

Policlínico Docente "Mario Muñoz Monroy", La Habana, Cuba.

## Complicaciones de la Blefaritis. Presentación de caso

### Complications of Blepharitis. Case presentation

#### Yey Fano Machín

Especialista Primer Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. yey@infomed.sld.cu

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la Blefaritis se define como inflamación bilateral crónica de los bordes palpebrales. Produce alteraciones de bordes palpebrales, glándulas de Meibomio, córnea, conjuntiva y película lagrimal, dando lugar a complicaciones. Tiene especial importancia debido a su elevada incidencia y al daño que produce sobre la superficie ocular.

**Objetivo:** evidenciar manifestaciones clínicas y complicaciones oftalmológicas en paciente con Blefaritis mixta.

**Presentación del caso:** paciente masculino de 82 años, raza negra con antecedentes patológicos personales de salud, acude por aumento de volumen del párpado inferior de ojo izquierdo desde hace 2 años acompañado de secreción y lagrimeo, sin tratamiento previo. El examen oftalmológico evidencia párpado inferior invertido, pestañas que contactan con la conjuntiva. Bordes palpebrales inflamados, con costras y telangiectasias, dilatación de los orificios de las glándulas de Meibomio. Lesiones tumorales en número de 3 que varían entre 2 y 4 mm, duras e indoloras en tarso inferior. Inyección conjuntival moderada y secreción espumosa. Prueba de Shirmer I 9 mm y tiempo de ruptura de película lagrimal 5 segundos. Se diagnosticó Blefaritis mixta complicada con múltiples chalazión, entropión y queratoconjuntivitis seca. Se indicó, previo consentimiento del paciente, tratamiento con tetraciclina,

prednisolona, lágrimas artificiales y tratamiento quirúrgico de múltiples chalazión, y se logró la desaparición del entropión. Se realizó el diagnóstico diferencial con carcinoma de glándulas sebáceas, penfigoide cicatrizal y síndrome de Stevens-Johnson.

**Conclusiones:** la Blefaritis es causa importante de morbilidad ocular debido a los cambios que ocasiona sobre la anatomía de los párpados y película lagrimal con el consecuente daño a la superficie ocular.

**Palabras clave:** blefaritis, chalazión, entropión, ojo seco, superficie ocular, disfunción de glándulas de meibomio.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the Blepharitis is defined like a chronic inflammation of the eyelids borders. It produces alterations of eyelids borders, Meibomio glands, and cornea, conjunctive and lachrymal film, giving place to complications. It has special importance due to their high incidence.

**Objective:** evidencing clinical manifestations and ophthalmologic complications in patient with mixed Blepharitis.

**Case Presentation:** a male patient of 82 years, black race with antecedents of health consults because an increase of volume of the lower left lid of eye for 2 years accompanied by secretion and shed tears, without previously treatment. The ophthalmologic exam evidences reversed lower lid, lashes that contact with the conjunctive. We observed a palpable border with a blush eyelid and scabs, telangiectasias, dilation of the holes of Meibomio glands, tumor injuries in number of 3 with a size between 2 and 4 mm, hard and painless lower plate, moderate conjunctival injection, and scarce foamy secretion. The Schirmer's test I 9 mm and plate break down up to 5 seconds. It was diagnosed complicated mixed Blepharitis with multiple chalazion, entropion and dry keratoconjunctivitis. Previous informed consent treatment was indicated with tetracycline, prednisolone, artificial tears and surgical treatment of multiple chalazion, being achieved the disappearance of the entropion. It was carried out the differential diagnosis with carcinoma of sebaceous glands, cicatricial pemphigus and Stevens-Johnson's syndrome.

**Conclusions:** the Blepharitis is an important cause of ocular morbidity due to the changes produced on the anatomy of the lids and lachrymal film with the consequent damage to the ocular surface.

**Key words:** blepharitis, chalazion, entropion, dry eyes, ocular surface, meibomian gland dysfunction.

---

## INTRODUCCIÓN

La Blefaritis es una afección ocular frecuente y se encuentra entre las tres primeras causas de infección en Oftalmología.<sup>1</sup> Blefaritis deriva de las voces griegas *βλεφαρον*, que indica relación con el párpado y de *ιτις*, que indica inflamación.<sup>2</sup> Se define como una inflamación bilateral crónica de los bordes palpebrales.<sup>3</sup>

---

Se clasifica según varios criterios:

- Por su localización puede ser anterior, cuando afecta las glándulas de Zeis y Moll así como los folículos pilosos; posterior cuando existe disfunción de las glándulas de Meibomio; y mixta cuando coexisten ambas.
- Por su extensión puede ser total o circunscrita.
- Según manifestaciones externas se clasifica en hiperémica, escamosa, seborreica y ulcerosa o necrotizante.
- Según la permeabilidad de las glándulas pueden ser obstructiva y no obstructiva.
- Por la participación de estructuras vecinas se clasifica en aislada o asociada a tarsitis, conjuntivitis, etcétera.
- Según la etiología puede ser infecciosa: provocada por virus (herpes simple primario, herpes zoster, *molluscum contagiosum*); bacterias (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus*, *Pneumococcus*, *Klebsiella pneumoniae*); hongos (*Candida albicans*, *Pityrosporum ovale* y *Pityrosporum palpebrale*); parásitos (*Demodex folliculorum*, *Demodex brevis*). También pueden ser tóxicas (*Cetuximab*, productos cosméticos) y traumáticas (radiaciones).<sup>4-6</sup>

El término "disfunción de las glándulas de Meibomio" fue introducida por Korby Henríquez en 1980.<sup>7</sup> Se han utilizado diferentes criterios para su definición, los cambios anatómicos del borde del párpado, la expresividad y la ausencia de la glándula por meibografía, son algunos de los más utilizados.<sup>4, 8-10</sup> Se define como una anomalía crónica y difusa de las glándulas de Meibomio caracterizada por la obstrucción del conducto terminal y/o cambios cualitativos/cuantitativos en la secreción glandular. Esto resulta en la alteración de la película lagrimal, síntomas de irritación ocular, inflamación clínicamente aparente y enfermedad de la superficie ocular.<sup>11,12</sup>

Se estima que entre 10 y 20% de la población presenta sequedad ocular y en poblaciones orientales se puede elevar a 33%,<sup>7</sup> y que uno de cada cuatro pacientes que acude a consulta presenta síntomas de enfermedad de la superficie ocular.<sup>7</sup> La Blefaritis tiene especial importancia debido a su elevada incidencia y frecuentes complicaciones.

## OBJETIVO

El objetivo de este artículo es presentar un caso con diagnóstico de Blefaritis mixta con manifestaciones clínicas y complicaciones oftalmológicas poco frecuentes.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 82 años, raza negra con antecedentes patológicos personales de salud. Acude a consulta por presentar aumento de volumen del párpado inferior del ojo izquierdo desde hace aproximadamente 2 años, acompañado de secreción escasa y lagrimeo en ocasiones, para lo que no ha recibido tratamiento.

### **El examen oftalmológico evidencia:**

Párpado inferior de ojo izquierdo invertido hacia el interior, pestañas con origen normal que contactan con la conjuntiva bulbar del sector inferior. Bordes palpebrales superiores e inferiores de ambos ojos enrojecidos e inflamados, con costras, telangiectasias, dilatación de los orificios de las glándulas de Meibomio y escamas que penden de las pestañas. Lesiones tumorales en número de 3 que varían entre 2 y 4 mm, redondeadas, de consistencia dura, indoloras, localizadas en el espesor del tarso inferior del ojo izquierdo. Conjuntiva edematosa con inyección conjuntival moderada y vascularización corneal periférica en sector inferior. Secreción escasa y espumosa.

Se realizó Prueba de Shirmer I y tiempo de ruptura de la película lagrimal, donde obtuvimos como resultados 9 mm y 5 segundos respectivamente en ambos ojos.

Se planteó como problema diagnóstico Blefaritis mixta complicada con múltiples chalazión, entropión y queratoconjuntivitis seca.

Se indicó, previo consentimiento informado del paciente, tratamiento sistémico con tetraciclina (250 mg. cuatro veces al día durante 30 días). Tratamiento tópico con ungüento oftálmico de tetraciclina (aplicar en el borde libre de los párpados 3 veces al día y en fondo de saco conjuntival antes de dormir durante 30 días), prednisolona (1 gota cada 4 horas durante 10 días) y lágrimas artificiales (1 gota cada 8 horas). Como tratamiento local, limpieza mecánica del borde libre de los párpados y compresas tibias para eliminar costras de las pestañas y masaje palpebral para facilitar el drenaje glandular y secreción lagrimal.

En evolución posterior se logró la mejoría del estado inflamatorio de conjuntiva y párpados y se decidió realizar tratamiento quirúrgico a múltiples chalaciones. Se le explicó al paciente el proceder quirúrgico; se obtuvo su consentimiento informado. Se realizó una incisión vertical en las glándulas de Meibomio afectadas y el legrado de su contenido a través de la conjuntiva tarsal; se logró la resolución total de las lesiones tumorales en párpado inferior y desaparición del entropión.

## **DISCUSIÓN**

La Blefaritis es la inflamación crónica y bilateral del borde de los párpados, pudiendo coexistir Blefaritis anterior y posterior.<sup>1</sup> La Blefaritis anterior es provocada por una infección estafilocócica o por alteraciones asociadas a la seborrea. La Blefaritis posterior es secundaria a disfunción de las glándulas de Meibomio, donde la obstrucción del orificio glandular y el conducto terminal se identifican como elementos importantes de esta entidad.<sup>5,6,11,12</sup>

Clínicamente se manifiesta por una amplia gama de síntomas como irritación, ardor y prurito de los bordes palpebrales, enrojecimiento ocular y de los bordes palpebrales, lagrimeo, secreción espumosa y grasosa, escamas adheridas a las pestañas. También pueden presentarse orzuelo y chalazión a repetición.<sup>1-3</sup> Los síntomas de irritación de los ojos son los de mayor preocupación para el paciente y la mejoría de ellos, el objetivo principal del tratamiento.<sup>13-15</sup> Los hallazgos oftalmológicos evidencian inflamación de los orificios de las glándulas de Meibomio (meibomianitis), taponamiento con secreciones espesas, dilatación de las glándulas en la lámina tarsal. Hiperemia y telangiectasias del borde palpebral que se hacen redondeados y se enrollan hacia el interior por la cicatrización de la conjuntiva tarsal.<sup>1-6</sup> El aumento de la vascularización del margen del párpado es una de las señales principales de

inflamación y disfunción,<sup>16</sup> su importancia en el diagnóstico y tratamiento es ampliamente aceptado; sin embargo, el hallazgo ha demostrado estar relacionado con la edad.<sup>17,18</sup> La cornea puede desarrollar vascularización y adelgazamiento periférico, con mayor frecuencia en el sector inferior, así como queratitis epitelial por hipersensibilidad a los estafilococos en 15% de los pacientes.<sup>1</sup> Se describe la queratoconjuntivitis meibomiana, caracterizada por inestabilidad de la película lagrimal e inflamación y daño de la superficie ocular, frecuentemente asociada con Blefaritis anterior y alguna forma de enfermedad de la piel. Es una causa importante de síntomas en la Blefaritis crónica y los cambios más importantes se presentan en las glándulas de Meibomio.<sup>7</sup>

La etiopatogenia es compleja. Se vincula con Dermatitis seborreica y rosácea como enfermedad de base,<sup>10</sup> trastornos nutricionales, déficit de vitaminas y alteraciones de refracción.<sup>2,3</sup> También intervienen factores como la composición y cantidad de secreción de las glándulas de Meibomio, factores ambientales y de higiene individual.<sup>11</sup> Habitualmente hay un componente infeccioso del borde palpebral y otro de atopia o de hipersensibilidad retardada a las bacterias u otros elementos contaminantes. Los estafilococos producen numerosas enzimas y toxinas que dañan la superficie ocular. La toxina alfa o factor dermonecrótico es producido solamente por el *Staphylococcus aureus* y es responsable de la queratitis punteada, al aumentar la permeabilidad de la membrana celular. Otras enzimas como la lisozima, lipasa, esterasa de ceras grasas y la esterasa de colesterol son elaboradas por *Staphylococcus aureus* y epidermidis y alteran la flora ocular y las secreciones de las glándulas de Meibomio.<sup>1</sup> La modificación de la secreción de las glándulas de Meibomio es un elemento importante vinculado con los trastornos irritativos que ocasiona esta afección.<sup>6</sup>

El diagnóstico de Blefaritis se realiza mediante criterios clínicos. Los exámenes microbiológicos evidencian el *Staphylococcus aureus* como el microorganismo más frecuentemente aislado,<sup>1,2</sup> aunque pueden encontrarse otros tipos de *Staphylococcus* y bacterias como *Streptococcus*, *Pneumococcus*, *Klebsiella pneumoniae*, hongos como la *Candida albicans*.<sup>3</sup> La infestación por *Demodex folliculorum* es frecuente; su papel principal es el de portador de *Staphylococcus*.<sup>2,3</sup> En las meibomitis se demuestra la presencia de microorganismos levaduriformes como el *Pityrosporum ovale* y *Pityrosporum palpebrale*.<sup>(2,3)</sup> El estudio histopatológico de las glándulas de Meibomio revela una inflamación alrededor de los lóbulos de la glándula en 18,6 % de casos.<sup>16-18</sup>

Dentro de las complicaciones oftalmológicas de la Blefaritis encontramos madarosis, poliosis, triquiasis, distiquiasis, tilosis, foliculitis, chalazión, orzuelos, conjuntivitis papilar crónica, entropión y ectropión. Las complicaciones corneales también son habituales, queratopatía punteada, queratoconjuntivitis seca, infiltrados catarrales, flictenulas, ulceraciones y formación de pannus.<sup>1</sup>

Como enfermedad crónica se puede controlar pero no curar, su tratamiento resulta complejo. Son tratadas por largos períodos de tiempos, sobre todo si hay patologías asociadas y complicaciones. La respuesta terapéutica puede ser muy variable.<sup>1-3</sup>

El tratamiento incluye:

- **Medidas higiénicas:** lavados palpebrales frecuentes que mejoran hasta 50 % de las Blefaritis y constituye el tratamiento con menos efectos desagradables. Compresas tibias sobre los párpados cuatro veces al día durante 15 minutos, facilita la eliminación de costras adheridas en las pestañas. Masaje palpebral que ayuda al drenado de las secreciones de las glándulas de Meibomio, y alivia su estancamiento.<sup>1</sup>

- Restricciones dietéticas (chocolate y exceso de grasas saturadas).
- Antibióticos tópicos: aplicación de pomadas cuatro veces al día (eritromicina, tetraciclina, sulfacetamida).<sup>19</sup>
- Antibióticos sistémicos: tetraciclina (250 mg cada 6 horas durante 6 semanas), estabiliza las secreciones de lípidos inhibiendo las enzimas bacterianas, reduce la producción de lipasa por parte de los *Staphylococcus aureus* y epidermidis, incluyendo las cepas resistentes. También puede utilizarse la doxiciclina, eritromicina, sulfametoxazol, metronidazol, así como antifúngicos para disminuir la infección por *Pityrosporum ovale* o *Cándida albicans*.
- Esteroides tópicos: Si fuera necesario puede utilizarse cremas combinadas con antibióticos más esteroides, pero solo por corto tiempo.<sup>13-15</sup>
- Sustituto de lágrimas: Lágrimas artificiales (1 gota cada 8 horas).<sup>8</sup>
- También el tratamiento homeopático ha resultado efectivo en pacientes con diagnóstico clínico de Blefaritis.<sup>2,3</sup>
- Las alteraciones dermatológicas e inmunológicas asociadas deben tratarse conjuntamente con el especialista correspondiente.<sup>10</sup>

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial de la Blefaritis con enfermedades que lesionan el borde palpebral como Penfigoide cicatrizal y Síndrome de Stevens-Johnson que presentan un origen autoinmune, con lesiones de origen traumático como las producidas en quemaduras por ácidos, álcalis y radiaciones, también con enfermedades de origen tumoral, en especial el carcinoma de glándulas sebáceas.<sup>1,20</sup>

El área palpebral representa 90 % de todos los tumores oftalmológicos y el carcinoma de glándulas sebáceas ocupa el cuarto lugar, con una incidencia de 1 a 6,4 %.<sup>21</sup> Este presenta dos formas clínicas: nodular y diseminada. La nodular consiste en un nódulo discreto, duro, indoloro e inmóvil, más frecuente en párpado superior, que puede presentar coloración amarillenta por la presencia de lípidos, con un tamaño desde 6 mm a 8 cm, profundo, firme, de crecimiento lento, susceptible de ser erróneamente diagnosticado como un chalazión. No causa ulceración de la piel hasta estadios finales. La forma diseminada se caracteriza por una infiltración difusa de la epidermis (diseminación pagetoide) que causa un engrosamiento del borde palpebral, con madarosis, fácilmente confundido con una Blefaritis.<sup>20</sup> Puede presentarse como engrosamiento del borde palpebral, blefaroconjuntivitis crónica, queratoconjuntivitis, conjuntivitis papilar, cuerno cutáneo, penfigoide ocular, leucoplaquia o con la apariencia de un carcinoma de células basales. El crecimiento es lento y sin dolor, después se hace rápido, invasivo, con potencial para desarrollar metástasis, más frecuentemente vía linfática (región preauricular, submandibular, cervical), por vía hematógena (hígado, cerebro, parótidas) y sistema excretor lagrimal. La muerte se produce por extensión sistémica y se reporta entre 6-30 % de los casos.<sup>20,21</sup>

También hay que diferenciar la Blefaritis del Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, Síndrome de Waardenburg y Síndrome de Behcet que se acompañan de poliosis y de la Tricotilomanía (compulsión de tirarse de los propios cabellos) por la pérdida de las pestañas.<sup>1</sup>

## CONCLUSIONES

La Blefaritis es una causa importante de morbilidad ocular debido a los cambios que ocasiona sobre la anatomía de los párpados y película lagrimal con el consecuente daño a la superficie ocular.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 5 ed. Madrid: Elsevier; 2004.
2. Perdomo Delgado J, Acosta Quintana K, Palacios Fernández S, Carrero Figueroa MV, González Pla EA. Homeopatía y Oftalmología: las Blefaritis. Rev Cub Med Mil revista en la Internet. 2007 Sep; 36(3): Citado 2015 Ene 12. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572007000300007&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000300007&lng=es)
3. Perdomo Delgado J, Palacios Fernández S, Acosta Quintana K, Carrero Figueroa MV, González Pla Evelyn A, Soler Cárdenas S. Evaluación de la efectividad del tratamiento homeopático en pacientes con diagnóstico clínico de Blefaritis anterior. Rev Cub Med Mil revista en la Internet. 2007 Sep; 36(3): Citado 2015 Ene 12. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572007000300003&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000300003&lng=es)
4. Blackie CA, Korb DR, Knop E, Bedi R, Knop N, Holland EJ. Nonobvious obstructive meibomian gland dysfunction. Cornea. 2010;29(12):1333-45.
5. Knop E, Knop N, Millar T. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on anatomy, physiology, and pathophysiology of the meibomian gland. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(4):1938-78.
6. Green-Church KB. The International Workshop on Meibomian Gland Dysfunction: Report of the Subcommittee on Anatomy, Physiology, and Pathophysiology of the Meibomian Gland. IOVS. March. 2011;52(4):1938-7.
7. Merayo Lloves J. Conceptos Actuales en Ojo Seco. Del Síndrome a la Enfermedad. Internet Grupo Español de Superficie Ocular y Cornea (GESOC); España.2012. Citado 13 Dic 2013. Disponible en: <http://www.oculab.com/ficheros/ojoseco.pdf>
8. Pult H, Riede-Pult BH. Non-contact meibography in diagnosis and treatment of non-obvious meibomian gland dysfunction. J Optom. 2012;5(1):2-5.
9. Korb DR, Blackie CA. Restoration of Meibomian gland functionality with novel thermodynamic treatment device-a case report. Cornea. 2010;29(28):930-3.
10. Arita R. Proposed diagnostic criteria for seborrheic meibomian gland dysfunction. Cornea. 2010;29(28):980-4.
11. Nelson JD, Shimazaki J, Benitez-del-Castillo JM. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the definition and classification subcommittee. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(4):1930-7.
12. Schaumberg DA, Nichols JJ, Papas EB. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on the epidemiology of, and associated risk factors for, MGD. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(4):1994-2005.
13. Qazi Y, Cavalcanti B, Cruzat A. Immune response in meibomian gland dysfunction (MGD) and the effect of anti-inflammatory therapy: an in vivo confocal microscopy (IVCM) study. ARVO Meeting Abstracts. 2012;53(6):593.

14. Hamrah P, Qazi Y, Blackie CA, Korb DR. Subclinical inflammation may explain the persistence of refractory dry eye symptoms after apparently successful treatment for meibomian gland dysfunction. ARVO Meeting Abstracts.2012;53(6):594.
15. Geerling G, Tauber J, Baudouin C. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on management and treatment of meibomian gland dysfunction. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(4):2050-64.
16. Maskin SL. Intraductal meibomian gland probing relieves symptoms of obstructive meibomian gland dysfunction. Cornea. 2010;29(10):1145-52.
17. Maskin SL, Kantor K. Intraductal meibomian gland probing with adjunctive intraductal microtube steroid injection (MGPs) for meibomian gland dysfunction (MGD). Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(6):381-7.
18. Maskin L. Dry Eye Relief. Peeling back layers to reveal root causes, select the right tools and improve tear quality. Ophthalmol Maneg. 2011 citado 5 dic 2013. Disponible en:  
<http://www.opthalmologymanagement.com/articleviewer.aspx?articleId=105865>
19. Fadlallah A, Rami HE, Fahd D, Dunia I, Bejjani R, Chlela E, *et al.* .Azithromycin 1.5% ophthalmic solution: efficacy and treatment modalities in chronic blepharitis. Arq. Bras. Oftalmol. revista en la Internet. 2012 Jun; 75(3): 178-182. Citado 2015 Ene 12 Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492012000300006&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000300006&lng=es)
20. Ramírez García LK, Díaz AM, Gómez Cabrera CG, Vigoa Aranguren L, Rojas Rondón I, Carrazana Pérez YM. Carcinoma de glándulas sebáceas palpebrales. Rev Cubana Oftalmol revista en la Internet. 2014 Mar; 27(1): 139-147. Citado 2015 Ene 12. Disponible en:  
[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762014000100014&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000100014&lng=es)
21. Arronte Alarcón MT. Carcinoma de glándulas sebáceas. Un estudio clínico patológico de 10 años. Rev Méx Oftalmol. 2013;87(1):19-24.

Recibido: 19 de mayo de 2015.

Aprobado: 7 de diciembre de 2015.