

## **Título: AFECCIONES DE LAS VÍAS LAGRIMALES**

### **Autores:**

#### **Dr. Jaime Alemañy González.**

Especialista de 2º Grado en Oftalmología.  
Profesor Auxiliar.

#### **Dr. Boris Luis Alfonzo Guillén**

Especialista de 1er. Grado en Oftalmología.  
Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral.  
Máster en Enfermedades Infecciosas.  
Profesor Auxiliar.

#### **Drc. Belmarys Aragonés Cruz**

Especialista de 2º Grado en Oftalmología.  
Doctora en Ciencias Médicas  
Máster en Enfermedades Infecciosas.  
Profesor Titular.

#### **Dr. José Alejandro Guerra Vicente**

Especialista de 1er. Grado en MGI y de 1er. Grado en Oftalmología.

#### **Dr. Karen Rodríguez Naranjo**

Especialista de 1er. Grado en MGI y de 1er. Grado en Oftalmología

Servicio de Oftalmología  
Email: oftalc@hha.sld.cu

### **Introducción**

Las vías lagrimales es el sistema fisiológico que contiene las estructuras orbitales para la producción y el drenaje de lágrimas.

Está compuesto por:

La glándula lagrimal

Los canaliculos lagrimales

El saco lagrimal

El conducto naso lagrimal

Su función es la protección del ojo, ya que la lágrima actúa de forma mecánica lubricando la superficie ocular, arrastra cuerpos extraños minúsculos que llegan a ella y elimina microorganismos del medio exterior, gracias a su acción bactericida. Influye además en la función visual, pues mantiene la córnea húmeda y transparente.

La lágrima es un líquido algo alcalino con una proporción grande de cloruro de sodio y una enzima, la lisozima, que tiene poder antibacteriano. Las lágrimas riegan la conjuntiva y la córnea y humedecen la superficie ocular; se pierden, parte por evaporación y el resto por medio del parpadeo que la conduce al saco lagrimal, conducto nasolagrimal y nariz. La disminución en la producción de lágrimas acarrea trastornos a la conjuntiva y a la córnea

#### **OBJETIVOS**

1. Elaborar un programa de garantía de la calidad para asegurar una mejor atención médica en forma continua mediante la aplicación del protocolo de actuación asistencial en las afecciones de las vías lagrimales.
2. Conocer la evaluación de los resultados de la aplicación del protocolo de actuación asistencial en las afecciones de las vías lagrimales.
3. Estimular la docencia, investigación y superación con la implantación del protocolo de actuación asistencial en las afecciones de las vías lagrimales.

## **DESARROLLO**

### **AFECCIONES**

Debido a las diferentes fisiopatologías de las enfermedades lagrimales se requiere una evaluación y un manejo diferente encada una de estas, por lo que las hemos clasificado en dos grandes grupos:

1. Alteraciones del sistema secretor.
2. Alteraciones del sistema excretor.

#### **1. ALTERACIONES DEL SISTEMA SECRETOR**

Es un desajuste deficitario entre la cantidad o calidad de la lágrima y las necesidades de la superficie ocular Es la enfermedad más frecuente en oftalmología, su prevalencia es difícil de establecer debido a que pasa desapercibida o es mal diagnosticada, en ocasiones se confunde y tratada como una conjuntivitis infecciosa o alérgica Es más frecuente en los climas secos.

#### **Criterios diagnósticos**

El paciente refiere ardor, quemazón, sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento ocular, sequedad, dificultad para la lectura y para el uso de lentes de contacto.

- El interrogatorio debe dirigirse a descartar enfermedades sistémicas (reumatológicas o del colágeno), y al uso de medicamentos que disminuyen la producción lagrimal (antihistamínicos, antihipertensivos, antiarrítmicos, antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la MAO).
- Otros síntomas comunes: secreción mucosa, incapacidad de producir lágrimas y dificultad para mover los párpados.
- Inspección y palpación de los anexos oculares y de la superficie ocular, con frecuencia el aspecto macroscópico es normal.
- Lámpara de hendidura: permite comprobar los signos de sequedad ocular, la conjuntiva bulbar puede estar deslustrada y engrosada, se debe incluir la evaluación del menisco lagrimal (disminución, interrupción o ausencia).

## **Clasificación**

### **- Grado 1, ojo seco leve:**

presencia de síntomas de ojo seco, lesiones de superficies reversibles no diagnosticables por fentobiomicroscopia, pero sí con pruebas de laboratorio. Cuando el ojo seco se establece y progresa lentamente, los estadios iniciales del grado 1 tienen un periodo inicial al que se clasifica dentro de este como **Grado 0-1** o de ojo seco latente, en el que los síntomas no se presentan en situaciones ambientales o biológicas basales, pero sí cuando se expone al paciente a situaciones de mayor necesidad de lágrima, por situaciones que hoy forman parte de la vida normal, como cambios ambientales (lentillas de contacto, ventiladores, aire acondicionado de coches, aviones y oficinas) o

personales (nerviosismo, psicotensión y toma de fármacos de acción secundaria hiposecretora).

□ **Grado 2, ojo seco moderado:**

presencia de lesiones de superficie que son reversibles, diagnosticables por fentobiomicroscopia, tinción corneal o conjuntival positiva con fluoresceína o rosa de Bengala, filamentos corneales, *tisc/but* muy bajo. A los signos anteriores se añaden síntomas subjetivos de sequedad ocular: dificultad de abrir los ojos al despertar por la mañana o tras la siesta, sensación de arenilla en los ojos, quemazón, hormigueo, fotofobia, crisis de visión borrosa, etc.

□ **Grado 3, ojo seco severo:**

presencia de lesiones corneales y conjuntivales persistentes, que empeoran si el cuadro clínico de sequedad progresa, o no desaparecen totalmente si la secreción lacrimal mejora, dejando secuelas de superficie irreversibles (leucomas cicatriciales, opacidades corneales, neovascularización corneal, borramiento de pliegues lacunares y simbléfaros). Este ojo seco tiene variedades que van, desde las pequeñas opacidades parciales de la córnea, hasta grandes opacidades con superficie ocular totalmente metaplásica escamosa. Si provocan disminución de la visión, se habla de un grado 3 *plus*, que puede ser permanente por lesiones que van desde nefeliones dispersos a opacificaciones corneales totales.

**PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

□□ Tinción con fluoresceína (erosión epitelial de la superficie corneal y evaluación del menisco lagrimal).

□□ Tiempo de ruptura de la película lagrimal (evalúa la deficiencia del componente mucoso).

Tinción con rosa de Bengala (tiñe células epiteliales desvitalizadas de córnea y conjuntiva).

*Test* de Shirmer I y II (con o sin anestesia) mide la secreción lagrimal total (basal y refleja), para realizarlo se instila anestesia.

Biopsia de conjuntiva.

## **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

### **Tratamiento local o sustitutivo:**

Lágrimas artificiales: en colirios o ungüentos, cuya dosis adecuada se deja a consideración del paciente.

Se aclara que cierta gama de lágrimas artificiales son fabricadas con preservantes como benzalconio, timerosal, clorbutanol chlorhexidine, etc., y estos tienen un efecto tóxico sobre el epitelio corneo-conjuntival, produciendo daños significativos sobre este, lo ideal sería utilizarlas **libres de preserv.**

Otras sustancias sustitutivas de las lágrimas son la metilcelulosa, la hidroxipropilmetilcelulosa (lacrisert), alcohol polivinílico, que por su acción forma una película protectora sobre la superficie ocular, lo que disminuye la fricción entre la córnea y los párpados.

### **Agentes mucolíticos locales:**

Acetilcisteína 15 % (colirio): aplicar tres o cinco veces al día.

Bromexina 0,1-0,2 % (colirio) tres o cinco veces al día.

Agentes antiinflamatorios e inmunosupresores en tratamiento de las crisis agudas:

Fluorometalona cuatro veces al día.

☐ Ciclosporina A (colirio 0,5 %, 1-2 %): cuatro veces al día el primer mes, y dos veces al día como dosis de mantenimiento.

☐ Otros: panoprofeno, diclofenaco, etc.

☐ **Nutrientes:** tienen una acción protectora sobre el epitelio, ya que por un mecanismo antioxidante favorecen el metabolismo celular:

☐ Colirios vitaminados (Vit A, E, B1, B6, B12 y C).

☐ **Agentes estimulantes de la secreción lagrimal:**

☐☐ Eleoicina (eloicín) 0,04 % (colirio) tres veces al día.

☐☐ Drogas anti-glaucomatosas: pilocarpina y carbacol.

☐☐ **Fluidos biológicos:**

☐☐ Suero autólogo, calostro, saliva, clara de huevo y la mucina, son fluidos orgánicos que eventualmente se han usado como lágrimas artificiales, pero no están comercializados.

☐☐ Uso de **lentes de contactos blandos hidrofílicos** con soporte escleral, cuenta entre sus ventajas: retardo en el tiempo de evaporación de lágrimas, evitar la formación de simbléfaron y favorecer la desaparición de los filamentos en las queratitis filamentosas; pero hay que ser cauteloso en su uso por el elevado potencial para la infección, ulceración y precoz vascularización, ya que disminuyen la oxigenación y perfusión corneal.

## Tratamiento quirúrgico

□□ **Oclusión de puntos y canaliculos**, ya sea de forma transitoria o permanente.

□□ **Parche del punto lagrimal**: consiste en reseca una porción cuadrangular de 2 x 2 mL de epitelio que rodea el punto, y se extrae del fórnix otra sección de tamaño similar colocándose en el lecho cruento y suturando luego con cuatro puntos sueltos en los extremos.

□□ **Transferencia del punto lagrimal a dique seco**: consiste en desplazar la porción vertical de los canaliculos y el punto hacia delante, de forma que el punto lagrimal desemboque entre las pestañas fuera del menisco lagrimal.

□□ **Escisión canalicular**: extirpación del punto y canaliculo hasta su entrada en el saco:

□□ **Dacriocistectomía y oclusión del ducto nasolagrimal**: se aplica a pacientes con ojo seco severo y dacriocistitis a repetición.

□□ **Blefarorrafia prepunctal**: cierre casi totalmente del lago lagrimal reduciendo la superficie expuesta y descendiendo el párpado superior, aproximadamente, 1 mm a nivel de la córnea.

□□ **Blefarorrafia punctal**: consigue la aproximación de los párpados ocluyendo también los puntos lagrimales.

□□ **Blefarorrafia lateral**: reduce la superficie ocular expuesta y, por tanto, la evaporación.

□□ **Blefarorrafia total**: ojos en estado grave con complicaciones corneales.

**Cisternoplastia:** es la creación de una cavidad en el canto lateral que aumente la retención de lágrimas naturales y de lágrimas artificiales, prolongando su acción en el ojo.

**Transposición del conducto de Stenon de la parótida hacia fórnix inferior.**

**Trasplante de glándula salival y submandibular hacia los fórnix.**

**Trasplante de mucina:** de la mucosa conjuntival del ojo contralateral, de la fosa nasal, de la mucosa labial o del paladar.

**Trasplante de carúncula del ojo contralateral.**

### **Tratamiento higiénico-dietético**

Evitar corrientes de aire.

Evitar la sequedad ambiental.

Evitar la polución ambiental.

Compresión o masaje de los párpados.

Compresas calientes.

### **Complicaciones potenciales**

Queratitis a repetición.

Úlceras corneales.

Simbléfaron.

### **Seguimiento al alta hospitalaria**

Se sigue cada 3 meses el primer año, y luego por las remisiones.

## **2. ALTERACIONES DEL SISTEMA EXCRETOR**

### **Epitelización del punto lagrimal unilateral o bilateral**

Sucede cuando existe un tejido epitelial que tapiza la luz del punto lagrimal, impidiendo el drenaje de la lágrima.

#### **Los criterios diagnósticos son:**

- Cuadro clínico:** el paciente acude por lagrimeo (epífora), en cualquier momento del día.
- Se diagnostica mediante interrogatorio y examen físico, que incluye la biomicroscopia de segmento anterior, donde se observa la epitelización del punto lagrimal.

#### **Las recomendaciones terapéuticas consisten en:**

- Se recomienda la dilatación del punto lagrimal inferior; se realiza luego la exploración de la vía lagrimal, si la vía está permeable, se decide el tratamiento quirúrgico.
- Puntoplastia: se realiza triple sección, una desde el punto lagrimal hacia el fondo de saco, otra desde esta hacia el borde interno palpebral y la otra, unión de las anteriores, luego se coloca un tutor y se fija, este se retira a los 7-10 días
- Tratamiento rehabilitador: se le debe indicar al paciente aplicar masajes en los párpados con la finalidad de que la lágrima pueda desembocar nuevamente en el punto lagrimal.

### **Complicaciones potenciales**

- Provocar la aparición o el incremento de un ojo seco latente.

### **Seguimiento al alta hospitalaria**

- Se sigue al paciente por 3 meses.

### **Canaliculitis**

Ocurre cuando existe inflamación unilateral o bilateral del canaliculo, ya sea aguda o crónica.

### **Los criterios diagnósticos son:**

- La epífora o lagrimeo es un síntoma de las interrupciones caniculares que se observa, con cierta regularidad, en los pacientes que asisten tanto a las consultas como al cuerpo de guardia.
- Sensación de “ojo mojado”, dolor local discreto, mayor sensibilidad en el ángulo interno, sensación de arenilla, disconfort, episodios recurrentes de secreción purulenta.
- Edema e hiperemia del punto lagrimal y del párpado, dilatación del punto lagrimal, aumento de volumen de la zona canalicular, eritema moderado de la conjuntiva bulbar, secreciones mucopurulentas y epífora.
- Secreción purulenta y salida de concreciones blanco-amarillentos en forma espontánea o por compresión digital por el punto lagrimal, dilatación del punto

lagrimal, edema y engrosamiento del canalículo inferior (pocas veces ambos), hiperemia y quémosis de la conjuntiva tarsal y bulbar adyacente, evoluciona habitualmente con vías lagrimales permeables.

### **Clasificación:**

- Por su presentación clínica pueden ser: agudas o crónicas.
- Por su etiología: bacterianas, alérgicas, virales, alérgicas, iatrogénicas y físicas.

### **Formas clínicas:**

- Canaliculitis supurada.
- Canaliculitis con concreciones.
- Canaliculitis estenosante.

En cuanto a las pruebas diagnósticas básicas o confirmatorias o ambas, estas pueden ser:

- Realizar gammagrafía de las vías lagrimales.
- Estudios contrastados.
- Exploración de las vías lagrimales.
- Estudio del frotis y cultivo del material obtenido (tinción de Gram, Giemsa, Sabouraud, agar sangre, agar chocolate y tioglicolato).
- Dacriocistografía.
- Ultrasonido.
- Endoscopia de Piffaretti modificada.
- Estudio anatomopatológico del dacriolito.

### **Diagnóstico diferencial**

- Chalazión.
- Blefaritis.
- Conjuntivitis angular.
- Conjuntivitis crónica.
- Dacriocistitis crónica.

### **Tratamiento higiénico-dietético**

Se recomienda mantener buena higiene personal, lavado de las manos, la limpieza e higiene de los ojos, etc.

### **Tratamiento médico**

Remover concreciones.

Irrigar el canalículo con **penicilina G** 100,000 U/mL, o solución iodada al 1 % (paciente sentado).

**Nistatina** (hongos) 1:20,000 gotas tres veces al día y en solución, irrigar v/semana.

**Trifluorotimidina** al 1 % (viral) 1 gota cinco veces al día por varias semanas   Compresas tibias cuatro veces al día en el punto lagrimal.

### **Tratamiento quirúrgico**

Canaliculotomía (tratamiento definitivo).

### **Complicaciones potenciales**

Conjuntivitis crónica.

Entropión.

Dacriocistitis crónica.

## **Seguimiento al alta hospitalaria**

- Se sigue al paciente por 3 meses luego de la cirugía.

## **Dacriocistitis aguda o crónica**

En la dacriocistitis aguda se presenta tumefacción y enrojecimiento del ángulo interno, debido a una obstrucción del conducto lagrimeo-nasal, es un proceso de comienzo abrupto, con importantes signos inflamatorios, dolor y afectación del estado general.

### **Los criterios diagnósticos consisten en:**

#### **Cuadro clínico de la dacriocistitis aguda:**

- Comienzo abrupto, epifora (+++), dolor a la palpación (++) , inflamación (+++).
- Induración del canto interno, dacriocistocele (+++), fístula externa por debajo del tendón cantal interno, conjuntivitis, quemosis conjuntival, celulitis orbitaria anterior, síntomas generales, y evoluciona hacia la cronicidad.

#### **Cuadro clínico de la dacriocistitis crónica:**

- Comienzo insidioso, evolución de una dacriocistitis aguda, epifora, no dolorosa, conjuntivitis crónica, sin signos inflamatorios, dilatación del saco (mucocele), a la presión digital del saco refluye material por los puntos lagrimales.

Estudio de las vías excretoras

- TDC.
- Test de Jones I y II.

## Exploración de las vías lagrimales

- Gammagrafía (tecnecio 99m).
- Dacriocistografía.
- Ultrasonido de vías lagrimales.
- Tomografía computarizada y resonancia magnética (sospecha de tumor, traumas y malformaciones congénitas faciales).

## Se clasifica en:

- Agudas.
- Crónicas.

## Etiología

- Congénita.
- Traumáticas: fractura Le Fort II.
- Enfermedades nasales: rinitis, pólipos, tabique desviado, tumores e hipertrofia del cornete inferior.
- Enfermedades granulomatosas: sarcoidosis, sífilis, tuberculosis y lepra.
- Infecciosas: conjuntivitis crónica, canaliculitis, parásitos (áscaris).
- Iatrogénicas: reducción cerrada de fracturas del macizo facial.
- Septoplastias.
- Operaciones de senos perinasales.
- Migración de tapón de silicona.
- Sinusitis frontal, maxilar etmoidal.

## Diagnóstico diferencial

- Celulitis facial.
- Meningoencefalocele.
- Mucocele frontoetmoidal.
- Neoplasias del saco lagrimal.
- Linfomas epiteliomas.

## Tratamiento médico

- Medidas generales. Ingreso si lo requiere (obligatorio en niños).
- Local: compresas tibias.
- Antibioticoterapia:

a) Local: colirios de antibióticos y antiinflamatorios.

b) Sistémico:

- Sin fiebre:

**Cefalexina** (cap. 500 mg), dosis: 500 mg c/6 h) o **amoxicilina** (cap. 500 mg),  
dosis: 500 mg c/8 h por VO.

- Con fiebre:

- Hospitalizar.

**Cefazolina** (bbo. 1 g), dosis: 1 g, por vía IV, c/8 h durante 10-14 días.

- AINES (ibuprofeno, piroxican, naproxeno etc.).
- Analgésicos (dipirona y paracetamol).

## Tratamiento quirúrgico al cesar la fase aguda

- Dacrioplastia con balón.
- Dacriocistectomía en pacientes ancianos.
- Colocación de prótesis nasolagrimales con control radioscópico.

Dacriocistorrinostomía externa y endoscópica.

### Complicaciones potenciales

Cronicidad.

Conjuntivitis purulenta.

Fistulización.

Úlceras corneales.

Panoftalmitis.

Trombosis del seno cavernoso.

### Seguimiento al alta hospitalaria

A las 24 h de la cirugía, a los 7 días, al mes y a los 3 meses.

### INDICADORES

Indicadores de estructura		Estándar
Recursos humanos	% del equipo asistencial (oftalmólogo, personal del salón con entrenamiento en el PA)	95%
Recursos materiales	% de instrumental y equipos médicos, según PA	95%
	% de recursos para aplicación en investigaciones	95%
Recursos organizativos	% de pacientes con planillas para la recogida de datos (PRD)	100%
	% de PRD incluida en la base de datos	100%
Indicadores de procesos		Estándar
% de pacientes con los estudios preoperatorios definidos en el PA cumplidos		95-100%
% de pacientes operados en régimen de cirugía ambulatoria.		80%
% de pacientes a ser operados de procesos recidivantes		<5%
Indicadores de resultados		Estándar
% de pacientes operados de ojo seco que no tuvieron mejoría		<5%
% de pacientes con remisión de síntomas y signos de ojo seco, a 30 días del tratamiento		>85%

% de pacientes operados de puntoplastia que eliminan la epifora	>95%
% de pacientes operados de canaliculitis reintervenidos	<5%
% de pacientes de dacriocistorinostomía con epifora	<10%
% de pacientes con complicaciones transoperatorias	<5%
% de pacientes con complicaciones en el posoperatorio	<5%
% de pacientes operados de dacriocistorinostomía recidivantes	<5%

## Bibliografía

Aakalu VK, Parameswaran S, Maienschein-Cline M, Bahroos N, Shah D, Ali M, Krishnakumar S. (2017) Human Lacrimal Gland Gene Expression. PLoS One. Jan 12; 12(1):e0169346. doi: 10.1371/journal.pone.0169346. PMID: 28081151

Abelson MB, Soter NA, Simon MA, Dohlman J, Allansmith MR (1977). Histamine in human tears. Am J Ophthal 83: 417.

Adams AD (1992). American Academy of Ophthalmology. Punctal occlusion for the dry eye. Ophthalmology 99: 639-640.

American Academy of Ophthalmology. (2003-2004). Curso de Ciencias Básicas y Clínicas.; 7:199-233.

Blicker JA, Buffam FV. (1993). Lacrimal sac, conjuntival, and nasal culture results in dacryocystorhinostomy patients. Ophthal Plastic Reconstr Surg; 9:43-46.

Dacriología Basica. VIII Ponencia de la SEO. Royper. Madrid. Sullivan, JH. (1994). Párpados y Sistema Lagrimal. En: Vaughan D, Asbury T, Tabbara, KF. Oftalmología General. 10ma Ed. Editorial El Manual Moderno, S.A. :55-65.

Disorders of the lachrymal Drainage System. (1997) En: Kanski JJ. Oftalmología Clínica. Tercera Edición. Butterworth. Heinenann, :59-68.

Gromova A, Voronov DA, Yoshida M, Thotakura S, Meech R, Dartt DA, Makarenkova HP (2017). Lacrimal Gland Repair Using Progenitor Cells. Stem Cells Transl Med. Jan;6(1):88-98. doi: 10.5966/sctm.2016-0191. PMID: 28170196.

Han J, Kim YD, Woo KI, Sobti D (2017). Long-Term Outcomes of Eye-Sparing Surgery for Adenoid Cystic Carcinoma of Lacrimal Gland. Ophthal Plast Reconstr Surg. Feb 17. doi: 10.1097/IOP.0000000000000877. [Epub ahead of print] PMID: 28221296

Ho-Young Song, Choon-Oh Lee, Sang Soo Park, Soo Won Suh. (1996). Lacrimal Canaliculus Obstruction: Nonsurgical Treatment With A Newly Designed Polyurethane Stent. Radiology April. 199:280-282.

Hurwitz JJ, Welham RAN. (1975). Radiography in functional lacrimal testing. *Br. J. Ophthalmol*; 59: 323-331.

Inoue S, Kawashima M, Hisamura R, Imada T, Izuta Y, Nakamura S, Ito M, Tsubota K (2017). Clinical Evaluation of a Royal Jelly Supplementation for the Restoration of Dry Eye: A Prospective Randomized Double Blind Placebo Controlled Study and an Experimental Mouse Model. *PLoS One*. Jan 6; 12(1):e0169069. doi: 10.1371/journal.pone.0169069. PMID: 28060936.

Janssen AG, Khaled Mansour, Johanna J. Bos. (1997). Obstructed Nasolacrimal Duct System in Epiphora: Long-term Results of Dacryocystoplasty by Means of Ballon Dilation. *Radiology* December. 205:791-796.

Janssen, AG Khaled Mansour, Gerrit j. Krabbe. (1994). Dacryocystoplasty: Treatment of Epiphora by Means of Ballon Dilatation of The Obstructed Nasolacrimal Duct System. *Radiology* November. 193:453-456.

Ji YW, Mittal SK, Hwang HS, Chang EJ, Lee JH, Seo Y, Yeo A, Noh H, Lee HS, Chauhan SK, Lee HK( 2016). **Lacrimal** gland-derived IL-22 regulates IL-17-mediated ocular mucosal inflammation. *Mucosal Immunol*. 2017 Jan 4. doi: 10.1038/mi.119. [Epub ahead of print] PMID: 28051088.

Jones LT. (1962). The cure of epiphora due to canalicular disorder, trauma and surgical failure on the lacrimal passages. *Trans AM Acad Ophthal Otolaryng*;66: 506-524.

Mikhail M, Michel RP, Chankowsky J, Arthurs B (2017). Epiphora as first presenting sign of primary extranodal NK/T-cell lymphoma of the lacrimal sac. *Orbit*. 2017 Feb; 36 (1):19-21. doi: 10.1080/01676830.1279649. PMID: 28146362.

Murube J. (1997). Ojo Seco. *Ciba Visión*. Mesa Redonda 73 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Granada. Murube del Castillo J. (1982).

Ogawa Y, He H, Mukai S, Imada T, Nakamura S, Su CW, Mahabole M, Tseng SC, Tsubota K (2017). Heavy Chain-Hyaluronan/Pentraxin 3 from Amniotic Membrane Suppresses Inflammation and Scarring in Murine Lacrimal Gland and Conjunctiva of Chronic Graft-versus-Host Disease. *Sci Rep*. Feb 6; 7:42195. doi: 10.1038/srep42195. PMID: 28165063.

Shah M, Edman MC, Reddy Janga S, Yarber F, Meng Z, Klinggam W, Bushman J, Ma T, Liu S, Louie S, Mehta A, Ding C, MacKay JA, Hamm-Alvarez SF (2017). Rapamycin Eye Drops Suppress Lacrimal Gland Inflammation In a Murine Model of Sjögren's Syndrome. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. Jan 1;58 (1):372-385. doi: 10.1167/iovs.16-19159. PMID: 28122086.

Shahraki K, Makateb A, Shirzadi K, Khosravifard K (2016). Frequency of Bacterial Samples from Patients with Chronic Acquired Nasolacrimal Duct Obstruction. *Med Arch*. Dec; 70(6):433-436. doi: 10.5455/medarh.2016.70.433-436. PMID: 28210015

Subramaniam SS, Anand R, Mellor TK, Brennan PA (2017). Primary Lacrimal Sac Melanoma With Metastatic Cervical Disease: A Review of the Literature and Case Report. *J Oral Maxillofac Surg.* Jan 26. pii: S0278-2391(17)30100-3. doi: 10.1016/j.joms..01.015. [Epub ahead of print] PMID: 28215853.

Xue AL, Downie LE, Ormonde SE, Craig JP. (2017) A comparison of the self-reported dry eye practices of New Zealand optometrists and ophthalmologists. *Ophthalmic Physiol Opt.* Mar; 37(2):191-201. doi: 10.1111/opo.12349. PMID: 28211183.

## **Título: ENFERMEDADES DE LOS PÁRPADOS**

### **Autores:**

#### **Dr. Jaime Alemañy González**

Especialista de II Grado en Oftalmología. Profesor Auxiliar.

#### **Dr. Boris Luis Alfonzo Guillén**

Especialista de I Grado en Oftalmología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

Máster en Enfermedades Infecciosas.

Profesor Asistente.

#### **DraC. Belmay Aragonés Cruz**

Especialista de II Grado en Oftalmología.

Doctora en Ciencias Médicas

Máster en Enfermedades Infecciosas.

Profesora Titular.

Servicio de Oftalmología

Email: oftalc@hha.sld.cu

### **Introducción**

Los párpados son dos pliegues delgados de piel, músculo y tejido fibroso, que tienen como función la protección y lubricación de las estructuras delicadas del ojo. Por su complejidad anatómica y su posición, son asiento frecuente de múltiples enfermedades que ponen en riesgo la función primordial para la que han sido creados, que es la protección del globo ocular.

### **Objetivos**

1. Elaborar un programa de garantía de la calidad para asegurar una mejor atención médica en forma continua mediante la aplicación del

protocolo de actuación asistencial en las enfermedades de los párpados.

2. Conocer la evaluación de los resultados de la aplicación del protocolo de actuación asistencial en las enfermedades de los párpados.
3. Estimular la docencia, investigación y superación con la implantación del protocolo de actuación asistencial en las enfermedades de los párpados.

## **Desarrollo**

### **Afecciones:**

#### **Entropion**

Es la inversión del margen palpebral, o margen palpebral invertido o girado antepuesto al globo ocular.

### **Criterios diagnósticos**

Se diagnostica mediante interrogatorio y examen físico, que incluye biomicroscopia del segmento anterior donde se observa la inversión del margen palpebral.

### **Clasificación**

- Congénito.
- Espasmódico.
- Involutivo.

Cicatrizal.

El involutivo es el más frecuente. Se origina por un exceso de laxitud de los ligamentos cantales y la debilidad de los retractores del párpado inferior.

## **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

### **Tratamiento médico**

Lubricantes.

Oclusión ocular.

Lentes terapéuticos de contacto blandos.

### **Tratamiento quirúrgico**

Se basa, fundamentalmente, en dos técnicas quirúrgicas:

Tarsal *strip*.

Entrecruzamiento del músculo orbicular.

En los pacientes en que se prolongue el tratamiento quirúrgico, se recomienda el uso de tiras adhesivas que logren eliminar la inversión del margen palpebral, y llevar el párpado a su posición anatómica.

### **Tratamiento higiénico-dietético**

Después de terminada la cirugía, colocarle al paciente compresas frías de agua hervida tres o cuatro veces al día por 15-20 min, las primeras 48 h.

### **Complicaciones**

Queratopatía por contacto con las pestañas.

### **Seguimiento:**

☐☐ Después del tratamiento quirúrgico, se debe seguir al paciente a las 24 h, a los 7 días, y al mes de la cirugía. Se le realiza, además, biomicroscopia del segmento anterior en todas las consultas.

### **Ectropion**

Es una enfermedad en la que el borde palpebral se evierte alejándose del globo ocular.

### **Criterios diagnósticos**

☐☐ Se diagnostica mediante el interrogatorio y el examen físico, que incluye la biomicroscopia del segmento anterior.

### **Clasificación**

- ☐☐ Congénito.
- ☐☐ Cicatrizal.
- ☐☐ Paralítico.
- ☐☐ Mecánico.
- ☐☐ Involutivo.

El involutivo es el más frecuente y ocurre por un exceso de laxitud de los ligamentos cantales. Su etiología se relaciona con la desinserción o debilitamiento del tendón cantal lateral.

## RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

### Tratamiento médico

- Sustitutos lagrimales.
- Oclusión ocular con pomadas.
- Sujeción de los párpados durante el sueño.

### Tratamiento quirúrgico

Se basa, fundamentalmente, en dos técnicas quirúrgicas:

- Tarsal *strip*.
- Lazy T.

En pacientes en los que se prolongue el tratamiento quirúrgico, se recomienda el uso de tiras adhesivas que logren eliminar la eversión del margen palpebral y llevar el párpado a su posición anatómica.

### Tratamiento higiénico-dietético

- Después de terminada la cirugía, el paciente se debe colocar fomentos fríos de solución salina o de agua hervida tres o cuatro veces al día, durante 15-20 min, las primeras 48 h.

### Complicaciones

- Queratopatías por exposición.

### Seguimiento

Después del tratamiento quirúrgico se debe seguir al paciente a las 24 h, a los 7 días, y al mes de la cirugía. Se le realiza, además, biomicroscopia del segmento anterior en todas las consultas para examinar la córnea.

### **Triquiasis**

Es la desviación de las pestañas hacia la córnea, con posición normal del borde palpebral, provocando irritación crónica de la conjuntiva y de la córnea (lagrimeo, erosiones epiteliales, queratitis y úlceras).

### **Criterios diagnósticos**

Se diagnostica mediante el interrogatorio y el examen físico, que incluye la biomicroscopia de segmento anterior, donde se observa la desviación de las pestañas hacia la córnea.

### **Diagnóstico diferencial**

Se realiza con la pseudotriquiasis, que se observa en el entropión, y la distriquiasis.

## **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

### **Tratamiento quirúrgico**

Se basa fundamentalmente en tres técnicas quirúrgicas:

Extracción mecánica (depilación), aunque son inevitables las recaídas al cabo de las 4-6 semanas.

Electrólisis de las pestañas.

Crioterapia.

### **Tratamiento higiénico-dietético**

Empleo de compresas frías de solución salina o de agua hervida, tres o cuatro veces al día durante 15-20 min, las primeras 48h, lo cual disminuye el proceso inflamatorio.

### **Seguimiento**

Se realiza cada 3 meses, hasta tener la seguridad de la eliminación completa de las pestañas aberradas.

### **Blefarochalasis**

Se define como el exceso de piel, grasa y músculo orbicular, sobrante en los párpados, que pudiera ocasionar oclusión del eje visual, triquiasis de las pestañas del párpado superior, eczemas por el roce constante de la piel, etc..

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Se diagnostica mediante el interrogatorio y el examen físico, que incluye la biomicroscopia del segmento anterior.

### **Diagnóstico diferencial**

Blefarocalasia (episodios recurrentes de edema indoloro, generalmente se resuelve de forma espontánea).

## **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

### **Tratamiento quirúrgico**

Basado fundamentalmente en tres técnicas quirúrgicas:

- Blefaroplastia convencional.
- Blefaroplastia con láser de CO2.
- Blefaroplastia con bisturí eléctrico.

### **Tratamiento higiénico-dietético**

-  Después de terminada la cirugía, el paciente se debe colocar compresas frías de solución salina o de agua hervida tres o cuatro veces al día, durante 15-20 min las primeras 48 h.

### **Seguimiento**

El paciente se examina a las 24 h de la cirugía, a los 7 días, al mes y a los 3 meses.

### **Ptosis palpebral**

Se refiere a la caída del párpado superior.

### **Criterios diagnósticos**

Su diagnóstico positivo se fundamenta en el interrogatorio, el examen físico o la exploración, y algunos medios diagnósticos para confirmar su etiología).

Por ejemplo, si tiene antecedentes personales o familiares, o ambos, de miastenia grave, distrofia oculofaríngea, miopatías mitocondriales (Síndrome de Ken Saire y otras), distrofia miotónica, diabetes mellitus, enfermedades sistémicas, síndrome de ojo seco, antecedentes de traumas en el parto o contusiones oculopalpebrales, y antecedentes del uso de lentes de contacto rígidos.

### **Clasificación**

- Según la edad de comienzo: congénita o adquirida.
- De acuerdo a su etiología: aponeurótica, mecánica, neurogénica y traumática.
- Según el grado en:
  - Ptosis pequeña: la caída de 2 mm del nivel normal del margen palpebral.
  - Moderada: de 3-4 mm.
  - Severa: más de 4 mm.

Esta evaluación se hace en correspondencia a una pupila normal y de 4 mm de diámetro.

### **Criterios diagnósticos**

- Se diagnostica mediante el interrogatorio y el examen físico, que incluye la biomicroscopia del segmento anterior.

### **Diagnóstico diferencial**

- Seudoptosis palpebral.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

El tratamiento es quirúrgico basado fundamentalmente en tres técnicas quirúrgicas:

- Reinserción o plegamiento de la aponeurosis (ptosis aponeurótica con excelente función del músculo elevador).
- Suspensión al frontal (ptosis grave con mala función del elevador).
- Técnica de Fasanella-Servat: ptosis leve con función elevadora de al menos 10 mm.

### **Tratamiento higiénico-dietético**

- Después de terminada la cirugía, el paciente se debe colocar fomentos fríos de solución salina o de agua hervida tres o cuatro veces al día, durante 15-20 min las primeras 48 h.

### **Seguimiento**

- El paciente se examina a las 24 h de la cirugía, a los 7 días, al mes y a los 3 meses.

### **Blefaritis**

Es la enfermedad inflamatoria crónica de los párpados. Se caracteriza por alteraciones del borde palpebral, de las glándulas de Meibomio y de las pestañas. Las alteraciones del borde consisten en eritema, descamación, telangiectasias y engrosamiento (ptilosis).

### **Clasificación**

Se clasifica en dos grandes grupos:

□□Blefaritis anterior: ocasiona síntomas como enrojecimiento e hinchazón de la parte exterior del párpado.

□□Blefaritis posterior: afecta la parte interior del párpado que está en contacto con el globo ocular.

En ambos casos las bacterias o la caspa quedan atrapadas en las pestañas, o el trastorno cutáneo de acné rosácea, que generan inflamación e irritación.

### **Etiología**

□□Blefaritis estafilocócica: infección por *Staphylococcus aureus* que provoca la aparición de escamas que forman collarettes alrededor de la base de las pestañas; estas son costras quebradizas y secas. Se relaciona con la presencia de rosácea y pueden aparecer telangiectasias faciales.

□□Blefaritis seborreica: causada por la disfunción de las glándulas sebóreas palpebrales, provoca escamas blandas y grasientas en cualquier zona del borde palpebral.

□□Blefaritis atópica: forma infrecuente que aparece en pacientes con dermatitis atópica y puede originar fisuras palpebrales.

□□Meibomitis: inflamación y obstrucción de las glándulas de Meibomio, que provoca acumulación de secreciones espesas en la zona posterior del borde palpebral.

Pueden aparecer quistes de Meibomio.

### **Criterios diagnósticos**

□□Se debe valorar con biomicroscopia, con la que se puede detectar eritema del borde libre palpebral, telangiectasias y pequeños abscesos.

□□Es posible observar escamas alrededor de la base de las pestañas.

## RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

□□ El tratamiento es médico e higiénico-dietético. El paciente debe ser informado de que el control de los síntomas es posible, aunque no se consiga la curación.

### Tratamiento medicamentoso

□□ Corticoides tópicos débiles como la **fluorometalona** cuatro veces al día.

□□ Es útil el uso de pomadas oftalmológicas tópicas de antibióticos, sobre todo en las reagudizaciones, pero durante cortos periodos. Se utilizan, siempre, después de la higiene palpebral; los posibles a emplear son:

□□ **Cloranfenicol**, ungüento antibiótico oftálmico 1 %: tres veces al día.

□□ **Tetraciclina**, ungüento antibiótico oftálmico 1 %: tres veces al día.

□□ En las reagudizaciones se pueden utilizar uno de los medicamentos siguientes:

□□ **Tetraciclina** (Tb. de 250 mg): 250 mg cuatro veces al día por vía oral.

□□ **Doxiciclina** (Tb. de 100 mg): 100 mg dos veces al día en ciclos de 6 semanas por vía oral.

□□ Sustitutos de las lágrimas en los pacientes que tienen inestabilidad de la película lagrimal.

### Tratamiento higiénico-dietético

□□ Higiene palpebral diaria, mediante toallitas limpiadoras, jabón líquido o champú infantil al 25 %.

También es útil frotar los párpados con champú diluido, mientras el paciente se lave el pelo. De forma gradual la higiene palpebral se va realizando con menos frecuencia a medida que la situación va siendo mantenida bajo control, pero no debe interrumpirse totalmente porque reaparece la blefaritis.

El paciente se debe colocar compresas tibias de agua hervida tres o cuatro veces al día por 15 min durante una semana.

### **Complicaciones potenciales**

- Formación de chalazión recurrente.
- Inestabilidad de la película lagrimal.
- Conjuntivitis papilar.
- Erosiones epiteliales corneales inferiores.

### **Seguimiento**

Después de establecido el tratamiento, se debe valorar al paciente a los 15 días, al mes y luego cada 3 meses.

## **TUMORACIONES Y QUISTES BENIGNOS**

### **Orzuelo**

Inflamación palpebral secundaria a una infección bacteriana, generalmente estafilocócica, de una glándula del párpado:

**Cuadro clínico:**

☐☐ Se observa eritema e inflamación palpebral. Suele palpase un nódulo doloroso con hipersensibilidad localizada.

☐☐ Se puede observar presencia de material purulento en la zona inflamada.

### **Clasificación**

☐☐ Internos: absceso agudo de las glándulas sebáceas de Meibomio, localizadas en las láminas tarsales.

☐☐ Externos: absceso agudo del folículo de una pestaña y las glándulas sebáceas de Zeiss, o las sudoríparas de Moll asociadas.

### **Criterios diagnósticos**

☐☐ Se establece mediante la palpación del párpado en busca de un nódulo o tumefacción dolorosa e inflamada dentro de la lámina tarsal.

☐☐ Exploración con lámpara de hendidura para evaluar las glándulas palpebrales, también se realiza la eversión del párpado.

### **Diagnóstico diferencia**

☐☐ Se debe plantear con cualquier lesión que provoque inflamación aguda del párpado (celulitis preseptal y granuloma piógeno).

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

En ocasiones no es preciso el tratamiento, ya que suelen resolverse espontáneamente.

### **Tratamiento medicamentoso**

Si es necesario:

Se debe iniciar con calor local seco.

Pomada antibiótica (**tetraciclina, cloranfenicol, neomicina, bacitracina,** etc.) y corticoidea (**fluorometalona**) tópica tres o cuatro veces al día.

### **Tratamiento quirúrgico**

En los pacientes en que la lesión se abre a través de la piel, se requieren la incisión y el desbridamiento del absceso.

- En los orzuelos externos asociados a un folículo piloso, la extirpación de la pestaña puede favorecer el drenaje del pus.

### **Tratamiento higiénico-dietético**

Es necesario mantener una adecuada limpieza de los párpados, el tratamiento con compresas calientes y depilación de las pestañas, asociadas con el folículo infectado, puede acelerar la resolución.

### **Complicaciones**

Puede ocasionar ptosis mecánica cuando afecta el párpado superior.

### **Seguimiento**

Generalmente los orzuelos se resuelven en 2-3 semanas.

### **Chalazion**

Es la inflamación lipogranulomatosa crónica de una glándula palpebral, generalmente causada por el bloqueo de su conducto de drenaje y acumulación de secreciones. También puede recibir el nombre de quiste de Meibomio:

**Cuadro clínico:**

El paciente refiere la presencia de un nódulo palpable en el párpado. En ocasiones se acompaña de dolor, si existen lesiones en la córnea asociadas, generalmente en los del párpado superior.

**Criterios diagnósticos**

Lesión firme, redondeada e indolora, localizada en la lámina tarsal y que puede ser apreciada a simple vista. Con la eversión del párpado se puede ver un lipogranuloma con reacción fibrótica.

**Diagnóstico diferencial**

Se debe hacer ante cualquier lesión inflamatoria crónica del párpado.

Tener muy en cuenta las lesiones palpebrales malignas, como el carcinoma de glándulas sebáceas, así como epiteliomas basocelulares y espinocelulares de presentación atípica.

**RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

No constituye una patología urgente, aunque por motivos estéticos los pacientes suelen acudir al servicio de urgencias. Algunos, de pequeño tamaño, pueden desaparecer espontáneamente:

Si la lesión persiste, pueden utilizarse distintos métodos:

□□ Inyección de corticoides en la zona lesionada a través de la conjuntiva. Se suele utilizar aproximadamente de 0,1-0,2 mL de **diacetato de triamcinolona** 40 mg/mL con **lidocaína**. Puede quedar despigmentación secundaria en la zona de la inyección.

□□ Extirpación quirúrgica del chalazión mediante eversión del párpado, y resección de la lesión lipogranulomatosa.

□□ Cuando hay acné rosácea o dermatitis seborreica coexistente, puede ser útil el uso de **tetraciclinas** (Tb. de 250 mg):  
1 tableta c/6 h, por VO, durante 2 semanas.

### **Tratamiento higiénico-dietético**

□□ Mantener limpieza adecuada e higiene palpebral.

### **Verruga viral (papiloma)**

Es el tumor benigno más frecuente de los párpados, que se suele encontrar en los adultos. De aspecto “aframbuesado” característico:

□□ **Cuadro clínico:**

□□ Tumor epitelial, generalmente escamoso, unilateral o bilateral.

### **Clasificación**

□□ Sésil.

□□ Pediculado.

### **Criterios diagnósticos**

- Biopsia, aunque clínicamente es diferenciable.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

- El tratamiento es quirúrgico mediante resección o ablación con láser.

### **Seguimiento**

- Después de operado se sigue por 1 mes.

### **Xantelasma**

Es un cuadro clínico frecuente. Se caracteriza por una placa amarillenta, generalmente bilateral, en párpado superior o inferior (Moreno García, 2004).

#### **Cuadro clínico:**

- Forma de xantoma cutáneo amarillento. Contiene material lipídico y colesterol, que suele encontrarse en pacientes de mediana edad y ancianos con hiperlipidemia.

### **Criterios diagnósticos**

- Clínicamente identificable.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

- Se realiza por razones cosméticas mediante resección o, preferiblemente, destrucción con un láser de CO<sub>2</sub> o carbono.

### **Seguimiento**

- Después de operado se sigue al paciente por 3 meses.

### **Queratosis seborreica (Papiloma celular basal)**

Es una lesión redondeada untuosa y con superficie verrugosa.

#### **□□ Cuadro clínico:**

□□ Es un cuadro clínico frecuente, de crecimiento lento, que se encuentra en la cara y en los párpados de las personas ancianas.

#### **Criterios diagnósticos**

□□ Lesión redondeada u ovalada, plana, marrón, con una superficie verrugosa friable y un aspecto adherido. En ocasiones pueden ser pedunculadas.

#### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

□□ Se realiza mediante curetaje de las lesiones planas pequeñas, y resección si son pedunculadas.

#### **Complicaciones potenciales**

□□ Lesión predisponente de malignidad.

#### **Seguimiento**

□□ Por 5 años.

### **Queratosis actínica (solar)**

Es la lesión cutánea premaligna más común, y raramente se desarrolla en los párpados:

#### **□□ Cuadro clínico:**

Afecta típicamente a las personas ancianas y de tez blanca que se han expuesto a un exceso de luz solar.

### **Criterios diagnósticos**

Lesión hiperqueratósica, escamosa y plana, ocasionalmente es verrugosa o nodular y puede asociarse con un cuerno cutáneo.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

Inicialmente se realiza biopsia de la lesión para confirmar el diagnóstico, seguida de resección o crioterapia.

### **Complicaciones potenciales**

Lesión predisponente de malignidad.

### **Seguimiento**

Por 5 años.

### **Hidrocistoma**

Se localizan en el borde palpebral y, con mayor frecuencia, en el canto interno:

**Cuadro clínico:**

Quiste de glándula ecrina o apocrina.

### **Criterios diagnósticos**

La imagen clínica y la biopsia intraoperatoria.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

Se debe realizar resección y biopsia de la lesión.

### **Seguimiento**

Por 1 mes.

### **Angioma**

Lesión rojiza sobreelevada, que aparece lentamente y puede umbilicarse, de crecimiento rápido. Tumor cutáneo más frecuente en la infancia, de etiología vascular.

### **Criterios diagnósticos**

Imagen clínica e histopatológica. Si es dérmico, su coloración es más azulada.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

Se recomienda su resección quirúrgica y realizar biopsia.

### **Seguimiento**

Se sigue por 3 meses.

### **Granuloma piógeno**

Proliferación vascularizada de tejido granulomatoso, de crecimiento rápido, que suele ir precedido por cirugía, un traumatismo o una infección, aunque en algunos casos es de origen idiopático:

**Cuadro clínico:**

Masa rosácea, pedunculada, que puede sangrar después de un traumatismo.

### **Criterios diagnósticos**

El diagnóstico se realiza mediante el examen físico y el estudio histopatológico.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica.

### **Seguimiento**

Por 3 meses.

### **Nevo melanocítico**

Es una lesión cutánea, pigmentada, sin malignidad:

**Cuadro clínico:**

Lesión pigmentada cutánea.

### **Clasificación**

Intradérmico: es el más frecuente, sobreelevado y sin potencial maligno. Si afecta el borde de las pestañas, estas crecen a través de la lesión.

De la unión dermo-epidérmica: plano y bien circunscrito. Puede malignizarse.

Nevo compuesto: tiene componentes intradérmicos y de la unión, suele ser marrón. Es de bajo potencial maligno.

### **Criterios diagnósticos**

Examen físico e histopatológico.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

Se debe realizar resección quirúrgica cuando se notifica: crecimiento acelerado, cambio de coloración o por molestias y sensación de cuerpo extraño.

### **Complicaciones potenciales**

Cambios hacia la malignidad.

### **Seguimiento**

Por 5 años.

### **Cuerno cutáneo**

Lesión infrecuente, que se puede asociar con queratosis actínica o carcinoma celular escamoso:

**Cuadro clínico:**

Lesión hiperqueratósica que sobresale a través de la piel.

### **Criterios diagnósticos**

Por examen físico e histopatológico.

### **Complicaciones potenciales**

Cambios hacia la malignidad.

### **Seguimiento**

Por 5 años.

### **INDICADORES**

<b>Indicadores de estructura</b>		<b>Estándar</b>
Recursos humanos	% del equipo de trabajo: oftalmólogo, personal del salón con entrenamiento en el contenido del PA	>95%
Recursos materiales	% de aseguramiento instrumental y equipos médicos s/PA % de disponibilidad de recursos para investigaciones s/PA	>95% >95%
Recursos organizativos	% de pacientes con planillas para la recogida de datos (PRD) % de pacientes con PRD incluida en la Base de datos	100% 100%
<b>Indicadores de procesos</b>		<b>Estándar</b>
% de pacientes con todos los estudios preoperatorios definidos en el PA cumplidos		>95%
% de pacientes operados en régimen de internamiento hospitalario		<5%
% de pacientes operados en régimen de cirugía ambulatoria		>95%
<b>Indicadores de resultados</b>		<b>Estándar</b>
% de pacientes operados de malposiciones palpebrales no corregidos		<5%
% de pacientes operados de blefaroplastia insatisfechos		<5%
% de pacientes con complicaciones transoperatorias		<5%
% de pacientes con complicaciones en el posoperatorio		<5%
% de pacientes con triquiasis reintervenidos		<20%
% de pacientes con buena elevación del párpado superior, después de la cirugía de ptosis palpebral		>90%
% de pacientes con remisión de síntomas y signos de blefaritis a 30 días de tratamiento		>85%
% de pacientes operados de quistes benignos que recidivaron		<5%
% de pacientes con quistes benignos que evolucionaron hacia lesiones malignas		<5%

## BIBLIOGRAFÍA

Bahceci Simsek I (2017). [Association of Upper Eyelid Ptosis Repair and Blepharoplasty With Headache-Related Quality of Life](#). JAMA Facial Plast Surg. Mar 2. doi: 10.1001/jamafacial.2016.2120. [Epub ahead of print] PMID: 28253391

Beyer, C. K. (1982) Classification of ptosis. *Adv Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, 1, 13.

Bulla A, Vielà C, Fiorot L, Bolletta A, Pancrazi E, Campus GV (2017). [A New Approach to Upper Eyelid Reconstruction](#). Aesthetic Plast Surg. Feb 15. doi: 10.1007/s00266-017-0816-0. [Epub ahead of print] PMID: 28204937

Chen JL, Liu CH, Yi CG (2017). [Transconjunctival Orbital Septum Fat Release and Preservation for Orbitopalpebral Sulcus in Lower Eyelid](#). Aesthetic Plast Surg. Feb 8. doi: 10.1007/s00266-017-0809-z. [Epub ahead of print] PMID: 28180921

Daniel, M. y Albert, M. D. (2005) *Ophthalmic Surgery, Principles and techniques Part V*.

Donker, D. L., Paridaens, D., Mooy, C. M., van den Bosch, W. A. (2005) Blepharoptosis and upper eyelid swelling due to lipogranulomatous inflammation caused by silicone oil. *Am J Ophthalmol*, 140(5), 934-6.

Ferneini EM, Halepas S, Aronin SI (2017). [Antibiotic Prophylaxis in Eyelid: Review of the Current Literature](#). J Oral Maxillofac Surg. Feb 1. pii: S0278-2391(17)30110-6. doi: 10.1016/j.joms.2017.01.025. [Epub ahead of print] Review. PMID: 28222277

Finsterer, J. (2003) Ptosis Causes, presentation, and management. *Aesthetic Plast Surg*, 27(3), 193-204.

Fox, S. A. (1972) *Lids Surgery Current Concepts*. New York, Grune & Stratton.

González Rodríguez, C., Martínez Suárez, N. y Padilla González, C. (2006) Comportamiento de las ptosis palpebral en el servicio de oculoplastia. *Rev Cubana Oftalmol*, 15(1).

Grayson (2007) *Enfermedades de la córnea*.

Homer N, Jakobiec FA, Stagner A, Cunnane ME, Freitag SK, Fay A, Yoon MK (2017). [Periocular breast carcinoma metastases: correlation of clinical, radiologic and histopathologic features](#). Clin Exp Ophthalmol. Feb 9. doi: 10.1111/ceo.12926. [Epub ahead of print] PMID: 28181367

Jakobiec FA, Qureshi S, Zakka FR, Tu Y, Lee NG (2017). [Eyelid Eccrine Cyst: An Exceptional Lesion Among Dominant Apocrine Cysts](#). Ophthal Plast Reconstr Surg. Jan 23. doi: 10.1097/IOP.0000000000000855. [Epub ahead of print] PMID: 28121719

Joos ZP, Sullivan TJ (2017). [Peri-levator palpebrae superioris triamcinolone injection for the treatment of thyroid eye disease-associated upper eyelid retraction](#). Clin Exp Ophthalmol. Mar 1. doi: 10.1111/ceo.12939. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 28248444

Kanski, J. (2008) Ptosis. En: Benson, K. (ed.) *Clinical Ophthalmology*. 5ta edicion. Philadelphia, Butterworth-heinemann International Editions, pp. 32-39.

Kapica-Topczewska K, Pogorzelski R, Tarasiuk J, Drozdowski W, Lewczuk P, Kulakowska A (2017). [Excessive daytime sleepiness in a patient with coexisting myotonic dystrophy type 1, myasthenia gravis and Graves' disease](#). Neurol Neurochir Pol. 2017 Feb 3. pii: S0028-3843(17)30040-3. doi: 10.1016/j.pjnns..01.007. [Epub ahead of print] PMID: 28209438

Kaufman, P. y Alm, A. (2004) Función palpebral. En: Adler, T. (ed.) *Fisiología del ojo, aplicación clínica*. 10ma edicion. Madrid, España, Editorial Elsevier, pp. 20-22.

Martorell, J. y Villar Valdés, R. (2008) *Oftalmología*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.

Miranda SG, Codner MA (2017). [Micro Free Orbital Fat Grafts to the Tear Trough Deformity during Lower.](#) *Plast Reconstr Surg.* Feb 13. doi: 10.1097/PRS.0000000000003356. [Epub ahead of print] PMID: 28198772

Moreno García, L. F., Gálvez Ruiz, A. y Heidari Nejad, H. (2004) *Atlas de oculoplastia. Párpados conjuntiva y esclera.*

Reid, R. R., Said, H. K., Yu, M., Haines, G. K. 3rd y Few, J. W. (2006) Revisiting upper eyelid anatomy: introduction of the septal extension. *Plast Reconstr Surg*, 117(1), 65-6.

[Nguyen Van Nuoi V](#), [Athmani B](#), [Noel W](#), [Binder JP](#), [Revol M](#). (2015) Evaluation of a short incision double eyelid plasty for Asian patients. [Ann Chir Plast Esthet.](#) Apr;60(2):103-9. doi: 10.1016/j.anplas.2014.07.003. Epub 2014 Aug 22.

Rouviere, H. y Delmas, A. Párpados (1997) Rouviere H. *Anatomía Humana.* Tomo I. 9na edición. Barcelona, España, Editorial Masson, pp. 375-85.

Salcedo Casillas, G. y Salcedo Guerrero, M. (1995) *Ptosis palpebral, diagnóstico y tratamiento.* 2da. Edición. Asociación para evitar la ceguera en México.

Svendsen FH, Rasmussen PK, Coupland SE, Esmaeli B, Finger PT, Graue GF, Grossniklaus HE, Honavar SG, Khong JJ, McKelvie PA, Mulay K, Ralfkiaer E, Sjö LD, Vemuganti GK, Thuro BA, Curtin J, Heegaard S ( 2017). Lymphoma of the Eyelid - An International Multicenter Retrospective Study. *Am J Ophthalmol.* Feb 13. pii: S0002-9394(17)30060-0. doi: 10.1016/j.ajo.2017.02.004. [Epub ahead of print] PMID: 28209503

Tong L, Qian J, Adam R (2017). Bilateral orbital lymphoma presenting as recurrence of orbital. *Can J Ophthalmol.* Feb;52(1):e9-e11. doi: 10.1016/j.jcjo.2016.08.006. No abstract available. PMID:28237175

Wolff M, Mancuso C, Lal K, Dicostanzo D, Gropper C (2017). [Paraneoplastic Dermatomyositis with Cutaneous and Myopathic Disease Responsive to Adrenocorticotrophic Hormone Therapy.](#) *J Clin Aesthet Dermatol.* Jan;10(1):57-62. PMID: 28210382