

Patología palpebral y lagrimal

Fecha de la última revisión: **22/07/2013**

Índice de contenidos

1. [Alteraciones superficiales de la piel](#)
2. [Alteraciones de las pestañas](#)
3. [Inflamaciones del párpado](#)
4. [Anomalías de la posición de los párpados](#)
5. [Patología lagrimal](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

Alteraciones superficiales de la piel

En la piel de los párpados pueden aparecer todo tipo de alteraciones cutáneas que existen en otras regiones, pero las que más frecuentemente nos podemos encontrar son:

- **Dermatitis de contacto:** cursa con edema periorbitario, eritema y cuando tiene curso crónico, liquenificación de la piel (Cámara Hermoso de la J, 2003). Se acompaña de hiperemia conjuntival y secreción acuosa. Los alérgenos más comunes son: cosméticos, jabones, colirios, etc. Se trata evitando el alérgeno y con compresas con agua fría, corticoides de baja potencia en párpado (2 veces/día durante 4 ó 5 días) y lágrimas artificiales si hay afectación conjuntival (Peralejo B, 2008).
- **Verruga viral:** es un papiloma de células escamosas y es el tumor benigno más frecuente de los párpados. Suele aparecer en reborde palpebral y tiene forma pediculada o sesil. Derivar al oftalmólogo para su exéresis si hay alteración estética.
- **Xantelasmas:** depósitos de grasa en los histiocitos de la dermis. Es el xantoma más frecuente (Rohrich RJ, 2002). Son más comunes en mujeres y comienzan en la edad media de la vida. Son lesiones en placas, sobreelevadas, amarillentas, que aparecen en los cantos internos de los párpados superiores y que suelen ser bilaterales. Se asocian con hiperlipemias tipo II y III, por lo tanto son posible signo de riesgo cardiovascular (Bergman R, 1998). Se puede realizar tratamiento quirúrgico, láser o peeling químico en función del tamaño y localización.

Alteraciones de las pestañas

- **Triquiasis:** desviación de las pestañas hacia dentro del ojo, que al rozar el globo ocular producen sensación de cuerpo extraño y ojo rojo (García Olmos L, 2005). El roce sobre la córnea da lugar a queratitis punteada superficial. Las causas pueden ser idiopáticas o secundarias a blefaritis crónica. Se trata depilando mediante unas pinzas las pestañas desviadas y en casos severos con crioterapia.
- **Distiquiasis:** segunda hilera de pestañas que emerge de las aberturas de las glándulas de Meibomio. Tiene las mismas causas y tratamiento que la triquiasis (Wirbelauer Ch, 2006).

Inflamaciones del párpado

Localizadas

- **Orzuelo:** infección bacteriana aguda de una glándula lagrimal del párpado. Las blefaritis crónicas lo favorecen. Aparece tumefacción localizada en el espesor del párpado, pudiendo existir en la zona afecta un punto de drenaje de pus (Leibowitz H, 2000). Se acompaña de dolor espontáneo y a la palpación. Podemos encontrar hiperemia conjuntival y lagrimeo. El tratamiento consiste en ungüento combinado con antibiótico y corticoide (**oxitetraciclina-polimixina B+acetato de hidrocortisona**) 3 veces al día y aplicaciones locales de compresas calientes secas.
- **Chalazión:** inflamación focal granulomatosa crónica de una glándula de Meibomio con retención de secreciones. Puede ser secundaria a un orzuelo o sobreinfectarse y precisar el mismo tratamiento que el mismo (Rizo Martínez S, 2005). Puede tratarse con calor, corticoides inyectados en el quiste (**triamcinolona**) o mediante extirpación quirúrgica.

Difusas

- **Blefaritis:** inflamación aguda o crónica del borde palpebral asociado a una inflamación conjuntival que da lugar a hiperemia blefaroconjuntival. Es causada por agentes infecciosos, alergias o enfermedades sistémicas (rosacea, dermatitis seborreica, etc.). Existe una colonización de estafilococo en las pestañas y glándulas de secreción grasa de los párpados (Bernardes TF, 2010). El signo más llamativo es la presencia de escamas en pestañas. Sensación de cuerpo extraño y quemosis. El tratamiento consiste en la limpieza diaria de bordes palpebrales con jabones neutros suaves (es esencial en su tratamiento la limpieza de los párpados) y lágrimas artificiales. En casos rebeldes se puede aplicar una pomada con tetraciclinas (Jackson WB, 2008). Las blefaritis crónicas pueden alterar el crecimiento de las pestañas y producir alteraciones en la película lagrimal, en estos casos derivar oftalmólogo.
- **Celulitis preseptal:** es una infección difusa del tejido subcutáneo de los párpados. El origen puede ser traumático, quirúrgico, a partir de focos infecciosos perioculares (orzuelo, dacriocistitis, sinusitis) o a partir de siembra por bacteriemia sistémica. Hay enrojecimiento cutáneo y dolor del párpado con hiperemia conjuntival por afectación contigua. En adultos el agente causante es el estafilococo o el estreptococo y en los niños el haemophilus influenza. En adultos se trata con antibióticos sistémicos (**amoxicilina-clavulánico** 3 veces al día durante 7-10 días). Derivar de forma urgente al oftalmólogo en caso de mala evolución, mal estado general, alteraciones de la motilidad ocular, alteraciones de la visión (lo que nos puede hacer pensar que exista una celulitis orbitaria) o si se presenta en un niño.

Anomalías de la posición de los párpados

Estáticas

- **Ectropion:** incurvación del reborde palpebral hacia fuera. Se afecta con más frecuencia el párpado inferior (Piskiniene R, 2006). Debido a la separación entre el reborde del párpado y el globo ocular se pierde el lago lagrimal y se produce lagrimeo y conjuntivitis crónica. Si existe limitación al cerrar el ojo se produce queratitis. Pude ser congénito o adquirido (senil, cicatricial, paralítico, etc.). Su tratamiento es quirúrgico.

- **Entropión:** inversión del borde palpebral que produce queratitis punteada superficial, lagrimeo y a veces hasta úlceras corneales. Su etiología y tratamiento es similar al ectropion (Boboridis K, 2002).

Dinámicas

- **Ptosis:** alteración del elevador del párpado superior que produce que el párpado se encuentre más bajo de lo normal. Puede ser congénita (uni o bilateral) o adquirida. Dentro de las adquiridas las bilaterales suelen ser debidas a causas *miogénicas*, asociándose con miastenia gravis o distrofias miotónicas, o *seniles* (frecuentemente por alteraciones en la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior). Las adquiridas unilaterales pueden ser de etiología *traumática* (frecuentemente en usuarios de lentes de contacto) o *neurológica* (por ejemplo en el síndrome de Claude-Bernard-Horner que consiste en ptosis, miosis y anhidrosis hemifacial). Cuando interfiere en la visión o crea algún problema estético su tratamiento es quirúrgico (Becerra EM, 2005).
- **Lagofthalmos:** alteración de la movilidad del orbicular por parálisis facial. Se limita el cierre del párpado y se produce queratitis por exposición. Su tratamiento inicial consiste la aplicación de lagrimas artificiales frecuentemente y oclusión ocular nocturna con lágrimas artificiales tipo gel. Cuando la afectación corneal es grave hay que plantear la cirugía.
- **Blefarospasmo:** contracción espasmódica involuntaria del orbicular. Puede ser por un reflejo irritativo (p.e. conjuntivitis, cuerpo extraño) o ser debido a causas idiopáticas, en estos casos suele aparecer en adultos de forma bilateral, desaparece durante el sueño y puede acompañarse de movimientos bucofaciales o de cabeza. Precisa realizar una exploración ocular y neurológica. Si no desaparece derivar al oftalmólogo para valorar aplicación de toxina botulínica.

Patología lagrimal

- **Sequedad ocular:** es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria. Conjunto de síntomas caracterizado por la sensación de falta de lágrima, los pacientes manifiestan picor, quemazón y sensación de cuerpo extraño. La causa de ojo seco puede ser sistémica en el contexto de un síndrome de Sjögren, enfermedades del tejido conectivo y fármacos o bien exclusivamente por disfunción lagrimal (insuficiente producción o inestabilidad de la película lagrimal, siendo fundamental el espesor de la capa lipídica) (Benelli U, 2011). En la mayor parte de las ocasiones no existe tratamiento etiológico eficaz y se debe explicar al paciente su problema y las medidas higiénicas para aliviar la sintomatología con el uso frecuente de lubricantes oculares.
- **Canaliculitis:** es una infección poco frecuente. La etiología más común es la infección por bacterias, como el *Actinomices israelii*, por virus o por hongos. El diagnóstico se realiza mediante frotis. Presenta clínica de ojo rojo, secreción lagrimal, dolor leve localizado en sectores nasales del párpado superior e inferior. Puede confundirse con una conjuntivitis crónica o dacriocistitis. Su tratamiento por parte del oftalmólogo, consiste en drenaje de secreciones del canaliculo y tratamiento tópico según cultivo del frotis.
- **Dacriocistitis aguda:** es una inflamación y abscesificación del saco lagrimal. Se debe a la infección del saco lagrimal secundaria a un estasis de la lágrima como consecuencia de la obstrucción o estenosis del conducto nasolagrimal (Brissette A, 2011). Esta obstrucción es congénita en los recién nacidos y adquirida en las personas mayores, más frecuentemente en mujeres. El agente etiológico en adultos es el estafilococo aureus o el estreptococo beta-hemolítico y en los recién nacidos el haemofilus influenza. Aparece tumefacción y dolor del saco lagrimal con edema palpebral, es una urgencia oftalmológica ya que puede complicarse con una celulitis orbitaria (Maheshwari R, 2009). Hay secreción mucopurulenta y puede existir secreción de pus por los canaliculos. En ocasiones se acompaña de sobreinfección conjuntival. Puede haber fiebre. El tratamiento es mediante antibióticos tópicos de amplio espectro y sistémicos (**amoxicilina-clavulánico** 3 veces al día durante 7-10 días) y compresas calientes en zona afecta. Derivar al oftalmólogo de modo urgente si existe fluctuación del saco lagrimal (la dacriocistostomía endoscópica endonasal ha demostrado ser un método muy eficaz en la resolución de los casos con un origen anatómico) (Madge SN, 2011). Derivar al oftalmólogo para seguimiento. Si se cronifica los pacientes se quejan de epífora y conjuntivitis de repetición, precisando en muchas ocasiones tratamiento quirúrgico (Klodnicka KE, 2011).
- **Dacrioadenitis:** es una inflamación de la glándula lagrimal principal. Es una patología poco frecuente. Existe una tumefacción en la zona del reborde orbitario temporal superior. Puede ser debida a causas inflamatorias (sarcoidosis por ejemplo), infecciosas o tumorales.

Bibliografía

- Akpek EK, Lindsley KB, Adyanthaya RS, Swamy R, Baer AN, McDonnell PJ. Treatment of Sjögren's syndrome-associated dry eye an evidence-based review. Ophthalmology. 2011;118(7):1242-52. PubMed **PMID: 21459453**
- Becerra EM, Blanco G, Muiños Y, Bianciotto C. Tratamiento quirúrgico de ptosis palpebral miogénica adquirida. Arch Soc Esp Oftalmol. 2005;80(6):359-64. PubMed **PMID: 15986277**
- Benelli U. Systane lubricant eye drops in the management of ocular dryness. Clin Ophthalmol. 2011;5:783-90. PubMed **PMID: 21750611. Texto completo**
- Bergman R. Xanthelasma palpebrarum and risk of atherosclerosis. Int J Dermatol. 1998;37(5):343-5. PubMed **PMID: 9620478**
- Bernardes TF, Bonfioli AA. Blepharitis. Semin Ophthalmol. 2010;25(3):79-83. PubMed **PMID: 20590417**
- Boboridis K, Bunce C. Interventions for involutional lower lid entropion. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD002221. PubMed **PMID: 11869631. Texto completo**
- Brissette A, Schweitzer K, Arthur B. Ophthaproblem. Can you identify this condition? Dacryocystitis. Can Fam Physician. 2011;57(1):55, 58-9. PubMed **PMID: 21252133. Texto completo**
- Cámara Hermoso de la J, Anglada Escalona JR, Ruiz Bilbao SM. Ojo rojo. Jano. 2003;65(1481):32-42.
- García Olmos L, Gómez Gascón T, González Martínez Y, Marín-Carrillo Domínguez P, Muñoz González F, Nogales Aguado P, et al. Ojo rojo. En: Recomendaciones prácticas para el médico de familia. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005. **Texto completo**
- Jackson WB. Blepharitis: current strategies for diagnosis and management. Can J Ophthalmol. 2008;43(2):170-9. PubMed **PMID: 18347619**
- Klodnicka KE, Ahluwalia H. Chronic dacryocystitis with spontaneous resolution of sac mucoccele: fact or fiction. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2011;27(4):e90-2. PubMed **PMID: 20940660**
- Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med. 2000;343(5):345-51. PubMed **PMID: 10922425**
- 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**
- Maheshwari R, Maheshwari S, Shah T. Acute dacryocystitis causing orbital cellulitis and abscess. Orbit. 2009;28(2-3):196-9. PubMed **PMID: 19839913**
- Peralejo B, Beltrani V, Bielory L. Dermatologic and allergic conditions of the eyelid. Immunol Allergy Clin North Am. 2008;28(1):137-68, vii. PubMed **PMID: 18282550**
- Piskiniene R. Eyelid malposition: lower lid entropion and ectropion. Medicina (Kaunas). 2006;42(11):881-4. PubMed **PMID: 17172788**
- Rizo Martínez S, Jiménez Guerra V, Gómez Rodríguez JM. Ojo rojo. En: Marta Sánchez-Celaya del Pozo, coordinadora. Recomendaciones prácticas para el médico de familia. Madrid: Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005. p. 71-5. **Texto completo**
- Rohrich RJ, Janis JE, Pownell PH. Xanthelasma palpebrarum: a review and current management principles. Plast Reconstr Surg. 2002;110(5):1310-4. PubMed **PMID: 12360073**
- Wirbelauer C. Management of the red eye for the primary care physician. Am J Med. 2006;119(4):302-6. PubMed **PMID: 16564769**

Más en la red

- American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Blepharitis. San Francisco (CA): American Academy of Ophthalmology (AAO); 2011. **<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=36092>**
- Brissette A, Schweitzer K, Arthur B. Ophthaproblem. Can you identify this condition? Dacryocystitis. Can Fam Physician. 2011;57(1):55, 58-9. PubMed **PMID: 21252133. Texto completo**
- Papier A, Tuttle DJ, Mahar TJ. Differential diagnosis of the swollen red eyelid. Am Fam Physician. 2007 Dec 15;76(12):1815-24. PubMed **PMID: 18217520**

Autores

- Juan Pedro Justel Pérez Médico Especialista en Medicina de Familia (1)
- Eduardo N. Vleming Pinilla Médico Especialista en Oftalmología (2)
- Irene Zabala Martín-Gil Médico Especialista en Medicina de Familia. Médico Residente Radiodiagnóstico (3)

(1) Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. SERMAS. Madrid, España.
(2) Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. SERMAS. Madrid, España.
(3) Hospital de la Princesa. SERMAS. Madrid.

Conflicto de intereses: No disponible.



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](#) |

