

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

PÁRPADOS

5

Transtornos de las pestañas

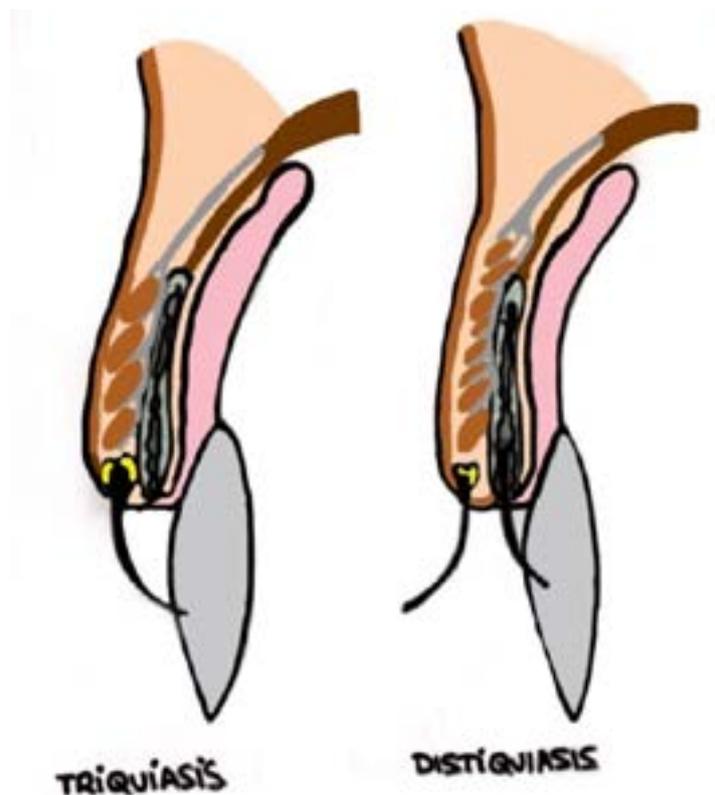
Ángeles Giménez de Almenara Amo



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

Las pestañas son los vellos cortos que crecen alineados en el borde anterior de los **párpados**, y se incurvan hacia fuera alejándose del globo ocular. Su función es proteger los ojos de la entrada de cuerpos extraños, así como de ser los sensores que captan lo que se acerca al ojo, haciéndonos parpadear para mantener los ojos seguros, e incluso, al proteger del viento, ayudan a prevenir el ojo seco. Como consecuencia son un elemento importante, junto con los párpados, para proteger la superficie ocular.

Las anomalías en las pestañas son una patología bastante frecuente y puede aparecer por causas muy variadas. Lo más común es que venga derivado de un proceso cicatricial a nivel de los párpados y esto altera la posición de las pestañas y/o su dirección. Estas anomalías están íntimamente relacionadas con anomalías crónicas de la superficie ocular.



TRIQUIASIS

Es una patología en la que pestañas, que previamente habían sido normales, empiezan a tener un crecimiento anormal, invirtiendo su dirección (crecen al revés), manteniendo su punto de origen normal (lamela anterior), y en ausencia de entropión. Esto conlleva un roce con la superficie ocular, irritando y dañando tanto al cornea como la conjuntiva (fig. 1).

Es una patología adquirida, típicamente de adulto, y muchas veces se acompaña de adelgazamiento del espesor palpebral.



Figura 1: Triquiasis.

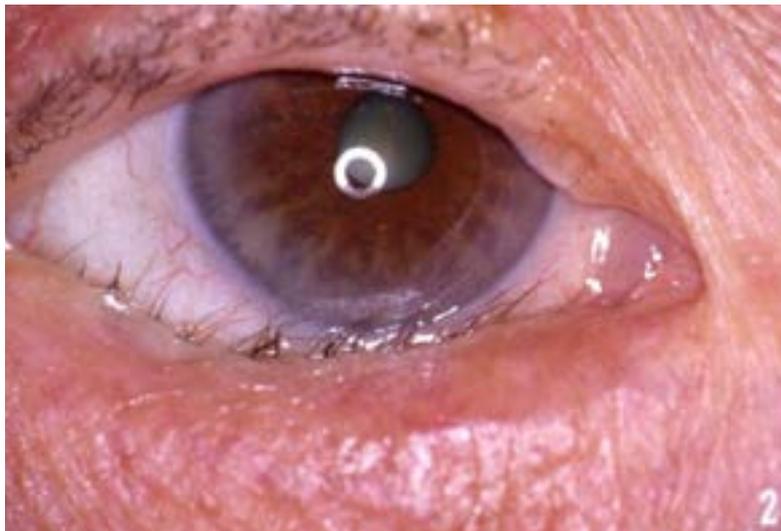


Figura 2: Entropion. Es el párpado el que se invierte, las pestañas nacen en su hilera habitual.

Tenemos que distinguirla del **entropión** (1) (fig. 2) donde las pestañas nacen en su hilera habitual, con buena dirección y es el párpado el que se invierte, produciendo así el roce de las pestañas. Es importante diferenciarlo ya que el tratamiento sería diferente.

Las **causas** de triquiasis son múltiples, aunque básicamente es la consecuencia de desordenes inflamatorios crónicos.

- Afecciones en el globo ocular:
 - Infecciones del ojo, siendo muy característico tras el herpes zoster ocular, y también del Tracoma (2), este último ocurre tras infecciones repetidas por Chlamydia Trachomatis en la infancia, pero es mas propia de países subdesarrollados y menos prevalente en Europa.
 - Trauma ocular mecánico, o quemadura por trauma químico.

- Uso crónico de ciertos colirios, los cuales acaban produciendo una alteración de la superficie ocular y cicatrización en los párpados.

Estas afecciones oculares conducen a inflamación conjuntival severa y cicatrización interna de los párpados que será causa del volteo de las pestañas hacia el ojo.

– Inflamaciones en el párpado:

- **Blefaritis crónica** (fig. 3): Es una enfermedad común y crónica. Puede ser anterior o posterior, inflamándose el margen palpebral, y tiene diversas causas; puede ser de causa hormonal o por toma de medicamentos, puede estar asociada a enfermedades como la rosácea o la atopia, o puede ser infecciosa, normalmente estafilocócica, o por infestación parasitaria por demodex.



Figura 3: Blefaritis.

- Enfermedades autoinmunes.
- Trastornos raros de la piel y las membranas mucosas (Síndrome de Stevens-Johnson y Pénfigo Cicatricial).
- También aumenta el riesgo de padecer triquiasis el **Epibléfaron**, que es un trastorno congénito. Ocurre cuando hay piel redundante alrededor del ojo y forma un pliegue. Esto hace que las pestañas se pongan en posición vertical. Mayormente ocurre en los niños de origen asiático. Y está descrito su tratamiento con toxina botulínica (5).

DISTIQUIASIS

Las pestañas nacen en zonas donde no deberían crecer, por detrás de la fila normal de pestañas, dentro del tarso, en la lamela posterior. Tradicionalmente se ha dicho que crecen desde los orificios de las glándulas de Meibomio, o si no, próximas a ellos. Al estar próximos a la superficie ocular, las pestañas rozan con la misma.

Este trastorno puede ser congénito o adquirido.

- La distiquiasis **congénita** es un trastorno raro, de herencia autosómica dominante, y alta penetrancia, aunque con expresividad variable, en el que se nace con una doble fila de pestañas, la cual puede ser completa o parcial. Puede afectar al párpado superior, al inferior o a ambos. Esta enfermedad suele asociarse a otras anomalías congénitas, como la linfedema primaria de las piernas (Síndrome de distiquiasis -linfedema), también puede haber anomalías cardíacas, renales.

Cuando el trastorno es congénito, las pestañas distiquiásicas, suelen ser más delgadas y cortas, y además tener una pigmentación más clara. Gracias a eso, son bastante bien toleradas en la infancia.

- La Distiquiasis **adquirida**, suele ocurrir tras una inflamación intensa a nivel palpebral, lo que provoca metaplasia y diferenciación de las glándulas de Meibomio, convirtiéndose en folículos pilosos. En estos casos, las pestañas no están atróficas y si que causan sintomatología, normalmente causa los mismos problemas de irritación y traumatismo corneal que la triquiasis.

En muchos casos esa diferenciación entre triquiasis y distiquiasis no es tan clara, el borde palpebral está muy desestructurado y no es fácil distinguir la línea gris, ni la separación entre lamelas, estando normalmente en estos casos, el borde palpebral muy adelgazado. En estos casos el tratamiento es más complejo.



Figura 4: Distiquiasis.

Síntomas

Son similares en la triquiasis y en la distiquiasis adquirida. En función del grado, habrá enrojecimiento e irritación del ojo, se tiene sensación de cuerpo extraño y lagrimeo, y se desarrolla hipersensibilidad y fotofobia. Puede generar úlceras corneales y pannus y si la alteración persiste se desarrollarán cicatrices corneales.

La clínica normalmente es más grave, cuando estas alteraciones se producen en el párpado superior.

Tratamiento

Consistirá en eliminar los folículos pilosos de las pestañas que rozan el ojo, pero es también importante el encontrar la causa que lo ha producido, y tratarla si es posible. La eliminación de las pestañas estará en función de la cantidad de pestañas afectadas, de su distribución, y sobretodo, de si las pestañas están en la lamela anterior (triquiasis) o posterior (distiquiasis), así como del grado de afectación ocular y palpebral. Normalmente es un problema terapéutico complejo, con muchas posibles opciones, y son muy frecuentes las recidivas y resultados incompletos.

- La *depilación*, se arrancan las pestañas anormales con una pinza, pero lo normal es que vuelvan a crecer en 2-3 semanas, y es necesario volver a depilar. Otros métodos más definitivos, incluyen la *electrólisis*, la *radiofrecuencia* (4) y la *fotoablación con láser argón*. Todas queman el folículo usando calor y como consecuencia podemos producir retracción cicatricial y entropion, con lo que están indicadas sólo cuando se trate de pestañas aisladas o en pequeño número.
- La *criocirugía*, destruye el folículo piloso aplicando un ciclo de congelación-descongelación doble a -20°C , y está actualmente en desuso, ya que puede producir necrosis cutánea, despigmentación y lesión de las glándulas de meibomio, pero se ha usado durante mucho tiempo para eliminar múltiples pestañas simultáneamente. También son frecuentes las recidivas con esta técnica.
- Por último, el *tratamiento quirúrgico*, que es la tendencia actual, sobretodo cuando las pestañas afectas son múltiples. Existen muchas técnicas y variantes, según el caso, la experiencia del cirujano, que la afectación sea del párpado superior o del inferior y sobre todo que las pestañas estén en la lamela anterior o la posterior. Los resultados muchas veces son incompletos y no del todo satisfactorios estéticamente.
- Las técnicas quirúrgicas las podemos dividir en:
 - Técnicas que **separan** las pestañas de la superficie ocular. Son técnicas más propias para la triquiasis, y en las cuales se suele dividir el párpado en sus dos lamelas anterior y posterior, y recolocamos la anterior, separándola de la superficie ocular.
 - Técnicas que **resecan** la zona que contiene las pestañas anormales, más indicada en las distiquiasis o cuando la triquiasis es muy grave. Así, hacemos resección del borde superior de la lamela posterior (conteniendo los folículos afectados) o el borde palpebral completo, pudiéndose colocar en esa zona un injerto de mucosa bucal.

MADAROSIS

Es la reducción en la cantidad de pestañas o la desaparición total de las mismas. Puede deberse a numerosas causas:

- Daño local del párpado, por ejemplo, quemaduras que afectan a las pestañas y dejan secuelas, tumores palpebrales, y secuelas de **radioterapia** que se aplica sobre la zona para tratar tumores del párpado.
- Enfermedades de la piel, como la **psoriasis** y la **alopecia areata universal**, es decir la pérdida de pelo en toda la superficie corporal que afecta también a las cejas y las pestañas.
- Enfermedades generales como el **lupus eritematoso sistémico**, el **hipotiroidismo** y la **lepra** cuando afecta a la cara.
- Por extirpación. Por ejemplo, en la enfermedad de origen psicológico denominada **tricotilomanía**, en la cual el paciente se arranca de forma compulsiva el pelo de determinadas zonas corporales.

Está aprobado por la FDA el tratamiento con Bimatoprost al 0,03% (3) (prostamida sintética, que originalmente es usada para el tratamiento del glaucoma de ángulo abierto), como solución que se ha de aplicar una vez al día para incrementar el crecimiento de las pestañas.

PTOSIS DE PESTAÑAS

En el párpado superior, las pestañas se dirigen hacia abajo como una cortina, normalmente se asocia al Síndrome del párpado laxo y no suele asociarse a patología ocular por si misma.



Figura 5: Ptosis de pestañas.

POLIOSIS

Es la pérdida de pigmentación de las pestañas, se produce por reducción de la melanina, y puede afectar a las cejas y a las pestañas. Lo podemos encontrar en el vitíligo y en el Vogt-Koyanagi-Harada, entre otras.

TRICOMEGALIA

La tricomegalia o hipertrichosis de las pestañas se define como un aumento en la longitud de las pestañas que puede ser congénito o adquirido.

La tricomegalia congénita se observa en pacientes con síndrome de Oliver-McFarlane y albinismo oculocutáneo tipo I (AOC-I), mientras que la adquirida puede estar asociada con enfermedades sistémicas, infecciosas, neoplásicas o reacciones medicamentosas (1).

Tabla 1. Causas de Tricomegalia

CONGÉNITAS	<ul style="list-style-type: none"> • S. Oliver- Mc Farlane • AOC-1
INFECCIOSAS	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/SIDA • Tuberculosis
DERMATOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Alopecia areata
SISTÉMICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Porfiria cutánea tardía • Anorexia nerviosa • Desnutrición • Dermatomiositis • Lupus eritematoso • Linfomas • Adenocarcinoms • Cáncer renal • Desnutrición • Acrodinia • Mixedema pretibial • Metástasis carcinomatosa
MEDICAMENTOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Cetuxizumab • Fenitoína • Ciclosporina • Diazóxido • Minoxidil • Estreptomina • Zidovudina • Latanaprost • Bimatoprost • Penicilamina • Interferon-2 alfa • Tacrolimus • Topiramato • Erlotinib • Genitinib • Panitumab • Corticoides • Psoralenos • Benaxoprofén • Suramina
OTRAS	<ul style="list-style-type: none"> • Gestación

Keywords: triquiasis, distiquiasis, madarosis, tricomegalia, poliosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marginal Entropion: A Frequently Overlooked Eyelid Malposition. Erdoğan M, Karadeniz Uğurlu Ş. Turk J Ophthalmol. 2015 Oct;45(5):203-207. doi: 10.4274/tjo.20591. Epub 2015 Oct 5. PMID: 27800233.
2. Trachoma. Taylor HR, Burton MJ, Haddad D, West S, Wright H. Lancet. 2014 Dec 13;384(9960):2142-52. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62182-0. Epub 2014 Jul 17. PMID: 25043452.
3. Bimatoprost for the treatment of eyelash, eyebrow and scalp alopecia. Barrón-Hernández YL, Tosti A. Expert Opin Investig Drugs. 2017 Apr;26(4):515-522. doi: 10.1080/13543784.2017.1303480. Epub 2017 Mar 16. PMID: 28264599.
4. Treatment of trichiasis with high-frequency radio wave electrosurgery]. Kormann RB, Moreira H. Arq Bras Oftalmol. 2007 Mar-Apr;70(2):276-80. doi: 10.1590/s0004-27492007000200016. PMID: 17589699.
5. Treatment of symptomatic epiblepharon with Botulinum toxin type A in patients under 2years of age. de la Fuente Díez Y, Olvera Morales O, Chen López CY, Tovilla Canales JL, Nava Castañeda A. Arch Soc Esp Ophthalmol. 2020 Jan;95(1):9-14. doi: 10.1016/j.ofal.2019.09.008. Epub 2019 Dec 2. PMID: 31806264.