

Lagrimeo o epífora

Fecha de la última revisión: 02/06/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se evalúa?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El lagrimeo excesivo del ojo se produce por un desequilibrio entre la producción y el drenaje de lágrimas. Aunque los términos lagrimeo y epífora pueden utilizarse indistintamente, algunos autores utilizan el término lagrimeo para referirse a un aumento de la producción de lágrima por irritación de la superficie ocular, reservando el término epífora, para definir la acumulación de lágrimas, producidas en cantidad normal, pero que se acumulan por dificultad en su drenaje (Kanski JJ, 2016).

La secreción lagrimal se origina principalmente en la glándula lagrimal y, en menor medida, en las glándulas accesorias de la conjuntiva, distribuyéndose uniformemente por la superficie del ojo debido al parpadeo. En condiciones normales existe una secreción lagrimal basal responsable de reemplazar paulatinamente a la que se drena por el sistema excretor, y que es responsable de mantener el ojo húmedo, y otra secreción lagrimal refleja, en respuesta a estímulos que irritan el polo anterior, como por ejemplo exposición al viento frío, cuerpos extraños, irritación conjuntival, emociones, etc. La secreción lagrimal es evacuada por un sistema de drenaje lagrimal que se representa en la figura 1. El drenaje de la lágrima comienza en la zona de los puntos lagrimales superior e inferior, que se encuentran en el borde libre palpebral próximos al canto interno en una zona sobreelevada llamada tubérculo lagrimal. De cada uno de ellos arranca un canalículo y ambos confluyen en uno común que desemboca en el saco lagrimal. El mecanismo por el que la lágrima entra a los canalículos es favorecido por el efecto de succión ejercido desde el saco lagrimal al ser comprimido por la musculatura orbitaria (Kanski JJ, 2016).

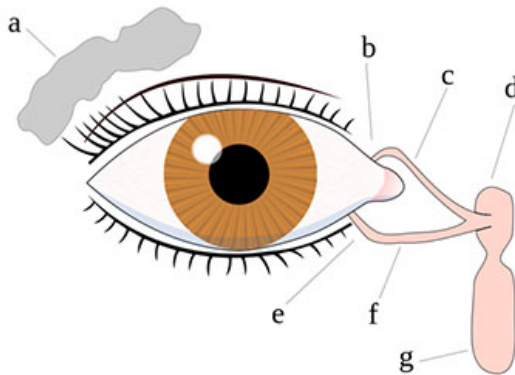


Figura 1. Sistema lagrimal.

a. Glándula lagrimal; b. Punto lagrimal superior; c. Canal lagrimal superior; d. Saco lagrimal; e. Punto lagrimal inferior; f. Canal lagrimal inferior; g. Canal nasolagrimal.

Originally created by Felipe Micaroni Lalli.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 2.5 Generic (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.5/deed.en>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

En el niño la prevalencia de la epífora se conoce relativamente bien. La permeabilización del canal lagrimal se completa generalmente en torno al octavo mes de gestación y cualquier fallo a este nivel impedirá su desarrollo normal y provocará un estancamiento de la lágrima por encima de la zona de la obstrucción, estimándose que entre el 2 y el 20% de los recién nacidos tienen alguna alteración en el drenaje de las lágrimas (MacEwen CJ, 1991; Young J, 1997; Honavar S, 2000; Mounir B, 2005).

En la población adulta la prevalencia e incidencia del lagrimeo excesivo se desconoce, pero se trata de un síntoma muy común. Acompaña con mucha frecuencia a los procesos irritativos, infecciosos e inflamatorios del polo anterior del ojo, siendo un síntoma muy frecuente acompañando al **ojo rojo**. Tampoco se dispone de estudios precisos de base poblacional sobre la epidemiología de la epífora en la población adulta. Se conoce por estudios de poblaciones atendidas en clínicas oftalmológicas que la proporción de pacientes con obstrucción de la vía lagrimal se incrementaba a medida que avanzaba la edad: desde el 14% a los 40 años hasta el 35% a los 90 (Trueba Castillo A, 2013).

En algunos estudios se ha demostrado cómo afecta la epífora a la disminución de la calidad de vida, llegando a limitar o impedir a la persona que la padece la realización de actividades al aire libre (Shin JH, 2015).

En la tabla 1 se presentan las causas más frecuentes de lagrimeo y epífora.

Tabla 1. Causas del lagrimeo y epífora.

Hipersecreción

Lagrimeo por exceso de producción de lágrimas (provocado

- Ojo seco (lagrimeo paradójico).
- Infecciones: conjuntivitis, blefaritis.

por la estimulación del V par secundaria a irritación de la córnea o de la conjuntiva)	• Irritación ambiental: alérgenos aerotransportados, polvo. • Irritación 2ª a malposiciones de párpados o pestañas: triquiasis, entropión. • Traumatismo o cuerpo extraño ocular. • Alteraciones neurógenas de la glándula lagrimal.
Epífora por insuficiencia del drenaje lagrimal	• Por fallo del mecanismo de bomba: hipotonía del músculo orbicular (ej. parálisis facial), insuficiencia del mecanismo valvular de las vías lagrimales. • Por anomalías funcionales de los párpados (ej. ectropión) o de las fosas nasales (ej. desviación del tabique).
Epífora por obstrucción mecánica del drenaje lagrimal	• Obstrucción del punto lagrimal. • Obstrucción del canalículo. • Obstrucción del saco lagrimal. • Obstrucción del conducto nasolagrimal. ◦ Congénita, por canalización incompleta de las vías lagrimales o por anomalías congénitas en las mismas. ◦ Adquirida, que puede ser primaria o secundaria a infección, inflamación (ej. enfermedades granulomatosas como granulomatosis de Wegener y sarcoidosis), neoplasia, trauma o dacriolitiasis.

Tradicionalmente, la etiología de la epífora se ha clasificado en tres grupos principales: lagrimeo excesivo, insuficiencia de drenaje y obstrucción mecánica del drenaje lagrimal (Blackmore KJ, 2010; Nemet AY, 2016).

El lagrimeo excesivo relacionado con la patología oftalmológica del polo anterior es muy frecuente debido a la gran prevalencia de **conjuntivitis víricas, conjuntivitis bacterianas, lesiones corneales traumáticas, queratitis infecciosa, pterigio, epiescleritis, ojo seco, uveitis y patología palpebral y lagrimal.**

La obstrucción mecánica de las vías lagrimales es más frecuente a nivel del conducto nasolagrimal. La forma congénita se observa en un 4-7% de recién nacidos, no observándose diferencias entre ambos sexos. La forma adquirida primaria es más frecuente en mujeres a partir de los 50 años (por estar relacionada con cambios hormonales que favorecen la osteopenia del canal nasolagrimal), y en la secundaria no se observan diferencias de edad ni sexo. También la epífora unilateral es más común entre las mujeres.

En el 22-28% de los pacientes la etiología de la epífora es multifactorial, encontrándose una combinación de varias etiologías como la causante de la epífora, por ejemplo lagrimeo reflejo por ojo seco, blefaritis, laxitud palpebral inferior, obstrucción del conducto naso lagrimal, etc., debiéndose abordar en muchos casos más de una etiología para lograr unos resultados terapéuticos óptimos y resolución de los síntomas (Nemet AY, 2016).

¿Cómo se evalúa?

Anamnesis

Debe indagarse si hay molestias o enrojecimiento ocular para tratar de descartar hipersecreción lagrimal. Pueden existir, además del lagrimeo, otros síntomas dependiendo de la etiología, como prurito, sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento ocular, secreción mucopurulenta o incapacidad de cierre palpebral completo. El fallo de drenaje tiende a empeorar con el frío y el viento, siendo menos acusado en sitios cálidos y secos; si el paciente refiere que la lágrima le resbala por la mejilla, probablemente exista un fallo de drenaje más que hipersecreción (Blackmore KJ, 2010).

La cuantificación clínica de la epífora se realiza según la clasificación de Munk, a partir del número de veces que tiene que limpiarse el ojo al día:

- Grado 0: no epífora.
- Grado I: menos de 2 veces al día.
- Grado II: de 2-4 veces al día.
- Grado III: 5-10 veces al día.
- Grado IV: más de 10 veces al día o epífora constante.

Examen externo (Blackmore KJ, 2010)

Las anomalías de los puntos lagrimales son la causa más común de drenaje lagrimal insuficiente.

Se debe examinar la piel del párpado, que a menudo estará moderadamente descamada y eritematosa en la epífora crónica.

Deben inspeccionarse los puntos lagrimales y los párpados. A menudo se observará una epífora evidente en el área cantal medial o, más raramente, lateral; esto suele indicar un drenaje defectuoso más que una causa irritativa. La existencia de secreción mucopurulenta visible es más probable en la obstrucción del conducto nasolagrimal que en bloqueos más proximales.

La estenosis del punto lagrimal es muy común, estando presente en más del 50% de la población general, aunque los pacientes estén asintomáticos, en muchos casos por formación insuficiente de lágrimas o aumento de su evaporación. La estenosis primaria tiene lugar en ausencia de eversión puntal. Normalmente se debe a blefaritis crónica o estenosis idiopática; otras posibles causas son las infecciones palpebrales por herpes simple o herpes zóster, la radioterapia local, la conjuntivitis cicatrizante, el tratamiento crónico del glaucoma con colirios, etc. El ectropión, localizado en el área puntal o con afectación más amplia del párpado, se asocia a menudo con estenosis secundaria. La obstrucción del punto lagrimal, normalmente parcial, por un pliegue de conjuntiva redundante (conjuntivocalasia) es frecuente, pero a menudo no se diagnostica. Un punto lagrimal prominente es típico de la canaliculitis.

Se debe evaluar si el cierre palpebral es incompleto, lo que sugeriría una parálisis facial.

Debe palparse el saco lagrimal. En el contexto de una obstrucción mecánica, por estancamiento de lágrimas y posterior sobreinfección por gérmenes que habitualmente colonizan las mucosas conjuntival y nasal, puede producirse una dacriocistitis aguda, con aumento de la secreción purulenta, dolor y signos inflamatorios en canto interno, fiebre y posible fistulización a través de la piel.

Pruebas diagnósticas

El signo común de lagrimeo o epífora de cualquier etiología es el aumento de la altura del menisco lagrimal (>2 mm) fácilmente identificable mediante el examen con lámpara de hendidura.

Entre las causas irritativas más frecuentes de lagrimeo destaca, paradójicamente, la sequedad ocular. Habitualmente el paciente se presenta en la consulta sin signos que sugieran irritación del polo anterior, ya que el lagrimeo aparece en forma de crisis desencadenadas por la irritación debida a la falta de lágrima. Así, es fundamental evaluar la producción lagrimal mediante el test de Schirmer y descartar un lagrimeo reflejo secundario a sequedad ocular.

Ante la sospecha de una obstrucción mecánica, hay que realizar pruebas más específicas para confirmar su existencia y determinar su localización (Kanski JJ, 2016):

- Test de reflujo de secreción mucopurulenta con el masaje del saco lagrimal, lo que indica la existencia de una obstrucción en la parte inferior del sistema de drenaje.
- Test de desaparición de fluoresceína: se instila fluoresceína y 2 minutos después se observa la existencia de tinción residual, de forma que, si es positivo, indica la existencia de patología del sistema de drenaje, pero no permite diferenciar entre obstrucción mecánica o fallo de bomba. Por tanto, este test sólo sirve como cribado, y además está limitado por la alta tasa de falsos positivos.
- Irrigación de las vías lagrimales: se introduce una cánula lagrimal en canalículo inferior hasta el saco lagrimal y después se irriga con suero fisiológico:
 - Si la cánula choca con un obstáculo duro (que sería la pared medial del saco lagrimal y hueso lagrimal), indica que ha penetrado en el saco lagrimal y se descarta una obstrucción total del canalículo; si al irrigar el suero fisiológico no alcanza la nariz y además se produce distensión del saco lagrimal y reflujo por punto lagrimal superior, indica la existencia de obstrucción completa del conducto nasolagrimal.
 - Si la cánula choca con un obstáculo blando (que sería canalículo y pared lateral del saco lagrimal), indica la existencia de una obstrucción del canalículo; al irrigar no se va a producir distensión del saco lagrimal, pero el suero fisiológico puede refluir, ya sea por punto lagrimal inferior, indicando la existencia de obstrucción a nivel de canalículo inferior, o por punto lagrimal superior, indicando la existencia de obstrucción en canalículo común.
- Test de Jones: está indicado cuando en el sondaje de la vía lagrimal, el suero llega a fosa nasal y el paciente sigue refiriendo epífora, y diferencia si esta es por hipersecreción de lágrimas, fallo de la bomba lagrimal u obstrucción parcial de la vía lagrimal:
 - Primario: permite confirmar o descartar la existencia de obstrucción (diagnóstico diferencial entre obstrucción parcial de vía lagrimal e hipersecreción lagrimal). Se instila fluoresceína y tras 5 minutos se coloca una torunda de algodón en la fosa nasal:
 - Prueba +: se recupera el colorante. Indica que existe hipersecreción de lágrima y se descarta la existencia de alteración anatómica o funcional. No es necesario realizar otras pruebas adicionales.
 - Prueba -: no se recupera el colorante. Puede deberse a una obstrucción parcial o a fallo del mecanismo de bomba.
 - Secundario: permite localizar la obstrucción y está indicado si el test primario es negativo. Se lava con anestésico cualquier resto de fluoresceína de conjuntiva y se procede a la irrigación de las vías lagrimales con suero fisiológico y se pide al paciente que expulse la secreción nasal:
 - Prueba +: se recupera el suero fisiológico teñido. Se sospecha una obstrucción parcial de la parte inferior del saco lagrimal o del conducto nasolagrimal.
 - Prueba -: no se recupera el colorante pero sí el suero fisiológico. Significa que el colorante no llegó al saco lagrimal durante la prueba primaria. Se sospecha una obstrucción parcial del punto lagrimal, canalículos, del canalículo común, o un fallo en el mecanismo de bomba lagrimal.
 - Si refluye el suero fisiológico, se sospecha una obstrucción completa del canalículo común o del conducto nasolagrimal.
- La dacriocistografía (examen de la vía lagrimal con contraste) está indicada en caso de epífora persistente, postraumática o posquirúrgica continuada, masas en la zona nasolagrimal, procesos inflamatorios nasolagrimales persistentes y colocación de stent nasolagrimal.
- El TAC o RM craneal es útil en casos de obstrucción de la vía lagrimal postraumatismos craneofaciales, deformidades craneofaciales congénitas o neoplasias del saco lagrimal.
- La dacriografía isotópica o centellografía se usa sobre todo en la investigación de la dinámica del drenaje lagrimal. Utiliza como marcador el ^{99m}Tc (dosis de 50-100 mCi, 10 µl en la hendidura palpebral). El vaciado completo del sistema lagrimal debe producirse en un tiempo inferior a 30 minutos.

¿Cómo se trata?

El tratamiento va a ser fundamentalmente etiológico.

El tratamiento de la obstrucción depende de la localización (Kanski JJ, 2016):

Punto lagrimal:

- Estenosis: dilatación o puntoplastia.
- Eversión: cirugía palpebral reconstructiva (huso medial/tira tarsal).

Canalículo:

- Obstrucción: CDCR (conjuntivodacriocistorrinostomía) colocación de un tubo de pirex, llamado tubo de Jones, que conduce las lágrimas desde el fondo de saco hasta la nariz.
- Laceración: cirugía reconstructiva mediante sondaje-intubación (urgencia relativa).

Saco y/o conducto nasolagrimal:

- Niños:
 - Menores de 6 meses: masajes y colirios antibióticos tópicos. Las obstrucciones de las formas congénitas se resuelven espontáneamente en el 90% de los casos en el primer año de vida, facilitándose por el masaje de las vías lagrimales. Puede ocurrir que el lavado de vías lagrimales sea terapéutico, por desalojamiento de un dacriolito o por dilatación de una porción parcial (Frick KD, 2011).
 - Entre 6-18 meses: sondaje.
 - Entre 2-4 años: intubación con sondas de silicona.
 - A partir de los 4 años: intubación con sondas de silicona y si no responde valorar dacriocistectomía (DCR) según sintomatología.
- Adultos: DCR o DCT (dacriocistectomía) extracción del saco lagrimal en casos de edad avanzada, pacientes con tumores, y los casos en que hay infecciones de repetición sin lagrimeo.

La DCR (dacriocistorrinostomía) consiste en la conexión entre el saco lagrimal y la mucosa nasal para saltarse la obstrucción del conducto nasolagrimal. Existen variantes de la técnica según use una vía de acceso externa (piel) o interna (intranasal) o láser: dacriocistorrinostomía externa, dacriocistorrinostomía endonasal y dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser. Hay evidencia de que la dacriocistorrinostomía endoscópica tiene resultados comparables con el procedimiento externo, considerado hasta ahora el “gold standard” (Madge SN, 2011; Blackmore KJ, 2010).

Bibliografía

- Blackmore KJ, Ainsworth G, Robson AK. Epiphora: an evidence based approach to the 12 minute consultation. Clin Otolaryngol. 2010;35(3):210-4. PubMed [PMID: 20636740](#)

- Frick KD, Hariharan L, Repka MX, Chandler D, Melia BM, Beck RW; Pediatric Eye Disease Investigator Group (PEDIG). Cost-effectiveness of 2 approaches to managing nasolacrimal duct obstruction in infants: the importance of the spontaneous resolution rate. Arch Ophthalmol. 2011;129(5):603-9. PubMed [PMID: 21555614](#). [Texto completo](#)
- Honavar S, Prakash V, Rao G. Outcome of probing for congenital nasolacrimal duct obstruction in older children. Am J Ophthalmol. 2000;130(1):42-8. PubMed [PMID: 11004258](#)
- Kanski JJ. Sistema de drenaje lagrimal. En: Kanski JJ, Bowling B. Oftalmología clínica. 8.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 63-75.
- MacEwen CJ, Young JDH. Epiphora during the first year of life. Eye. 1991;5(Pt 5):596-600. PubMed [PMID: 1794426](#). [Texto completo](#)
- Madge SN, Chan W, Malhotra R, Ghabrial R, Floreani S, Wormald PJ, et al. Endoscopic dacryocystorhinostomy in acute dacryocystitis: a multicenter case series. Orbit. 2011;30(1):1-6. PubMed [PMID: 21281068](#). [Texto completo](#)
- Mounir B. Nasolacrimal duct, congenital anomalies. eMedicine. 2005;10:1-9.
- Nemet AY. The Etiology of Epiphora: A Multifactorial Issue. Semin Ophthalmol. 2016;31(3):275-9. PubMed [PMID: 25375763](#). [Texto completo](#)
- Shin JH, Kim YD, Woo KI; Korean Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery (KSOPRS). Impact of epiphora on vision-related quality of life. BMC Ophthalmol. 2015;15:6. PubMed [PMID: 25613683](#). [Texto completo](#)
- Trueba Castillo A, Ramón Trapero JL. Lagrimeo excesivo: Aquellas pequeñas cosas. AMF. 2013;9(6):346-50. [Texto completo](#)
- Young J, Mac Ewen CJ. Fortnightly review: managing congenital lacrimal obstruction in general practice. BMJ. 1997;315(7130):293-6. PubMed [PMID: 9274552](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Dacriocistorrinostomia endoscópica. Vídeo. Disponible en: [https://www.bing.com/videos/search?q=ep%
q=ep%c3%adfora&&view=detail&mid=11B7D13BEDAF981E11D311B7D13BEDAF981E11D3&FORM=VRDGAR](https://www.bing.com/videos/search?q=ep%c3%adfora&&view=detail&mid=11B7D13BEDAF981E11D311B7D13BEDAF981E11D3&FORM=VRDGAR)
- La Obstrucción del Lagrimal. Sociedad Oftalmológica de la Comunidad Valenciana. Disponible en: <http://www.socv.org/la-obstruccion-del-lagrimal/>

Autores

- Ricardo Ruiz de Adana Pérez Médico Especialista en Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria
- Gabriel Muñoz Tarín Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud de Segre. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

