

# NORMAS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA DE ENFERMEDADES OCULARES

*CLÍNICA DE OJOS DR. NANO*

Epidemiología  
Semiología  
Diagnóstico  
Diagnósticos diferenciales  
Terapéutica  
Profilaxis  
Información a dar al paciente



CLÍNICA DE OJOS  
DR. NANO

**CAO**  
EDICIONES DEL  
CONSEJO ARGENTINO  
DE OFTALMOLOGÍA

CLÍNICA DE OJOS DR. NANO

NORMAS  
DE DIAGNÓSTICO  
Y TERAPÉUTICA DE  
ENFERMEDADES  
OCULARES

*Dr. Hugo Dionisio Nano*  
*Lic. María Eugenia Nano*  
EDITORES

Tercera edición actualizada

**CAO**  
EDICIONES DEL  
CONSEJO ARGENTINO  
DE OFTALMOLOGÍA

# Tabla de contenidos

## **Prólogo**

## **Introducción**

### **1. PÁRPADOS**

Actualización: Dr. Eduardo Soraide

### **2. LAGRIMAL**

Actualización: Dr. Alfredo Roude

Colaboradores: Dres. Eduardo Soraide y Gonzalo Anzalaz

### **3. CONJUNTIVA**

Actualización: Dr. Alfredo Roude

Colaborador: Dr. Martín Lukasiewicz

### **4. CÓRNEA**

Actualización: Dres. Alfredo Roude y Daniel del Campo

Colaborador: Dr. Mauro Cimmino

### **5. ESCLERA**

Actualización: Dras. María Belén Puccio y María Laura Puertas

### **6. CRISTALINO**

Actualización: Dres. Germán Bianchi y José María Múgica

### **7. INFLAMACIONES OCULARES**

Actualización: Dres. Gustavo Budmann y Alfredo Roude

Colaboradores: Dras. María Laura Puertas y

María Belén Puccio

### **8. ÓRBITA**

Actualización: Dr. Eduardo Soraide

Colaboradores: Dres. Inés Balogh-Kovacs y Hernán Gherzi

### **9. RETINA Y VÍTREO**

Actualización: Dres. Santiago Castro Feijóo y Clelia Crespo Nano

Colaboradora: Dra. Mariana Pozzi Azzaro

### **10. GLAUCOMA**

Actualización: Dr. Fernando Cataldi

Colaborador: Dr. Enrique Paz

### **11. TRAUMATISMOS**

Actualización: Dr. Alfredo Roude

Colaborador: Dr. Mauro Cimmino

## **12. CONSULTA PEDIÁTRICA**

Actualización: Dr. José María Múgica

Colaboradora: Dra. Mariana Pozzi Azzaro

## **13. ESTRABISMO**

Actualización: Dres. Leonardo Fernández Irigaray

Colaboradores: Ortoptista Teresa Irusta de Nano;

Ópticas María Laura Martinelli y Silvia Cadoppi,

Dr. José María Múgica

## **14. CIRUGÍA REFRACTIVA**

Actualización: Dr. Germán Bianchi

Colaboradores: Dres. Daniel del Campo,

Eduardo Soraide y Ariel Cloës

## **15. NEUROOFTALMOLOGÍA**

Actualización: Dra. María Macarena Clementi

## **16. AYUDAS PARA LA PRÁCTICA EN CONSULTORIO**

*Gotas dilatadoras para midriasis*

Dr. José María Múgica

*Prueba de Seidel: detección de herida filtrante*

Dr. José María Múgica

*Técnica de inyección subconjuntival*

Dra. Clelia María Crespo Nano

*Técnica para inyección subtenoniana*

Dra. Clelia María Crespo Nano

*Dosis y diluciones*

Dr. Fernando Pellegrino

*Toxicidad medicamentosa ocular*

Dr. Federico Gerson

*Conceptos de limpieza, antisepsia y esterilización*

Lic. María Laura Sciurano

*Controles en oftalmopediatría*

Dra. Mariana Pozzi Azzaro

*Ayudas en baja visión*

Dra. Andrea Parra

*Lentes de contacto: complicaciones, recetas y control*

Ing. Matías Acerbi y Dr. Mauro Cimmino

*Rehabilitación de la ceguera*

Lic. María Eugenia Nano y María Bayá Casal

# Abreviaturas

AP	Apertura palpebral
AV	Agudeza visual
BUT	<i>Break up time</i>
CVC	Campo visual computarizado
ECB	Examen clínico básico
EOB	Examen ocular básico
HTA	Hipertensión arterial
LGB	Laboratorio general básico
NAD	Nada
OCT	Tomografía de coherencia óptica
PIO	Presión intraocular
RFG	Retinofluoresceinografía
TAC	Tomografía axial computarizada
VO	Vía oral

# 1

# PÁRPADOS

---

## Orzuelo-chalazión

### 1. Definición-etología

*Orzuelo* es la inflamación aguda, localizada y piógena, de una o más glándulas del párpado:

- de Meibomio (ojo interno)
- de Zeis (ojo externo)
- de Moll (ojo externo)
- o de un folículo piloso.

causada más frecuentemente por el *Staphylococcus aureus* y en algunos casos por el *Streptococcus pyogenes* y otros.

*Chalazión* es un granuloma que se desarrolla alrededor de una glándula sebácea con secreción de grasa a su alrededor. Puede aparecer después de un orzuelo.

### 2. Datos epidemiológicos

Es más común en pacientes con blefaritis.

### 3. Motivo de consulta

Sensación de molestia, eritema y tumefacción local, edema palpebral, cuerpo extraño o dolor en el párpado afectado más o menos intenso acompañado de dolor exquisito, en general bien localizado, que se exacerba a la palpación.

Tumoración palpebral sin signos inflamatorios (chalazión).

### 4. Antecedentes personales y heredofamiliares

#### *Personales*

- Diabetes.
- Estados de inmunosupresión.
- Piel seborreica.
- Alteración de la refracción.
- Rosácea.
- Acné juvenil.

#### *Heredofamiliares*

No tiene.

## 5. Examen ocular general

A lo largo del borde palpebral se palpa un punto de mayor dolor. El edema palpebral puede afectar uno o ambos párpados. Puede haber secreciones o no, en especial mucopurulentas.

Quemosis, eritema, orificio de la glándula de Meibomio bloqueado.

Nódulo preauricular palpable.

Puede relacionarse con blefaritis, acné o rosácea, aunque no siempre.

Descartar problemas de refracción aunque sea pequeño y corregir.

### *Exámenes complementarios oculares*

S EOB

CS Cultivo (en casos recurrentes).

## 6. Examen físico general

Inspección de adenopatías regionales o satélites.

Descartar diabetes.

### *Exámenes complementarios*

CS LGB

## 7. Criterios diagnósticos

Punto doloroso en el párpado inflamado.

Punto amarillento en esa zona.

Adenopatía.

Quemosis.

## 8. Diagnóstico diferencial

Queratoconjuntivitis epidémica.

Blefaritis agudas.

Picaduras de insectos.

Celulitis preseptal

Carcinoma de células sebáceas (en pacientes ancianos).

Granuloma piógeno.

Alergia.

· Sarcoma de Kaposi.

## 9. Tratamiento

### *Orzuelo*

Para realizar el tratamiento tener en cuenta:

a) Si la inflamación es localizada y no hay adenopatía —o es de poca intensidad o indolora—, el tratamiento será sólo local.

b) Si la inflamación es de todo el párpado y el dolor es más profundo —o la adenopatía es importante—, además del tratamiento local se prescribirán antibióticos por vía general.

c) Si los orzuelos son recidivantes, se pueden preparar autovacunas con cultivos, las que se dosificarán de acuerdo con el laboratorio.

#### **a) Tratamiento médico local**

##### **Del orzuelo**

###### **Primera semana**

No ocluir el ojo, porque se produce la acumulación de secreciones. Se indicarán fomentos cuatro o cinco veces por día durante 15 o 20 minutos, cada uno con una solución compuesta por 0,1 g de sulfato de cinc y 0,1 g de sulfato de cobre por cada 100 ml de agua destilada. Los fomentos aumentan el flujo sanguíneo y la acción de las enzimas proteolíticas, lo que facilita el drenaje del absceso. Colirio antibiótico: que si bien no actúa sobre el chalazión y el orzuelo, dentro de la glándula ayuda a disminuir la flora bacteriana local: eritromicina una o dos gotas cada 3 o 4 horas, seguidas por fomentos.

###### **Segunda semana**

Si drenó al final de la primera semana, seguir igual tratamiento por cuatro o cinco días.

Si no drenó, insistir con el tratamiento durante una semana más.

###### **Tercera semana**

Si drenó al final de la segunda, seguir igual tratamiento por cuatro o cinco días más.

Si no drenó, suspender los fomentos, seguir con colirio antibiótico y considerar el drenaje quirúrgico.

##### **Del chalazión**

###### **Primera elección**

Aplicación tópica de pomada antibiótica con corticoides, en especial por la noche, acompañada con masajes.

###### **Segunda elección**

Inyección de acetato de triamcinolona (0,1 ml concentración 5 mg/ml) en el centro del chalazión.

###### **Tercera elección**

En fase crónica, drenaje con incisión perpendicular al borde en párpado superior, y horizontal en párpado inferior.

Es útil marcar el punto de drenaje con lápiz dermatográfico antes de la anestesia.



La infiltración de la lesión con 0,1 ml de solución, o pomada de dexametasona de 24 µg/ml puede ser aplicable.

**b) Tratamiento médico sistémico (en especial en niños)**

Antibioticoterapia por vía general, preferentemente cefalosporinas para evitar resistencia bacteriana, ya que por lo general el germen causal es *Staphylococcus*.

Dosis: cefalexina, 1 comprimido cada 8 horas; amoxicilina, 1 comprimido cada 8 horas; eritromicina 250 mg cada 6 horas.

Autovacunas si los orzuelos son recidivantes (raros).

**c) Tratamiento quirúrgico**

Se lo requiere con mayor frecuencia en orzuelos internos que en externos.

Se puede aplicar triamcinolona sub tarsal. Se incide con una aguja descartable sobre el punto, que tiende a drenar solo. Si el absceso está en la superficie y provoca mucho dolor, expresión mecánica; tener precaución en la expresión del orzuelo por el riesgo de diseminación local y general.

En el chalazión se realiza incisión y curetaje de todo el tejido granulomatoso y se inyectan de corticoides.

**10. Evolución**

De no tener buena evolución con tratamiento médico en tres semanas, efectuar tratamiento quirúrgico (la infección puede diseminarse de un ojo al otro por sí sola o por los dedos).

**11. Complicaciones**

Aparición de otro orzuelo.

Celulitis del párpado.

Celulitis orbitaria.

Trombosis del seno cavernoso.

**12. Criterios de alta**

Con desaparición de síntomas y signos.

**13. Controles**

A la semana del tratamiento.

**14. Secuelas**

Por lo general no deja secuelas, en algunos casos puede producir alteración del borde del párpado por retracción cicatricial.

**15. Prevención**

Una vez tratado el problema es importante realizar un cuidado-

so examen de la refracción y de los párpados; si se repiten, realizar exámenes complementarios o derivar para la evaluación clínica adecuada. En pacientes seborreicos se indica restricción de alimentos ricos en lípidos, lavado de los párpados y pestañas con jabón de Pervinox o champú para niños diluido.

### **16. Información a dar al paciente**

Es una enfermedad que tiene tendencia a la recidiva, por lo cual hay que mantener la higiene de los párpados, en especial los pacientes con blefaritis y rosácea.

### **17. Bibliografía**

- American Academy of Ophthalmology. *Fundamentals and principles of ophthalmology*. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2003.
- American Academy of ophthalmology. *Órbita, párpados y aparato lagrimal*. Barcelona: Elsevier, 2012 (Curso de ciencias básicas y clínicas; 2011-2012, sección 7).
- Berkow R, Talbott JH. *El manual Merck de diagnóstico y terapéutica*. 10a. ed. Barcelona: Océano, 1991.
- Cullom RD, Chang B. *The Wills eye manual*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 2016.
- Duke-Elder S. *System of ophthalmology*. St. Louis: C. V. Mosby, 1952.
- Harrison TR, Fauci AS. *Principios de medicina interna: compendio*. 14a. ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de España, 1998.
- Pavan-Langston D. *Manual de diagnóstico y terapéutica oculares*. 3a. ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.
- Roy FH, Fraunfelder FW, Fraunfelder FT. *Current ocular therapy*. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008.
- Scheick F, Leydecker W, Sampaolesi R. *Bases de la oftalmología*. 18a. ed. Buenos Aires: Panamericana, 1987.
- Weil D, Plotkin C, Aguilar A. *Órbita, párpados y aparato lagrimal*. Salta: Universidad Católica de Salta; Buenos Aires: Consejo Argentino de Oftalmología, 2007 (Maestría a distancia en oftalmología; 12).

# Ptoxis palpebral

## 1. Definición

Consiste en la caída del párpado superior por debajo de su posición normal; puede ser unilateral o bilateral, congénita (debido a la disgenesia del músculo elevador del párpado superior o a la inserción anómala de su aponeurosis en el párpado) o adquirida. Normalmente el párpado superior cubre 1/3 a 1/5 de la córnea.

## 2. Datos epidemiológicos

### *Congénitas*

Entre el 80% y el 90% son formas puras. De éstas un 75% son unilaterales y no hereditarias, 6% se asocian con blefarofimosis y 5% corresponde al síndrome de Marcus-Gunn.

### *Adquiridas*

Las causas pueden ser:

*Traumáticas:* el 20% de las ptoxis. Es la más común. Puede mejorar o resolver espontáneamente por lo que se observa al paciente durante 6 meses antes de plantear la cirugía.

*Neurogénicas:* surgen por una lesión que afecta la inervación del músculo de Muller o el músculo elevador del párpado superior. Ejemplo: parálisis del III par.

*Mecánicas:* cuando un trastorno o masa genera peso sobre el párpado y lo desplaza en sentido inferior. Ejemplo: edemas o tumores de párpado superior, malformaciones congénitas.

*Miogénicas:* miastenia gravis, distrofia oculofaríngea, distrofia miotónica, OEPC.

*Aponeurótica:* dehiscencia o estiramiento del tendón aponeurótico que conecta el músculo elevador con la placa tarsal. Forma más frecuente de todas las ptoxis (senil, posquirúrgica y usuarios de lentes de contacto).

## 3. Motivo de consulta

El paciente habitualmente consulta por la ptoxis *per se*.

Dificultad para la visión.

Tumores del párpado superior.

## 4. Antecedentes personales y heredofamiliares

### *Personales*

Traumatismos.

Tumores (síndrome de Claude Bernard-Horner).

Antecedentes de cirugía oftalmológica.

Miastenia gravis.

Esclerosis múltiple.

Distrofia miotónica.

Uso prolongado de corticoides tópicos.

Edad.

Arruga de cara y cuello.

Usuario de lentes de contacto.

### ***Heredofamiliares***

Antecedentes de ptosis congénita.

La ptosis congénita es de herencia autosómica dominante, más frecuentemente bilateral. Es rara y por lo general se asocia con otras anomalías del párpado como el epicanto.

## **5. Examen ocular general**

Descenso del párpado superior (unilateral o bilateral).

Formación de pliegues frontales (producido por el músculo frontal para elevar el párpado).

El paciente lleva la cabeza hacia atrás y así eleva el mentón (signo del astrónomo).

Puede encontrarse una desviación de ojo hacia abajo y afuera (por parálisis del III par).

Aniseiconía.

Buen descenso del párpado inferior en la mirada hacia abajo para descartar ptosis congénita o hipertiroidismo (signo de Bell).

Falta de pliegue de belleza (congénita).

### ***Exámenes oculares complementarios***

S Cover test para estrabismo.

S Sensibilidad corneal.

S Fatiga muscular.

S Lagofthalmos en la mirada hacia abajo, presente en la ptosis congénita.

S Prueba del hielo, en la miastenia el párpado se eleva.

## **6. Examen físico general**

EOB

### ***Exámenes complementarios generales***

Se realizan siempre S, la prioridad de cada estudio se basa en la sospecha diagnóstica.

S	Prueba de Tensilón (cloruro de edrofonio).
S	Determinación de anticuerpos antirreceptor de acetilcolina.
S	Examen de laboratorio de rutina: CEUGO (diabetes asociada a parálisis del III par).
S	Electromiograma de fibra única.
S	Radiografía o TAC de tórax (tumores, por ejemplo: Claude Bernard-Horner).
S	CVC, si es adquirido.
MR	TAC-para atrofia de la musculatura extrínseca (comparar con el otro ojo) y en traumatismos, así como en parálisis del III par.
S	Mediciones: AP (apertura palpebral) se mide en el punto más ancho entre el párpado superior e inferior.

- Valor normal 9-11 mm
- DMR (distancia margen reflejo)
- DMR 1 entre el margen del párpado superior y el reflejo luminoso corneal. Valor normal 4-5 mm.
- DMR 2 desde el reflejo corneal al margen del párpado inferior. Valor normal 5-6 mm.
- Posición del surco del párpado superior. Pliegue de la belleza.
- Varones 8-9 mm del borde libre de PS. Mujeres 9-11 mm del borde libre.
- FEPS (función elevador del párpado superior). Excursión del párpado superior desde mirada hacia abajo a la mirada hacia arriba con bloqueo de la acción del musculo frontal.

## 7. Criterios diagnósticos

Según mediciones realizadas en el examen físico.

## 8. Diagnóstico diferencial

Miastenia gravis.

Oftalmoplejía externa progresiva crónica.

Miositis orbitaria.

Síndrome de Lambert-Eaton.

- Miopatías infiltrantes:
  - Sarcoidosis.
  - Amiloidosis.
- Seudoftosis:
  - Traumatismos palpebrales.
  - Penfigoide cicatricial.

- Edema del párpado superior.
- Dermatocalasia.
- Microftalmía:
  - Enoftalmía.
  - Ptisis bulbi.
  - Retracción palpebral contralateral.

## 9. Tratamiento

### *Tratamiento médico local*

Como medida temporaria: tela adhesiva o anteojos especiales con apéndices que sostienen el párpado.

### *Tratamiento médico sistémico*

Piridostigmina, corticoides, citotóxicos, timentomía y plasmaféresis (miastenia gravis).

Según la causa se orientará el tratamiento sistémico correspondiente.

### *Tratamiento quirúrgico*

Avance de la aponeurosis del elevador al tarso.

Resección del elevador, operación de Blascovich.

La resección del músculo de Müller (técnica de Fasanella-Servat o mullerectomía)—no la del elevador del párpado— se realiza cuando al colocar una gota de fenilefrina 2,5% el párpado sube (síndrome de Horner).

Técnica suspensora o fijación del músculo frontal.

## 10. Evolución

Las formas congénitas no siguen evolucionando.

La evolución de las formas adquiridas es muy variable, dependiendo de la etiología u hora del día.

## 11. Complicaciones

Ambliopía en las ptosis congénitas, no corregida.

Astigmatismo adquirido.

Sobrecorrección quirúrgica (queratitis por exposición, dificultad en el cierre palpebral).

Deformación del contorno palpebral en la técnica suspensora.

Hipocorrección-hipercorrección posoperatorias.

## 12. Criterios de alta

Posquirúrgico: pupilas libres con estabilidad de la posición de los párpados por seis meses a un año.

No hay alta definitiva.

### **13. Controles**

Semestrales (posquirúrgicos).

### **14. Secuelas**

Ambliopía.

En caso de la ptosis congénita, falta de simetría bilateral perfecta (posquirúrgico).

### **15. Prevención**

No tiene.

### **16. Información a dar al paciente**

El tratamiento quirúrgico es la regla en la forma congénita y aponeurótica senil, cuando afecta el eje pupilar. En la traumática el tratamiento es quirúrgico si no se resuelve en 6 meses.

La corrección estética no siempre es perfecta; puede haber diferencia en la abertura palpebral.

### **17. Bibliografía**

- Albert DM, Jakobiec FA. *Principles and practice of ophthalmology*. Philadelphia: Saunders, 2008.
- American Academy of Ophthalmology. *Fundamentals and principles of ophthalmology*. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2014-2015.
- American Academy of ophthalmology. *Orbita, párpados y aparato lagrimal*. Barcelona: Elsevier, 2012 (Curso de ciencias básicas y clínicas; 2011-2012, sección 7).
- Hospital for Sick Children (Toronto). *The eye in childhood*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1967.
- Nerad JA. *Cirugía oculoplástica: los requisitos en oftalmología*. Madrid: Elsevier Science, 2001.
- Roy FH, Fraunfelder FW, Fraunfelder FT. *Current ocular therapy*. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008.
- Scheick F, Leydhecker W, Sampaolesi R. *Bases de la oftalmología*. 18a. ed. Buenos Aires: Panamericana, 1987.
- Scheie HG, Albert DM. *Oftalmología de Adler*. Buenos Aires: Interamericana, 1972.
- Tosi B. *Manual de oftalmología*. Buenos Aires: Inter-Médica, 1980.
- Weil D, Plotkin C, Aguilar A. *Órbita, párpados y aparato lagrimal*. Salta: Universidad Católica de Salta; Buenos Aires: Consejo Argentino de Oftalmología, 2007 (Maestría a distancia en oftalmología; 12).