

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

PÁRPADOS

6

**Libro de residentes:
blefaritis e infecciones palpebrales**

Marta López Fortuny



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

La blefaritis es un proceso inflamatorio que afecta a los párpados, fundamentalmente al borde. Puede presentarse como un cuadro agudo o crónico, y suele ser bilateral, más o menos simétrico. Aunque las blefaritis son uno de los procesos más frecuentes en la práctica clínica, pueden constituir un enigma diagnóstico y terapéutico y de hecho su manejo suele llevar mucho tiempo y ser con frecuencia ineficaz, con múltiples recaídas que terminan desmoralizando al paciente y al médico que las trata (Vico et al. 2017) .

INTRODUCCIÓN

En el borde palpebral encontramos una hilera de pestañas, las glándulas de Zeiss, Moll y de Meibomio. Las pestañas en el párpado superior están en un número de 70 a 160 dispuestas en 3 o 4 filas y en el inferior de 70 a 80. En los folículos de las pestañas desembocan las glándulas sebáceas de Zeiss. Las glándulas sudoríparas de Moll pueden desembocar o bien en el folículo o directamente en el borde palpebral. La línea gris separa de lo anterior a las glándulas de Meibomio que desembocan a nivel de la unión mucocutánea, estas son las responsables de la secreción del componente graso de la lágrima (fig. 1).



Figura 1: Detalle de margen palpebral donde se aprecia la línea gris con la desembocadura de las glándulas de meibomio.

CLASIFICACIÓN

Se han realizado múltiples clasificaciones de la blefaritis tanto la anterior como la posterior de multiples formas, a lo largo de los años. Una de las primeras es por Gifford en el 1921.



En 1982, McCulley et al establecieron seis grupos en función de su etiología y disfunción (McCulley et al. 1982):

- 1. B. Estafilocócica.
- 2. Seborreica.
- 3. Seborreica con sobreinfección estafilocócica.
- 4. Seborreica con seborrea meibomiana.
- 5. Seborreica con meibomitis secundaria.
- 6. Meibomitis primaria (queratoconjuntivitis meibomiana).
- 7. con afecciones: atopía, psoriasis o infección fúngica.
-

En 1991 Grayson prefirió clasificarlas según afectaran principalmente a la base de las pestañas o a las glándulas de Meibomio (Grayson. 1991). La blefaritis anterior se correspondería con los tres primeros grupos descritos por McCulley et al y la posterior es con la seborrea meibomiana y la meibomitis primaria y secundaria.

BLEFARITIS ANTERIORES ESTAFILOCÓCICAS

Suelen presentar una sintomatología fluctuante (empeoramiento matutino) con poco tiempo de evolución. Presentan en la exploración una importante inflamación de la parte anterior del párpado, collarettes escamosos y madarosis (figs. 2 y 3).

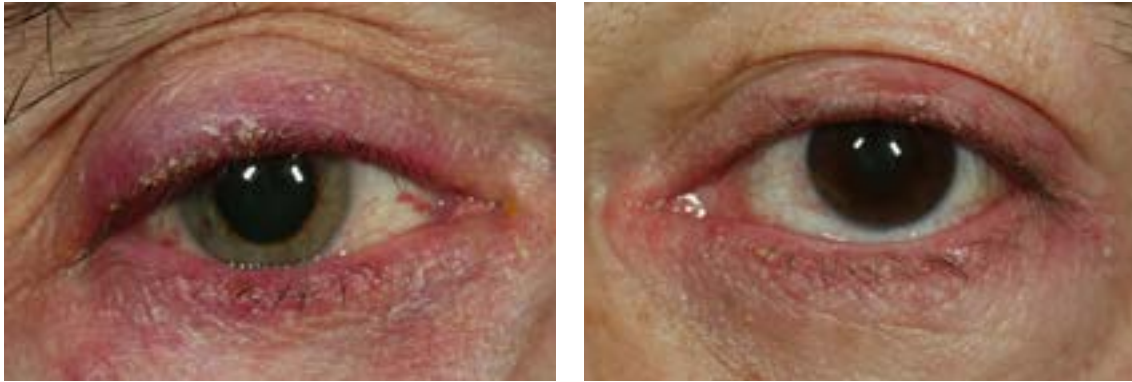


Figura 2: A. Detalle de la inflamación palpebral eritema moderado en la porción anterior de la blefaritis anterior estafilocócica. B. Detalle de la pérdida de pestañas o madarosis.

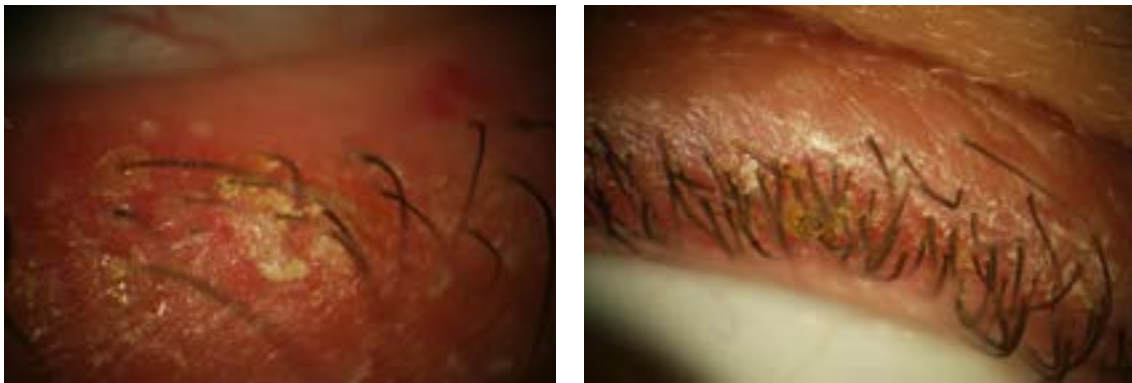


Figura 3: A. Detalle ampliado de la presencia de collaretes alrededor de la base de las pestañas. B. Detalle ampliado de costras en el margen palpebral.

BLEFARITIS ANTERIORES SEBORREICAS

En este tipo de blefaritis existe menor inflamación y eritema en la porción anterior del margen palpebral con presencia de escamas grasas y amarillentas. Suelen ser casos de mayor tiempo de evolución y sin exacerbaciones (figs. 6 y 7).

En todas ellas resulta fundamental valorar estos tres signos para determinar el tratamiento más adecuado: la presencia o ausencia de inflamación, insuficiencia lagrimal y la asociación a otras enfermedades dermatológicas.

Son muchos los aspectos a considerar en la fisiopatología de las blefaritis anteriores y dentro de ellos, la infección estafilocócica y la seborrea desempeñan papeles fundamentales. Otros a considerar son la reacción a exotoxinas producidas por las bacterias, respuesta alérgica a antígenos de los estafilococos y predisposición genética (estudiada en ratas Lewis).

Por último, existen una serie de situaciones que con frecuencia asocian blefaritis como: la seborrea, la infección estafilocócica, la reacción a exotoxinas producidas por las bacterias, la respuesta alérgica a antígenos de los estafilococos y la predisposición genética.

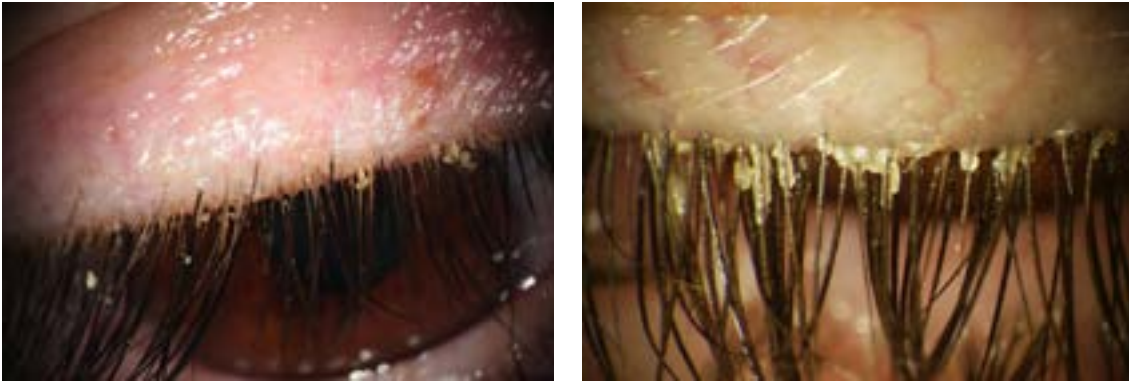


Figura 4: A. Detalle ampliado del párpado con menor inflamación eritema moderado en la porción anterior. B. Detalle ampliado de la presencia de escamas grasas y amarillentas.

Ward et al en 1993 sugirieron que la presencia y hidrólisis de los ésteres es de colesterol presentes en la secreción de las glándulas de Meibomio podrían contribuir a la proliferación de especies de estafilococos, especialmente *S. Aureus* observada en algunos casos de blefaritis crónica. Así pues, la composición lipídica de la secreción meibomiana contribuiría al desarrollo de muchos de los signos asociados a la blefaritis crónica y esta composición podría afectar también a la población bacteriana presente en algunos tipos de blefaritis.

La infección bacteriana es un hecho demostrado en muchos casos de blefaritis. Las bacterias que se aíslan con más frecuencia en los párpados normales y en aquellos con blefaritis.

En pacientes con blefaritis, *S. E. epidermidis* está presente en el 94-95,8%, *P. Acnes* en el 87-92,8% y *Corynebacterium* en el 48-76,8%. El *S. Aureus*, que produce los casos más graves, se ha encontrado con mucha menos prevalencia, 10,5-24% en pacientes con blefaritis y un 13% entre los normales, pero aparece con mayor frecuencia en climas cálidos.

El *S. Aureus* produce múltiples toxinas: alpha, beta, gamma y delta, toxinas exfoliativas, leucocidinas y enterotoxinas. Thygeson sugirió hace muchos años (1937) que la toxina alphasina o factor dermonecrotizante dañaban la superficie ocular aumentando la permeabilidad de la membrana de las células epiteliales.

En muchos casos de blefaroconjuntivitis que remedian clínicamente a las estafilocócicas no es posible aislar el *S. Aureus* y se ha propuesto que la toxina producida por las especies de estafilococos coagulasegativos serían en estos casos las principales responsables del cuadro clínico.

Existen una serie de enfermedades y fármacos que predisponen a la blefaritis, como son la diabetes mellitus, SIDA, síndrome de Down, el ácido 13-cis-retinoico, dipivalilepinafrina y el haloperidol.

Son muchos los aspectos a considerar: asociadas con la edad:

- Disfunción secreción glándulas.
- Bacterias.
- Factores hormonales.
- Ojo seco, acné rosáceo, dermatitis seborreica.

BLEFARITIS POSTERIORES

Está provocada por la disfunción de las glándulas de meibomio y puede presentarse de forma aislada o asociada a blefaritis anterior seboreica. La clínica es variable des de hipersecreción glandular hasta retención glandular y pueden afectarse todas las glándulas de forma difusa o bien sectorialmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Grayson M. Blepharitis. In Diseases of the cornea. St Louis, Mosby, 1991.
- McCulley JP, Dougherty JM, Deneau DG. Classification of chronic blepharitis. Ophthalmology 1982; 89:1173.
- Vico E, Vallejo A, Benítez del Castillo JM. Monografía de superficie ocular BLEFARITIS. Laboratorios Thea 2017.