
Enfermedades de los Párpados y Conjuntiva

Dr. Alfonso Bendezú Loyola

ENFERMEDADES DE LOS PÁRPADOS

Los párpados son dos repliegues movibles, que sirven para proteger los ojos, la piel es laxa y elástica, lo que permite la formación de edemas de gran magnitud y su ulterior recuperación a su forma y tamaño normales. Están revestidos por delante por piel y en su cara posterior por la conjuntiva palpebral. Contienen al cartílago tarso, que le da la consistencia, en el cual se inserta el músculo elevador del párpado. El músculo orbicular del párpado, inervado por el facial, posee fibras circulares cuya función es cerrar los párpados. Existen tres tipos de glándulas: las de Meibomius, que son aquellas situadas en el espesor del tarso, en número de 30 a 40 en el superior y de 20 a 30 en el párpado inferior. Las glándulas de Zeiss, sebáceas, que están comunicadas con los folículos de las pestañas, y las sudoríparas de Moll que son formaciones tubulares sinuosas no ramificadas.

Su circulación deriva de las arterias oftálmicas y las lagrimales. Los linfáticos drenan en los ganglios linfáticos preauriculares, parotídeo y submaxilares.

1. LESIONES PALPEBRALES BENIGNAS

ORZUELO.-

Infección estafilocócica de las glándulas palpebrales. Es en esencia un absceso, localizado, de tumefacción dolorosa y congestionada. Si afecta la glándula de Meibomio se llama orzuelo interno y si lo hace en las glándulas de Zeiss y de Moll, externo. Su

tratamiento radica en compresas de agua caliente y antibióticos por vía sistémica. Y si el proceso no se resuelve, debridación y drenaje quirúrgico.

CHALAZIÓN.-

Inflamación granulomatosa crónica estéril provocada por la obstrucción de los orificios de la glándula de Meibomio. Los pacientes con acné rosácea y dermatitis seborreica tienen un riesgo mayor de hacer chalazión. Es una lesión indolora, redondeada e indurada en la placa tarsal.

Tratamiento: Algunos desaparecen de modo espontáneo y otros requieren cirugía es decir curetaje, la opción terapéutica más frecuente.(Lámina 4, Foto 2)

BLEFARITIS MARGINAL.-

Inflamación crónica frecuente de los bordes palpebrales. Se caracteriza por irritación, ardor y escozor de los párpados. Existe también sequedad y descamación de la piel y granulaciones que cuelgan de las pestañas con tendencia a la caída de éstas. Hay dos formas: La estafilocócica (frecuentemente ulcerativa) y la seborreica o no ulcerativa. Tratamiento: soluciones y ungüentos a base corticoesteroides y antibacterianos.

2. ALTERACIONES DE LAS PESTAÑAS

TRIQUEIASIS.-

Es la orientación interna adquirida de las pestañas previamente normales que provoca erosiones epiteliales punteadas. Complicaciones en casos graves de larga duración incluyen pannus, ulceración corneal y en forma ocasional queratitis infecciosa. Se asocia a menudo con tracoma y blefaritis crónica estafilocócica grave. Tratamiento: depilación, electrólisis o termoablación por láser.

DISTIQUEIASIS CONGÉNITA.-

Es una segunda fila de pestañas completa o parcial que crece por fuera o ligeramente por detrás de los orificios de las glándulas de Meibomius. Su tratamiento es quirúrgico.

3. DEFECTO DE POSICIÓN DE LOS PÁRPADOS

ENTROPION.-

Es la desviación del párpado hacia adentro. Frecuente en personas mayores de 40 años. Hay 4 tipos: involutivo, cicatricial, congénito y espástico agudo. Tratamiento: quirúrgico (Lámina 4, Fotos 3 y 5).

ECTROPION.-

Es la eversión del párpado hacia afuera del globo. Frecuentemente bilateral y en la edad senil. Tratamiento: quirúrgico.

BLEFAROCALASIA.-

Alteración infrecuente que se caracteriza por episodios recurrentes de edema sin fovea, indolora, en los párpados superiores y que desaparece en pocos días. Tratamiento: quirúrgico.

DERMATOCALACIA.-

Exceso de los tejidos de los párpados superiores y también de los inferiores debido a un proceso senil. Tratamiento: quirúrgico.

PTOSIS PALPEBRAL.-

Caída de los párpados. Puede ser unilateral o bilateral. Congénita y adquirida. La ptosis congénita es debida a alteraciones congénitas del músculo elevador del párpado o asociada a anomalías del recto superior.

La ptosis adquirida puede ser: neurógena, aponeurótica, mecánica y miógena.

Ptosis neurógena: Causada por parálisis del tercer nervio, síndrome de Horner y síndrome de parpadeo a la masticación de Marcus Gunn.

Ptosis miógena: Causada por miopatía congénita o adquirida del músculo elevador o por una alteración de la transmisión de los impulsos en la unión neuromuscular (Lámina 4, Foto 4).

Ptosis mecánica: Va desde un exceso de piel del párpado hasta abultamientos del párpado superior.

Ptosis aponeurótica: Es un defecto de la transmisión de fuerza desde un músculo elevador normal al párpado superior.

4. TUMORES DE LOS PÁRPADOS

NEVUS.-

Son tumores congénitos benignos de aspecto pigmentado y pueden ser extirpados en forma amplia por razones estéticas.

XANTELASMAS.-

Depósitos subcutáneos amarillentos de colesterol y lípidos que se localizan en las zonas mediales de los párpados. Tratamiento: quirúrgico.

CARCINOMA DE CÉLULAS BASALES.-

Es la neoplasia más frecuente en el ser humano, se localiza predominantemente en el párpado inferior y se presenta en ancianos. Tratamiento: quirúrgico.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS.-

Menos frecuente aunque potencialmente más peligroso que el de las células basales. Se localiza en el párpado inferior, y en el borde palpebral. Tratamiento: quirúrgico.

SARCOMA DE KAPOSI.-

Tumor vascular asociado con frecuencia con el SIDA. Son lesiones palpebrales de color rosado y/o marrón que pueden confundirse con un pequeño hematoma. Tratamiento: Dosis bajas de radioterapia suelen ser muy eficaces.

5. DÉFICIT TISULARES

EPICANTO.-

Presencia de pliegues verticales de la piel a nivel de la comisura interna. Frecuente en niños y puede simular un falso estrabismo convergente, disminuye gradualmente con el crecimiento.

BLEFAROFIMOSIS.-

Estos pacientes presentan epicanto, desarrollo deficiente del puente nasal, hipoplasia de los rebordes orbitarios, telecanto (desplazamiento lateral del canto medial) y ptosis. También puede existir ectropion del párpado inferior. Tratamiento: quirúrgico.

COLOBOMA PALPEBRAL CONGÉNITO.-

Es el resultado en una falla en el normal desarrollo del párpado y el cierre de hendidura facial. Tratamiento: quirúrgico.

BLEFAROESPASMO ESENCIAL BENIGNO.-

Es un espasmo involuntario bilateral del músculo orbicular, empieza con un pequeño temblor y progresa hacia una fuerte contractura donde el paciente llega a estar funcionalmente ciego, las mujeres son afectadas más frecuentemente que los hombres por encima de los cincuenta años. Otro músculo de la cara puede ser afectado. Su origen no es conocido. El tratamiento: inyección de toxina botulínica, orbicucleotomía quirúrgica o ablación del nervio facial.

ENFERMEDADES DE LA CONJUNTIVA

La conjuntiva no es sino una mucosa delgada y transparente que recubre la porción anterior de la esclerótica hasta el limbo y la superficie posterior de los párpados. Se divide en tres partes: La parte palpebral, la conjuntiva del fondo de saco, que está suelta y redundante, y la conjuntiva bulbar, que está unida a la cápsula de Tenon subyacente, excepto a nivel del limbo.

En la región del canto interno la conjuntiva se engruesa ligeramente para formar el repliegue semilunar.

Histológicamente formada por dos capas: El epitelio constituido por células cuboideas que se hacen poliédricas a medida que alcanzan la superficie y el estroma o substancia propia con su capa adenoidea, que no empieza a desarrollarse hasta tres meses después del nacimiento y las glándulas secretorias de mucina que son de tres tipos: células caliciformes, criptas de Henle y las glándulas de Manz.

Según su etiología hay varias clases de conjuntivitis: bacteriana, viral, clamidial, alérgica, física, micótica, parasitaria, espiroquetósica y de etiología desconocida.

1. CONJUNTIVITIS BACTERIANA SIMPLE

Patología muy frecuente y por lo general autolimitada. Las causales son: el *Stafilococo aureus*, epidermidis y otros gram positivos y negativos.

Se inicia con eritema, sensación de cuerpo extraño, pesadez de los párpados y a veces fotofobia en caso de epiteliopatía puntiforme o infiltrados corneales periféricos; legañas, hiperemia conjuntival máxima en fondos de saco. La agudeza visual es normal.

Sin tratamiento cura al cabo de 10 a 14 días. La terapia consiste

en el uso de sulfas o gotas antibióticas en el día y ungüentos durante la noche, localmente. Norfloxacin, gentamicin, tobramicin, cloranfenicol, etc.

2. QUERATOCONJUNTIVITIS GONOCÓCICA DEL ADULTO

Infección causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, un diplococo gram negativo.

Se caracteriza por presentar una supuración espesa, quemosis conjuntival con o sin formación de pseudomembrana, edema periorcular, dolor y limitación de la mirada. Se palpa prominente linfadenopatía preauricular que en casos graves puede superar los ganglios preauriculares. A veces, queratitis y ulceración corneal que puede conducir rápidamente hasta una perforación y endoftalmitis.

Tratamiento: Hospitalización para obtener muestras de cultivo e irrigar el ojo a intervalos frecuentes con suero salino. Antibióticos sistémicos: Cefoxitina 1 g IV, o Cefotaxima 500 mg IV cuatro veces al día. Si sólo está afectada la conjuntiva puede ser suficiente un día de tratamiento. Si hay compromiso corneal 3 a 5 días de duración. También antibióticos tópicos: gentamicin, eritromicina o bacitracina.

3. CONJUNTIVITIS DE INCLUSIÓN DEL ADULTO

Afecta a adultos jóvenes durante la época de actividad sexual. Infección venérea producida por los serotipos D a K de *Chlamidia tracomatis*. Se presenta a la semana después del contacto sexual y puede asociarse a uretritis o cervicitis inespecíficas.

Manifestaciones Clínicas: Secreción mucopurulenta, folículos grandes en los fondos de saco y en casos graves la afectación tarsal superficial, también en la región límbica y sobre la conjuntiva bulbar, quemosis, adenopatía preauricular y queratitis epitelial de la mitad superior de la córnea. Deben realizarse pruebas para el diagnóstico de sífilis y gonorrea. La microscopía directa fluorescente de anticuerpos monoclonales permite la valoración precisa de las muestras.

Tratamiento: Tetraciclina ungüento cuatro veces al día durante 6 semanas. Sistémico: Doxiciclina 300 mg/semana por 3 semanas o 100 mg/día durante 1-2 semanas.

4. TRACOMA

Infección causada por la *Clamidia tracomatis*. Propia de poblaciones desfavorecidas, en malas condiciones higiénicas. La mosca común es el vector más importante del ciclo infección-reinfección. Actualmente es la causa más frecuente de ceguera evitable en todo el mundo.

Se presenta en la infancia con formación de folículos conjuntivales, palpebrales y bulbares y un infiltrado difuso con papilas. Después se desarrolla una inflamación crónica que finalmente provoca una cicatrización conjuntival; ésta a su vez puede evolucionar a triquiasis.

El tratamiento es similar al de la conjuntivitis de inclusión del adulto. La medida preventiva más importante es una higiene personal estricta en la familia.

5. CONJUNTIVITIS NEONATAL

Del recién nacido es una inflamación conjuntival que aparece durante el primer mes de vida. Las tres causas principales son: infección por clamidias, infección gonocócica y otras.

CONJUNTIVITIS POR CLAMIDIAS

Es la causa más frecuente de conjuntivitis neonatal. Suele ocurrir entre 5 y 14 días después del nacimiento con una conjuntivitis mucopurulenta aguda. En ocasiones puede originar un pannus corneal superior, cicatrización conjuntival y a veces opacidad corneal. Tratamiento: Consiste en tetraciclina tópica y etilsuccinato de eritromicina oral, 25 mg/kg, dos veces al día durante 14 días.

CONJUNTIVITIS GONOCÓCICA

Transmitida por la madre durante el parto. Se produce entre 1 y 3 días después del nacimiento, con una conjuntivitis purulenta hiperaguda, quemosis y a veces con formación de membrana o pseudomembrana. Tratamiento: Con penicilina tópica y sistémica.

6. OTRAS CONJUNTIVITIS

CONJUNTIVITIS QUÍMICA

Puede estar provocada por el nitrato de plata o los antibióticos empleados como profilaxis contra la infección gonocócica.

CONJUNTIVITIS BACTERIANA SIMPLE

Puede presentarse en cualquier momento, su causal más frecuente es el *Stafilococo aureus*.

CONJUNTIVITIS DIFTÉRICA

Es una conjuntivitis membranosa que generalmente acompaña a la difteria orofaríngea, es producida por el bacilo de Löffler. Se caracteriza por una inflamación aguda de la conjuntiva palpebral, edema, necrosis de la conjuntiva y presencia de una membrana amarillenta difícilmente desprendible. Tratamiento: Penicilinas por vía local y sistémica y la antitoxina específica.

CONJUNTIVITIS HEMORRÁGICA AGUDA

Rara enfermedad causada por el enterovirus 70. Afecta a las personas de condición socioeconómica baja, las que viven en hacinamiento o a quienes se lavan poco las manos. Muy contagiosa, pero autolimitada y cura espontáneamente al cabo de unos 7 días. Se caracteriza por una secreción lagrimal profusa bilateral, foliculos palpebrales y hemorragias subconjuntivales. No se conoce tratamiento eficaz.

CONJUNTIVITIS ANGULAR

Producida por el bacilo de Morax-Axenfeld. Generalmente en adultos. Congestión y tumefacción de la conjuntiva palpebral y los bordes de los párpados hacia los ángulos, ardor, secreción escasa y en los ángulos escoriaciones de la piel. Tratamiento: Es a base de sulfacetamida en gotas y ungüento.

7. HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL

Alteración frecuente, ocurre espontáneamente en un ojo a cualquier edad. De aparición brusca y de aspecto rojo brillante. Se debe a ruptura de un vaso conjuntival pequeño, precedida por un acceso de tos o un estornudo, o en personas con hipertensión arterial. Se absorbe en 2 ó 3 semanas. Lo mejor es tranquilizar al paciente. Raro es bilateral o recurrente, por lo tanto deberán descartarse las discrasias sanguíneas (Lámina 5. Foto 2).

8. QUERATOCONJUNTIVITIS FLICTENULAR

Se asocia a la desnutrición, a la tuberculosis o ambos. La flictenula representa una acumulación de linfocitos a nivel del limbo que se presenta como una reacción alérgica al bacilo tuberculoso. Hay fotofobia y puede presentar cicatrización corneal ligera o completa (Lámina 5. Foto

1).

Tratamiento: Corticoesteroides 1 gota cada 2 horas. Si existe tuberculosis pulmonar deberá tratarse.

9. CONJUNTIVITIS QUÍMICA

Los ácidos precipitan a las proteínas de los tejidos y por lo tanto producen su efecto inmediatamente; pero no ocurre lo mismo con los álcalis, que tienden a persistir en los tejidos conjuntivales infligiendo daño por un período de horas o días.

Síntomas: Dolor intenso, enrojecimiento, visión borrosa y el blefaroespasma. Las adherencias entre la conjuntiva bulbar y palpebral (simbléfaron) y el leucoma corneal se presentan con mayor frecuencia si el agente lesivo es un álcali.

Tratamiento: Irrigación inmediata del saco conjuntival con agua o solución salina. Los corticoesteroides 1 gota cada hora disminuirán la inflamación y la fibrosis. Aplicación de compresas húmedas frías, atropina al 1% en la mañana y tarde y analgésicos. Antibióticos tópicos profilácticos. Se hará transplante de córnea si existe cicatrización corneal y una operación plástica conjuntival para el simbléfaron.

10. CONJUNTIVITIS POR PARÁSITOS

EL PTIRIUS PUBIS

Este parásito y sus huevecillos forman liendres que se adhieren a las pestañas y cejas produciendo una conjuntivitis irritante. Tratamiento: Uso de agentes químicos (antiacarósico), pero la extirpación mecánica es habitualmente necesaria (Lámina 4. Foto 1).

MIASIS OCULAR

Es la infestación ocular con larvas de moscas. Se presenta en los trópicos. Las larvas invaden el saco conjuntival y producen una reacción inflamatoria inespecífica. Puede ocurrir destrucción del contenido orbitario y paredes de la órbita con invasión de las meninges.

Tratamiento: Extirpación mecánica de las larvas o ungüento y apósito.

11. DEGENERACIONES CONJUNTIVALES

PINGUECULA

Lesión extremadamente frecuente que consiste en un depósito amarillento sobre las conjuntiva bulbar adyacente a la porción nasal o temporal del limbo. Es una degeneración de la fibras de colágeno del estroma conjuntival y en forma ocasional calcificación. Sólo rara vez es necesaria la cirugía.

PTERIGION

Lámina triangular de tejido fibrovascular que invade la córnea. Representa una respuesta a la sequedad crónica y la exposición solar (Lámina 5. Foto 3).

Se adhiere por completo a las estructuras subyacentes, pero el pseudopterigion (causado por la adherencia de un pliegue de conjuntiva a una úlcera corneal periférica) sólo se fija por su ápice a la córnea.

Tratamiento: Está indicada la escisión quirúrgica con baños de betaterapia, mitomicina y láser de argón para evitar la recidiva.

12. CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

CONJUNTIVITIS ATÓPICA

Es una respuesta inflamatoria crónica de la conjuntiva, causada por alérgenos (polen, moho, polvo), materiales vegetales, alimentos y pelos de animales. Hay historia familiar de alergia.

Hay vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar. En la forma aguda, bilateral, edema conjuntival, picor intolerable repentino, fotofobia y lagrimeo. Hay reacción papilar. En la forma crónica aparecen folículos y secreción mucosa.

Tratamiento: Corticoesteroides son de gran utilidad.

DERMATOCONJUNTIVITIS ALÉRGICA

Es una respuesta alérgica de tipo retardado, que se produce al emplear durante días o meses sulfonamidas, penicilina, neomicina, estreptomina y tetraciclina.

Se desarrolla eccema de la piel en los párpados. La alergia a los conservantes es frecuente: Benzalconio, EDTA, mertiolato y ácido bórico.

CONJUNTIVITIS VERNAL O PRIMAVERAL

Es una enfermedad alérgica bilateral que se inicia en la época prepuberal y dura entre 5 y 10 años. El alérgeno específico no es

conocido. Se caracteriza por su recurrencia estacional en primavera y verano.

Se manifiesta con la presencia de papilas gigantes, especialmente en el párpado superior. Secreción filamentososa, así como una falsa membrana conjuntival de aspecto lechoso. Si hay hipertrofia papilar a nivel del limbo se denomina conjuntivitis primaveral límbica.

Tratamiento: Corticoesteroides locales.

CONJUNTIVITIS PAPILAR GIGANTE

Es una conjuntivitis asociada a un cuerpo extraño: uso de lentes de contacto (72% blandos y 26% rígidos), de ojos artificiales y protrusión de suturas.

La sensación de cuerpo extraño y la presencia de moco en forma de hilos indican cronicidad del proceso. Las papilas pueden alcanzar un tamaño de hasta 1 mm.

Los esteroides mejoran notablemente el cuadro junto con la supresión del uso de lentes de contacto.

13. CONJUNTIVITIS VIRAL

Los virus productores de conjuntivitis son los Adenovirus, Echo, Coxackie y Picornavirus.

Las conjuntivitis leves presentan sensación de cuerpo extraño, escozor, lagrimeo y fotofobia ligera. Hiperemia de la conjuntiva tarsal. Hallazgo característico con los folículos, legaña ligeramente amarilla. Dura un promedio de 15 días.

En la forma grave (queratoconjuntivitis epidémica o fiebre faringoconjuntival) se aprecia quemosis pronunciada, hiperemia, legaña, folículos, discreta queratitis punteada superficial, ptosis palpebral de un ojo y después del otro. La secreción puede llegar a ser muy espesa y gelatinosa, adenopatías, microhemorragias. Patología muy contagiosa.

Tratamiento: Antiinflamatorios no esteroideos cada 3 ó 4 horas, en colirios, antibióticos en gotas, analgésicos (paracetamol), lagrimas artificiales. En algunos casos antivíricos en colirio cada 4 horas. El pronóstico sin complicaciones es excelente.