

DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SECUNDARIA A LA BLEFARITIS, la gran infravalorada

→ INTRODUCCIÓN

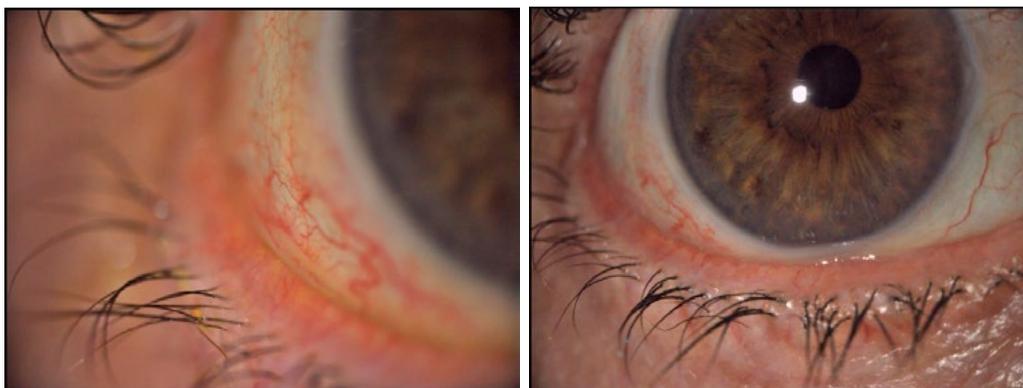
Paciente de 74 años que acude a consulta de urgencias por empeoramiento de la visión y molestias en ambos ojos de tipo sensación de cuerpo extraño, epifora, fotofobia, sensación de arenilla y visión borrosa al despertarse.

Como antecedentes oftalmológicos de interés, destacamos cirugía de catarata en ambos ojos, uveítis anterior de rebote en ojo derecho y episodio de queratoconjuntivitis epidémica reciente en ambos ojos.

Como antecedentes sistémicos, dislipemia e hipertensión arterial en tratamiento farmacológico.

→ DIAGNÓSTICO

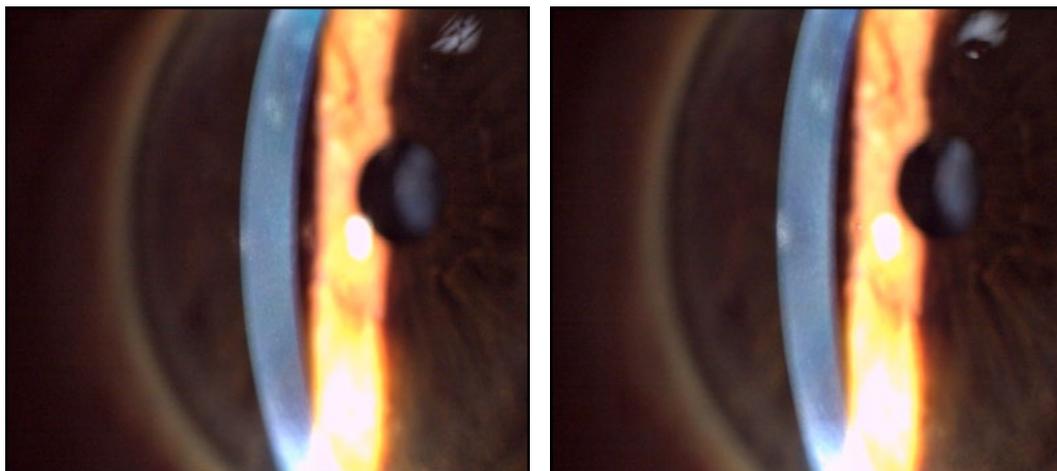
- **Autorrefractómetro:** ojo derecho +0.75 -1.75 a 102° y ojo izquierdo + 0.75 -1.25 a 75°.
- **Agudeza visual sin corrección:** 0.8 en ambos ojos que no mejoraba con graduación.
- **Biomicroscopia:** mostraba conjuntiva bulbar con hiperemia moderada, queratitis grado II de Oxford, cornea con infiltrados subepiteliales multifocales, blefaritis mixta, telangiectasias y eritema en bordes palpebrales, collarettes en bordes de pestañas, lágrima grasa y un tiempo de la ruptura lagrimal disminuido.
- **Test de Schirmer sin anestesia:** 15 y 20 mm (normal).



Figuras A



Figuras B



Figuras C

Figuras día 1 de seguimiento (imágenes de ambos ojos). **A:** hiperemia conjuntival moderada; **B:** blefaritis mixta, telangiectasias, hiperemia, collarettes en bordes de pestañas y disfunción de glándulas de meibomio con tapones grasos. **C:** infiltrados subepiteliales postadenovíricos

→ DISCUSIÓN

Según la definición del TFOS DEWS II, el ojo seco es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular, que se caracteriza por una pérdida de la homeostasis de la película lagrimal y que va acompañada de síntomas oculares, en la que la inestabilidad e hiperosmolaridad de la superficie ocular, la inflamación y el daño en la superficie ocular y las anomalías neurosensoriales desempeñan papeles etiológicos.

La película lagrimal juega un papel muy importante en el desarrollo de dicha patología, está formada por tres capas:

- **Mucosa:** le confiere las propiedades físicas de un gel por la presencia de mucina secretada por las células de goblet conjuntivales, tiene una función lubricante.
- **Acuosa:** secretada por la glándula lagrimal y de Wolfring y Krause.
- **Lipídica:** formada por depósito de meibo y glucoproteínas secretadas por las glándulas de meibomio y Zeiss, confieren la propiedad de estabilización de la película lagrimal.

Hay que tener en cuenta que la superficie ocular está formada por varias estructuras como la córnea, la conjuntiva, los párpados, la película lagrimal y sus anejos, que incluyen las glándulas lagrimales y accesorias y las glándulas de meibomio, por lo que una alteración de cualquiera de ellas puede originar síntomas de ojo seco. Para poder llevar a cabo un adecuado tratamiento, es necesario conocer la patología a la que nos enfrentamos. Clásicamente, podemos clasificar el síndrome de ojo seco como déficit acuoso, evaporativo o mixto.

El ojo seco acuodeficiente se debe a una falta del componente acuoso de la lágrima, se puede asociar al síndrome de Sjögren primario y otras enfermedades reumáticas por afectación de la glándula lagrimal por fenómenos inflamatorios, también puede deberse al envejecimiento, y a algunos fármacos, sobre todo se relaciona con antihistamínicos, antidepresivos, betabloqueantes, antiespasmódicos o diuréticos.

El ojo seco evaporativo se caracteriza por una disfunción de las glándulas de Meibomio o blefaritis posterior, es la más frecuente en la práctica clínica y se debe a un aumento de la evaporación de la lágrima por afectación de la capa lipídica de la película lagrimal. Otras causas podrían ser uso de fármacos tópicos, lentes de contacto, enfermedades coexistentes como alergia y conjuntivitis.



En nuestro caso, el antecedente de conjuntivitis, la blefaritis y la intervención quirúrgica, no solo por el traumatismo inducido por la misma, sino también por el tratamiento tópico instilado, podrían justificar los síntomas de ojo seco de nuestra paciente, así como el uso de fármacos sistémicos y la edad. Podríamos, por tanto, encajarlo en un tipo de ojo seco mixto.

→ TRATAMIENTO

Hay que llevar a cabo un tratamiento escalonado en función de la gravedad, de forma que cada escalón incluye las medidas anteriores.

La lágrima artificial es un pilar fundamental del tratamiento de primera línea, el objetivo es restaurar la homeostasis de la superficie ocular y de la película lagrimal, interrumpiendo el círculo vicioso del ojo seco. La lágrima ideal es aquella que contenga compuestos semejantes a los componentes de la película precorneal, que tengan un largo tiempo de permanencia, que no lleven conservantes, que sean hipoosmolares, y con una buena concentración de ácido hialurónico. Pueden ser de naturaleza acuosa u oleosa.

Para tratar el tipo de ojo seco de nuestra paciente, iniciamos tratamiento con toallitas de **higiene palpebral TiABLO**, decidimos tratamiento humectante consistente en lágrimas artificiales potenciadas con Puro Lipids Microemulsión Oftálmica, para aumentar así el espesor de la capa lipídica y evitar la evaporación temprana de la lágrima y para el empeoramiento matutino utilizamos pomada de hidratación nocturna Puro Protect Ungüento Oftálmico.

En cuanto a los infiltrados adenovíricos, iniciamos tratamiento con dexametasona tópica en pauta descendente durante un mes en ambos ojos.

→ SEGUIMIENTO

Revisamos a nuestra paciente a los dos meses de tratamiento: presentaba igual agudeza visual y refería una clara mejoría de los síntomas de sequedad ocular, del eritema del borde palpebral, menos escamas y ya no presentaba sensación de cuerpo extraño. Sin embargo, persistían los infiltrados subepiteliales.

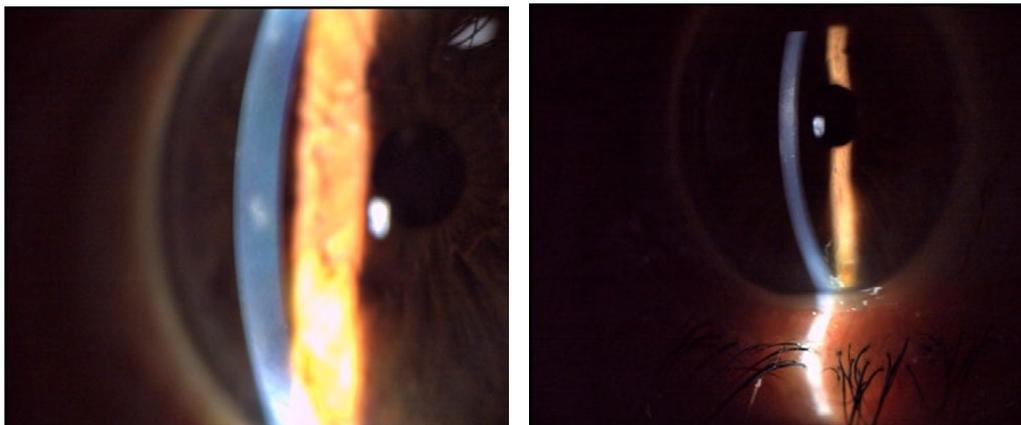


Figuras A



Figuras B





Figuras C

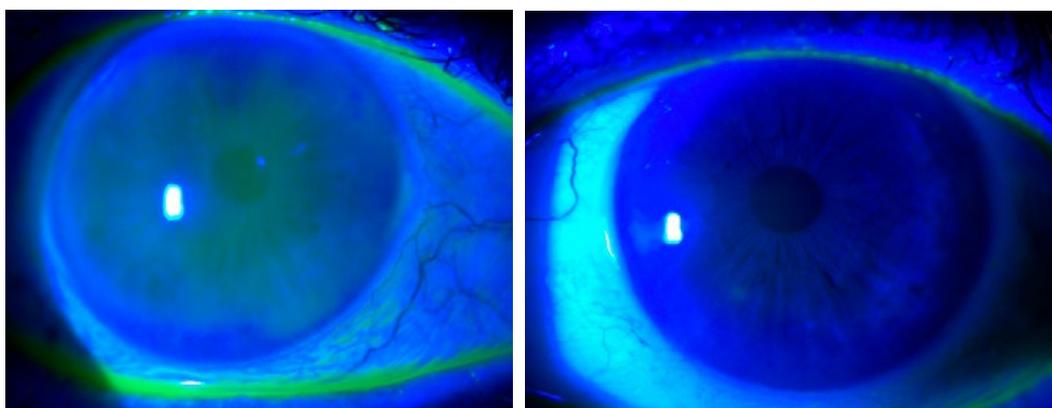
Figuras día 2 de seguimiento (ambos ojos). **A:** mejoría de la hiperemia; **B:** mejoría del borde palpebral; **C:** recurrencia de infiltrados en ojo derecho y leve haz central en ojo izquierdo con infiltrado perilesional

Debido a la recurrencia de los infiltrados al suspender el corticoide tópico se decide iniciar tratamiento en pauta descendente con corticoide de baja potencial, fluorometolona acompañado por ahorradores de corticoides, tacrolimus colirio al 0,03 %, además de mantener su tratamiento de superficie ocular con higiene palpebral y lágrimas artificiales.

En la siguiente revisión mostraba agudeza visual de 1.0 en ambos ojos, menos hiperemia, mejoría de la blefaritis con menos telangiectasias, hiperemia y tapones grasos, queratitis grado 0 de Oxford, ausencia de infiltrados subepiteliales y no síntomas de superficie ocular, mejoría de la sensación de cuerpo extraño y de los síntomas matutinos.

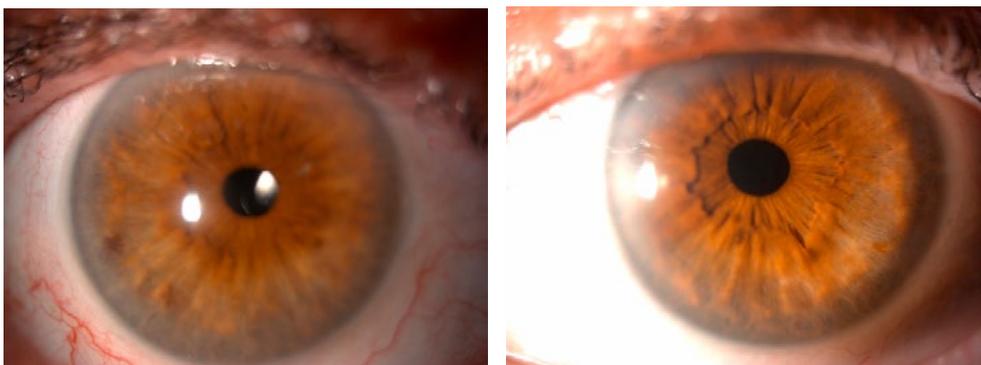


Figuras A



Figuras B





Figuras C

Figuras 3 día de seguimiento (ambos ojos). **A:** mejoría marcada de la blefaritis, menos hiperemia, telangiectasias y tapones grasos; **B:** no queratitis; **C:** ausencia de infiltrados.

CONCLUSIÓN

Patologías tan frecuentes en nuestro medio como la conjuntivitis y la blefaritis pueden ser menos valoradas y es importante tener en cuenta que pueden evolucionar a afecciones más graves en el caso de la conjuntivitis como son los infiltrados postadenovíricos y la disminución de la calidad de vida de los pacientes como es el caso de la blefaritis y el ojo seco evaporativo secundario que esta puede llegar a ocasionar. Por lo que es importante hacer hincapié en un tratamiento adecuado y ser constante en el mismo para lograr mantener un buen control de la enfermedad.

A pesar del tratamiento específico de cada patología, el tratamiento humectante con lágrimas artificiales y geles lubricantes siempre es buen coadyuvante ya que ayuda a recuperar la superficie ocular y calmar los síntomas del paciente.

Bibliografía:

1. TFOS DEWS II.
2. Optical Tacrolimus for Corneal Subepithelial Infiltrates Secondary to Adenoviral Keratoconjunctivitis.

