

# CONCEPTOS ACTUALES EN OJO SECO

El ojo seco es una enfermedad frecuente que afecta gran parte de la población y puede ser responsable de molestias y disminución de la agudeza visual. Su prevalencia va de 5 a 50% a nivel mundial.

En el año 2017, se realiza consenso denominado DEWS de la Sociedad de la Película Lagrimal y Superficie Ocular donde se define como una enfermedad multifactorial de la superficie ocular caracterizada como una pérdida de la homeostasis de la película lagrimal, acompañada por síntomas oculares, en las que la inestabilidad e hiperosmolaridad de la lágrima, la inflamación y el daño de la superficie ocular, y anomalías neurosensoriales juegan un papel etiológico.

En primer lugar, se habla de la superficie ocular como una unidad única, formada por el epitelio conjuntival, el epitelio corneal, las glándulas lagrimales accesorias, las glándulas de meibomio (presentes en los párpados y responsables de la producción de la capa externa lipídica de la película lagrimal), la glándula lagrimal primaria y la inervación que existe entre ellas.

Fisiopatológicamente, cuando hay una agresión o noxa, que puede ser de origen ambiental, infeccioso, endógeno o genético, se produce una respuesta inflamatoria mediada por citoquinas y metaloproteinasas que inducen la proliferación de linfocitos que a su vez, infiltran la superficie ocular y la glándula lagrimal principal, resulta así una exacerbación del proceso inflamatorio y daño de la superficie ocular, que a su vez potencia la respuesta inflamatoria que origina un círculo vicioso.

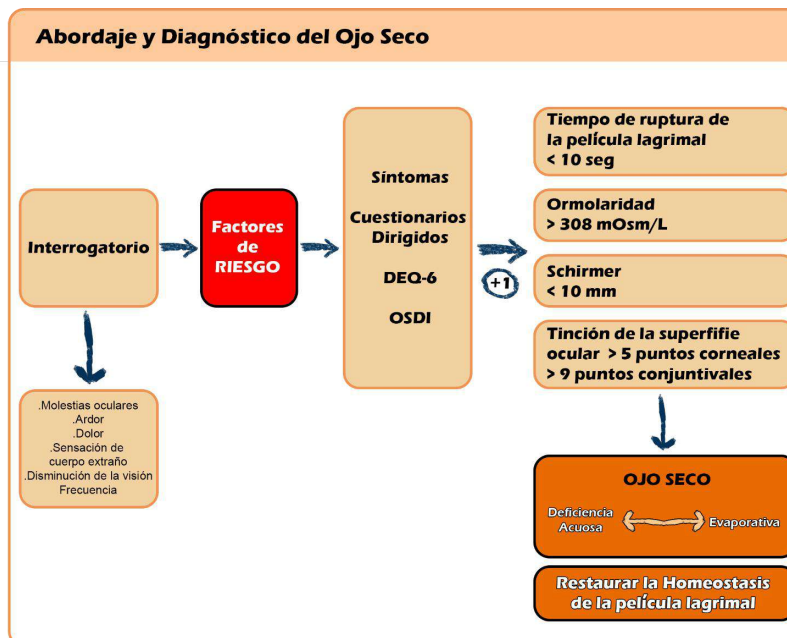
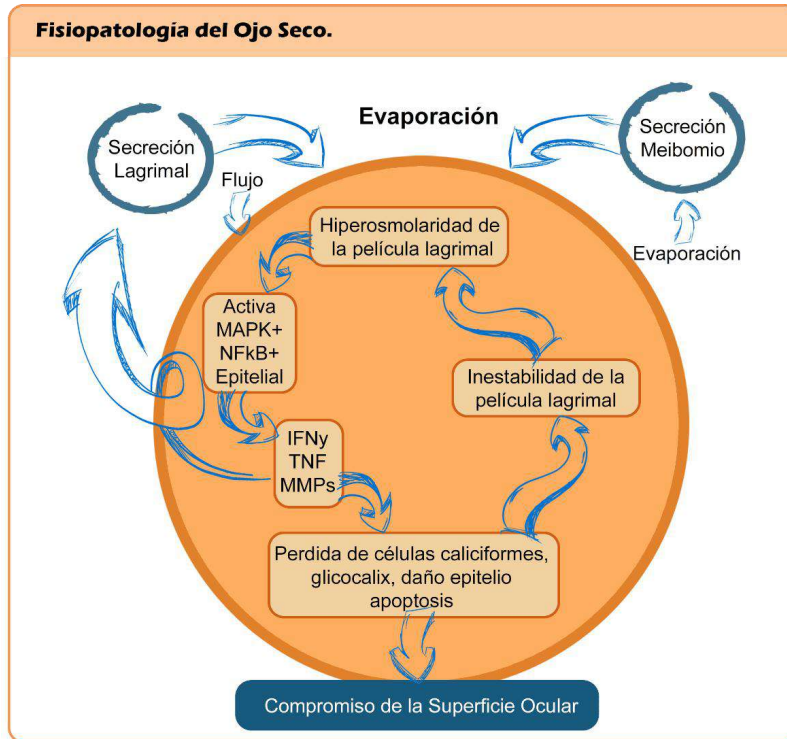
Entre los factores de riesgo claramente evidenciados, podemos mencionar la edad, el sexo femenino, terapia estrogénica postmenopáusicas, antihistamínicos, enfermedades del colágeno, cirugía refractiva, deficiencia de la vitamina A. La diabetes mellitus y quimioterapia sistémica están entre los de moderada evidencia.

Las manifestaciones clínicas incluyen síntomas subjetivos inespecíficos como irritación, ardor, sensación de cuerpo extraño, escozor y fotofobia que incluso pueden afectar la calidad de vida del paciente limitándolo, tanto a nivel personal como laboral en actividades que requieran mayor atención como la lectura, manejo, uso de computadora. En el examen oftalmológico se observa: disminución del menisco lagrimal, congestión conjuntival localizada principalmente en el área de la apertura palpebral, pliegues conjuntivales temporales y queratitis puntata que pueden progresar hasta producir cicatrización y queratinización de la superficie ocular en los grados más severos.

El diagnóstico es netamente clínico y debe constar de la presencia de los síntomas más un criterio clínico adicional. Se debe hacer el diagnóstico diferencial de otras afecciones de la superficie ocular como alergias y procesos inflamatorios oculares infecciosos o inflamatorios para poder instaurar el tratamiento apropiado.

La historia del paciente es primordial, se pueden emplear cuestionarios orientados. Los más comunes son el OSDI y el DEQ-6, debe hacerse énfasis en los síntomas de esta enfermedad y su repercusión en la calidad de vida. El tiempo de ruptura de la película lagrimal con fluoresceína, la tinción de la superficie ocular con verde lisamina, la prueba de Schirmer basal y el examen clínico del reborde palpebral y glándulas de Meibomio con expresión de su secreción. Es importante, evaluar el mecanismo de parpadeo así como la frecuencia del mismo. Se puede recurrir a pruebas más sofisticadas que persiguen medir la osmolaridad. El tratamiento del ojo seco, se determina de acuerdo a la severidad del mismo. En los casos leves, figura 4, se realizan modificaciones en el medio local, posibles cambios dietéticos con suplementos de ácidos, identificación y modificaciones de medicamentos tópicos o sistémicos, lubricantes oculares tópicos, higiene palpebral y compresas tibias.

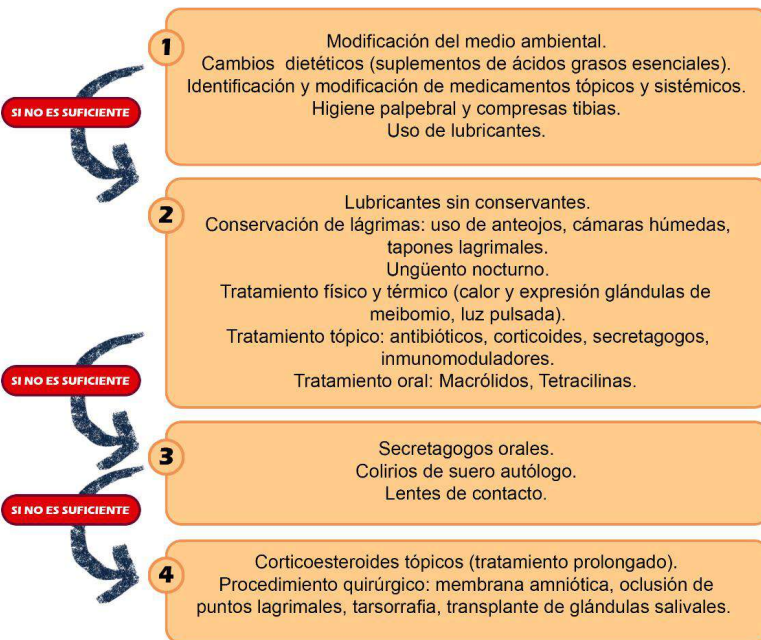
En casos moderados, donde la terapia anterior no es suficiente, se indica lubricantes sin conservantes, colocación de tapones lagrimales, uso de lentes protectores, cámaras húmedas, tratamientos tópicos con antibióticos y corticoesteroides por períodos cortos. De no alcanzar el control del cuadro clínico, podemos emplear secretagogos orales, uso de colirios de suero autólogo, lentes de contacto terapéuticos. De persistir los síntomas, pudiese instaurarse tratamiento prolongado con corticoesteroides, injertos de membrana amniótica, oclusión de puntos lagrimales y otras cirugías como tarsorrafia, trasplante de glándulas salivales.



### Prueba de Schirmer basal



### Tratamiento en Fases del Ojo Seco



### Referencias

1- Stapleton F, Alves M, Bunya VY, Jalbert I, Lekhanont K, Malet F, Na KS, Schaumberg D, Uchino M, Vehof J, Viso E, Vitale S, Jones L. TFOS DEWS II Epidemiology Report. Ocul Surf. 2017 Jul;15(3):334-365. doi: 10.1016/j.jtos.2017.05.003. Epub 2017 Jul 20. PMID: 28736337.

2- Craig JP, Nichols KK, Akpek EK, Caffery B, Dua HS, Joo CK, Liu Z, Nelson JD, Nichols JJ, Tsubota K, Stapleton F. TFOS DEWS II Definition and Classification Report. Ocul Surf. 2017 Jul;15(3):276-283. doi: 10.1016/j.jtos.2017.05.008. Epub 2017 Jul 20. PMID: 28736335.

3- Uchino, M., & Schaumberg, D. A. (2013). Dry Eye Disease: Impact on Quality of Life and Vision. Current ophthalmology reports, 1(2), 51–57. <https://doi.org/10.1007/s40135-013-0009-1>

4- Rico JG, Hernandez IU, Jaramillo OI, Prieto LM. Fiabilidad y validez del cuestionario OSDI (Ocular Disease Surface Index) en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Ojo Seco en el Hospital Simón Bolívar, Colombia. Revista Sociedad Colombiana de Oftalmología. 2018 Apr 12;48(3):262-77.

5- Wolffsohn JS, Arita R, Chalmers R, Djalilian A, Dogru M, Dumbleton K, Gupta PK, Karpecki P, Lazreg S, Pult H, Sullivan BD, Tomlinson A, Tong L, Villani E, Yoon KC, Jones L, Craig JP. TFOS DEWS II Diagnostic Methodology report. Ocul Surf. 2017 Jul;15(3):539-574. doi: 10.1016/j.jtos.2017.05.001. Epub 2017 Jul 20. PMID: 28736342.

6- López JD, del Castillo JM, Pérez CF, Sánchez JG. Validación cuestionario para diagnóstico de ojo seco. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. 2002;77(9):493-500.

7- Jones L, Downie LE, Korb D, Benitez-Del-Castillo JM, Dana R, Deng SX, Dong PN, Geerling G, Hida RY, Liu Y, Seo KY, Tauber J, Wakamatsu TH, Xu J, Wolffsohn JS, Craig JP. TFOS DEWS II Management and Therapy Report. Ocul Surf. 2017 Jul;15(3):575-628. doi: 10.1016/j.jtos.2017.05.006. Epub 2017 Jul 20. PMID: 28736343.

## Autor

---

### Dr. Oscar V. Beaujon Balbi

-Médico Cirujano egresado de la Universidad Central de Venezuela.

-Especialista en Oftalmología del Hospital Francisco A. Rísquez

-Sub especialista en Glaucoma, Bascom Palmer Eye Institute, University of Miami, USA

-Sub especialista en Córnea y Cirugía Refractiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

-Instructor de la Cátedra de Anatomía, Escuela de Bioanálisis de la Universidad Central de Venezuela

E-MAIL: [obeaujon@gmail.com](mailto:obeaujon@gmail.com)

---

**Lagrioftol®**  
Las lágrimas artificiales de Pharmetique

**NUEVO**

**Línea Oftálmica**

Porque creemos en tu visión, incursionamos en soluciones oftalmológicas.

**Pharmetique**  
LABS  
@pharmetiquelabs.ve

Este material ha sido revisado y aprobado por el Farmacéutico Patrocinante y el Director Médico de Pharmetique Labs. C.A. RIF J-00015493-7