

Triquiasis palpebral como secuela de algunas enfermedades dermatológicas y oftalmológicas Resolución ambulatoria con criocirugía Nuestra experiencia

Liliana Calandria

Ex-profesor adjunto de dermatología y co-encargada del Departamento de Criocirugía,
Universidad de la República de Uruguay. E-mail: lbc@adinet.com.uy

Resumen

La Triquiasis es una orientación anómala interna adquirida de una o más pestañas, que puede producir, en casos severos, úlceras de córnea. A menudo se la asocia con tracoma y blefaritis crónica estafilocócica o posterior a cirugías oftalmológicas. El tratamiento de la enfermedad es difícil, pero existen varias opciones disponibles: la cirugía convencional (blefaroplastia) o la depilación simple o por diferentes métodos: electrodepilación, radiofrecuencia, Láser Argón y criocirugía.

Presentamos un trabajo donde se utilizó la criocirugía como tratamiento para diez casos de triquiasis, con excelentes resultados.

Palabras Clave: Triquiasis, criocirugía, tracoma, penfigoide cicatricial.

**Palpebral trichiasis as sequelae
of some dermatological and ophthalmological diseases.
Ambulatory procedure with cryosurgery. Our experience.**

Abstract

Trichiasis, a very common lid abnormality, is defined as the misdirection of eyelashes toward the eyeball. It is commonly associated with trachoma and staphylococcus chronic blepharitis or secondary to ophthalmologic surgery. Treatment is difficult but many strategies are available to correct this problem, among them, simple epilation with forceps, electrolysis, radiofrequency ablation, Argon laser ablation and cryosurgery. The following study presents the results on ten patients with trichiasis treated with cryosurgery with excellent results.

Key words: Trichiasis, cryosurgery, trachoma, cicatricial pemphigoid.

Introducción

Triquiasis es la orientación anómala interna (incurvación) adquirida de una o más pestañas en la cara interna de los párpados, cerca del borde libre. Se asocia a menudo con tracoma y blefaritis crónica estafilocócica grave.

La Distriquiasis congénita se define como una implantación anómala en segunda fila de pestañas, completa o parcial, que crece por fuera o ligeramente por detrás de los orificios de las glándulas de Meibomius.

Ambas situaciones conllevan al roce permanente de las pestañas, con lesión del globo ocular, lo que ocasiona irritación, enrojecimiento, epífora, molestias y dolor y, en casos más graves, infecciones de larga duración que pueden resultar en ulceraciones corneales, pannus y en forma ocasional en queratitis infecciosa.

Las causas de estas alteraciones pueden ser muchas.

A continuación se detalla su clasificación:

1. Infecciosa

- Tracoma
- Herpes zoster

2. Autoinmune

- Penfigoide ocular cicatrizal

3. Inflamatoria

- Síndrome de Stevens-Johnson
- Queratoconjuntivitis

4. Traumatismos

- Post-quirúrgico
- Reparación de la fractura del piso del párpado interior con aproximación transconjuntival o en la blefaroplastia
- Después de la enucleación
- Después de la reparación del ectropion

5. Químicas

- Quemaduras del ojo por Álcals
- Gotas médicas (glaucoma)
- Quemaduras térmicas del párpado o cara

El tracoma es una enfermedad poco conocida; sin embargo, a nivel mundial, afecta a 150 millones de personas. Es la segunda causa de ceguera, después de las cataratas y la primera de ceguera prevenible. Es una infección producida por la *Chlamydia trachomatis* (serotipos A, B, Ba y C) que afecta fundamentalmente a la conjuntiva tarsal de manera crónica, de forma que, tras años de padecimiento, produce entropión cicatricial del párpado superior con rascado permanente de la córnea, pérdida de transparencia de la misma y finalmente ceguera. De los seis millones de ciegos que hay en el mundo, entre el 15% y el 20% lo son por esta enfermedad. Hay 146 millones de personas afectadas de tracoma activo y 540 millones con riesgo de padecerlo si no se controla su difusión.

Actualmente esta enfermedad se observa en el norte de África, el norte de la India, Indonesia, el Mediterráneo oriental, el Asia central, América central y América del sur y en el norte de Australia. Clínicamente se inicia como una conjuntivitis folicular con marcada hiperemia, donde puede existir secreción mucopurulenta y adenopatía preauricular. Luego, la inflamación se hace crónica y aparece tejido cicatricial en la conjuntiva tarsal, «líneas de Ant» mientras que los folículos del limbo, que no siempre estarán presentes, se atrofian y dan lugar a las «fosetas de Herbert», patognomónicas del tracoma. El proceso de cicatrización produce el entropión del párpado superior, con la consiguiente triquiasis que, por efecto mecánico, ocasiona una intensa opacidad corneal que conduce a la ceguera.

En los casos de Síndrome de Stevens-Johnson y en el Penfigoide Ocular Cicatrizal, el tratamiento de la enfermedad es imprescindible, y muchas veces el tratamiento de la triquiasis no es efectivo.

La respuesta inmune-citotóxica (que desempeña un papel importante en las reacciones de hipersensibilidad a fármacos, la úlcera de Mooren, el penfigoide y el pénfigo) puede producirse cuando una droga que actúa como hapteno se fija a la membrana de una célula. Algunos ungüentos o colirios oftálmicos (causas químicas), por ejemplo, pueden unirse a la proteína cu-

tánea y producir este tipo de respuesta inmunológica. El tratamiento incluye la supresión del agente químico (factor etiológico). Si los síntomas son graves, puede aplicarse varias veces al día un ungüento oftálmico corticosteroideo a la mucosa del párpado afectada. En ciertos casos, una respuesta inmunológica puede atribuirse a un conservante común en la mayoría de los preparados oftálmicos (por ejemplo, el timerosal) y en tales casos debe utilizarse un preparado del fármaco activo de elaboración inmediata, no conservado.

El pénfigo es una enfermedad dolorosa y autoinmune de la piel y de las mucosas, caracterizada por la formación de ampollas (vesículas intraepiteliales). Las dos formas principales que afectan al ojo (aunque raras) son el pénfigo vulgar y el pénfigo foliáceo, pero sin producción de triquiasis, ya que, a pesar de la rotura de las ampollas, una capa intacta del epitelio permanece en contacto con la membrana basal. Dado que el estroma conjuntival en realidad no queda nunca desprovisto de la cobertura epitelial, no existe virtualmente ninguna tendencia a la formación de cicatrices o simbléfaron (sinequia entre conjuntiva y párpado), salvo en ojos que han sufrido una infección secundaria.

El Penfigoide cicatrizal sí produce triquiasis. Este es más frecuente en mujeres (2:1) y en pacientes en general, mayores de treinta años. Puede aparecer primero como lesión de la conjuntiva, aunque, de hecho, son muy comunes las lesiones en la boca. El 25% de los casos puede no presentar afectación ocular. Al parecer, en muchos pacientes la enfermedad toma un curso inexorable a pesar de toda tentativa de tratamiento. En su inicio, el penfigoide cicatrizal puede mostrarse como una simple conjuntivitis papilar persistente de poca importancia. En sus primeras etapas, la enfermedad puede afectar solamente a un ojo, pero es casi universal una implicancia bilateral. En un estadio más avanzado aparecen opacidades lineales grises y blanquecinas en la conjuntiva profunda. En el penfigoide cicatrizal, si se forma una ampolla ocular, ésta es subepitelial: cuando se rompe queda al descubierto la superficie del tejido subyacente. A causa de la falta de continuidad epitelial a lo largo de dicha superficie, puede fusionarse el área adyacente de estroma expuesto, dando lugar a un simbléfaron. En última instancia, tiene lugar la pérdida de los espacios normales del fórnix conjuntival. Con una progresiva cicatrización conjuntival, el epitelio pierde su población habitual de células secretoras mucosas y se hace más denso y queratinizado. Debido a esta pérdida de células secretoras mucosas, las lágrimas se tornan deficientes en contenido mucoso. Eventualmente, los canaliculos, que van a parar al fórnix superior desde las glándulas lacrimales, también quedan obstruidos a consecuencia de la formación de cicatrices. Cuando esto ocurre, las lágrimas se hacen deficientes no sólo en mucosidad, sino también en sus componentes acuosos. Con la cicatrización progresiva, tienen lugar el entropión y la triquiasis, lo cual produce múltiples abrasiones en la córnea. Esto, a su vez, es un estímulo para la neovascularización de la córnea, que finalmente pierde su bri-

llo y transparencia a causa de una combinación de sequedad y de infiltraciones inflamatorias. Los corticosteroides se revelan frecuentemente inútiles. Los inmunomoduladores como la Ciclosporina A en gotas pueden ser de mucha utilidad. Asimismo pueden usarse sustitutos lagrimales en abundancia para mantener una adecuada lubricación de la córnea y de la conjuntiva restante. En el último estadio de la enfermedad, cuando se teme la contracción de los fórnicies y un daño mayor a la córnea debido al entropión y a la triquiasis, puede dispensarse una ayuda limitada haciendo llevar una lente de contacto esclerótica.

Respecto al Eritema Multiforme y al Síndrome de Stevens-Johnson, el curso de la enfermedad e histopatología son más parecidos a los del penfigoide cicatrizal que al pénfigo. La ampolla es subepitelial y el simbléfaron es frecuente. Las cicatrices son comunes, de modo que se produce una abundante cicatrización en la conjuntiva, sequedad ocular y eventuales deformaciones en los bordes de los párpados. Esto da lugar al entropion y a la triquiasis, con ulceraciones de la córnea, que pueden ser infectadas secundariamente. Así, la córnea puede perforarse con una rapidez alarmante. Tanto en el Eritema Multiforme como en el Síndrome de Stevens-Johnson se recomienda, por lo general, la irrigación de los fórnicies conjuntivales con solución salina seguida de la lisis de cualquier simbléfaron que se haya formado (con una varilla de vidrio estéril). También se recomienda el empleo de preparados antibióticos locales para prevenir la infección secundaria, siempre que el paciente no tenga un historial de hipersensibilidad al antibiótico. Deben llevarse a cabo cultivos de cualquier herida ulcerosa antes de utilizar la solución antibiótica, para determinar la especie y las sensibilidades antibióticas del patógeno.

El tratamiento de la enfermedad es difícil y a menudo no se obtiene ningún resultado en sus etapas tardías, una vez que ha tenido lugar la formación del simbléfaron y ha sobrevenido la sequedad ocular. En este estadio los corticosteroides son inútiles. Deben usarse sustitutos lagrimales en abundancia para mantener una adecuada lubricación de la córnea y de la conjuntiva restante.

Para todos los casos, la solución planteada para la triquiasis o distriquiasis es la cirugía convencional o la depilación por varios métodos.

Materiales y métodos

En nuestra práctica privada de consultorio, entre los años 2000 y 2004, hemos tratado a diez pacientes con Trichiasis de diversas etiologías, derivados por oftalmólogos, con criocirugía, en la cual se utiliza el nitrógeno líquido para producir la crionecrosis de la pestaña y del folículo piloso.

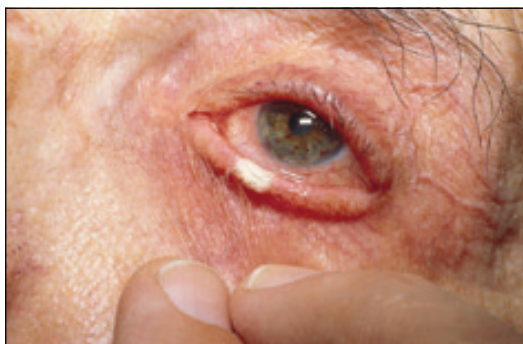
Las causas de la triquiasis fueron postoperatorias (láser con lentillas por cataratas, láser por glaucoma y un paciente por Penfigoide Ocular Cicatrizal).

Se trataron cuatro pacientes de sexo masculino y seis de sexo femenino, cuyas edades oscilaron entre 60 y 89 años.

	Edad medio	Evolución previa	Evolución posterior
Hombres (4)	76	15 m-36 m (promedio)	6 m-24 m
Mujeres (6)	78	4 años	12 m

Se entiende por evolución previa el tiempo de evolución de la enfermedad al momento de la consulta (expresado en meses=m) y por evolución posterior el tiempo de seguimiento luego del tratamiento por criocirugía.

En esta técnica, el nitrógeno líquido (gas presurizado a -196°C), se aplica en el paciente con triquiasis, usando previamente 1-2 gotas oftálmicas anestésicas para disminuir el dolor. Se protege el globo ocular con protectores plásticos. Posteriormente se utiliza la aplicación de un ciclo del nitrógeno líquido a través de puntas cerradas (crioprobetas) (CryAC® Brymill Co) (tamaño variable según el área a tratar) directamente sobrepuestas en el borde del párpado en la zona de pestañas mal implantadas con la interposición de un gel lubricante acuoso (KY gel de Johnson y Johnson®), que permite la mejor adherencia de la punta criogénica al párpado. Se hace pasar el nitrógeno durante algunos segundos (aproximadamente de 3 a 4) hasta que el halo circundante criogénico sea de 1 a 2 milímetros mayor que el de la zona a tratar. Generalmente se abarca un radio que permite la destrucción de pocas pestañas (de 2 a 3 pestañas). En caso de que la mala implantación de pestañas sea lo suficientemente extensa, deberá repetirse este procedimiento hasta completar la extensión deseada. Inmediatamente se produce un edema, por el cual es fácil la extracción de las pestañas. En caso contrario, en días, las pestañas se desprenden con la simple tracción indolora. Para mitigar el edema y sus molestias, se aconseja la administración de un antiinflamatorio tipo antihistamínico



(Loratadina, 1 comprimido/día) de rápida acción por el plazo de 3 a 7 días.

Este procedimiento se repitió cada 15 días hasta la eliminación de las pestañas por completo (3 a 12 sesiones). Inicialmente éstas pierden grosor y dureza, luego el color, hasta que por fin desaparecen completamente.

Hemos intentado el método de dos ciclos en el mismo acto operatorio, en tres pacientes, repitiendo el proceso cada semana.

Resultados

El período de remisión es variable (entre 6 meses y 2 años).

Los pacientes tratados por triquiasis postoperatoria llevaron un menor número de ciclos de criocirugía (entre 3 y 4) y el seguimiento de hasta 2 años, permitió comprobar la resolución completa.

En todos ellos la mejoría sustancial o abolición de los síntomas permitió la satisfacción del paciente, con resultados óptimos.

Si bien los tres casos de triquiasis tratados con doble ciclo de criocirugía cada 7 días tuvieron mejor respuesta, el escaso número de pacientes de la muestra no permite realizar conclusiones válidas.

El caso correspondiente a penfigoide ocular cicatrizal, fue diagnosticado posteriormente al procedimiento criquirúrgico (luego de 12 sesiones de tratamiento). Fue derivado inicialmente por epífora constante, triquiasis bilateral superior e inferior, con un año de evolución inicial. Se le realizó aplicación de criocirugía con un solo ciclo por vez (cada 7 a 15 días), con mejorías parciales importantes mayores al 90%, pero recidivantes (supresión de la epífora y del dolor por rozamiento). Sin embargo, luego del uso de lentilla protectora esclerótica se observó la formación de úlceras de córnea por retracción de la lentilla debido al uso de compresas frías para aliviar su dolor. A partir de allí, las sinequias orientaron al oftalmólogo al planteo de Penfigoide Ocular Cicatrizal, el cual respondió al uso de gotas de Ciclosporina A (preparadas de la siguiente manera: 50 mg de Ciclosporina A disueltas en un frasco de 5 cc de lágrimas artificiales, aplicando 2 gotas por ojo al día). Posteriormente requirió corticosteroides v/o para completar el tratamiento sistémico. Lleva 2 años en control.

Discusión

La Triquiasis es una patología que amerita tratamiento quirúrgico (blefaroplastia), aunque existen varias opciones, entre ellas la depilación, la electrodepilación, la radiofrecuencia, la depilación por Láser Argón y la criocirugía.

La simple depilación por tracción con pinza suele ser una medida temporal y dolorosa.

La electrodepilación se realiza con el párpado anestesiado, ya que las gotas oftálmicas no cubren totalmente el dolor del pasaje de corriente eléctrica. Se introduce una fina aguja dentro del folículo piloso, dejando pasar la corriente eléctrica a muy baja intensidad, produciéndose así la destrucción del folículo. Es probable que deba repetirse el procedimiento algunos meses

después debido a que las pestañas anormales no se desarrollan de manera uniforme luego del primer tratamiento.

Cuando esos folículos comienzan a producir pestañas nuevamente, el tratamiento necesita ser repetido.

La radiofrecuencia es otro método depilatorio con el mismo efecto que el anterior, con una técnica similar, pero con un mecanismo de acción diferente. Se introduce una aguja muy fina (Ellman® TA1, A8 flexible 1/16th vari tip), aislada excepto en la punta, para evitar daño de tejidos adyacentes y al contactar con el bulbo, se pisa el pedal que conecta la corriente alterna, la cual es traducida por el aparato de alta frecuencia en una vibración de 3.8 millones de ciclos/seg en una onda parcialmente rectificada, la que produce hidrólisis de los líquidos de los tejidos en el punto de contacto con el aparato y la consecuente destrucción del folículo.

La depilación por Láser Argón puede ser efectiva, pero es tediosa tanto para el paciente como para el cirujano, además de resultar onerosa.

Ninguno de estos métodos ha demostrado ser más eficaz que la criocirugía aplicada de esta forma.

Como complicaciones de la reiteración del proceso criquirúrgico cabe considerar la cicatrización del borde del párpado. (No ocurrida en ninguno de nuestros pacientes).

Si bien la casuística es pequeña, consideramos que los resultados pueden verificarse en otras series mayores.

Conclusión

Con estos resultados podemos afirmar que la criocirugía es eficaz en el tratamiento de la triquiasis de múltiples causas (especialmente cuando no hay enfermedad de base inmunológica), con resolución temporal (6 meses) o definitiva (2 años). Se necesitarán nuevos estudios con mayor casuística y evolución de los mismos.

Referencias

1. Word JR, Anderson RL. Complications of cryosurgery. Arch Ophthalmol 1981 Mar; 99(3):460-3.
2. Yeung YM, Hon CY, Ho CK. A simple surgical treatment for upper lid trichiasis. Ophthalmic Surg Laser 1997 Jan; 28(1):74-6.
3. Bartley GB, Bullock JD, Olsen TG, Lutz PD. An experimental study to compare methods of eyelash ablation. Ophthalmology 1987 Oct; 94(10):1286-9.
4. Bartley GB, Lowry JC. Argon laser treatment of trichiasis. Am J Ophthalmol 1992 Jan; 15:113(1):71-4.
5. Calandria L. Depilación Criquirúrgica. Tendencias en Medicina 2002 Nov; N°21:26-28.
6. Torre D. Cryosurgery of eyelid tumors. In: Jakobiec FA (ed). Ocular and adnexal tumors. Birmingham: Aesculapies 1978; 517-524.
7. Albert DM, Jakobiec FA. Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia: WB Saunders 1994; t2:1030-150.
8. Riedel F, Windberger J, Stein E, Hormann K. Treatment of peri-ocular skin lesions with the Erbium:YAG laser. Ophthalmologie 1998; 95:771-775.
9. Gilbert Smolin: Trastornos corneales y de la conjuntiva de origen dermatológico inmunitario. Departamento de Oftalmología. Universidad de California. San Francisco. http://www.nexusediciones.com/np_ao_1993_3_2_002.htm
10. Loscos J, De la Cámara J, Coney Hermana M. El tracoma: una enfermedad de la pobreza. http://www.nexusediciones.com/np_ao_1998_8_3_003.htm