CAPÍTULO VII
PÁRPADOS Y CONJUNTIVA

Antonia López Portillo

PÁRPADOS.

Recuerdo anatomo-funcional.

Los párpados son unos repliegues cutáneos que cubren la apertura anterior de la órbita. En cuanto a su estructura podemos distinguir de fuera adentro cuatro *capas*:

1.-Piel:

2.-Capa muscular:

- Músculo orbicular inervado por el nervio facial, responsable del parpadeo.
- Músculo elevador del párpado, inervado por el III par.
- Músculo de Müller o tarsal superior y el músculo tarsal inferior inervados por el simpático. Junto con el elevador son los responsables del tono palpebral.

3.-Capa fibrosa:

- Tarsos palpebrales: tejido fibroso que soporta las demás estructuras. En su interior se alojan las glándulas de Meibomio.
- Septos orbitarios: se continúan desde los tarsos al reborde orbitario.
- Ligamentos palpebrales externo e interno: mantienen unidos los tarsos a los rebordes orbitarios lateral y medial.

4.-Conjuntiva palpebral: recubre el párpado en su superficie interna.

El borde palpebral se divide en una parte anterior y otra posterior por la línea gris. Las pestañas se originan en la parte anterior, en cuyos folículos van a desembocar las glándulas de Zeis (sebáceas modificadas). Las glándulas de Moll (sudoríparas modificadas) pueden desembocar en el folículo de la pestaña, o bien directamente en el borde palpebral anterior. Los conductos de las glándulas de Meibomio se localizan en la parte posterior de la línea gris. Éstas junto con las

de Zeis se encargan de formar la capa lipídica externa de la película lagrimal precorneal.

ALTERACIONES EN LA POSICIÓN

ENTROPIÓN. Es una inversión del párpado. Puede ser:

- Involutivo o senil: Es un trastorno relacionado con el envejecimiento, que afecta al párpado inferior. Se debe a la laxitud horizontal del párpado y al acabalgamiento del músculo orbicular preseptal sobre el pretarsal.
- Cicatricial: Suele estar causado por cicatrices en la conjuntiva palpebral, que tiran del borde palpebral hacia el globo ocular. Entre los factores etiológicos destacan el penfigoide ocular, el síndrome de Steven-Johnson, tracoma y las quemaduras químicas.
- Congénito: Entidad poco frecuente, se caracteriza porque todo el párpado inferior y las pestañas se vuelven hacia el interior sin que el párpado se repliegue.
- Espástico: Debido a un espasmo del orbicular tras irritación ocular o en un blefarospasmo esencial.

ECTROPIÓN. Es una eversión del párpado, a menudo se asocia con epífora y conjuntivitis crónica. Puede ser:

- Involutivo o senil. Causado por una excesiva longitud horizontal del párpado debido a la distensión de los tendones cantales medial y lateral y a la desinserción de los retractores del párpado inferior.
- Cicatricial: Producido por cicatrices de la piel, entre sus causas destacan tumores, traumatismos y quemaduras.
- Paralítico: Producido por una parálisis del nervio facial. Se debe prevenir la queratopatía por exposición mediante la instilación frecuente de lágrimas artificiales de día y ungüento lubricante por la noche.

PTOSIS. Es el descenso del párpado superior respecto a su posición normal.

- Congénita: Se debe a una distrofia del músculo elevador, puede ser causa de ambliopía si no se corrige adecuadamente.
- Mecánica: Puede deberse a un exceso de peso en el párpado superior por tumores, edema, exceso de piel (dermatocalasia), o bien por cicatrices conjuntivales.
- Senil: Es de las formas más frecuentes, por degeneración de la aponeurosis del elevador.
- Neurogénica: Lesión del III par que produce un déficit en la inervación del músculo elevador.

- Por defecto en la inervación simpática del músculo de Müller, que junto con miosis y anhidrosis constituyen en síndrome de Horner.

- Miogénica: Como un signo más de diversas miopatías sistémicas, destacan:

- Miastenia gravis: suele ser bilateral y más acentuado por la tarde.

- Distrofia muscular progresiva (Duchenne).

- Distrofia miotónica.

RETRACCIÓN PALPEBRAL. El párpado superior presenta una elevación respecto a su posición normal, dejando ver una porción de esclera por encima de la córnea. La causa más frecuente es la patología ocular distiroidea. Aunque cualquier afección de los retractores palpebrales puede producirla, por ejemplo, un traumatismo o una infiltración tumoral, así como determinadas afecciones neurológicas, como las lesiones del mesencéfalo o la regeneración aberrante del III par craneal.

ALTERACIONES DE LAS PESTAÑAS.

TRIQUIASIS: Es la orientación interna de las pestañas No debe confundirse con la inversión de las pestañas asociadas al entropión o pseudotriquiasis. La irritación crónica de las pestañas sobre la córnea provoca erosiones epiteliales y en los casos más graves puede desarrollarse un pannus corneal. El tratamiento consiste en la depilación, aunque son frecuentes las recidivas a las 4-6 semanas.

DISTIQUIASIS. Rara enfermedad hereditaria bilateral en la que existe una doble hilera de pestañas que se origina en los orificios de las glándulas de Meibomio.

PATOLOGÍA INFLAMATORIA.

BLEFARITIS.

- Anterior: Bl. seborreica: Es debida a un exceso de secreción de las glándulas de Zeis pudiendo asociarse a inflamaciones de éstas (orzuelos). Es frecuente su asociación con la dermatitis seborreica. En el borde anterior de los párpados se aprecia un brillo céreo, eritema leve a moderado y pestañas grasientas. Presenta escamas blandas, amarillentas que no dejan úlcera al arrancarlas.

- Bl. estafilocócica: Está causada por una infección estafilocócica de la base de las pestañas. En el borde palpebral anterior se aprecian vasos sanguíneos dilatados y escamas duras y quebradizas que rodean las raíces de las pestañas (collaretes), y que cuando se arrancan dejan una pequeña úlcera sangrante.

- Posterior: Se trata de una disfunción de las glándulas de Meibomio. Se aprecia un eritema del borde posterior del párpado asociado a lágrima oleosa y a la acumulación de una secreción espumosa. La expresión de las glándulas de Meibomio produce secreción abundante. Se asocia frecuentemente con el acné rosáceo.

Tratamiento

Es esencial la motivación del paciente, además se le debe de informar de que la erradicación completa no suele ser posible, pero que la eliminación de los síntomas suele ser eficaz.

Ante todo es fundamental la higiene palpebral diaria para retirar las costras y los productos tóxicos de los bordes palpebrales, así como la aplicación de compresas calientes para intentar exprimir la secreción de las glándulas sebáceas. La blefaritis estafilocócica suele responder a la aplicación de ungüentos de eritromicina cada seis horas. La prescripción de corticoides debería de evitarse en las blefaritis no complicadas, aunque pueden ser útiles en el tratamiento de las manifestaciones secundarias como las queratitis marginal, conjuntivitis papilar, y reacciones de hipersensibilidad a las exotoxinas estafilocócicas. El ojo seco es frecuente en este tipo de pacientes por lo que también se beneficiarán de la aplicación de lágrimas artificiales.

ORZUELOS: Es la inflamación aguda estafilocócica del folículo de una pestaña o glándula relacionada. Son muy frecuentes en la población general, pero más aún en los afectos de blefaritis marginal. Se presentan con dolor, enrojecimiento local, y a veces un foco de pus central. Se distingue entre:

- *Orzuelo externo:* Se afecta la glándula de Zeis (sebácea), o la de Moll (sudorípara apocrina especial).

- *Orzuelo interno:* Afectación de la glándula de Meibomio. Es más doloroso y la tumefacción puede interesar a la conjuntiva palpebral.

El tratamiento más habitual es el conservador con calor local y ungüentos antibióticos (eritromicina).

CHALAZION: Es un granuloma inflamatorio crónico de una glándula de Meibomio a causa de la obstrucción de su conducto de salida con retención de secreciones. Favorecen su aparición los orzuelos de repetición y las blefaritis. Se forma un nódulo rojizo, indoloro y sin signos de inflamación de localización más frecuente en la conjuntiva tarsal superior. Pueden resolverse espontáneamente, aunque no es lo más frecuente, siendo subsidiarios de la inyección de triancinolona intralesional, o bien, la excisión quirúrgica.

Ante la aparición de chalazion recidivantes, pensar en la posibilidad de un carcinoma de glándulas sebáceas.

LESIONES QUÍSTICAS

QUISTE DE MOLL: Es un nódulo quístico muy frecuente, crónico, indoloro y traslúcido sobre el borde del margen palpebral, que contiene

secreciones serosas. Se produce por el bloqueo del conducto de las glándulas sudoríparas modificadas. El tratamiento consiste en pincharlo con una aguja hipodérmica.

QUISTE DE ZEIS: Es un quiste producido por el bloqueo del conducto de una glándula sebácea Su aspecto es similar al quiste de Moll, aunque menos traslúcido, su contenido es de secreciones oleosas. Se trata igual que el quiste de Moll.

QUISTE SEBÁCEO: Similar al quiste de Zeis, aunque menos frecuente, diferenciándose en que suele presentar un punto céreo central y en que se sitúa frecuentemente en el canto interno. Se trata mediante una simple incisión.

LESIONES TUMORALES

Los párpados pueden verse afectados por gran número de tumores benignos y malignos, que se originan en la piel, las estructuras glandulares especializadas, los folículos pilosos o los tejidos más profundos de los párpados. Suelen identificarse por su aspecto, pero puede ser necesaria una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

BENIGNAS: La verruga viral es el tumor benigno más frecuente de los párpados. Se trata de un hipercrecimiento benigno del epitelio escamoso, suele ser pediculado o sésil, con su característica superficie irregular y aframbuesada. El tratamiento consiste en la escisión o cauterización.

QUERATOSIS SEBORREICA: Se trata de un papiloma de células basales que aparece frecuentemente en pacientes de mediana edad o ancianos. Aparece como una lesión elevada, grasienta y pigmentada. En ocasiones presenta una configuración papilomatosa. Son frecuentes otras lesiones similares en otras zonas del cuerpo.

QUERATOSIS ACTÍNICA: Se relaciona más con la radiación solar excesiva que con la edad. Aparece como una lesión seca, escamosa, ligeramente elevada y con un exceso de queratina, fundamentalmente en ancianos con pieles blancas que se han expuesto al sol en exceso. Existe una displasia escamosa subyacente, que puede evolucionar a un carcinoma de células escamosas. Las lesiones pueden tratarse mediante escisión, raspado o crioterapia, dependiendo del tamaño y localización.

CUERNO CUTÁNEO: Esta lesión, relativamente frecuente, consiste en una masa queratinizada firme y sobreelevada. Puede asentar sobre una queratosis senil o sobre un carcinoma de células basales.

QUERATOACANTOMA: Es una lesión epitelial de crecimiento rápido con un centro de queratina. Es característico que empiece como una pápula erite-

matosa, en pocas semanas crece y se trasforma en un nódulo firme, sobreelevado y rosado, con un cráter repleto de queratina que desaparece espontáneamente en tres meses. Si la involución no se produce, hay que escindir la lesión, ya que una pequeña proporción puede evolucionar a un carcinoma de células escamosas.

HEMANGIOMAS: Son uno de los tumores palpebrales más frecuentes en la infancia. Se descubren en el momento del nacimiento o durante los primeros seis meses de vida. Son lesiones rojizas y aplanadas que tienen predilección por el párpado superior, y si son lo suficientemente grandes pueden producir ambliopía. Son más evidentes si el niño llora. Suelen desaparecer espontáneamente alrededor de los cinco años, pero en caso necesario la radioterapia o la inyección de esteroides en el interior de la lesión acelerarán el proceso.

MALIGNAS: Es el tumor primario maligno más frecuente de los párpados, presenta un pico de incidencia entre la séptima y octava décadas de la vida. El 50% de los casos afecta al párpado inferior, el 30% al canto medial, el 15% al párpado superior y el 5% al canto externo. Estos carcinomas se extienden de forma directa y pueden ser muy invasivos, aunque no metastatizan. La invasión local es un problema específico de los tumores de canto interno, que pueden afectar al aparato de drenaje lagrimal o los senos nasales.

Se distinguen dos formas principales:

- *Carcinoma de células basales noduloulcerativo (ulcus rodens).* Se inicia como un nódulo de bordes bien definidos y redondeados rodeado de pequeños vasos sanguíneos. La hiperqueratosis asociada le confiere un aspecto perlado. El centro de la lesión se ulcera y aparecen costras, pudiendo sangrar a partir de traumatismos banales.

- *Carcinoma de células basales esclerosante*: Es una variedad más maligna con un borde menos definido, no posee telangiectasias sobre su superficie. Puede invadir la dermis y extenderse de forma radial a la epidermis normal. Sus márgenes son difíciles de identificar y se requiere una amplia escisión para evitar la recidiva.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS: Es la segunda neoplasia palpebral más frecuente, constituye el 5% de todos los tumores. Puede originarse de novo o a partir de una queratosis actínica preexistente. Se presenta como un nódulo o placa hiperqueratósica que crece y desarrolla erosiones costrosas y fisuras, en contraste con el carcinoma de células basales, no muestra telangiectasias en su superficie. Es relativamente más frecuente en el párpado superior. Su crecimiento es más rápido que el de células basales y puede metastizar a los ganglios linfáticos regionales. Los tumores que aparecen en los

dos tercios laterales del párpado superior o en el tercio lateral del inferior dan metástasis a los ganglios preauriculares, mientras que los que se originan en cualquier otra parte del párpado lo hacen en los ganglios submandibulares.

CARCINOMA DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS: Es una neoplasia de las glándulas de Meibomio siendo su incidencia menor que la del carcinoma de células escamosas. Puede presentarse de forma localizada o en forma más generalizada. Cuando el carcinoma está relativamente localizado, se presenta a menudo como un quiste de meibomio persistente, que a veces se diagnostica de forma errónea como un chalación recidivante. La forma más generalizada se puede presentar como una blefaritis crónica grave unilateral y persistente. La enfermedad difusa tiene, por lo general, un mal pronóstico y requiere tratamiento combinado mediante radioterapia y extirpación quirúrgica.

Tratamiento

El tratamiento de elección consiste en la escisión quirúrgica local, dejando un borde de 3 mm por fuera del tumor. El carcinoma de células basales suele dar una tasa menor de recidivas. Debe realizarse un análisis histológico de la muestra resecada para asegurar que los bordes están libres de células tumorales. La radioterapia queda reservada para aquellas lesiones que no cumplen los criterios para someterse a cirugía, o bien que el enfermo la rechace. Las tasas de recidiva son superiores a las obtenidas tras la escisión quirúrgica, sobre todo en el carcinoma de células sebáceas. Entre las complicaciones de la radioterapia destacan la pérdida de pestañas, la sequedad ocular, la queratinización de la conjuntiva y las lesiones cutáneas.

En tumores extensos que han invadido la órbita, se requiere la exéresis del globo y contenido órbitario. En enfermos con afectación de los ganglios preauriculares o cervicales anteriores se requiere la disección radical del cuello.

LESIONES PIGMENTADAS

BENIGNAS:

- MELANOSIS OCULODÉRMICA (Nevo de Ota): Es una rara enfermedad congénita que se asocia a un mayor riesgo de melanoma uveal. Se presenta como una coloración gris azulada de la piel en el territorio del nervio trigémino.

- NEVUS ADQUIRIDOS: Son lesiones planas o ligeramente sobreelevadas con pigmentación variable de dorada a marrón. Cuando se localizan en el borde del párpado, las pestañas pueden protruir a través de la lesión.

MALIGNAS:

- LENTIGO MALIGNO: Es una lesión infrecuente que afecta típicamente

a ancianos. Se presenta como una mácula pigmentada de expansión lenta. Es el estadio preinvasivo del melanoma la presencia de engrosamientos nodulares indica su transformación maligna.

MELANOMA MALIGNO: puede surgir de novo o a partir de un nevus preexistente. Los signos de aviso de un cambio maligno en un nevus son: el rápido aumento de tamaño, la aparición de lesiones satélites y la ulceración o la hemorragia; aunque cualquier lesión pigmentada que esté creciendo debe ser extirpada.

CONJUNTIVA

Recuerdo anatomo-funcional.

Es una membrana mucosa que reviste el segmento anterior del globo ocular. Está formada por una porción bulbar que cubre la parte anterior del globo, excepto la córnea, y dos porciones palpebrales que cubren las caras posteriores de los párpados superior e inferior. Las conjuntivas bulbar y palpebral se continúan a través de los fórnices superior e inferior.

Como toda membrana mucosa consta de un epitelio y un corion subyacente. El epitelio es cilíndrico, estratificado, no queratinizado y se continúa a nivel del borde libre palpebral con el epitelio queratinizado que recubre los párpados. Entre las células del epitelio, se encuentran las células caliciformes conjuntivales que son glándulas mucosas secretoras que pueden aparecer aisladas o agrupadas en acinis. A nivel del tejido conjuntivo subepitelial o corion, existe una capa constituida por un fino entramado de tejido conectivo infiltrada por linfocitos, mastocitos e histiocitos, la cual se espesa a nivel del fórnix formando unos nódulos redondeados. Este manto linfocitario se desarrolla al segundo mes del nacimiento. A nivel más profundo, existe una capa formada por fibras colágenas entremezcladas con fibras elásticas.

Incluidas entre el corion existen una serie de glándulas serosas de tipo tubuloacinoso, que constituyen las glándulas lagrimales accesorias. Éstas juegan un papel importante en la lubricación de la conjuntiva y en la formación y mantenimiento funcional de la película precorneal. Constituyendo su secreción la denominada secreción lagrimal basal.

La conjuntiva está vascularizada por ramas que derivan de las arterias palpebrales superiores e inferiores y de las arterias ciliares anteriores. En cuanto a la inervación es llevada a cabo por las ramas lagrimal-nasal y frontal del trigémino. Existe una inervación simpática representada por fibras amielínicas que acompañan los vasos conjuntivales.

Semiología del síndrome inflamatorio conjuntival.

La patología conjuntival constituye del 30 al 90% de las consultas realizadas al oftalmólogo. Los procesos degenerativos, malformativos, y tumorales suponen un pequeño porcentaje, siendo las conjuntivitis o patología inflamatoria las más comunes dentro de la patología conjuntival.

La inflamación de la conjuntiva puede ser de origen plurietiológico, sin embargo ésta responde según un esquema fisiopatológico relativamente monótono a la agresión, manifestando como respuesta una serie de signos clínicos. Según predominen unos u otros se van a caracterizar las diversas formas clínicas de conjuntivitis.

Entre estos signos clínicos destacan:

Hiperemia: Es la reacción más simple de la conjuntiva, consiste en un enrojecimiento por vasodilatación de los vasos conjuntivales. El color de la hiperemia es rojo-escarlata y se dispone fundamentalmente a nivel de los fondos de saco.

Edema o quemosis: La tumefacción edematosa de la conjuntiva se caracteriza por un engrosamiento traslúcido de la conjuntiva. Se produce sobre todo en la conjuntiva bulbar, pues el tejido subconjuntival es laxo y se acumula en él el transudado procedente de un aumento de la permeabilidad vascular.

Secreción: Es producida a partir del exudado que filtra a través del epitelio, al cual se añaden los restos y detritus epiteliales, mucus, lágrimas, linfocitos degenerados y la secreción de diversas glándulas conjuntivales.

En un comienzo es de tipo seroso, por incremento de la secreción refleja de las lágrimas, unida al exudado seroso inflamatorio. Poco después, se añade a éste el aumento de la secreción mucosa producida por las células caliciformes conjuntivales, dando a la secreción un aspecto mucoide.

La incorporación a la secreción de las células linfocitarias degeneradas y el transudado inflamatorio, junto con diversos detritus celulares propios de la existencia de un proceso infecto-inflamatorio, dará un carácter purulento a la secreción.

La existencia de gran cantidad de fibrina va a conferir a la secreción unas características peculiares, con formación de pseudomembranas, fáciles de desprender si el epitelio está intacto, o adheridas a capas profundas si el epitelio está destruido, dejando un lecho sangrante al arrancarlas.

Folículos: Constituyen una reacción tisular inespecífica a los estímulos inflamatorios. Histológicamente son una hiperplasia del tejido linfoide del corion sin una organización clara. Clínicamente, aparecen como formaciones elevadas, abollonadas, redondeadas, traslúcidas y avasculares. Se sitúan preferentemente

a nivel de la conjuntiva tarsal y fórnix. Su diámetro es de 0,2 a 2 mm y están rodeados de un fino entramado vascular, que no los invade, a diferencia de las papilas, que están vascularizadas como veremos a continuación.

Papilas: Caracterizan los estados subagudos de muchas inflamaciones. Histológicamente se representan como infiltrados leucocitarios difusos, sin organización precisa, con edema y neovasos centrales. Aparecen como estructuras abollonadas, prominentes, de mayor tamaño que los folículos, de aspecto carnoso y centrados por un eje vascular. Su tamaño es variable, pudiendo llegar a ser vegetantes y voluminosas, adquiriendo un aspecto adoquinado, muy característico de algunos procesos tales como la conjuntivitis primaveral. Igual que los folículos, aparecen sobre todo en conjuntiva tarsal y fórnix.

Es importante diferenciar entre folículos y papilas, pues el folículo es una formación de tejido linfoide, con vascularización accesoria, mientras que las papilas son esencialmente vasculares en su origen.

I. Conjuntivitis agudas.

Bacterianas: El agente infeccioso más frecuente es el staphilococo aureus, aunque también destacan streptococos, haemophilus y proteus. El cuadro clínico que presenta el paciente es de aparición más o menos brusca, con sensación de cuerpo extraño y secreción mucopurulenta, de inicio unilateral, pero que en el transcurso de 1 o 2 días se hace bilateral.

Al examen con lámpara de hendidura destaca la hiperemia conjuntival, localizada sobre todo en fondos de saco conjuntivales y la secreción mucopurulenta. En infecciones por streptococos y corynebacterium diphtheriae, pueden aparecer pseudomembranas conjuntivales formadas por exudados coagulados adheridos al epitelio conjuntival inflamado.

En cuanto al tratamiento se administra un colirio antibiótico de amplio espectro (tobramicina, cloranfenicol) una gota cada hora, y se intenta disminuir la dosis a medida que disminuyen los síntomas. En general, estas conjuntivitis presentan un pronóstico bueno, y se resuelven sin dejar secuelas.

Víricas: Los virus son una causa frecuente de infección de la porción externa del ojo. Destacan los adenovirus que en función de los distintos serotipos pueden dar lugar a presentaciones clínica y epidemiológicamente diferentes. Así los serotipos 8 y 19 dan lugar a la queratoconjuntivitis epidémica, que se presenta como una forma grave y contagiosa de la enfermedad. La fiebre faringoconjuntival, producida por los serotipos 3 y 8, aparece como una forma epidémica asociada a una infección de vías respiratorias superiores. Además de los adenovirus también podemos destacar otros como echo, coxackie y picornavirus.

La sintomatología se caracteriza por presentar sensación de cuerpo extraño, escozor, lagrimeo, ligera fotofobia con secreción serosa escasa. A la exploración vemos que la conjuntiva bulbar no suele estar afectada. Como hallazgos característicos destacan los folículos en conjuntiva tarsal así como las adenopatías preauriculares. La invasión del virus puede afectar las células del epitelio corneal produciendo una discreta queratitis puntata superficial, aumentando de esta forma la fotofobia y lagrimeo del paciente.

Cuando desaparece la queratitis, a veces, pueden persistir unos depósitos opacos de inmunocomplejos subepiteliales sobre la membrana de Bowman. Estos pueden perdurar meses pero acaban desapareciendo.

La duración del proceso es de 15 a 20 días, desapareciendo lentamente la hiperemia conjuntival y reduciéndose el tamaño y número de folículos. Esta patología es sumamente contagiosa y se debe de advertir de ello al paciente.

No existe un tratamiento específico, aunque no se deben de administrar corticoides, ya que deprimen la respuesta inmune del paciente alargando el tiempo de curación. Los antiinflamatorios no esteroideos en colirio son muy útiles ya que disminuyen la sintomatología respetando el sistema inmune. Se administran cada cuatro a seis horas aproximadamente. También se prescribirá un antibiótico de amplio espectro cada cuatro o seis horas como profiláctico, así como lágrimas artificiales para eliminar la secreción fibrinoide que va a producir pseudomembranas.

Alérgicas: Se producen por reacciones de hipersensibilidad de tipo inmediato a gran número de alergenos: polen, polvo, esporas de hongos... Los pacientes diana normalmente son jóvenes menores de 20 años, suelen ser de repetición por sucesivas exposiciones al antígeno, pudiendo haber implicaciones de otros órganos o sistemas como es el caso del asma.

El inicio es brusco, bilateral, con gran sintomatología: picor, escozor, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo y rinorrea intensa.

A la exploración, vemos quemosis conjuntival y edema palpebral, secreción de origen seroso y folículos a nivel de la conjuntiva tarsal.

La activación del receptor H1 parece ser la causa responsable de los síntomas oculares. Los antihistamínicos actúan competitivamente y bloquean de una manera reversible los receptores histamínicos. Este es el caso de un nuevo antagonista H1 como la levocabastina, que ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de las conjuntivitis alérgicas instilado cada doce horas.

Conjuntivitis de inclusión del adulto: Afecta a adultos jóvenes durante la época de actividad sexual. Es una infección venérea producida por los serotipos

D a K de chlamydia trachomatis. Se presenta como una conjuntivitis bilateral, aguda y mucopurulenta, observándose grandes folículos en los fondos de saco. La adenopatía preauricular es un hallazgo frecuente. La manifestación corneal característica consiste en una queratitis epitelial de la mitad superior, también pueden hallarse infiltrados marginales y micropannus superior.

Sin tratamiento la enfermedad tiene un curso prolongado y remitente, pudiendo cronificarse con empeoramiento de la queratitis. Este consiste en la aplicación de ungüento de tetraciclina y tetraciclina vía oral 250 mgr cuatro veces al día durante seis semanas.

Oftalmia neonatal: Puede deberse a infección por clamidias, pero con mayor frecuencia se debe a una infección bacteriana adquirida durante el parto. La infección por estafilococo es la causa más frecuente, aunque la producida por gonococo suele ser la más grave. Se presenta como una conjuntivitis hiperaguda, purulenta, que si se retrasa el tratamiento puede producir perforación corneal. Este consiste en penicilina sistémica junto con terramicina o eritromicina tópicos.

II. Conjuntivitis crónicas.

Queratoconjuntivitis primaveral: Se trata de una enfermedad crónica, bilateral, que se presenta en niños y adultos jóvenes. Se cree que su causa es una alergia, ya que se manifiesta en pacientes con historia de múltiples alergias, aunque no se ha encontrado ni un solo alérgeno, al que se le pueda atribuir la enfermedad. Se ha comprobado que los síntomas de los pacientes mejoran cuando éstos se trasladan a zonas con pocos alergenos. Se caracteriza por sus recurrencias estacionales, en primavera y verano, siendo más común en climas húmedos y templado.

Clínicamente, se manifiesta con escozor ocular intenso, lagrimeo, fotofobia con secreción de moco espeso y ptosis palpebral.

Se distinguen dos *formas*:

- Forma palpebral: Se caracteriza por la aparición de papilas en conjuntiva tarsal de tamaño mediano a gigante, que adquieren un aspecto de adoquinado o empedrado

- Forma límbica: Es la menos común. Se presenta con folículos límbicos muy infiltrados por células inflamatorias que parecen hinchazones grisáceos y gelatinosos alrededor del limbo, sobre todo en la parte superior. Los puntos de Horner-Trantas son característicos, se trata de pequeñas lesiones epiteliales, blancas y elevadas, en el limbo corneal superior, a veces se asocian a vascularización superficial.

La queratitis punteadas y las úlceras epiteliales que a veces se presentan

agravan el cuadro, atribuyéndose a ellas la fotofobia y la disminución de la visión. En la secreción aparecen numerosos eosinófilos y finos granos eosinofílicos.

El tratamiento consiste en corticoides tópicos cada dos horas en las fases agudas, y se irá disminuyendo la terapéutica hasta conseguir la mínima dosis eficaz. En las fases menos agudas o en temporadas no estivales los AINE pueden jugar un papel de mantenimiento. También se asociarán estabilizadores de los mastocitos como la lodoxamida cuatro veces al día, junto con antihistamínico tópicos como la levocabastina cada doce horas.

Conjuntivitis atópica: Es un trastorno infrecuente y bilateral que afecta a adultos con dermatitis atópica. Entre las manifestaciones podemos hallar eccema palpebral con fisuras y costras, papilas en la conjuntiva tarsal inferior, siendo éstas más pequeñas que en la conjuntivitis primaveral. En casos complicados y de larga evolución se puede producir cicatrización y acortamiento de los fondos de saco conjuntivales, vascularización y ulceración corneal marginal.

En cuanto al tratamiento suele ser difícil y prolongado, siendo los corticoides tópicos la clave del mismo.

Conjuntivitis papilar gigante: Este tipo de conjuntivitis se asocia a la presencia de cuerpo extraño, como es el caso de portadores de lentes de contacto blandas, portadores de prótesis oculares, así como suturas que protruyen tras la cirugía.

Entre las manifestaciones clínicas destacan la irritación ocular, prurito, fotofobia y mayor producción de moco, que hacen que el paciente no tolere las lentes de contacto. Es necesaria la eversión del párpado superior para establecer el diagnóstico, apreciándose cambios en la conjuntiva tarsal superior que oscilan desde una leve respuesta papilar hasta la formación de papilas gigantes.

El tratamiento consiste en interrumpir el uso de lentes de contacto, durante tres meses, junto con un corticoide tópico suave como la fluorometolona.

Conjuntivitis tóxica: Se trata de una reacción de la conjuntiva a algunos medicamentos oculares. Esta reacción no es alérgica sino tóxica, no afecta a la piel de los párpados y en el frotis no se muestra eosinofilia. Puede ser unilateral o bilateral en función de la causa. Aunque es frecuente, puede ser difícil de diagnosticar, pues el paciente puede estar usando numerosas medicaciones tópicas. Inicialmente se manifiesta como una reacción papilar, seguida más tarde de la formación de folículos sobre todo en fórnices inferiores y también podemos encontrar una epiteliopatía punteada inferior.

Entre las causas más frecuentes destacan: aminoglucósidos, antivirales, antiglaucomatosos, así como los conservantes.

El tratamiento consiste en la suspensión del colirio responsable junto a la instilación de lágrimas artificiales sin conservantes.

Tabla I. Diagnostico diferencial del síndrome inflamatorio conjuntival.

	C. BACTERIANA	C. VIRICA	ALÉRGICA
Hiperemia	+/+++ Predominio de afectación en fórnices.	+/++ Predominio de afectación tarsal	+/++
Secreción	Mucopurulenta o purulenta.	Serosa o fibrinoide	Serosa
Quemosis	+	No	+++
Reacción conjuntival	Papilas	Folículos	Folículos
Microhemorragias	No	+/++	No
Ptosis palpebral	+/++	No	+/++
Edema palpebral	+	+/++	+/+++
Adenopatías	No	Preauriculares	No

TRASTORNOS MUCOCUTÁNEOS

Síndrome de Stevens-Johnson (eritema multiforme): Es una enfermedad mucocutánea vesiculoampollar, producida por una reacción de hipersensibilidad a antibióticos (como las sulfamidas), bacterias y virus. Se cree que la lesión fundamental es una vasculitis que afecta a piel y mucosas.

La conjuntiva se afecta en el 50% de los pacientes, siendo la manifestación inicial una conjuntivitis mucopurulenta con las papilas inflamadas y engrosadas. Posteriormente se producen infartos focales en la conjuntiva isquémica formándose unas membranas amarillentas, que al descamarse revelan unas placas fibrosas focales. En la fase de resolución, la curación se acompaña de la formación de una cicatriz típicamente focal dando lugar a entropión cicatrizal, pestañas aberrantes y queratinización anormal de la conjuntiva.

El tratamiento consiste en la aplicación de corticoides tópicos para controlar la vasculitis y evitar el infarto conjuntival.

Penfigoide cicatrizal: Es una enfermedad autoinmune producida por autoanticuerpos contra la membrana basal de las mucosas. Se caracteriza por la aparición de ampollas y bullas recurrentes en piel y mucosas más frecuente en estadios avanzados de la vida.

Clínicamente se presenta como una inflamación conjuntival crónica con una espesa secreción mucosa. El diagnóstico lo sugiere la presencia de vesículas recurrentes en cuero cabelludo, así como úlceras esofágicas, bucales y genitales.

La cicatrización conjuntival progresiva da lugar a la formación de simblefaron y entropión, así como a la inestabilidad de la película lagrimal, que a su vez produce opacificación corneal.

En los primeros estadios de la enfermedad el tratamiento consiste en la administración tópica y sistémica de esteroides y en la inmunosupresión.

LESIONES DEGENERATIVAS

Pinguécula: Esta frecuente lesión puede formarse en la conjuntiva bulbar adyacente al limbo en el lado nasal, o más tarde en el lado temporal.

A la exploración podemos hallar unos depósitos elevados y amarillentos, que aumentan gradualmente de tamaño, hasta que lindan con la córnea, aunque no la invaden.

Desde el punto de vista histológico, están formadas por una degeneración elastótica de colágeno en la sustancia fundamental, adelgazamiento del epitelio y, en ocasiones, calcificación. Es raro que sea necesario su escisión quirúrgica.

Pterigión: Esta lesión es más frecuente en climas cálidos y soleados y puede representar una respuesta a la sequedad crónica y a la exposición solar. En estas zonas, la lesión progresa rápidamente pudiendo representar una amenaza para la visión.

A la exploración encontramos un área triangular elevada de conjuntiva bulbar, que invade activamente la córnea para producir síntomas visuales si se afecta el área pupilar. Suele ser bilateral, afectándose con mayor frecuencia el lado nasal del área interpalpebral. El examen del borde principal y del cuerpo del pterigión demuestra si hay actividad en la lesión, según el grado de dilatación vascular en el centro del mismo.

Está indicado la extirpación quirúrgica si la lesión progresa hacia el eje visual, o bien en el caso de que produzca molestias importantes. El índice de recidiva es elevado sobre todo en países con un gran nivel de exposición solar.

TUMORES NO PIGMENTADOS

Los tumores de la conjuntiva son bastante infrecuentes y pueden plantear problemas de diagnóstico cuando aparecen. La diferenciación clínica entre afecciones benignas y neoplásicas, puede resultar difícil basándose en un simple examen. Para determinar la evolución de las lesiones puede ser útil realizar observaciones repetidas durante un período con la ayuda de fotografías seriadas. En muchos casos será necesario realizar una biopsia para llegar a un diagnóstico.

Papiloma: Son lesiones benignas y al igual que los palpebrales, pueden

ser sésiles o pedunculados con una superficie ligeramente irregular. Aparecen con mayor frecuencia en pacientes de más de cuarenta años, en la carúncula o en los fórnices.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica y, si es posible, debe incluir un área de conjuntiva sana alrededor de la base.

Quiste dermoide: Son tumores congénitos que afectan al tejido de origen mesodérmico y ectodérmico. Aparecen como crecimientos elevados y circunscritos de color amarillento pálido, y suelen estar situados en el limbo temporal inferior. Suelen estar presentes en el nacimiento y, aunque su aumento de tamaño es infrecuente, puede estar justificada su extirpación por estética cuando el niño se acerca a la edad escolar. Los niños que tienen estos quistes dermoides deben ser examinados en busca de otros signos del síndrome de Goldenhar (síndrome del primer arco branquial): aurículas accesorias, dermoides límbicos u órbitarios, así como, ocasionaldesarrollo defectuoso de la mandíbula (figura 7.1).

Lipodermoides: Son tumores de tejido adiposo rodeados de tejido conjuntivo parecido a la dermis. Se presentan como masas subconjuntivales móviles, amarillentas y blandas localizadas en el limbo o en el ángulo externo del ojo. También se asocia al síndrome de Goldenhar.

Epitelioma intraepitelial: También conocido como enfermedad de Bowen o carcinoma in situ. Es una enfermedad premaligna, infrecuente y unilateral, que aparece en individuos ancianos y de piel clara.

Es por definición un carcinoma que crece por extensión lateral en el epitelio, sin invasión del tejido subyacente. Las lesiones suelen localizarse en el limbo y pueden afectar a la córnea adyacente.

A la exploración observamos una masa elevada gelatinosa con queratinización variable, que puede ir acompañada de una reacción inflamatoria en la conjuntiva circundante.

El tratamiento consiste en la extirpación local y una característica destacada de la afección corneal es la facilidad con que la lesión se desprende de la membrana de Bowman.

Carcinoma de células escamosas: Es una afección relativamente rara que se desarrolla con frecuencia en la zona interpalpebral del limbo. Se inicia como un pequeño nódulo gris, que adquiere una forma de almendra a medida que se extiende alrededor del limbo. Asocia grandes vasos nutricios, que deben hacer sospechar el origen maligno del proceso. A diferencia del epitelioma intraepitelial, se caracteriza por la invasión profunda del estroma con fijación a los tejidos subyacentes.

El tratamiento precoz consiste en una amplia escisión local, aunque son

frecuentes las recurrencias. A veces, en casos avanzados, son necesarias la enucleación o incluso la exenteración órbitaria.

TUMORES PIGMENTADOS

Los melanocitos de la conjuntiva derivan de la cresta neural, igual que los de la piel o los del tracto uveal. En clínica se observa una amplia variedad de lesiones conjuntivales pigmentadas, que pueden resultar difíciles de diagnosticar y tienen diversos grados de potencial neoplásico.

Nevus: Son lesiones benignas, congénitas, que a veces no están presentes en el momento del nacimiento y en muchos casos, no se manifiestan hasta la edad adulta.

Son lesiones planas, o ligeramente elevadas, bien delimitadas localizadas cerca del limbo. La cantidad de pigmento del nevus varía y un tercio de ellos muestran escasa o nula pigmentación. Tanto la cantidad de pigmento como el tamaño de la lesión pueden aumentar durante la pubertad o el embarazo.

La inmensa mayoría no malignizan y la escisión sólo es precisa si experimentan cambios rápidos, desarrollan vasos nutricios o se elevan.

Melanosis epitelial conjuntival: Se caracteriza por la aparición de áreas planas de pigmentación parduzca en placas, más intensa en el limbo. Habitualmente aparece en los primeros años de vida y se estabiliza durante la juventud. El 90% de los casos se dan en personas de raza negra.

Melanosis subepitelial: Puede aparecer como una anomalía congénita aislada, denominada melanosis congénita ocular; o bien puede asociarse a una pigmentación ipsolateral de la piel de la cara, siguiendo la distribución de la primera y segunda división del trigémino. En este último caso se denomina melanosis oculodérmica o nevus de Ota. Se muestra como un área de pigmentación de color gris azulado que se extiende hacia el limbo, cuyas características histológicas son las de un nevus azul.

En la conjuntiva no se ha demostrado que ni la melanosis epitelial como la subepitelial tengan tendencia a la transformación maligna, pero los pacientes con un nevus de Ota tienen un mayor riesgo de desarrollar un melanoma del tracto uveal.

Melanosis precancerosa: Melanoma de extensión superficial. Se caracteriza por la presencia de una o más áreas de pigmentación en conjuntiva, que suelen tener una progresión lenta; aunque finalmente invaden los tejidos subepiteliales, pudiendo dar metástasis. Aparece en la edad madura o avanzada.

Lentigo maligno: Tiene un crecimiento más lento que el melanoma de

extensión superficial, pudiendo pasar décadas antes de produzca la invasión subepitelial. De forma característica afecta la cara de pacientes ancianos.

Melanoma maligno: Es un tumor maligno muy infrecuente que puede ser pigmentado o no. Puede originarse de novo o a partir de un área de melanosis precancerosa preexistente.

A la exploración podemos observar un nódulo elevado que puede afectar cualquier parte de la conjuntiva, con predilección por el limbo, pudiendo extenderse sobre la cornea. Los melanomas avanzados pueden invadir los párpados y la órbita.

El tratamiento consiste en la escisión local, o bien la enucleación si el tumor ha invadido las estructuras profundas.

Bibliografía

Allansmith, MR. Disease of the lids and conjuctiva. St Louis, Mosby 1982: 115.
Rodríguez, RD; Smith, L M; George, M; Abelson, MB. Recent advances in the therapy of ocular allergy. Ophtalmol Clin of North America. 1990. 3 (4): 563.
Polack, FM. Enfermedades externas del ojo. Barcelona. Ed Scrib 1991.
American Academy of Ophtalmology. Blepharitis and the dry eye in the adult. Prefered practice pattern. San Francisco. A.A.O 1991.
Sánchez Salorio, M; Rodríguez Ares, T; Alió y Sanz, JL. Conjuntivitis. Edikamed. S.A. 1992: 33-70.
Spalton, D. J; Hitchings, R..A.; Hunter, P. A. Atlas de Oftalmología clínica. Ed Mosby. 1995.
Kanski, J.J; Nischal, K. Atlas de Oftalmología. Signos clínicos y diagnostico diferencial. Ed Mosby 1999. 3-41.
Martí Huguet, T. Signos clínicos en patología de la córnea y de la superficie ocular. Correlación fisiopatológica e implicaciones terapéuticas. Ed. Doménech Pujades, S.L. 1994. 9-20.