

Ojo seco

S. Doan, M. Touati

La sequedad ocular es una enfermedad muy frecuente, que afecta al 15% de los pacientes mayores de 60 años. Suelen distinguirse los cuadros de sequedad cuantitativa por hipoproducción lagrimal (en los que predomina la involución posmenopáusica, la sequedad farmacológica y el síndrome de Sjögren) de los cuadros de sequedad cualitativa por mala calidad de las lágrimas (cuya causa principal son las blefaritis con disfunción de las glándulas de Meibomio). En todas las formas graves (caracterizadas por una fotofobia con queratitis), se debe buscar sistemáticamente una sequedad de origen autoinmunitario. El tratamiento consiste en las lágrimas artificiales y las medidas sintomáticas. Si esto fracasa, pueden emplearse otras opciones, como tapones lagrimales, secretagogos, antiinflamatorios y factores tróficos.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave : Lágrimas; Menopausia; Iatrogenia; Enfermedad autoinmunitaria; Blefaritis; Inmunosupresores

■ Introducción	1
■ Fisiopatología	1
Película lagrimal	1
Factores de regulación lagrimal	2
Fisiopatología de la sequedad ocular	2
■ Elementos del diagnóstico	2
Anamnesis	2
Exploración física	3
Pruebas complementarias	4
■ Etiología	4
Sequedad por hiposecreción lagrimal	4
Sequedad por inestabilidad lagrimal	4
■ Tratamiento de la sequedad ocular	4
Medidas sintomáticas	4
Sustitutos lagrimales	5
Tapones lagrimales	5
Antiinflamatorios locales	5
Secretagogos orales	5
Otros	5
Caso especial de las disfunciones de las glándulas de Meibomio	5
■ Conclusión	5

■ Introducción

La sequedad ocular es una enfermedad muy frecuente, que afecta al 15% de los pacientes mayores de 60 años^[1].

Suelen distinguirse los cuadros de sequedad cuantitativa por hipoproducción lagrimal de los cuadros de sequedad cualitativa por mala calidad de las lágrimas, denominada también inestabil-

idad lagrimal o, en la actualidad, sequedad por evaporación^[2]. Las etiologías son numerosas, pero predominan los cuadros de sequedad posmenopáusica y las blefaritis (Fig. 1^[3]).

En el Dry Eye Workshop (DEWS) de 2007^[2], se propuso una definición ampliada de la sequedad ocular, que incluye unos aspectos fisiopatológicos relevantes: «La sequedad ocular es una enfermedad multifactorial de las lágrimas y de la superficie ocular que causa síntomas de incomodidad, una alteración visual y una inestabilidad lagrimal, con una posible alteración de la superficie ocular. Se acompaña de una hiperosmolaridad lagrimal y de una inflamación de la superficie ocular».

■ Fisiopatología

Película lagrimal

Con cada parpadeo, la película lagrimal debe distribuirse uniformemente sobre toda la superficie ocular y mantenerse homogénea y coherente durante el período de abertura palpebral. Esto se relaciona con la película lagrimal, cuya estructura es especial, compuesta por tres capas, cada una de las cuales tiene unas funciones bien definidas^[4]:

- la *capa mucínica* es la más profunda. Permite la adhesión de las lágrimas a las células epiteliales de la superficie ocular, que de este modo interviene en la «estabilidad lagrimal». Se trata de un gel de moco secretado por las células productoras de moco conjuntivales. Se afecta sobre todo en las inflamaciones conjuntivales crónicas;
- la *capa acuosa* es la más gruesa y proviene sobre todo de las glándulas lagrimales principales y accesorias. Contiene electrolitos, proteínas antiinfecciosas, citocinas y factores de crecimiento, así como células inmunocompetentes. Presenta anomalías en las afectaciones de las glándulas lagrimales;
- la *capa lipídica* es la capa superficial que recubre a la anterior. Está sintetizada por las glándulas de Meibomio palpebrales y

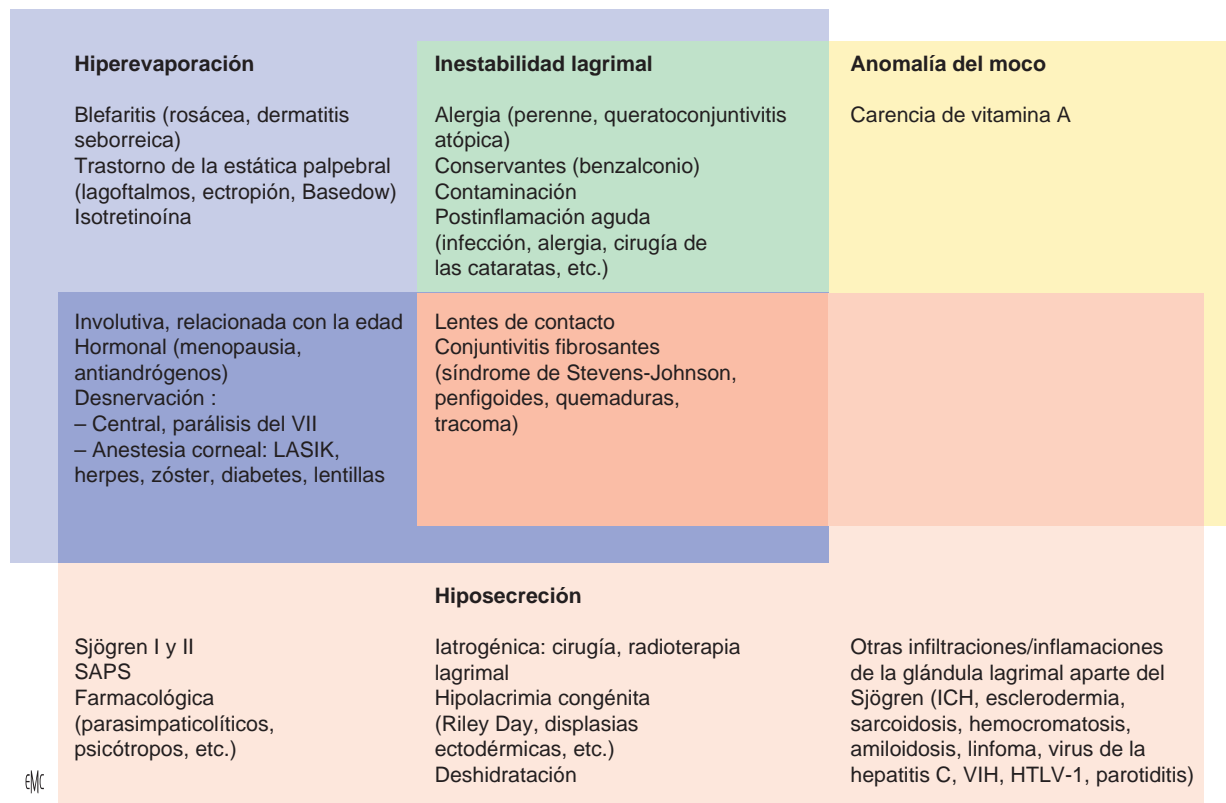


Figura 1. Etiología de la sequedad ocular (según [3]). ICH: injerto contra huésped; SAPS: síndrome seco, astenia, polialgia; HTLV-1: virus linfótrofo T humano 1; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

su función principal es limitar la evaporación de las lágrimas. La disfunción de las glándulas de Meibomio es una anomalía frecuente, relacionada a menudo con una blefaritis.

Se habla de sequedad cuantitativa cuando existe un déficit de la capa acuosa y de sequedad cualitativa (sinónimo en la práctica de inestabilidad lagrimal) si las capas mucínica o lipídica están afectadas. Hay que señalar que cualquier defecto de distribución de las lágrimas (por enfermedad de los párpados o irregularidad de la superficie ocular, por ejemplo), provoca también una sequedad localizada.

Factores de regulación lagrimal

Los andrógenos son un factor de troficidad principal de las glándulas lagrimales y de las glándulas de Meibomio palpebrales. La menopausia induce una involución glandular.

La inervación parasimpática de las glándulas lagrimales explica el efecto inhibitorio de los fármacos parasimpaticolíticos sobre la secreción lagrimal. Por otra parte, la inervación sensitiva de la superficie ocular (en especial corneal) dependiente del nervio trigémino forma un arco reflejo cuyo efector son las glándulas lagrimales. Por tanto, una desnervación por parálisis facial o cirugía refractiva (LASIK) provoca sequedad por hipoproducción.

Fisiopatología de la sequedad ocular

El elemento común de todos los cuadros de sequedad ocular es la presencia de una hiperosmolaridad lagrimal, que induce a nivel del epitelio corneal un sufrimiento celular, apoptosis y lesiones epiteliales, pero también inflamación [5]. La afectación epitelial agrava la inestabilidad lagrimal, lo que constituye un círculo vicioso.

■ Elementos del diagnóstico

Anamnesis

Permite el diagnóstico positivo, recopilar los factores agravantes (como los tratamientos farmacológicos) y evaluar el impacto sobre la calidad de vida del paciente.

Antecedentes médicos

La (peri)menopausia, una disfunción ovárica o un tratamiento antiandrogénico orienta hacia una sequedad ocular involutiva.

Los antecedentes pueden sugerir una enfermedad sistémica, sobre todo los signos de artritis, distiroidismo, antecedentes personales o familiares de enfermedad autoinmunitaria, etcétera.

Algunos contextos son evidentes: cirugía refractiva corneal, síndrome de Stevens-Johnson o Lyell, lagoftalmos por parálisis facial, trasplante de médula ósea con reacción del injerto contra el huésped, etcétera.

La búsqueda de datos indicativos de una rosácea (episodios de rubefacción, cuperosis, erupción, rinofima) o de dermatitis seborreica (irritación cutánea facial con escamas grasas) sugiere más bien una blefaritis.

Los datos de atopía o una estacionalidad de los síntomas sugieren la existencia de un componente alérgico.

Características del paciente

Permiten sobre todo buscar la presencia de posibles factores agravantes, como el tabaco, el trabajo delante de una pantalla, climatización, exposición a productos químicos, uso de lentes de contacto o la toma de fármacos como los psicótropos y otros tratamientos de efecto anticolinérgico así como los tratamientos hormonales (anticonceptivos orales, tratamientos sustitutivos de la menopausia, antiandrógenos) y los retinoides (causantes de una disfunción de las glándulas de Meibomio).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465420>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465420>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)