

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS CATARRALES RECIDIVANTES EN PACIENTE CON BLEFARITIS ANTERIOR ESTAFILOCÓCICA Y DISFUNCIÓN DE GLÁNDULAS DE MEIBOMIO: a propósito de un caso

➔ INTRODUCCIÓN

La queratitis marginal, también denominada como infiltrado o úlcera catarral, es una patología frecuente en nuestro medio. La presencia de blefaritis anterior estafilocócica en la mayoría de los pacientes con úlceras catarrales no es un hallazgo casual, de forma que se hace indispensable erradicar la colonización de los patógenos del borde palpebral como prevención etiológica de esta patología.

Presentamos el caso de una **mujer de 49 años sin antecedentes personales de interés que padece episodios recurrentes de úlceras catarrales periféricas en el contexto de una blefaritis anterior estafilocócica en el ojo derecho.**

Tuvo su primer episodio en junio del 2023, por lo que fue tratada con colirio tópico de tobramicina 3 mg/mL y dexametasona 1 mg/mL con involución completa de los infiltrados. En el intervalo de tiempo entre junio de 2023 y marzo de 2024, tuvo episodios similares mensualmente, volviendo a ser pautado el mismo tratamiento. En marzo de 2024, vuelve a acudir al servicio de urgencias de nuestro hospital refiriendo sensación de cuerpo extraño y molestias en el mismo ojo.

➔ DIAGNÓSTICO

En la exploración inicial destaca hiperemia conjuntival con inyección ciliar llamativa, con dos infiltrados corneales subepiteliales que captaban fluoresceína (**Figura 1**) a las X y XI horas, de 2x1 mm, ovalados, paralelos al limbo con respeto de 0,5 mm de córnea transparente. En el borde palpebral superior e inferior se hallaron collaretes epiteliales, escamas sutiles en borde de las pestañas, dilatación quística de las glándulas de Meibomio y telangiectasias en borde palpebral. Se realiza el diagnóstico de queratitis marginal dados los hallazgos de la exploración en la lámpara de hendidura: las características del infiltrado (lesión en córnea periférica en zona de contacto con el borde palpebral, con respeto de córnea sana), el antecedente epidemiológico de episodios previos y la presencia de blefaritis anterior sugerentes de colonización estafilocócica.

Se realizó seguimiento con iconografía para objetivar evolución de la lesión antes y después del tratamiento.

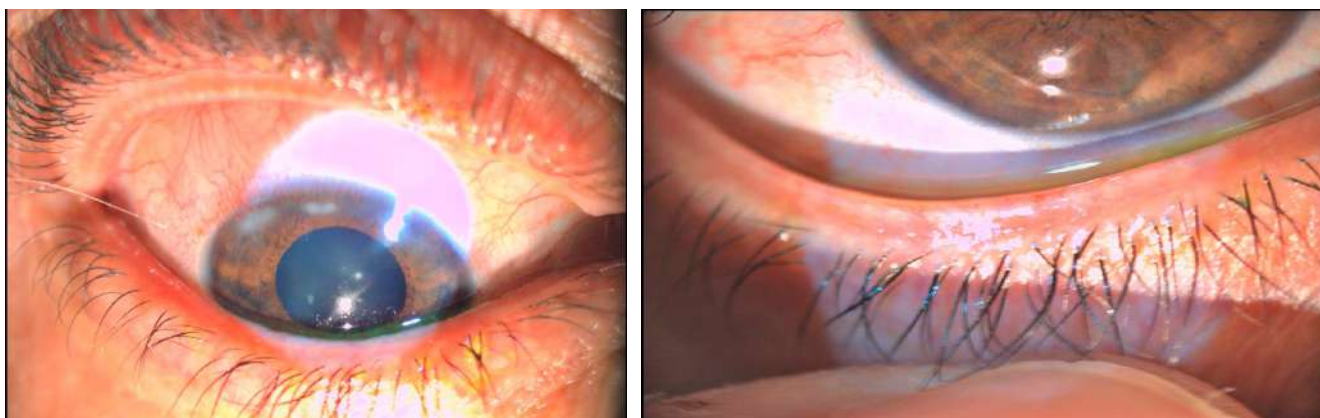


Figura 1. Paciente tras 24 h de inicio del tratamiento. Véanse los infiltrados blanquecinos en la periferia corneal superior, la inyección ciliar y el aspecto dilatado de las glándulas de Meibomio en el borde palpebral. Los collaretes epiteliales se retiraron con la higiene palpebral

→ TRATAMIENTO

Como tratamiento inicial se empleó de nuevo colirio de tobramicina 3 mg/mL con dexametasona 1 mg/mL cada 6 horas durante una semana (en pauta descendente tras la primera semana) junto con colirio de hidratación de la superficie ocular **Puro Monodosis Solución Oftálmica**. Junto a este tratamiento se pautó como profilaxis de las recurrencias higiene palpebral con **Gasas TIABLO Higiene Ocular** 1 vez al día con buena adherencia en consultas sucesivas y con resultado exitoso, sin nuevas recidivas ni infiltrados.

Se revisó a la paciente a la semana de inicio del tratamiento y al mes (**Figura 2**). Ya sin infiltrado corneal y mejorando considerablemente el aspecto de la blefaritis.

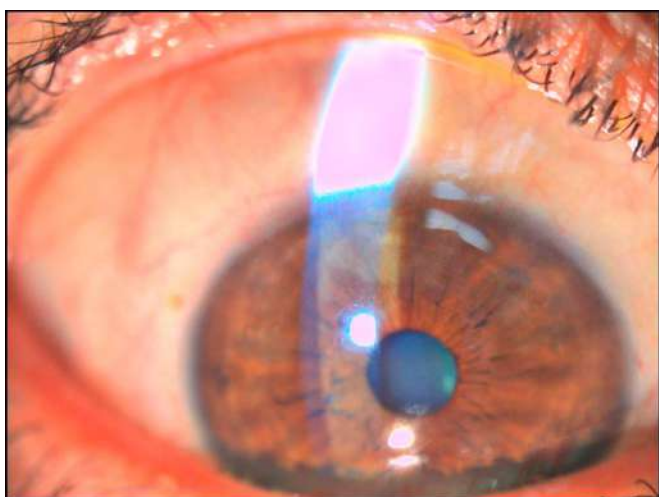


Figura 2. Paciente después de 1 mes de tratamiento con antibiótico y corticoide tópico junto con **Gasas TiABLO Higiene Ocular**. Obsérvese el estado de la conjuntiva bulbar, ya sin hiperemia y la córnea transparente. Las glándulas de Meibomio han perdido el aspecto dilatado y quístico tras el tratamiento con higiene palpebral y las telangiectasias han desaparecido

→ CONCLUSIÓN

La queratitis marginal estafilocócica, también denominada como infiltrado o úlcera catarral, es el resultado de una reacción inmune por la formación de inmunocomplejos en la periferia corneal. Pese a la relación con las bacterias del grupo *Staphylococcus* sp., el cultivo mediante raspado de la lesión corneal no suele reflejar la invasión directa por este microorganismo ya que el elemento etiológico en este caso es la toxina que produce y que daña la superficie corneal, de forma que los inmunocomplejos formados activan al complemento atrayendo neutrófilos y produciendo una reacción de hipersensibilidad tipo III dando lugar a una opacidad (infiltrado catarral) subepitelial¹.

Los infiltrados catarrales se asocian a la blefaroconjuntivitis estafilocócica en la inmensa mayoría de los casos. Se ha demostrado una colonización del margen palpebral por *S. aureus* en hasta el 90 % de los pacientes con queratitis marginal².

En el tratamiento es tan importante tanto erradicar la reacción inflamatoria como prevenir las recurrencias. El tratamiento del propio infiltrado se suele realizar con un corticoide tópico, asociando tratamiento antibiótico de amplio espectro si presenta defecto epitelial asociado. Las secuelas no suelen ser graves y con tratamiento antiinflamatorio tópico precoz es raro que persista alguna secuela.



Sin embargo, existe controversia en cuanto al tratamiento preventivo de nuevos episodios. Onghanseng, *et al.* publicaron una revisión sistemática en Cochrane Library en la que analizaron los resultados del uso de antibiótico oral (tetraciclinas) a distintas dosis *versus* placebo en el tratamiento de la blefaritis crónica. Los resultados obtenidos no ofrecieron una evidencia clara a favor del uso de antibiótico oral e incluso concluyeron que existía mayor porcentaje de efectos secundarios como dolor de cabeza, dispepsia o reacciones cutáneas por fotosensibilidad en los pacientes tratados³.

Lindsley, *et al.* amplió el análisis realizando una revisión sistemática para el tratamiento de la blefaritis comparando el uso de antibiótico tópico y oral, corticoide tópico y oral y medidas de higiene local. Sus conclusiones fueron que la mayoría de los estudios analizados tenían una muestra de pacientes con un perfil distinto de blefaritis el uno del otro, de forma que era difícil de homogeneizar la respuesta a los distintos tipos de tratamiento utilizados⁴.

Al carecer de evidencia clara de un tratamiento de primera línea para la blefaritis estafilocócica y la disfunción de glándulas de Meibomio, nuestra decisión debe basarse en la evidencia científica existente, nuestra experiencia clínica y las características del paciente.

Las **Gasas TiABLO Higiene Ocular** son una opción para erradicar la colonización estafilocócica del borde palpebral, disminuyendo las lipasas bacterianas y mejorando la funcionalidad de las glándulas de Meibomio, repercutiendo todo esto en una película lagrimal más estable y disminuyendo los síntomas de superficie. El empleo de dióxido de titanio ha demostrado tener actividad antibacteriana *in vitro* frente a patógenos comunes, entre ellos el *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*)⁵. También existen estudios que analizan el efecto bactericida de nanopartículas de plata frente a *S. aureus* mediante la disrupción de la membrana bacteriana, alteración de la ultraestructura proteica y daño de los ácidos nucleicos bacterianos⁶.

De esta forma, las **Gasas TiABLO Higiene Ocular** son una opción aceptable, bien tolerada y eficaz en el tratamiento preventivo de las úlceras catarrales.

Bibliografía:

1. Mondino BJ. Inflammatory diseases of the peripheral cornea. *Ophthalmology*. abril de 1988;95(4):463-72.
2. Tomar VP, Sharma OP, Joshi K. Bacterial and fungal flora of normal conjunctiva. *Ann Ophthalmol*. junio de 1971;3(6):669-71.
3. Onghanseng N, Ng SM, Halim MS, Nguyen QD. Oral antibiotics for chronic blepharitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 de junio de 2021;6(6):CD013697
4. Lindsley K, Matsumura S, Hatf E, Akpek EK. Interventions for chronic blepharitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 de mayo de 2012;2012(5):CD005556.
5. Albukhaty S, Al-Bayati L, Al-Karagoly H, Al-Musawi S. Preparation and characterization of titanium dioxide nanoparticles and in vitro investigation of their cytotoxicity and antibacterial activity against *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli*. *Anim Biotechnol*. octubre de 2022;33(5):864-70.
6. Swolana D, Wojtyczka RD. Activity of Silver Nanoparticles against *Staphylococcus* spp. *International Journal of Molecular Sciences*. enero de 2022;23(8):4298.

