

El consejo farmacéutico ante las patologías oculares más comunes (I). Patologías palpebral y conjuntiva

FRANCISCO JAVIER GOÑI

Oftalmólogo. Hospital de Mollet. Instituto de Microbiología Ocular (IMO).



Las patologías oculares leves son objeto de consulta frecuente en la oficina de farmacia. Por ello, es importante que el profesional farmacéutico tenga conocimiento básico de la etiología, diagnóstico y tratamiento de estos trastornos. En esta primera parte se abordan las patologías palpebral y conjuntiva y se previene sobre los riesgos y la escasa eficacia de los remedios oculares caseros.

Casi toda la patología ocular leve se localiza en una región de la anatomía del globo ocular: la superficie ocular. Dicha región está constituida por un conjunto de elementos anatómicamente independientes, pero funcionalmente integrados: párpados, conjuntiva, córnea y película lagrimal. Revisaremos cada uno de ellos, haciendo hincapié en su disfunción y enfermedad, la sintomatología y la semiología que suscitan y su mejor solución. Muchas veces la enferme-

dad es combinada (por ejemplo, párpados y conjuntiva) o la presencia de una enfermedad provoca la disfunción de otro elemento de la superficie ocular. Esto es así porque la relación entre los elementos descritos es muy estrecha. No es posible observar una córnea o una conjuntiva sanas en coexistencia con una reducción grave de la película lagrimal, ya que ésta es fundamental para la supervivencia de aquéllas. Por todo lo referido, es aún más importante entender las

bases de la enfermedad de superficie ocular, distinguir síntomas o signos específicos o iniciales, que permiten distinguir a tiempo el origen del problema y su corrección o mejora.

Patología palpebral

Protección del globo mediante el cierre de la hendidura palpebral. El músculo que realiza esta función (músculo orbicular de los pár-

pados) es muy potente. En algunas situaciones el cierre no se produce (por ejemplo, en la parálisis del nervio facial el músculo orbicular no actúa). Así, el ojo permanece constantemente abierto, apareciendo el denominado síndrome de desecación ocular por exposición. La película lagrimal se evapora y la córnea se deseca, lesionándose su epitelio. La alteración se conoce como queratopatía punctata en área de exposición, es decir, enfermedad corneal expresada como un punteado, que se pone en evidencia mediante una tinción muy utilizada en oftalmología, la fluoresceína, detectable sobre la zona de exposición de la hendidura palpebral. Esta lesión punteada puede observarse también sobre la conjuntiva expuesta.

Curiosamente, el aspecto de un ojo con parálisis del nervio facial no es el de un ojo «seco», sino el de un ojo lloroso. Hay dos razones para que esto sea así: primero, el ojo está irritado y lagrimea en exceso, y segundo, la pérdida de tono del músculo orbicular hace que el párpado inferior se despegue del globo, alejándose el punto lagrimal inferior, lo cual provoca un anegamiento por la lágrima, que ya no encuentra su desagüe.

Si el cierre es incompleto, no por enfermedad sino por la propia topografía de la superficie ocular del sujeto (ojo saltón, párpado inferior muy lejano del borde corneoescleral inferior, etc.), se pueden producir queratopatías puntuadas inferiores, especialmente al dormir (ojo abierto). Además, la insuficiencia de reparto lagrimal inferior que ello provoca hace más difícil la adaptación de lentes de contacto en estos sujetos. Es importante recalcar que la disfunción de los párpados en estos casos produce en realidad una disfunción de la correcta humectación ocular.

Los síntomas que provoca el insuficiente cierre palpebral son de irritación, sensación de cuerpo extraño o lagrimeo. La parálisis facial se recupera espontáneamente en un 80% de los casos. Hasta aquí podemos suplementar al ojo con lágrimas artificiales y aconsejar el cierre palpebral nocturno con

tiras adhesivas, además de probar ungüentos lubricantes. Sin embargo, si no se recupera, debe abordarse un tratamiento quirúrgico específico para volver a disponer de un cierre ocular efectivo.

En caso de cierre incompleto en ausencia de enfermedad, podemos aconsejar un suplemento adicional.

Producción de la grasa necesaria para la película lagrimal

Las glándulas de Meibomio son responsables de la producción de la grasa que constituye la capa más externa de la película lagrimal.

Las blefaritis seborreicas son la expresión localizada en los párpados de una enfermedad dermatológica, la dermatitis seborreica.

El borde libre del párpado es una zona de transición entre la conjuntiva y la piel. Si se observa a gran aumento se aprecian sobre él unos 30 puntos alineados, que son los orificios de salida de las glándulas de Meibomio. El paso de los años provoca que estas glándulas tengan dificultades para liberar la grasa hacia la superficie ocular. La disfunción de las glándulas de Meibomio es una patología muy habitual y puede provocar síntomas propios de una lubricación ocular insuficiente. Además, con frecuencia, alguno de estos orificios se obstruye, apareciendo como un puntito blanco-amarillento. Si molesta, se trata ya de una inflamación y se denomina meibomitis. La meibomitis puede extenderse a toda la longitud de la glándula, provocando edema del párpado, calor y dolor localizado. Se trata en tal caso de un orzuelo interno, que precisa tratamiento específico. El orzuelo puede mejorar sus síntomas, pero a veces permanece como un bulto indoloro, recibiendo el nombre de «chalacion». Si tras tra-

tamiento médico y calor no desaparece, puede ser necesaria la intervención quirúrgica o la infiltración de un corticoide, según el caso.

Blefaritis

Los párpados son asiento habitual de inflamaciones e infecciones agudas y crónicas, constituyendo las denominadas blefaritis. Esta frecuente enfermedad se caracteriza por picor y sensación de molestia ocular inespecífica, como escozor o sensación de arenilla, enrojecimiento y descamación del borde palpebral.

Las blefaritis seborreicas son la expresión localizada en los párpados de una enfermedad dermatológica, la dermatitis seborreica. La oleosa descamación producida en exceso sobre el borde de los párpados genera un molesto picor y puede acceder a la superficie ocular, provocando síntomas de sensación de cuerpo extraño.

Las blefaritis infecciosas son causadas por bacterias, habitualmente estafilococos, y modifican la natural secreción grasa producida por los párpados, de modo que la película lagrimal pierde sus condiciones normales y produce síntomas similares a los del síndrome de ojo seco leve. Con cierta frecuencia, las blefaritis se acompañan de conjuntivitis y los síntomas aumentan todavía más.

Importancia de la higiene palpebral

Las blefaritis son enfermedades crónicas, de aparición intermitente en el tiempo, que suelen provocar a la larga cambios irreversibles en los párpados. Su borde se vuelve irregular y anfractuoso, alterando la relación entre el párpado y el globo ocular, favoreciendo las conjuntivitis e incluso las queratitis marginales inferiores. Las pestañas se caen y pueden llegar a desaparecer, trastorno denominado «madarosis».

Asimismo, las pestañas cambian su natural dirección de salida y pueden dirigirse hacia el globo ocular, ocasionando molestias tipo cuerpo extraño. Incluso favorecen

la aparición de pestañas anómalas, alteración de difícil control que lleva por nombre distriquiasis.

El tratamiento específico de las blefaritis depende de la causa, pero dado el carácter crónico de la enfermedad, deben potenciarse las medidas higiénicas externas, ya que una superficie palpebral limpia y de bordes suaves es resbaladiza para las escasas bacterias que permanecen tras la limpieza y es poco proclive por ello tanto a la infección como a la inflamación.

En resumen, las blefaritis son mucho más corrientes de lo que se supone. Ante síntomas de picor, escozor o arenilla, puede plantearse facilitar unas sencillas medidas de higiene palpebral y ocular, que pueden mejorar o eliminar los síntomas por sí solas. Además, el empleo cotidiano de esta sencilla medida ayuda a prevenir los cambios degenerativos del borde palpebral y de las pestañas.

Si a pesar de la limpieza los síntomas persisten, debe considerarse la consulta de un especialista.

Patología conjuntival. Ojo rojo

La conjuntiva es un tejido fundamental para el buen funcionamiento de la superficie ocular. Produce la mucina necesaria para la formación de la película lagrimal y es responsable de gran parte de la respuesta de defensa frente a los microorganismos que atacan el exterior del globo ocular. La lesión de la conjuntiva, por irritación, inflamación, infección o traumatismo provoca una respuesta llamada ojo rojo. El ojo rojo es una manifestación inespecífica y puede no estar relacionado con la conjuntiva. Se pueden definir tres tipos de ojo rojo, según se trate de inyección (los vasos sanguíneos están más dilatados y llenos de sangre), hemorragia (se aprecia sangre debajo de la conjuntiva) o quemosis (color rosado como consecuencia de la acumulación de líquido bajo la conjuntiva). Se conoce como conjuntivitis a la inflamación de la conjuntiva.

Conjuntivitis bacteriana

Es debida a la infección de la conjuntiva por bacterias y es una de las

causas más frecuentes de consulta en oftalmología. Sus síntomas son escasos, con algo de escozor, picor o sensación de cuerpo extraño. La secreción (presencia de legaña, que es el exceso de moco de color verde-amarillo, purulento) es muy típica y los ojos aparecen pegados al despertar. Los responsables de la mayoría de conjuntivitis son los estafilococos y los pneumococos.

El tratamiento se basa en el empleo de antibiótico en colirio un mínimo de 4 veces al día, al que se puede asociar un AINE. Este tipo de conjuntivitis responde bien al tratamiento médico. Si no es así o recidiva —es decir, vuelve a repetirse más veces— debemos descartar otra enfermedad asociada, como blefaritis crónica, dacriocistitis (inflamación del saco lagrimal por obstrucción permanente del sistema de drenaje de la lágrima) o la presencia de microorganismos que no responden al antibiótico empleado.

Conjuntivitis vírica

Está causada por virus. Se presenta de forma más aguda (es decir, brusca o repentina, con rápido paso de salud a enfermedad) y su curso es más prolongado que el de las bacterianas. Los síntomas son más molestos: el ojo «está caliente» o «quema», lagrimeo y asocia intenso rubor y edema palpebral con frecuencia. Se aprecian folículos al evertir el fondo del saco palpebral inferior. Los folículos son pequeños bultos translúcidos, múltiples, que son equivalentes en la conjuntiva a los ganglios del sistema linfático, localizándose en ellos el desarrollo de los linfocitos, células del sistema inmunológico. Sobre la región preauricular (por delante del pabellón auditivo) se toca muchas veces un bultito, ganglio con actividad inmunológica en marcha, a veces levemente dolorosa. Si además de la conjuntivitis el virus ataca la córnea (es decir, aparece una queratitis), los síntomas se exacerbarán: más fotofobia (la luz molesta), visión borrosa y blefarospasmo (los párpados tienden a permanecer cerrados involuntariamente).

Destacan dos formas: la epidémica, con hemorragias conjuntivales

les, y la fiebre faringoconjuntival, que muestra además faringitis y fiebre.

El tratamiento es paliativo, con colirios vasoconstrictores o AINE, además de compresas frías externas. Puede asociarse un antibiótico profiláctico para evitar una infección superpuesta por bacterias.

Conjuntivitis alérgica

Se debe a una reacción excesiva frente a sustancias inertes, que sólo provocan respuesta en algunos sujetos (por ejemplo, la presencia de algunos elementos como el polvo de casa, ciertos polenes o el pelo de animales, suscita una intensa reacción en ciertas personas, pero en la mayoría no producen acción alguna). Estas personas hipersensibles (alérgicas o atópicas) manifiestan síntomas alérgicos en una o varias partes de su cuerpo: la nariz, como rinitis; los pulmones, como asma bronquial; la piel, como dermatitis de contacto o urticarias, o el ojo, como conjuntivitis. Estas sustancias reciben el nombre de alérgenos.

La conjuntivitis alérgica más habitual es la primaveral. Los alérgenos son polenes de ciertas plantas, que polinizan precisamente en esas fechas. De hecho, la información meteorológica muchas veces informa de la concentración de polenes por metro cúbico de aire, para que aquellos sujetos conocedores de su alergia puedan tomar las medidas apropiadas. Esta inflamación se caracteriza por episodios repetitivos, agudos, de ojo de color «rosado», con intenso picor y quemosis, a veces muy llamativa y que asocia edema palpebral. La secreción es transparente o blanca (moco) y al evertir el párpado inferior o superior se aprecian papillas, excrecencias de aspecto sólido a la manera de un empedrado.

Esta conjuntivitis es muy explosiva, ya que apenas en 20 minutos el sujeto pasa de la normalidad a un ojo hinchado, rojo y con mucho picor. Es inevitable el rascado frenético, que lo único que produce es un incremento en la liberación del factor clave en los síntomas de la alergia: la histamina. Esta es una sustancia producida por unas células llamadas mastocitos, que se fija a unos receptores celulares

(denominados H_1) presentes en los vasos sanguíneos y en las terminaciones nerviosas de la conjuntiva. En los vasos, el estímulo de la histamina dilata los vasos e incrementa su permeabilidad, facilitando la salida de suero desde el vaso hacia el tejido circundante. En las terminaciones nerviosas, la histamina estimula la propagación de sensaciones de picor, que si son exageradas pueden llegar al dolor. Al liberarse más histamina por el rascado, la sintomatología aumenta y el ojo empeora de aspecto.

Existen otras conjuntivitis alérgicas, como las perennes, en relación con alergenos que se hallan en el ambiente de manera constante, como el polvo de casa. En realidad, la alergia no se produce frente al polvo en sí, sino frente a las deyecciones de un microscópico insecto que vive y se alimenta de él, *Dermaphagoides pteronissimus*. Otras causas de conjuntivitis alérgica perenne son los pelos de los animales domésticos. Estas conjuntivitis son de difícil diagnóstico, ya que provocan muy pocos síntomas que se confunden con el síndrome de ojo seco o con otras formas de conjuntivitis crónicas. Corresponde al oftalmólogo su diagnóstico. En estos casos, es fundamental identificar la causa de la conjuntivitis, para eliminarla o reducirla en lo posible (especialmente el polvo de casa).

El tratamiento habitual de las conjuntivitis alérgicas es un antihistamínico tópico, cada 8 horas. Si la respuesta es insuficiente, el sujeto debe consultar a un oftalmólogo.

Conjuntivitis sicca o seca

Es la respuesta inflamatoria de la superficie ocular a un déficit de película lagrimal. A los síntomas típicos de ojo seco (escozor y arenilla) se suma la presencia de ojo rojo, poco intenso, difuso, que predomina en el área de exposición ocular, más evidente en la porción más inferior de dicha área.

El tratamiento consiste en la aplicación de colirios humectantes.

Conjuntivitis irritativas

Se caracterizan por la presencia de un ojo rojo leve casi sin síntomas. Son muy frecuentes y se relacionan con causas banales como:

Los riesgos de los remedios oculares caseros

Las conjuntivitis irritativas o por disfunción de película lagrimal (tipo ojo seco) o por disfunción de las glándulas de Meibomio son leves, poco llamativas, no se prolongan en el tiempo y aparecen y desaparecen. Así, son muy frecuentemente tratadas de entrada por el propio paciente, que recurre a cualquiera de los diversos remedios caseros habituales. Destacaremos dos de estos remedios caseros.

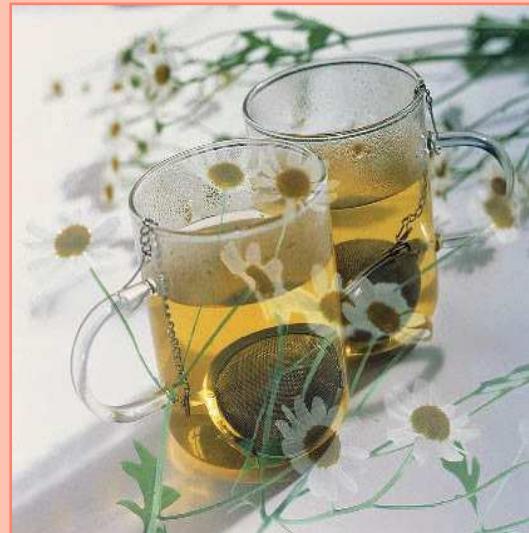
En el primero de ellos, se hierve agua y se añade una pizca de sal y unas gotas de limón. Se deja enfriar y se lavan los ojos con la preparación. Es evidente que la dosificación es siempre aventurada: ninguna persona es capaz de decir la cantidad de agua que debe emplearse para diluir en ella quién sabe qué cantidad de sal y de limón. Sin duda, el tratamiento es más eficaz por lo que conlleva de ritual que de intrínsecamente terapéutico. Pero la absoluta falta de rigor en la dosificación puede acarrear problemas, ya que un exceso de limón o de sal provoca una irritación conjuntival al modificar la normal osmolaridad lagrimal, la cual puede a su vez empeorar la leve conjuntivitis inicial.

El segundo remedio casero consiste en lavados con infusiones de manzanilla. Del mismo modo que antes, se hierve agua en cantidad opinable y se introduce en ella la bolsita de té de manzanilla (como medida más cómoda) o se hierve la propia manzanilla adquirida en una herboristería, quizás —o puede que no— más diluida que la sugerida para elaborar la típica infusión digestiva. Se deja enfriar (algunos pacientes están seguros que tibia es mucho más efectiva) y se procede a su aplicación directa sobre los ojos, empleando diferentes medios (jeringa, vasito, bañerita) para la irrigación. Como es lógico, la concentración es incontrolable. Sin embargo, el principal problema de la infusión de manzanilla no es la dosificación, sino el riesgo inequívoco de reacción alérgica que esta hierba conlleva.

Las preparaciones con bolsita de té de manzanilla —*Matricaria chamomilla*— y aun más las infusiones obtenidas directamente desde la propia hierba, se acompañan de granos de polen de la flor de esta planta. Dichos pólenes son capaces de provocar en sujetos sensibles una reacción alérgica de tipo I, mediada por inmunoglobulinas E, expresada como una intensa conjuntivitis, acompañada de edema palpebral o incluso, en algún caso extremo, de afectación sistémica próxima al shock anafiláctico. Por otra parte, los pólenes de *M. chamomilla* pueden presentar reacciones cruzadas con pólenes de otras plantas, como *Artemisia*. Así, aunque el sujeto no sea directamente sensible a la primera, puede mostrar una reacción alérgica contra ella si lo es a la segunda.

En conclusión, los lavados oculares con remedios caseros, y más si se incluyen plantas como manzanilla o tomillo, suponen un riesgo incontrolado de irritaciones en el mejor de los casos y de conjuntivitis alérgicas de intensidad variable o reacciones alérgicas generalizadas en el peor de ellos. La higiene ocular es también una materia de importancia, y existen preparados convenientemente formulados y dosificados en el mercado que permiten cubrir esta faceta de la terapéutica con absoluta seguridad y sin riesgos de consecuencias imprevisibles.

En medicina, la inflamación de un tejido se nombra añadiendo al término original el sufijo *itis*. Así, por ejemplo, la inflamación del apéndice intestinal se denomina apendicitis, y la inflamación de la conjuntiva, conjuntivitis. Debe insistirse en el hecho de que sólo se refiere a la inflamación, que puede tener múltiples causas, como una infección, un traumatismo o una enfermedad del sistema inmune. □



– Exposición a ambientes cargados o tóxicos, como sucede a los manipuladores de sustancias químicas o de limpieza.

– En ciertas personas, el contacto con el cloro del agua de las piscinas o el agua de mar.

– Exposición prolongada a altas temperaturas, como en trabajadores de hornos, cocineros, etc.

– Disfunción leve de la producción de grasa por las glándulas de Meibomio o de otros componentes de la película lagrimal. Generan pocos síntomas, que van y vienen, aparecen y desaparecen.

los microtraumatismos inadvertidos, como restregarse los ojos. Muchas veces no se encuentra una razón. La hipertensión arterial se ha invocado como causa, pero dado que ésta es una alteración de vasos pequeños, su papel es probablemente menos importante de lo supuesto hasta ahora.

El hiposfagma es asintomático, pero es motivo de consulta urgente por su espectacularidad.

El tratamiento no es necesario, pues este trastorno se resuelve espontáneamente. Sin embargo, muchos pacientes reclaman alguna ayuda y en tal caso puede administrarse un colirio humectante.

Habitualmente, la fatiga ocular se da tras esfuerzos visuales continuados, como el empleo de la visión de cerca durante horas en usuarios de pantallas de ordenadores

El tratamiento de estas conjuntivitis se basa en la aplicación de descongestivos de rápida acción que eliminan el rubor y mejora los síntomas. Si el ojo rojo o los síntomas vuelven a repetir o no acaban de mejorar, es aconsejable consultar al oftalmólogo.

Otra causa de ojo rojo frecuente, pero sin importancia, es el hiposfagma o hemorragia conjuntival. Se trata de la rotura de un pequeño vaso conjuntival que sangra y se manifiesta como una mancha roja, sanguínea, que con el transcurso de las horas tiende a decantar hacia el tercio inferior del ojo. Entre las causas destacan: el esfuerzo torácico a presión, llamado maniobra de valsalva, como una intensa tos o vómitos continuados; la fragilidad capilar (vasos sanguíneos débiles que provocan los típicos moratones en la piel ante cualquier pequeño golpe, o hiposfagmas de repetición) en mujeres adultas, y

Fatiga ocular

Habitualmente, la fatiga ocular se da tras esfuerzos visuales continuados, como el empleo de la visión de cerca durante horas en usuarios de pantallas de ordenadores. La fatiga ocular es un síndrome caracterizado por síntomas inespecíficos, como escozor o ligero picor, que suele estar en relación con la actividad visual prolongada, que aparece varias horas después de iniciarla. Por ello, la sintomatología se manifiesta hacia el final del día. Como signo único, se detecta un ojo rojo de grado variable. Tanto los síntomas como el rubor ocular desaparecen tras el descanso, es decir, a la mañana siguiente.

Podemos distinguir también otras causas de la fatiga ocular:

– Por defecto de graduación: hipermetropía. Los sujetos hipermetrópnes (se llama así el defecto de refracción por el cual los objetos son enfocados por detrás de la retina y el ojo debe poner en juego el mecanismo de la acomodación para conseguir un enfoque retiniano) poseen buena visión lejana, pero deben realizar un esfuerzo acomodativo excesivo en visión próxima, generándose fatiga precoz.

– Por empleo inadecuado de la visión próxima. Está en relación con una incorrecta graduación visual o con una incorrecta iluminación del área de visión. Provoca una fatiga visual precoz. □