

Revisión en Ciencias Básicas

Blefaritis crónicas o recurrentes

Neida Esperanza Ronderos Escamilla*

RESUMEN

Las blefaritis crónicas son un reto en la práctica clínica porque intervienen varios factores causales que pueden exacerbarlas o predisponer a su recurrencia. La presencia de seborrea o parásitos (ácaros) en los folículos pilosos palpebrales como el *Demodex Folliculorum* son condiciones que aunque controlables no son de resolución total. El artículo presenta una revisión bibliográfica de las posibilidades terapéuticas en cada caso.

Palabras clave: blefaritis, *Demodex Folliculorum*, Seborrea.

CHRONIC OR RECURRENT BLEPHARITIS

ABSTRACT

Chronic blepharitis is a challenge in clinical practice because there are many factors involved which might cause it or predispose its recurrence. The presence of seborrhea or parasites (acarus) in the palpebral pilose follicles such as *Demodex Folliculorum*, are conditions which are easy to handle but difficult to achieve total resolution. This article presents a bibliographic revision of the therapeutic choices for each case.

Key words: Blepharitis, *Demodex Folliculorum*, seborrhea.

* Optómetra, Ortopista de la Universidad de La Salle; Especialista en Diagnóstico Diferencial y Cuidado Primario de la Universidad del Área Andina. Docente de la Facultad de Optometría de la Universidad de La Salle. Correo electrónico: nronderos@lasalle.edu.co
Fecha de recepción: 18 de marzo de 2005
Fecha de aprobación: 8 de abril de 2005

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica optométrica es frecuente enfrentarse a blefaritis recurrentes o crónicas, las cuales ocasionan tal cantidad de sintomatología que limitan al paciente, principalmente, en la adaptación a sus lentes de contacto o permite la recurrencia de keratitis bacterianas y altera a tal punto el menisco lagrimal que puede desarrollar Síndrome de Ojo Seco.

Las blefaritis crónicas que no responden al tratamiento, especialmente en presentaciones unilaterales o asimétricas, pueden deberse a carcinoma de células sebáceas o carcinoma de células escamosas. Estos tumores malignos pueden ser enmascarados con la presencia de chalazión recurrente; es de resaltar que el riesgo de metástasis es alto al igual que el grado de mortalidad (Rumelt, 1998, Sullivan, 2002).

Se ha establecido que el patógeno más frecuente en casos de blefaritis agudas de tipo infeccioso es el *Estafilococo Aureus* y en los casos de blefaritis crónica el *Estafilococo Epidermidis* o *Propionibacterium acnes*. (Shovlin y Depaolis, 2004, Garzón y Rozo, 2003)

McCulley y sus colaboradores han clasificado las blefaritis como estafilocócicas, seborreica, meibomitis primaria y mixtas. Éstas pueden ser identificadas por su apariencia clínica. Otros autores, como Kansky, las clasifican como blefaritis anterior, posterior y mixtas.

Los principales signos clínicos de blefaritis crónica son el engrosamiento de los bordes palpebrales, telangiectasias, triquiasis, madarosis y entropión. El tercio inferior de la córnea puede presentar teñido, infiltrados o erosión. Si la blefaritis es unilateral es indispensable examinar el sistema naso-lagrimal como una posible fuente de infección al igual que una infección por herpes simple.

La blefaritis demodicoidea producida por el ácaro *Demodex Folliculorum* más frecuentemente que por el *Demodex Brevis*, es descrita como una meibomitis primaria, pues el ácaro habita en el folículo de la pestaña y ataca especialmente a las personas de edad. Puede destruir las células glandulares, produce granulomas y taponamiento de las glándulas de meibomio.

Los signos clínicos más importantes son los residuos sebáceos en la base de las pestañas y a su alrededor, formando una especie de arruga o doblez de forma piramidal a su alrededor con secreciones blanco-amarillentas y márgenes palpebrales engrosados. Se observa la presencia de escamas secas y el diagnóstico puede ser hecho al microscopio con la depilación de la pestaña. A menudo se pueden observar múltiples concreciones calcificadas sobre la conjuntiva palpebral con signos previos de chalazión tratados o no tratados (Shovlin, 2004).

Demodex folliculorum es un ácaro parasitario de cuatro patas elongado y semitransparente que habita en los conductos de las glándulas sebáceas que están conectadas con los folículos pilosos. Tiene en ciclo de vida de 18 a 24 días, durante los cuales las hembras ponen de 20 a 24 huevos. Las infecciones pueden estar relacionadas con la falta de higiene, dermatitis perioral, rosácea y diabetes; parecen aumentar con la edad.

El ácaro nunca puede ser eliminado completamente pero la infección puede ser controlada y la población parasitaria disminuida. En caso de no ser así podemos encontrar blefaritis de tipo mixto; el ácaro predispone a infecciones de tipo bacteriano.

Existen meibomitis secundarias, causadas por la seborrea, que al final pueden convertirse en un círculo vicioso, pues es difícil determinar el factor primario o secundario de la infección. La seborrea

se manifiesta como una solidificación de las secreciones de las glándulas de meibomio que pueden tener una consistencia pastosa por lo que afecta la película lagrimal, generalmente la flora bacteriana es normal.

TERAPÉUTICA DE LA ENFERMEDAD

La blefaritis de tipo infeccioso y la meibomitis son las formas de presentación más frecuentes de blefaritis.

Cuando la afección principal no es de tipo infeccioso, el manejo con compresas calientes, masaje y excreción de las glándulas, así como la higiene, son suficientes para controlar las alteraciones producidas. Perry y sus colaboradores han advertido sobre el uso de agentes detergentes, empleados en la higiene de pacientes con seborrea en el área del párpado por el incremento de la saponificación (las grasas se convierten en jabones y glicerol) que puede alterar la capa lagrimal lipídica, ellos sugieren el uso de solución salina para evitar la resequedad de la piel.

Se recomienda, para la higiene palpebral, productos elaborados especialmente para tal fin, porque no alteran el PH lagrimal y causan menores alteraciones a nivel de piel de los párpados. El uso de lubricantes oculares también alivia la sintomatología, en solución o en gel.

ANTIBIÓTICOS TÓPICOS

En caso de ácaros funciona muy bien la polimixina B o la bacitracina, dos o tres veces al día, teniendo la precaución de limpiar el área de los párpados quince minutos después de la aplicación del ungüento con solución salina para evitar resequedad en la piel. Algunos autores mencionan la aplicación de soluciones de éter en casos de pediculosis o de infección por ácaros seguido del ungüento antibiótico.

Karpecki recomienda en caso de signos inflamatorios la combinación de tobramicina y desametonona (tobradex) o sulfacetamida y prednisolona (blefamide). Sin embargo, el uso de estas combinaciones puede predisponer más a la patología. Cabe aclarar que la tobramicina tiene un cubrimiento primario contra gram negativos y muy poco efecto sobre el estafilococo y las sulfas tienden a generar alergias.

Las fluoroquinolonas puestas en el fondo de saco también han mostrado mejoría en las blefaritis y meibomitis (Hashemi, 2000).

ANTIBIÓTICOS ORALES

El principal antibiótico oral empleado es la tetraciclina. Existen tres tipos de antibióticos efectivos: tetraciclina de 250 mg, doxiciclina de 100 mg y minociclina de 50-100 mg.

Un estudio mostró que las tetraciclinas inhiben la producción de lipasa de los estafilococos y reducen los ácidos grasos libres que pueden exacerbar el proceso de la enfermedad. Existe una afinidad entre las tetraciclinas y las glándulas sebáceas, folículos pilosos y sus capacidades antiinflamatorias contribuyen para el tratamiento de la enfermedad de los párpados (Dougherty y Vis Sci, 2000, Solomon y Vis Sci, 2000).

La minociclina puede causar toxicidad vestibular y producir como efecto colateral vértigo, pigmentación de la esclera gris azulada y lupus inducido por la droga. La doxiciclina ha mostrado menos efectos adversos, no se ha reportado pigmentación escleral o toxicidad vestibular, ha mostrado ser una droga segura y bien tolerada por periodos prolongados. Se recomienda una dosis de 100 mg por 4 semanas o máximo hasta 8 semanas. (Solomón, 1985, Fraunfelder y Randal, 1997, Shapiro, 1997)

Un estudio mostró que la doxiciclina inhibe la actividad MMP-9 y disminuye la biohabilidad de la interleuquina 1 (IL-1), citoquina inflamatoria. Se ha reportado que las propiedades de la doxiciclina son similares a las de los corticoides.

Las tetraciclinas no son una opción para los niños y menos si éstos son menores de 8 años; pueden decolorar los dientes y alterar el crecimiento óseo. Se ha probado la eritromicina oral como una alternativa en niños (Solomon, 2000, Meisler, 2000).

En mujeres con resistencia a la terapéutica con antibióticos deben suspenderse los cosméticos en uso y la patología puede mejorar. Ayuda también el

manejo interdisciplinario en conjunto con dermatología sobre todo en casos de dermatitis seborreica, acné, rosácea o atopía.

CAMBIOS NUTRICIONALES

Se debe incrementar en la dieta Omega-6, por ejemplo huevo y Omega 3, aceite de linaza o pescados de agua fría (Robert Abel, M.D., of Wilmington).

Se ha sugerido que los aceites de linaza en tabletas o líquidos estabilizan las secreciones de las glándulas de meibomio. Si el paciente escoge la vía oral se le debe prescribir una dosis diaria de 2000 mg y luego reducirla a 1000 mg después de unas pocas semanas.

BIBLIOGRAFÍA

- Baxter, BT. *et al.* "Prolonged administration of doxycycline in patients with small asymptomatic abdominal aortic aneurysms: report of a prospective (Phase II) multicenter study". *J Vascular Surg* 36. 1. (2002):1-12.
- Dougherty, JM., *et al.* "The role of tetracycline in chronic blepharitis. Inhibition of lipase production in Staphylococci". *Invest Ophthalmol Vis Sci* 32. 11. (2000): 2970- 2975.
- Fraunfelder, FT., y JA., Randal. "Minocycline-induced scleral pigmentation". *Ophthalmology* 104. 6. (1997):936-938.
- Garzón, P. y J., Rozo. "Estudio Microbiológico de los agentes causales de Blefaritis-Diagnóstico Diferencial y Tratamiento". *Fedopto* 29. (2003): 21-33.
- Hashemi K., *et al.* «Comparison of antibiotic drops placed in the conjunctival cul-de-sac to antibiotic ointment applied to the lid margin in reduction of bacterial colonization on the lid margin". *Cornea* 19. 4 (2000): 459-463.
- Joseph, P., et al. *Managing Lid Disease in Lens Wearers*. En línea. Internet. Jobson Publishing L.L.C. 2 de Marzo de 2003. www.revoptom.com.
- Karpecki, P. *O.D. Disease: The Ins and Outs. Clinical research is telling us much about what methods are most effective.*
- Meisler, DM., MB., Raizman, y El., Traboulsi, " Oral erythromycin treatment for childhood blepharokeratitis". *JAAPOS* 4. 6. (2000):379-380.
- Rumelt, S., et al. "Four-eyelid sebaceous cell carcinoma following irradiation". *Arch Ophthalmol* 116. 12 (1998):1670.
- Salamon, SM. "Tetracyclines in ophthalmology". *Surv Ophthalmol* 29. 4. (1985): 265-275.
- Shapiro, LE. SR., Knowles y NH., Shear. "Comparative safety of tetracycline, minocycline and doxycycline". *Arch Dermatology* 133. 10. (1997): 1224-1230.
- Shovlin, J. *Put a Lid on Demodex. How to diagnose these parasites and control the infestation.* Jobson Publishing L.L.C. 15 de Marzo de 2004. www.revoptom.com.
- Solomon, A., *et al.* "Doxycycline inhibition of interleukin-1 in the corneal epithelium". *Invest Ophthalmol Vis Sci* 41. 9. (2000): 2544-2557.
- Solomon, A., *et al.* "Doxycycline inhibition of interleukin-1 in the corneal epithelium". *Invest Ophthalmol Vis Sci* 41. 9 (2000):2544-2557.
- Sullivan, TJ., JE., Coulton y KJ., Whitehead. "Intraepidermal carcinoma of the eyelid". *Clin Exp Ophthalmol* 30. 1. (2002):23- 27.