

QUERATOCONJUNTIVITIS

Tarquino Acarapi Vladimir¹
Zeballos López Lourdes²

RESUMEN

La conjuntiva membrana delgada y transparente, formada por tejido conectivo ricamente vascularizado que cubre la superficie interna del párpado y la esclerótica del globo ocular, es un tejido que puede inflamarse (conjuntivitis) secundariamente a la presencia de un ojo seco como consecuencia de una disminución de la actividad secretora de las glándulas lagrimales principalmente una alteración a nivel de la película lagrimal que va ocasionar una sequedad en la superficie ocular motivo por el cual la humectación y protección del epitelio corneal se verán afectadas, encontrándose en algunos casos esta patología asociada a otras enfermedades como ser el síndrome de Sjögren o alteraciones palpebrales como ser Ectropión, simbléfaron, distiquiasis y parálisis faciales que agravan el cuadro.¹⁻⁸

PALABRAS CLAVES

Ojo seco, inflamación, conjuntivitis.

INTRODUCCION

Al cumplir la secreción lagrimal y cada una de las capas que conforman la película lagrimal funciones importantes a nivel del globo ocular como ser lubricar los párpados, función antibacteriana gracias a la presencia de inmunoglobulinas, lavar, eliminar desechos y estímulos nocivos, entre otras funciones es importante mencionar que la ausencia de lágrimas a nivel de

globo ocular ocasionará en la mayoría de los casos la inflamación del tejido conjuntival llamada también conjuntivitis de ojo seco, queratoconjuntivitis o síndrome de ojo seco.¹

CLASIFICACION OJO SECO:

El síndrome de ojo seco, puede clasificarse en:

- Ojo seco lacrimodeficiente asociado o no al síndrome de Sjögren, caso en el cual puede producirse por una alteración en las glándulas lagrimales, obstrucción de los conductos excretores, medicamentos sistémicos entre otras causas.
- Ojo seco evaporativo lacrimosuficiente que puede ser de naturaleza:
 - a) Extrínseca: Por deficiencia de vitamina A, uso de lentes de contactos o alergia a nivel de superficie ocular.
 - b) Intrínseca: Por alteración de las glándulas de Meibomio, alteraciones en el parpadeo como ser proptosis por enfermedad de Graves-Basedow, alteración en la capa lipídica de las lágrimas, dermatitis seborreica, y uso de algunos fármacos.³⁻⁸

ETIOPATOGENIA

La conjuntivitis de ojo seco consiste principalmente en el desarrollo deficiente en una de las capas de la película lagrimal, la cual se torna inestable ocasionando secundariamente la sequedad de la superficie ocular y por último la inflamación del tejido conjuntival, encontrándose entre los principales factores etiológicos de la enfermedad:

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Univ. Quinto Año Facultad de Odontología UMSA

1. Alteraciones relacionadas con la glándula lagrimal: Como ser:

- Hiposecreción lagrimal relacionada con la edad (atrofia senil de la glándula).
- Hiposecreción del componente acuoso secundario en la mayoría de los casos a una deficiencia de la capa media acuosa de las lágrimas alteración que puede estar o no asociada al síndrome de Sjögren.
- Destrucción rápida de las lágrimas o evaporación excesiva de las mismas consecuentemente a un déficit en la secreción de los componentes lipídicos de la capa lipídica externa componente de la película precorneal de las lágrimas.
- Obstrucción de los conductos lagrimales debido a un resultado de cicatrización conjuntival grave.
- Destrucción de tejido lagrimal por una inflamación o tumor. Ausencia congénita de glándula lagrimal o ausencia causada por una extirpación quirúrgica. Lesiones neurológicas típico del síndrome de Riley-Day.
- Queratoconjuntivitis evaporativa la cual puede deberse a una deficiencia de lípidos secundaria a un mal funcionamiento de las glándulas de Meibomio.

2. Trastornos que afectan directamente a las glándulas lagrimales como: La sarcoidosis, tracoma, penfigoide ocular, eritema multiforme, linfoma, amiloidosis, hemocromatosis, síndrome de Sjögren, Síndrome de Steven-Johnson, lupus eritematoso sistémico, HIV, hepatitis B y C, sífilis, tuberculosis, debiendo tomarse en cuenta también el sexo del paciente ya que es muy frecuente la presencia de ojo seco en mujeres que se encuentran en edad de la

menopausia o etapa postmenopausica (cambios hormonales) así como la administración de ciertos medicamentos como ser los antihistamínicos, diuréticos, anti colinérgicos, beta bloqueantes, opiáceos, benzodiazepinas, inhibidores de la MAO, antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la anhidrasa carbónica y la realización de radioterapia. Factores del medio como ser: contaminación aérea, aire acondicionado, uso de lentes de contacto y otras alteraciones a nivel del parpadeo, queratitis herpética y alteraciones neurotróficas.²⁻³⁻⁷⁻⁸

CUADRO CLINICO

Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son:

Sensación de cuerpo extraño o arenilla en el ojo, sequedad ocular sobre todo en las mañanas al levantarse, dificultad para abrir los ojos, intenso dolor al parpadear en caso de pacientes que presenten secreciones filamentosas extensas, picor, quemazón, visión borrosa transitoria, sensación de pesadez o cansancio en los párpados síntomas que pueden ser exacerbados ante ciertas situaciones como ser aire acondicionado, calefacción central, viento, disminución del parpadeo y lectura prolongada.

Encontrándose además otros signos como la Irritación de la conjuntiva, blefaritis, queratitis punctata caso en el cual suele observarse en el paciente enrojecimiento conjuntival, epifora y visión borrosa presencia de secreción mucofibrosa, detritus celulares en la película lagrimal, Meibomitis, simblefaron o adherencia de la conjuntiva a sí misma o a la córnea secundariamente al proceso inflamatorio, córnea gruesa o queratinización corneconjuntival.

A nivel de la película lagrimal también pueden presentarse otras alteraciones como ser secreciones mucosas de color rojo que tienden a moverse en cada parpadeo, filamentos corneales, además de lesiones epiteliales puntiformes que afectan la córnea inferior observándose también en algunos casos una alteración en la forma del menisco lateral marginal que se presenta de forma convexa e incluso puede estar ausente, alteraciones palpebrales con escamas y enrojecimiento del borde libre.¹⁻³⁻⁵⁻⁸

PRUEBAS DE DIAGNOSTICO:

Dentro de las pruebas para realizar el diagnóstico de la conjuntivitis de ojo seco se encuentran:

1. La medición de tiempo de ruptura de la película lagrimal, que es el intervalo transcurrido entre el último parpadeo y la aparición de la primera área seca distribuida al azar.
2. Tinción de la conjuntiva bulbar expuesta mediante el colorante llamado rosa de Bengala que nos permitirá tener un patrón típico de tinción de queratoconjuntivitis seca los cuales se presentarán como dos triángulos cuyas bases se encuentran el limbo.
3. Escala de Clek o tinción corneal, tinción con verde lisamina o fluoresceína.
4. Prueba de Schirmer I Y II que se encarga de medir la cantidad de humedad mediante papel de filtro especial.
5. Pruebas de laboratorio como la osmolaridad en lágrimas la cual nos dará información directa sobre los mecanismos patogénicos del ojo seco.
6. Bioquímica de las lágrimas.
7. Citología de impresión que es una prueba de anatomía patológica no invasiva.
8. Fluorofotometría.

9. Índice de protección ocular.
10. Tomografía por coherencia óptica de la córnea.
11. Microscopia confocal, entre otras pruebas.¹⁻³

TRATAMIENTO

Se pueden utilizar simultáneamente con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y evitar complicaciones mayores como ser la lesión corneal estructural, tratamiento tanto quirúrgico como farmacológico encontrándose entre las opciones:

- ✓ Conservación de las lágrimas existentes caso en el cual deben tomarse algunas medidas como ser la disminución de la temperatura de la habitación, prueba y uso de los humidificadores de la habitación.
- ✓ Tratamiento quirúrgico como ser:
 - a) La realización de una pequeña tarsorrafia lateral o sutura del párpado con el fin de disminuir el área de la hendidura interpalpebral.
 - b) Autotransplante de la glándula salivar (reemplazo de la glándula lagrimal por un segmento de la glándula submaxilar).
 - c) Reducción del drenaje nasal ya sea por oclusión temporal de los puntos lagrimales, la oclusión a largo plazo pero reversible u oclusión permanente.
 - d) Tratamiento quirúrgico de la conjuntivalochalasis.
- ✓ Usar sustitutos de lágrimas los cuales de preferencia no presenten conservantes en su composición.
- ✓ También se puede utilizarse geles, pomadas que contengan aceite mineral lubricante, agentes mucolíticos en forma de gotas que contengan acetil cisteína al 5%.

- ✓ Entre otras acciones pueden mencionarse el uso de la terapia medicamentosa mediante la utilización de:
 - a) Ciclosporina tópica en una concentración 0,05-0,1%.
 - b) Metilprednisolona en colirio en una concentración de 0,5-1% para disminuir la inflamación.
 - c) Agentes colinérgicos orales como la polícarpina la cual también puede utilizarse como colirio al 2%, gotas oftálmicas al 0.5% o pomadas oftálmica al 1%.
 - d) Tetraciclina en pomada en una concentración del 1-2% o colirio al 0.25% con una frecuencia de 3 a veces/día.
 - e) Doxiciclina Vía oral en una dosis de 50- 100 Mg. / día por un tiempo determinado según las indicaciones del médico tratante.
- ✓ Lentes de contacto esclerales y gafas especiales.
- ✓ Consumo a través de la dieta de ácidos grasos esenciales omega 3 como el linoleico y gammalinoleico, vitamina A y sustitutos de la mucina.
- ✓ Uso de sustitutos biológicos como el suero autólogo en una concentración del 10 al 100% usándose en la mayoría de los casos al 20% siendo el plasma rico en factores de crecimiento otro sustituto biológico de acción eficaz según los diferentes estudios que se han realizado.³⁻⁴⁻⁵⁻⁶
- D.F: Mc-Graw Hill interamericana. 2004; 202-203.
- 3. Merayo Lloves J. Conceptos actuales en ojo seco del Síndrome a la enfermedad. Fecha de acceso 18 de mayo de 2012; 6-7-8, 20- 21, 34-37, 41-47, 57-59, 64-67. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Queratoconjuntivitis_seca
- 4. Litter M. Compendio de farmacología. 4° edición. Buenos Aires- Argentina: El Ateneo. 2009; 254, 744-745.
- 5. Bustos D. E. Síndrome de Ojo Seco. Actualizado: 18 Noviembre 2011. Fecha de acceso 17 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.clinicadam.com/salud/5/000426.html>
- 6. Canaviri Balcázar J., Canaviri Paz A. Manual de Farmacología Básica. 3° Edición. La Paz- Bolivia: Editorial Apolo. 2007; 89.
- 7. McCulley J.P. La fisiopatología del ojo seco incluye inflamación. Fecha de publicación 1 de noviembre de 2007. Fecha de acceso 16 de mayo de 2012. Disponible en: www.healio.com/redirect?referenceID=25240&sType=3...6
- 8. Gálvez Tello JF., Lou Royo MJ., Andreu Yela E .Ojo seco: Diagnóstico y tratamiento (Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud vol. 22 nº5 1998). Fecha de acceso 21 de mayo de 2012. 119-122. Disponible en: <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/ojo.pdf>

BIBLIOGRAFIA

1. Kanski J. J. Oftalmología Clínica. 5° edición. Madrid-España: Elsevier. 2006; 60-57.
2. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15° edición vol. 1. México