

ALTERACIONES EN ANEXOS OCULARES Y SEGMENTO ANTERIOR

Criterios para decidir una
derivación y su urgencia

Jordi Castellví, DOO
Facultat d'Òptica i Optometria de Terrassa

MC: Tengo un bulto en el ojo...

Bulto !!!



- ¿Qué hacer cuando piden nuestra opinión por “un bulto en el ojo”?
- ¿El bulto dónde está ubicado?
- ¿Tiene importancia?
- ¿Podemos solucionar nosotros el problema?
- ¿Tenemos que remitirlo?

Con más frecuencia la población en general recurre a un optometrista para que valore las alteraciones que nota en sus ojos.

No siempre las consultas que realizan se ubican dentro del ámbito de la optometría. Como sanitarios de atención primaria, de fácil acceso, tenemos que estar formados para valorar la importancia de una alteración ocular y saber aconsejar al paciente sobre el proceso a seguir.

Uno de los motivos más frecuentes de consulta no optométricos que se realizan en un establecimiento sanitario de óptica es el consabido “Tengo un bulto en el ojo...”. Este motivo de consulta (MC) es el que vamos a desarrollar en este tema. Veremos diferentes tipos de alteraciones en los anexos oculares y en segmento anterior atendiendo a sus síntomas y signos. Algunos requerirán ser derivados al oftalmólogo (Sanidad pública o privada) de forma ordinaria, preferente o urgente, mientras que otros pueden ser atendidos por nosotros.

MC: Tengo un bulto en el ojo...

Bulto !!!

- **ANAMNESIS**
 - ¿Tiempo de Evolución?
- **SÍNTOMAS**
- **SIGNOS**



En toda exploración siempre se empieza por la anamnesis. Y en las alteraciones de los anexos oculares o del segmento anterior, el Tiempo de Evolución y los Síntomas son unos de los más importantes.

No tiene la misma consideración una alteración de aparición brusca que otra que sea insidiosa.

Que sea dolorosa o no lo sea. Que provoque una inflamación de la zona o que sea solo una alteración local.

Finalmente atenderemos a los signos que podamos apreciar.

En la mayoría de situaciones es aconsejable realizar un registro gráfico de la alteración (p.ej. fotografía) para poder:

1. Enseñar y explicar al paciente su alteración, localización, posible evolución y recomendaciones.
2. Comparar la evolución en el tiempo de la alteración.

CASO 1: Bulto en el párpado.

- **SINTOMAS:**
 - Nódulo en párpado superior o inferior, externo o interno.
 - Dolor y enrojecimiento en el borde palpebral.
- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**
 - Limitado.
- **SIGNOS:**
 - Edema y engrosamiento palpebral.
 - Inflamación palpebral.



El paciente se queja de un bulto enrojecido en el párpado, de aparición reciente. Le puede molestar más o menos dependiendo de la intensidad de la inflamación. A la exploración vemos un engrosamiento palpebral localizado con edema. En algunas ocasiones podremos ver un punto blanquecino en el extremo más externo del nódulo.

Siempre doloroso a la palpación.

CASO 1: Bulto en el párpado. ORZUELO



RECOMENDACIONES:

- Calor local.
- Ligero masaje.
- Si drena, exprimir glándula.

Estos síntomas y signos son característicos del orzuelo.

Se suele resolver de forma espontánea en el plazo de una semana, drenando el contenido de la glándula inflamada al exterior. Pero si el drenaje es incompleto, se puede encapsular formando un chalazion.

Recomendaciones: Aplicar calor local (húmedo o seco, según escuelas) y realizar un ligero masaje sobre el nódulo. Estas operaciones estimulan el drenaje del orzuelo. En el momento en que el orzuelo drene, exprimir el contenido de la glándula mediante masaje dirigido para eliminar todo el material infeccioso.

CASO 1: Bulto en el párpado. ORZUELO



DERIVACIÓN preferente-urgente:
Sólo ante orzuelos muy inflamados
y dolorosos.

El oftalmólogo valorará:

- Drenaje.
- Uso de antibióticos.

Sólo ante un orzuelo muy inflamado y con mucho dolor (como los de la imagen) se puede remitir de forma preferente-urgente al oftalmólogo para que considere su drenaje y/o el uso de antibióticos para evitar sobreinfecciones.

CASO 2: Bulto en el párpado.

- **SINTOMAS:**
 - Nódulo en párpado superior o inferior, externo o interno.
 - Dolor limitado o sin dolor.
 - No enrojecimiento del borde palpebral.
- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**
 - Dilatado.
- **SIGNOS:**
 - Edema y engrosamiento palpebral.
 - No inflamación palpebral.
 - Nódulo más bien duro a la palpación



El paciente se queja, como en el orzuelo, de un bulto en el párpado. Pero ahora el Dolor es limitado o inexistente, puede tener Sensación de cuerpo extraño y el Tiempo de Evolución es más largo.

A la exploración no existe enrojecimiento ni inflamación, pero sí edema y engrosamiento palpebral. A la palpación se nota un nódulo más bien duro, nada o poco doloroso.

CASO 2: Bulto en el párpado. CHALAZION

RECOMENDACIONES:

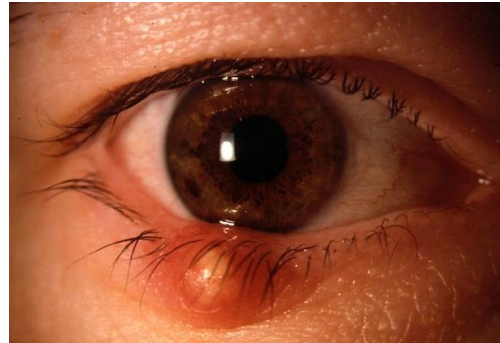
- Higiene de párpados.
- Calor / frío local.

DERIVACIÓN ordinaria:

Si molestia física o estética.

Oftalmólogo valorará:

- Inyección intralesional de corticoide.
- Extirpación.



Todos estos síntomas y signos son característicos del Chalazion.

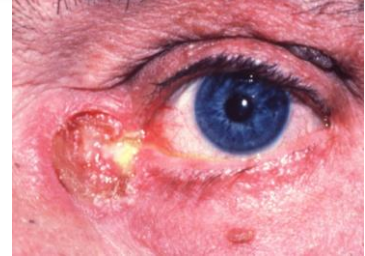
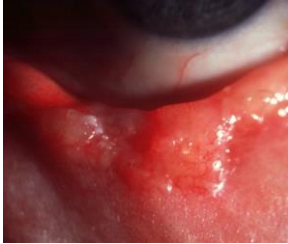
Como ya hemos comentado, el origen de un Chalazion es un orzuelo mal curado; un orzuelo que no ha drenado todo el contenido infeccioso de su interior y se ha encapsulado.

Recomendaciones: Realizar una buena higiene de párpados para evitar la aparición de nuevos orzuelos/chalaziones. Aplicar calor local para ayudar a reducir el tamaño del chalazión.

Si molesta física o estéticamente, remitir al oftalmólogo de forma ordinaria para valoración de Inyección intralesional de corticoide o su extirpación.

NO CONFUNDIR CON CARCINOMA

CASO 3: Bulto en el párpado o en el canto. CARCINOMA



- **SIGNOS:**
 - Nódulo elevado.
 - Borde característico en rodete.
 - Aspecto perlado.
- **TIEMPO DE EVOL.:** Elevado

DERIVACIÓN preferente:
Requiere extirpación y posible radioterapia

Ocasionalmente el Carcinoma puede confundirse con un Chalazion en el párpado inferior.

El carcinoma es una lesión localmente invasiva pero no da metástasis. Puede ulcerarse e infiltrarse en los tejidos adyacentes.

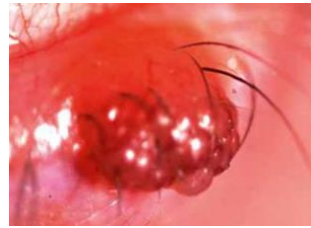
El paciente refiere tener la lesión desde hace mucho tiempo. El carcinoma suele tener una evolución insidiosa.

A la exploración veremos un nódulo elevado con un borde característico en rodete con aspecto perlado. Generalmente se localiza en el borde palpebral inferior pero puede presentarse en el canto interno.

Recomendaciones: Se tiene que remitir de forma preferente al oftalmólogo; no hace falta que sea de forma urgente por su evolución insidiosa. Requiere extirpación quirúrgica y posible radioterapia.

CASO 4: Bulto en el párpado.

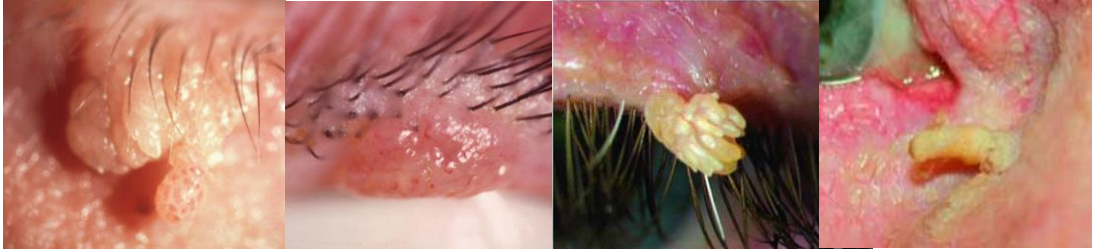
- **SINTOMAS:**
 - Lesión o lesiones elevadas en párpados y/o anexos.
 - Aumentan de tamaño.
- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**
 - Larga evolución.
- **SIGNOS:**
 - Lesión elevada de color blanco-rosado.
 - Diferentes grados de pigmentación.
 - Aspecto variable.
 - Pediculados (en párpados) o sésiles (en limbo).



El paciente se queja de lesión o lesiones de larga evolución que aumentan de tamaño. A estas lesiones se le llama vulgarmente verrugas (y ocasionalmente adjetivadas “de viejo/a”).

A la exploración observaremos una lesión elevada de color blanco-rosado, con diferentes grados de pigmentación. El aspecto clínico es muy variable; en conjuntiva palpebral o en carúncula suelen ser pediculadas (con pie) de base estrecha y color carne; a nivel del limbo son sésiles (sin pedúnculo) con base ancha y superficie tipo frambuesa; o puede ser filiforme similar a un cuerno cutáneo.

CASO 4: Bulto en el párpado. PAPILOMA



RECOMENDACIONES:

- Si no molestan, no tocar.

DERIVACIÓN **ordinaria**:

- Si molestan o por estética.
- Para valorar extirpación.

Estamos ante Papilomas.
Tiene una etiología vírica.

Recomendaciones: No tocar si no molesta.
Sólo por motivos estéticos o por molestias secundarias, remitir de forma ordinaria al oftalmólogo para valorar su extirpación (resección simple).

CASO 5: Bulto en el párpado o canto interno.

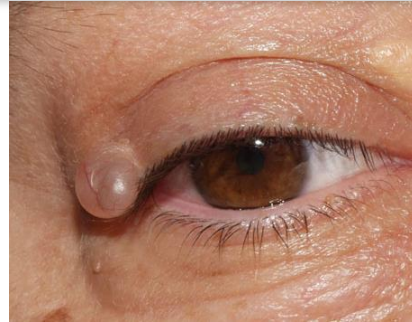
- **SINTOMAS:**
 - Lesión solitaria cerca del canto interno.
 - Sin dolor ni ningún otro síntoma.
- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**
 - Muestran variaciones estacionales, aumentan en el verano y disminuyen en invierno.
- **SIGNOS:**
 - Quiste solitario, hemiesférico y translúcido.
 - Consistencia firme.



El paciente pregunta por un bulto solitario cerca del canto interno sin síntomas. Su tamaño es variable mostrando variaciones estacionales, aumenta con el calor (en verano) y disminuye con el frío (en invierno).

Los signos que observamos en la exploración son: quiste solitario, hemiesférico y translúcido de 1 a 3 mm de diámetro. Localizado en el borde del párpado, con mayor frecuencia en el inferior, cerca del canto interno.

CASO 5: Bulto en el párpado o canto interno. HIDROCISTOMA



RECOMENDACIONES:

- Todo tratamiento no quirúrgico es de alivio temporal.

DERIVACIÓN ordinaria:

- Por cuestiones estéticas.
- Para valorar extirpación.

El Hidrocistoma es un quiste por oclusión del conducto intradérmico de una glándula sudorípara ecrina provocando su dilatación.

Recomendaciones: Todo tratamiento no quirúrgico no es efectivo aunque puede dar algún alivio temporal. La punción no es un buen tratamiento ya que se vuelve a rellenar de líquido.

Por cuestiones estéticas remitir de forma ordinaria al oftalmólogo para valorar la exéresis quirúrgica.

CASO 6: Bulto en el párpado.

- **SINTOMAS:**

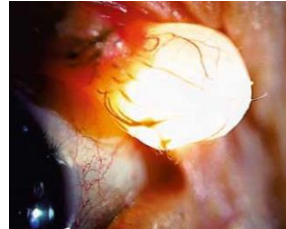
- Lesión en el borde del párpado.
- Sin dolor ni ningún otro síntoma.

- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**

- Muestran variaciones estacionales, disminuyendo de tamaño con el frío.

- **SIGNOS:**

- Quiste redondo y traslúcido.
- Localizado en el borde del párpado, con mayor frecuencia en el inferior.



El paciente refiere un bultito en el párpado sin síntomas. Su tamaño es variable mostrando variaciones estacionales, pudiendo casi desaparecer con el frío del invierno.

A la exploración observamos un quiste redondo y traslúcido localizado en el borde del párpado, con mayor frecuencia en el inferior.

CASO 6: Bulto en el párpado. QUISTE DE MOLL



RECOMENDACIONES:

- Todo tratamiento no quirúrgico es de alivio temporal.

DERIVACIÓN **ordinaria**:

- Por cuestiones estéticas.
- Para valorar extirpación.

El Quiste de Moll (también denominado Hidrocistoma anterior) es un quiste de retención de una glándula de Moll (glándula apocrina)

Recomendaciones: Todo tratamiento no quirúrgico no es efectivo aunque puede dar algún alivio temporal. La punción no es un buen tratamiento ya que se vuelve a rellenar de líquido.

Por cuestiones estéticas remitir de forma ordinaria al oftalmólogo para valorar la exéresis quirúrgica.

NO CONFUNDIR CON CARCINOMA (Caso 3 de esta presentación)

CASO 7: Bulto en la vía lagrimal.

- **SINTOMAS:**

- Enrojecimiento e inflamación de la porción nasal del párpado inferior.
- Lagrimeo y descarga mucopurulenta.
- Dolor.

- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**

- En muchas ocasiones es recidivante.

- **SIGNOS:**

- Inflamación del saco lagrimal.
- Edema palpebral.
- Secreción.



El paciente se queja de enrojecimiento e inflamación de la porción nasal del párpado inferior con dolor en la zona. El ojo le lagrimea y también presenta secreción mucopurulenta.

En muchas ocasiones no es la primera vez que presenta estos síntomas.

Macroscópicamente ya se ve una inflamación del saco lagrimal con edema palpebral.

Suele ir acompañada de secreción mucopurulenta que sale por el punto lagrimal en respuesta a la presión en el saco (pero es doloroso para el paciente).

CASO 7: Bulto en la vía lagrimal. DACRIOCISTITIS



RECOMENDACIONES:

- En los primeros estadios, masajear la zona.



DERIVACIÓN **urgente**:

- En el resto de estadios.
- Para instaurar terapia antibiótica.
- Para valorar cirugía

Estos síntomas y signos son característico de la Dacriocistitis: Infección aguda del saco lagrimal por obstrucción del conducto nasolagrimal.

Recomendaciones: En casos muy leves (primeros estadios) el paciente puede masajearse la zona del saco lagrimal para ayudar a expulsar la secreción mucopurulenta.

En el resto de estadios, remitir de forma urgente al oftalmólogo para instaurar terapia antibiótica y considerar cirugía en caso de recidivas.

NO CONFUNDIR CON CELULITIS ORBITARIA

CASO 8: Bulto en el párpado? CELULITIS ORBITARIA



• SÍNTOMAS:

- Quemosis conjuntival.
- Restricción movimientos oculares.

• SIGNOS:

- Intenso edema palpebral.
- Dolor orbital.

DERIVACIÓN **urgente**:

Requiere tratamiento antibiótico.

Ocasionalmente la Celulitis Orbitaria puede confundirse con una Dacriocistitis por la inflamación que provoca.

Síntomas: Quemosis conjuntival (edema en la conjuntiva bulbar). Restricción en los movimientos oculares.

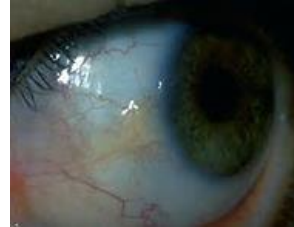
Signos: Intenso edema palpebral. Dolor en toda la órbita, no limitado a la zona del saco lagrimal.

La Celulitis Orbitaria es una infección de la órbita a partir de uno de los senos paranasales contiguos.

Recomendaciones: Derivación urgente para instauración de tratamiento antibiótico. La infección puede difundirse hacia atrás y dar lugar a una trombosis del seno cavernoso, complicación que pone en peligro la vida del paciente.

CASO 9: Bulto en la conjuntiva.

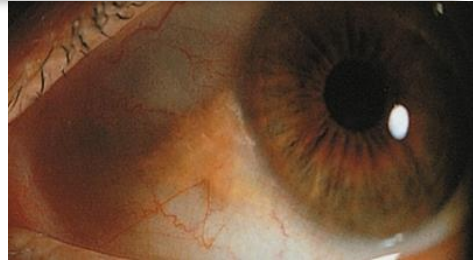
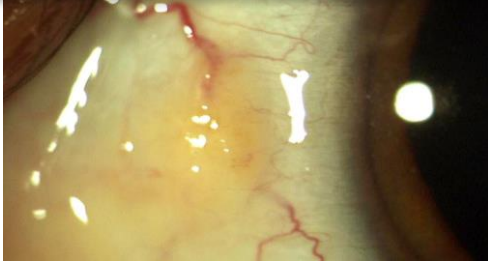
- **SÍNTOMAS:**
 - Lesión pequeña, triangular en la conjuntiva.
 - Asintomática o sensación de molestia.
- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**
 - Largo
- **SIGNOS:**
 - Lesión pequeña, elevada y opaca.
 - De un color blanco-amarillento.
 - Forma triangular con la base en dirección al limbo.



El paciente se queja de que le ha salido un bulto amarillento en la conjuntiva. Suele ser asintomático. Ocasionalmente, si es muy voluminoso y/o está algo inflamado, puede dar molestias como de cuerpo extraño, de escozor. Largo tiempo de evolución, aunque el paciente puede consultar por ser la primera vez que lo aprecia.

En la lámpara de hendidura vemos una lesión pequeña en la zona interpalpebral de la conjuntiva bulbar, de forma triangular con la base apuntando en dirección al limbo, de un color blanco-amarillento (crema), elevada y opaca. Habitualmente situada en la conjuntiva nasal, también puede aparecer en la temporal (incluso en ambos lados). Frecuentemente está presente en ambos ojos.

CASO 9: Bulto en la conjuntiva. PINGUÉCULA



RECOMENDACIONES:

- Uso de gafas de sol-de protección.
- Lágrimas artificiales.
- Cirugía contraindicada.

DERIVACIÓN:

- Nunca.
- Excepto en pingueculitis, para valorar tratamiento tópico (derivación **preferente**).

La Pinguécula es la lesión degenerativa de la conjuntiva bulbar que presenta todos los síntomas y signos anteriormente mencionados.

Crece gradualmente a lo largo de períodos prolongados; pudiendo alcanzar el limbo corneal pero no invadir la córnea.

Es más prevalente en zonas de mayor exposición solar, como las regiones ecuatoriales.

Su aparición y crecimiento está relacionado con el envejecimiento y con la exposición a la luz ultravioleta, al viento y al polvo. También está relacionado con otros agentes nocivos como la soldadura.

Raramente se inflama (pingueculitis). Puede dar molestias en el uso de lentes de contacto. Mayoritariamente las complicaciones son estéticas.

Recomendaciones: No requiere tratamiento. El uso de lágrimas artificiales alivia las posibles molestias. La cirugía está contraindicada por el riesgo de cicatrización. Es recomendable usar gafas de sol para protegerse de la radiación ultravioleta, del viento y del polvo.

No derivar nunca excepto en caso de pingueculitis (inflamación y vascularización de la pinguécula) para valorar tratamiento tópico con colirios corticoides y/o antiinflamatorios (AINES).

Es recomendable realizar un registro gráfico en cada visita para poder comparar los cambios de la pinguécula en el tiempo.

CASO 10: Bulto en la conjuntiva.

- **SÍNTOMAS:**

- Lesión carnosa en la conjuntiva-córnea.
- Ojo rojo, escozor, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño.

- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**

- Largo.

- **SIGNOS:**

- Lesión que invade córnea límbica.
- Forma triangular, se incurva hacia arriba en lado corneal.
- Cabeza ligeramente elevada, blanquecina y firmemente adherida.



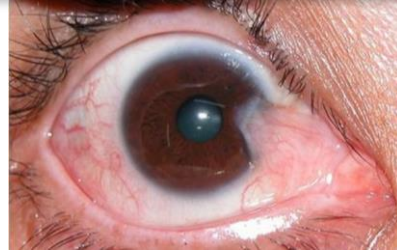
El paciente se queja de que tiene una carnosidad en la conjuntiva-córnea que le provoca sensación de ojo rojo, escozor, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño. En casos muy invasivos puede dar también visión borrosa, diplopia, restricción de los movimientos oculares y afectación del eje visual. Largo tiempo de evolución.

En la lámpara de hendidura vemos una lesión degenerativa conjuntival en la zona interpalpebral que invade la córnea límbica. De forma triangular se incurva levemente hacia arriba en el lado corneal. La cabeza suele estar ligeramente elevada, ser de tonalidad blanquecina y estar firmemente adherida al globo. El cuerpo puede separarse fácilmente de la superficie epibulbar.

Habitualmente situada en la conjuntiva nasal, también puede aparecer en la temporal (incluso en ambos lados). Frecuentemente aparece en ambos ojos.

La agudeza visual puede estar reducida por incremento del astigmatismo (aplanamiento corneal provocado por tracción)

CASO 10: Bulto en la conjuntiva. PTERIGION



RECOMENDACIONES:

- Gafas de sol y/o de protección.
- Lágrimas artificiales densas.

DERIVACIÓN **preferente**:

- Grande, con crecimiento activo.

DERIVACIÓN **ordinaria**:

- Irritación considerable.

El pterigion casi siempre se acompaña o es precedido de pinguéculas.

El principal factor de riesgo es la exposición crónica a la radiación solar infrarroja y ultravioleta. La sequedad ocular, la inflamación y la exposición al viento y al polvo son otros factores que podrían desempeñar un papel importante en su crecimiento.

Es más prevalente en zonas de mayor exposición solar, como las regiones ecuatoriales.

Una línea de depósito férrico en el epitelio corneal (línea de Stocker) que rodea el lado corneal de la cabeza del pterigión es un signo de estabilidad.

Recomendaciones: Usar gafas de sol con filtro UV y/o gafas de protección para evitar la exposición excesiva a la radiación solar, el viento y el polvo. Usar lágrimas artificiales de alta densidad para lubricar.

Remitir de forma preferente para valorar su escisión quirúrgica si el pterigion es grande (se aproxima al eje visual, causando pérdida de visión por astigmatismo irregular) y con crecimiento activo. La recidiva es frecuente, hasta del 40% de los casos que se operan.

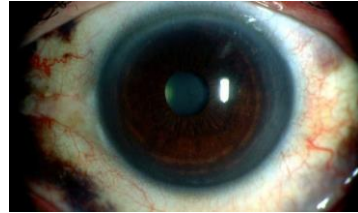
Remitir de forma ordinaria para valorar tratamiento farmacológico en casos de irritación considerable en pterigion estable.

Es recomendable realizar un registro gráfico en cada visita para poder comparar los

cambios del pterigion en el transcurso del tiempo.

CASO 11: Bulto o mancha en la conjuntiva.

- **SÍNTOMAS:**
 - Manchas oscuras en esclera.
- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**
 - Muy lento.
- **SIGNOS:**
 - Lesiones planas o ligeramente elevadas.
 - Grado de pigmentación variable.
 - De un color rosado a un marrón oscuro.

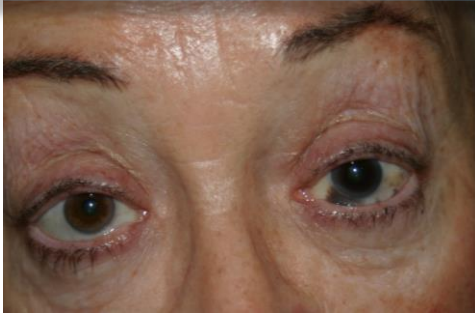


El paciente consulta por unas manchas oscuras en la zona escleral. Ningún otro síntoma.

La presentación se produce durante los primeros años de vida, estabilizándose en la juventud.

A la exploración detectamos lesiones pigmentadas planas diseminadas por toda la conjuntiva, de preferencia en el limbo. Pueden ser más intensas alrededor de un nervio intraescleral o una arteria ciliar anterior a medida que entran en la esclerótica. Normalmente presentes en ambos ojos, pero la intensidad de las manchas puede ser asimétrica.

CASO 11: Bulto o mancha en la conjuntiva. MELANOSIS CONJUNTIVAL



RECOMENDACIONES:

- No requiere tratamiento.
- Exámenes periódicos.

DERIVACIÓN:

- Nunca, si no crece ostensiblemente.

La Melanosis conjuntival es un cuadro benigno por acúmulos de melanina.

Recomendaciones: No requiere tratamiento. Realizar exámenes periódicos, preferentemente con registro gráfico, para descartar la presencia de lesiones malignas.

No derivar nunca (si no crece ostensiblemente).

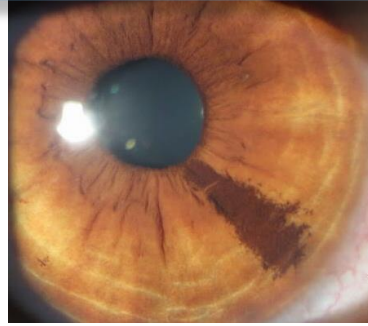
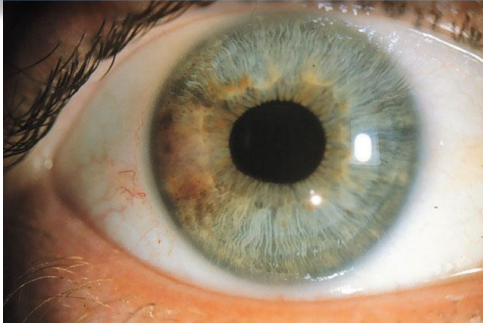
CASO 12: Bulto o mancha en el iris.

- **SÍNTOMAS:**
 - Mancha en el iris.
 - Asintomática.
- **TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**
 - Prácticamente desde el nacimiento.
- **SIGNOS:**
 - Lesión pigmentada del estroma del iris.



La mancha en el iris puede ser el motivo de la consulta o puede ser un hallazgo incidental durante un examen optométrico de rutina. No produce síntomas. El paciente o no es consciente de su existencia o manifiesta que lo tiene de siempre. Aparece generalmente como una lesión pigmentada oscura del estroma del iris con una distorsión mínima de la arquitectura del iris.

CASO 12: Bulto o mancha en el iris. NEVUS DE IRIS



RECOMENDACIONES:

- No requiere tratamiento.
- Exámenes periódicos.

DERIVACIÓN **preferente**:

- Si crece de tamaño.
- Si acerca iris a endotelio.

Los nevus de iris pueden presentarse en 2 formas:

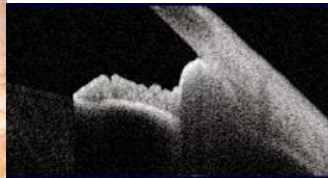
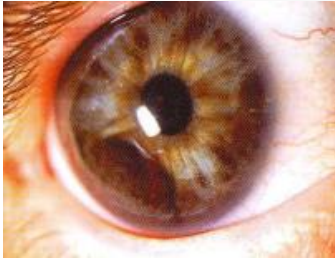
Nevus circunscrito: típicamente nodular, que implica una porción discreta del iris

Nevus difuso: puede implicar un sector entero o, raramente, el iris entero

NO CONFUNDIR CON MELANOMA DE IRIS. Se debe prestar especial atención a las lesiones que involucran las estructuras angulares para descartar un tumor del cuerpo ciliar no reconocido previamente. La posibilidad más importante en el diagnóstico diferencial del nevus de iris es el melanoma del iris.

Recomendaciones: Los nevus de iris no requieren generalmente ningún tratamiento una vez que se diagnostican, pero, cuando se sospecha, deben ser seguidos de cerca y fotografiados para evaluar para el crecimiento. Derivar con carácter preferente los nevus de iris en que se constata un crecimiento de tamaño o un acercamiento del iris al endotelio provocando una disminución del ángulo irido-corneal.

CASO 13: Bulto o mancha en el iris. MELANOMA DE IRIS



SIGNOS:

- Crecimiento con alteraciones pupilares.
- Vascularidad prominente (vaso centinela).

- Catarata sectorial.
- Hipertensión ocular.

DERIVACIÓN **urgente**:

Requiere extirpación y posible radioterapia.

Aunque no se da con frecuencia, puede ocurrir que el nevus crezca hasta producir alteraciones pupilares, y esto sí que se puede considerar un signo característico y específico del melanoma de iris.

Otros signos de malignidad son: vascularidad prominente (atentos a la existencia del llamado vaso centinela, marcado con una flecha en la foto de la derecha), catarata sectorial, hipertensión ocular.

Recomendaciones: Derivación urgente. En la mayoría de casos requiere extirpación. La braquiterapia con placas personalizadas puede ser utilizada en casos seleccionados. También cabe la posibilidad de radioterapia específicamente diseñada para el melanoma del iris. El pronóstico para la mayoría de los pacientes con melanoma del iris es excelente

CASO 14: Alteraciones palpebrales.

- **SÍNTOMAS:**

- Lagrimeo constante.
- Irritación, ojo rojo.
- Molestias, sensación de cuerpo extraño.

- **SIGNOS:**

- Lagrimeo constante.
- Malposicionamiento del punto lagrimal inferior.
- Conjuntiva tarsal inflamada, engrosada y queratinizada.
- Queratitis por exposición.

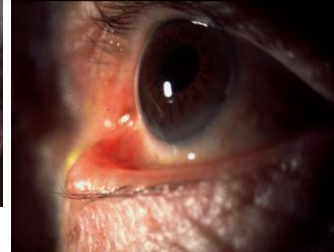


Para finalizar este tema de Alteraciones en anexos oculares y segmento anterior vamos a hablar de dos condiciones en las que ya no tendremos “el bulto en el ojo” como protagonista. Ahora lo será el párpado.

El paciente se queja de lagrimeo constante, ojo rojo, irritación, sensación de cuerpo extraño.

A la exploración observamos varios de estos signos: lagrimeo, malposicionamiento del punto lagrimal inferior, conjuntiva tarsal inflamada, engrosada y queratinizada y queratitis por exposición.

CASO 14: Alteraciones palpebrales. ECTROPION



RECOMENDACIONES:

- Lágrimas artificiales durante el día.
- Pomada y sujeción palpebral durante la noche.

DERIVACIÓN ordinaria:

- Hiperemia acentuada con sintomatología.
- Valorar intervención quirúrgica.

El ectropión es una eversión del reborde palpebral.

Sus causas pueden ser: Debido a la edad (ectropión senil); secundario a una lesión cicatricial (ectropión cicatricial); por parálisis del nervio facial ipsilateral asociada con retracción de ambos párpados (ectropion paralítico) o por tumores en o cerca del borde palpebral (ectropion mecánico).

Recomendaciones: Usar lubricantes; lágrimas artificiales durante el día, pomada y sujeción de los párpados durante la noche.

Derivar de forma ordinaria los casos con mayor hiperemia y sintomatología para valorar intervención quirúrgica.

CASO 15: Alteraciones palpebrales.

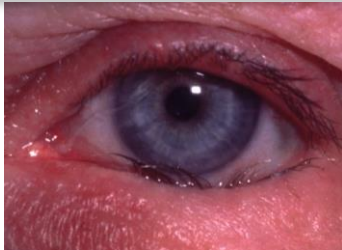
- **SÍNTOMAS:**
 - Irritación ocular.
 - Sensación de cuerpo extraño.
 - Ojo rojo.
- **SIGNOS:**
 - Ojo rojo unilateral por irritación crónica.
 - Erosiones corneales.
 - Formación de pannus.
 - Conjuntivitis crónica.
 - Úlcera corneal



El paciente se queja de irritación ocular, sensación de cuerpo extraño y de ojo rojo. El roce constante de las pestañas sobre la córnea en los pacientes con entropión de larga duración puede dar lugar a ojo rojo unilateral por irritación crónica, erosiones epiteliales puntiformes corneales, formación de pannus, conjuntivitis crónica y úlcera corneal.

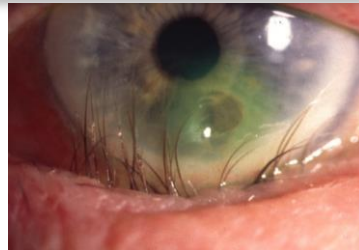
Se tiene que explorar en lámpara de hendidura con fluoresceína sódica para valorar las posibles erosiones o úlceras corneales.

CASO 15: Alteraciones palpebrales. ENTROPIÓN



RECOMENDACIONES:

- Lágrimas artificiales durante el día.
- Pomada y oclusión durante la noche.
- Lente de contacto como protección.
- Depilación de pestañas.



DERIVACIÓN **urgente**:

- Erosión corneal.
- Úlcera corneal.

El entropion es una inversión del borde palpebral, asociada con la inversión de las pestañas (triquiasis).

Sus causas pueden ser: debilidad del tejido palpebral (entropión senil); espasmo del músculo orbicular (entropión espasmódico) y tejido cicatricial en la superficie conjuntival (entropión cicatricial).

Recomendaciones: Usar lubricantes; lágrimas artificiales durante el día, pomada y oclusión durante la noche. Utilizar una lente de contacto como medio para proteger la córnea de la abrasión de las pestañas. Depilar las pestañas que rocen la córnea. Remitir de forma urgente ante una erosión o una úlcera cornea.