

Lesiones inflamatorias de los párpados: orzuelo y chalación

¿Qué son y cuáles son sus causas?

El término **orzuelo** (*hordeolum*) generalmente se refiere a una infección aguda localizada de los párpados. Si afecta a los folículos pilosos de las pestañas, suele producirse a consecuencia de una obstrucción de su desembocadura y de una infección de las glándulas sebáceas de Zeiss o las glándulas sudoríparas de Moll. Entonces se denomina **orzuelo externo**. El llamado **orzuelo interno** se desarrolla en las glándulas de Meibomio.

Las glándulas tarsales de Meibomio producen una secreción sebácea y se encuentran en el fondo del párpado (el denominado tarso), compuesto de un tejido fibroso que define la forma característica del párpado. En el párpado superior hay 30-40 glándulas de Meibomio y en el inferior, 20-30. Sus desembocaduras se encuentran en los bordes palpebrales. En el caso de la inflamación de estas glándulas o alteración de su funcionamiento (disfunción), se produce su engrosamiento y obstrucción del drenaje de la secreción sebácea. Posteriormente, surge una infección secundaria.

En un 90-95 % de los casos, el orzuelo es causado por estafilococos y, a veces, por otros microorganismos patógenos. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de orzuelo se encuentran: disfunción de las glándulas de Meibomio, inflamación crónica de los bordes palpebrales (blefaritis) y acné rosácea. Los orzuelos se presentan más frecuentemente en enfermos con diabetes *mellitus* y en personas con seborrea o dermatitis seborreica.

A veces el orzuelo progresa hacia la forma crónica y en el párpado se forma un quiste denominado **chalación** (del griego *chalazion*, lo que significa "granizo"). Es una inflamación lipogranulomatosa (lipogranuloma) crónica localizada. El mecanismo de aparición de chalaciones consiste en la penetración de un exceso de secreción sebácea, acumulada a consecuencia de una obstrucción de las desembocaduras de las glándulas sebáceas, en el tarso, lo que provoca una reacción inflamatoria.

¿Con qué frecuencia se presentan?

No existen datos estadísticos fidedignos acerca de la prevalencia de orzuelo o de chalación, pero son bastante frecuentes en la práctica médica y en la vida cotidiana. Los orzuelos se presentan con mayor frecuencia en adultos que en niños. Esto probablemente se debe a un **nivel más alto de hormonas andrógenas** (es decir, hormonas sexuales masculinas), el **aumento de la viscosidad de la secreción sebácea** y, más frecuentes en los adultos, **inflamación de las glándulas de Meibomio** y **acné rosácea**. También se observa un leve aumento de la frecuencia de orzuelo entre la tercera y quinta década de la vida.

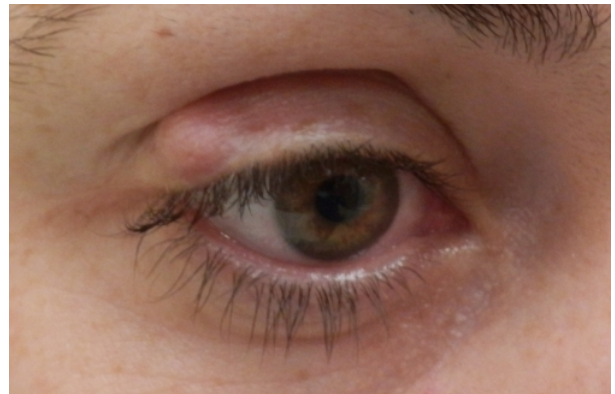


Fig. 1. Chalación

¿Cómo se manifiestan las lesiones inflamatorias de los párpados?

El **orzuelo** se caracteriza por un edema doloroso y bien limitado del párpado y la presencia de un nódulo inflamatorio acompañado de enrojecimiento. A veces el primer síntoma es un edema generalizado y enrojecimiento de todo el párpado que con el tiempo limita su superficie. En muy raras ocasiones la infección afecta a todo el párpado. Los orzuelos pueden ser uni- o bilaterales, únicos o múltiples. Muchas veces en la anamnesis se señala la presencia de este tipo de infecciones en el pasado. El orzuelo no causa alteraciones de la visión.

El **chalación** se manifiesta en forma de nódulo indoloro localizado en el párpado. Los chalaciones de mayor tamaño a veces pueden comprimir la córnea y causar astigmatismo corneal y, en consecuencia, alterar la agudeza visual, tanto a una distancia lejana, como a una próxima.

¿Cómo actuar ante los síntomas?

La base del tratamiento son **las compresas térmicas y el masaje**, complementados por el uso tópico de **antibióticos**. En el caso del orzuelo se recomienda aplicar 4 veces al día compresas tibias durante 10 a 15 min. Se puede calentar un orzuelo aplicando una compresa o apoyando sobre el párpado un pequeño recipiente de vidrio (p. ej. un frasco de medicamentos) lleno de agua templada. El masaje aplicado junto con las compresas puede realizarse con un dedo, borde de un frasco u otro objeto. Frotar un anillo sobre la zona afectada por el orzuelo resulta eficaz no tanto por el material con el que está hecho, sino debido a que durante un masaje se desbloquean las desembocaduras de las glándulas obstruidas. La dirección del masaje es siempre hacia las desembocaduras de las glándulas en el borde del párpado, es decir en el párpado superior será de arriba hacia abajo y en el párpado inferior, de abajo hacia arriba. Si transcurridos 2-3 días de un tratamiento conservador (compresas tibias, masaje) no se produce mejoría, es necesario consultar con un oftalmólogo.

Una consulta oftalmológica urgente está indicada si se presentan:

- edema ocular (no solo de los párpados) y/o aparición de un borde rojo-violáceo alrededor de la córnea (hiperemia ciliar o profunda)
- alteraciones de la visión
- caída de pestañas acompañante del engrosamiento del párpado
- fiebre
- adenopatía y sensibilidad de los ganglios linfáticos regionales.

¿Cómo se establece el diagnóstico?

El diagnóstico se establece a partir de una anamnesis y un examen clínico, habitualmente realizado con la lámpara de hendidura. El médico observa detalladamente el párpado, el globo ocular y los tejidos que rodean la órbita. En el examen se observa la presencia de edema localizado, enrojecimiento, sensibilidad y nódulo, a veces con un tapón purulento que trasluce a través de la piel. Si el orzuelo o el chalación no se pueden ver a simple vista, es posible detectarlos al tacto. Durante el examen, se debe prestar atención a la presencia de características del acné rosácea. El aumento de la temperatura corporal y linfadenopatía indican una enfermedad sistémica. Entonces se debe considerar la celulitis orbitaria (inflamación de los tejidos de la órbita). El diagnóstico de rutina no incluye pruebas de laboratorio y la utilidad clínica del cultivo es muy baja.

¿Cuáles son los métodos de tratamiento?

El orzuelo suele autolimitarse. En la mayoría de los casos el orzuelo se rompe espontáneamente a lo largo de 1-2 semanas. Una apertura mecánica del orzuelo agiliza el proceso de curación. Si el orzuelo ocupa el folículo piloso, se puede arrancar delicadamente la pestaña, lo que provocará su apertura. En caso de lesiones muy extensas (p. ej. orzuelo interno de varias cámaras) que constituyen mayor riesgo de complicaciones asociadas a su apertura, la incisión debe realizarse únicamente por un médico.

Es importante utilizar las compresas térmicas y aplicar el masaje. Se administran antibióticos tópicos en forma de gotas oculares o ungüento.

Si se presenta fiebre, malestar, sensibilidad de adenopatías regionales y síntomas de infección sistémica, se sospecha bacteriemia y celulitis orbitaria y se inicia una antibioticoterapia general. En niños es necesaria la hospitalización.

La complicación más frecuente del orzuelo es su progresión a la forma crónica. Entonces se forma un chalación que causa deformidad estética del párpado y aparición de un nódulo indoloro. El tratamiento del chalación es de carácter quirúrgico y consiste en realizar una incisión por el lado de la conjuntiva tarsal, extraer el contenido y extirpar la capa fibrosa que lo rodea. Se puede realizar un tratamiento que consiste en administrar inyecciones de corticoides en el chalación. Sin embargo, este tratamiento se asocia al riesgo de decoloración crónica de la piel o de su atrofia en el lugar de inyección.

Si el chalación recurre en el mismo lugar, se debe descartar la etiología neoplásica, sobre todo el carcinoma de glándulas sebáceas. Este tipo de neoplasia maligna puede sospecharse en el caso de un chalación recurrente en el mismo lugar. El quiste palpebral o blefaritis crónica unilateral pueden acompañarse de pérdida de pestañas, sobre todo en pacientes ancianos.

¿Es posible la curación completa?

El pronóstico en el caso del orzuelo común es bueno. Normalmente se cura sin dejar cicatrices. Sin embargo, el orzuelo a menudo es recurrente. Puede volver a presentarse incluso si el tratamiento conservador o quirúrgico se realizó adecuadamente, sobre todo si los pacientes con blefaritis no se preocupan por una higiene correcta de los párpados. La blefaritis es un estado que por lo general no puede curarse de forma permanente, al igual que la seborrea o el acné rosácea, que son sus causas frecuentes. Se debe derivar a los pacientes con acné rosácea a un tratamiento dermatológico.

¿Qué se debe hacer después de finalizar el tratamiento?

No existen evidencias claras que apoyen la opinión común de que los cosméticos utilizados desencadenan o agravan la enfermedad, sin embargo, se debe considerar dejar de usar los cosméticos de maquillaje utilizados hasta el momento, así como cremas o líquidos de ojos puesto que pueden estar contaminados.

¿Cómo se pueden evitar?

La blefaritis crónica normalmente constituye la base para el desarrollo de un orzuelo. En el tratamiento y, sobre todo, en la prevención de las recurrencias del orzuelo es importante limpiar correctamente los bordes palpebrales.

Su higiene incluye:

- calentar a diario los párpados utilizando compresas de temperatura límite de tolerancia (permiten fluidificar la secreción en los bordes de los párpados)
- masajear los párpados aplicando leve presión sobre ellos (elimina la secreción de las glándulas)
- depurar los bordes de los párpados (utilizando toallitas desechables hipoalergénicas de venta libre o gasas impregnadas de una loción especial).

Durante las infecciones oculares se debe suspender absolutamente el uso de lentes de contacto.

autor:
Arkadiusz Pogrzebielski (MD, PhD)