica, seborreica y la rosácea (1,3); ambos tipos de blefaritis pueden desencadenarse por un constante frotamiento de los ojos por presentar mala agudeza visual, en el intento de poder enfocar con más nitidez; este caso es un ejemplo de este último supuesto.



El párpado protege la superficie ocular de las agresiones externas pero la inflamación de las glándulas del margen palpebral, altera la composición de la lágrima y no protege de la inflamación causadas por las exotoxinas de los gérmenes que pueden parasitar la raíz de la pestaña.

En la revisión de 34 estudios multicéntricos de la base de datos Cochrane, en los que se incluyeron casos de blefaritis anterior y posterior, se concluyó que en la blefaritis anterior, el uso de antibióticos tópicos mejoró los síntomas y disminuyó el número de bacterias del margen palpebral, independientemente del tipo de antibiótico empleado. El uso de corticoides también mejoró los síntomas; sin embargo, no mejoró la eliminación de las bacterias. La higiene del margen palpebral, incluyendo compresas calientes y limpieza del margen de las pestañas demostró la mejoría sintomática de la blefaritis anterior y posterior (1).

En este caso, la combinación de la higiene con toallitas TiABLO y la asociación con la pomada antibiótica de eritromicina, ha conseguido la resolución del caso, mejorando no solo la blefaritis, sino evitando el frotamiento del ojo y por consiguiente la posibilidad de aumentar el astigmatismo generado por el mismo. La revisión periódica del defecto de graduación en los niños además de prevenir la ambliopía, es útil para detectar blefaritis que tienen fácil tratamiento y evitar así las consecuencias de la cronicidad de esta patología.

Bibliografía:

1. Interventions for chronic blepharitis (review). Lindsley K, Matsumura S, Hatf E, Akpek EK. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD005556. DOI: 10.1002/14651858.CD005556.pub2.
2. Eyelid cleaning: Methods, tools, and clinical applications. Ling Zhang, Jingru Wang, and Yingying Gao. Indian J Ophthalmol. 2023 Dec; 71(12): 3607–3614. Published online 2023 Nov 20. doi: 10.4103/IJO.IJO_1457_23 PMID: PMC10788755 | PMID: 37991291
3. The Pathogenesis of Staphylococcus aureus Eye Infections. Richard J. O'Callaghan. Pathogens 2018, 7, 9; doi:10.3390/pathogens7010009. www.mdpi.com/journal/pathogens. Review.

