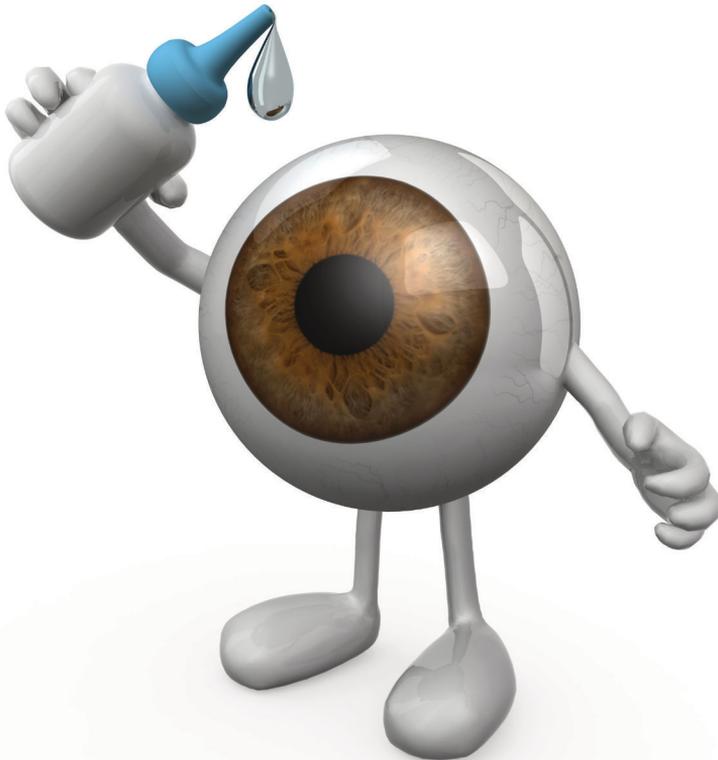


Ojo Seco

Información y consejos
para el paciente



“Las lágrimas son la sangre del alma”.
San Agustín

*Realizado por el
Dr. Francesco Moroli
en colaboración con:*



Badajoz

Diciembre 2019

Introducción:

El síndrome del ojo seco es uno de los más ignorados e infravalorados de la sociedad moderna. En Estados Unidos hasta un 48% de la población sufre algún grado de ojo seco y en España se habla de un 25%. Casi ignorado por los profesionales y las instituciones, el síndrome del ojo seco es un problema de salud importante que limita las actividades sociales y laborales del paciente, además de representar un coste para el mismo.

En la actualidad, pocos centros públicos tienen equipamiento y formación para atender esta patología y en muchas ocasiones no se le puede dedicar el tiempo necesario.

En el 2019 nace *Clinise* (clínicas ojo seco y blefaritis) con el objetivo de crear una red de oftalmólogos especializados en ojo seco que ofrecen un diagnóstico completo y un tratamiento específico para esta patología.

Historia del ojo seco

El primer oftalmólogo que habló de “queratoconjuntivitis seca” fue el sueco Henrik Sjogren, que estudió la asociación entre xeroftalmía, xerostomía y dolores articulares, principalmente en mujeres. Publicó una tesis en 1933 donde se describía el síndrome que sucesivamente llevó su nombre.

En 1950 Andrew de Roethth hablaba por primera vez de “ojo seco” (dry eye), pero solo en 1995 la comisión internacional del National Eye Institute describió el Síndrome del ojo seco como un conjunto de alteraciones de la película lagrimal.

En 2017 la TFOS (Tear Film & Ocular surface Society) publicaba la última actualización de la definición de ojo seco:

“El ojo seco es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular, que se caracteriza por una pérdida de la homeostasis de la película lagrimal y que va acompañada de síntomas oculares, en la que la inestabilidad e hiperosmolaridad de la superficie ocular, la inflamación y daño de la superficie ocular, y las anomalías neurosensoriales desempeñan papeles etiológicos.”

Ojo seco: este gran desconocido

Cuando hablamos de ojo seco, hablamos también de conjuntivitis no infecciosas, de lagrimeo, de visión borrosa, de sensación de arenilla, de dolor ocular. Hablamos de una patología crónica que no tiene cura definitiva y que muchas veces necesita de pasos intermedios antes de llegar a un diagnóstico completo y un tratamiento equilibrado que pueda aliviar los síntomas del paciente.

En primer lugar hay que explicar que existen diferentes tipos de ojos secos y cada uno tiene unas características especiales. No vale con hablar de ojo seco y nada más. Debemos ponerle un apellido para poder tratarlo correctamente.

Así, hablaremos de ojo seco evaporativo, ojo seco hiperosmolar, acueodeficiente, neurotrófico, neuropático, secundario a blefaritis, por pantallas, iatrogénico, etc.

De la misma forma no demos hablar de lágrimas artificiales de forma genérica. Dos lagrimas artificiales aparentemente con el mismo componente, como por ejemplo el ácido hialurónico, pueden diferenciarse por el peso molecular o la concentración de hialuronato usado.

La superficie ocular está protegida por la película lagrimal. Ésta se compone de una capa lipídica, una acuosa y otra mucosa. Estas capas varían en cantidad y calidad según el estado general del paciente y su alimentación, según el ambiente y la contaminación del aire. La sociedad moderna vive una alta tasa de contaminación ambiental y pasa horas en sitios con aire acondicionado con baja humedad, aumentando la prevalencia del síndrome de ojo seco.

La mayoría de los especialistas en salud ocular van recomendando lágrimas artificiales sin un criterio claro, saltando de una a otra esperando encontrar alguna que alivie los síntomas del paciente. Y cuando no encuentran una solución y ni los corticoides sirven, pasan al suero autólogo que todo lo cura como si del santo grial se tratara. El resultado es un paciente desconfiado que salta de un oftalmólogo a otro buscando una posible solución a su problema.

Signos y síntomas principales

Los primeros síntomas suelen ser:

- Escozor y picor ligados al cambio de la osmolaridad de la película lagrimal.
- Lagrimeo frecuente desencadenado por el viento, cambios de temperatura y humedad, humo y contaminación.
- Necesidad de frotarse los ojos.
- Dificultad para abrir los ojos por la mañana.
- Presencia de filamentos y secreciones.

Cuando el síndrome empeora aparecen:

- Sensación de cuerpo extraño.
- Fotofobia y sensibilidad a la luz .
- Dolor.
- Mala visión.



El cansancio ocular, la sensación de arenilla y la visión borrosa son los síntomas más frecuentes en el síndrome del ojo seco.

El dolor ocular es un signo de gravedad y necesita valoración especializada.



Costes sociales del ojo seco

Una patología con una prevalencia que puede superar el 25% de la población preocupa también por los costes sociales y sanitarios. Muchos puestos de trabajo son de oficina, sentados delante de una pantalla. Sea un periodista o un empleado de un banco, puede estar fijando durante horas la pantalla con una reducción del parpadeo involuntaria. Según pasan las horas, la visión va empeorando, pican los ojos, debe cerrarlos y puede terminar el día con cefaleas. Con el paso del tiempo, estos síntomas hacen que trabajar sea menos productivo y las pérdidas se suman a los costes del tratamiento.



El viento, el tabaco y la contaminación empeoran significativamente el ojo seco.



Se estima que los costes directos e indirectos del síndrome del ojo seco pueden superar los 1100€ al año.



La fruta fresca, los frutos secos y el pescado azul mejoran la calidad de las lágrimas y ayudan a mejorar los síntomas del ojo seco.

Consejos útiles para los pacientes con ojo seco

Con pequeños cambios en nuestra rutina podemos aliviar y mejorar los síntomas del ojo seco:

- Evitar exposición directa al aire acondicionado o lugares con mucho viento.
- Evitar ambientes con baja humedad.
- Airear frecuentemente la casa o el lugar de trabajo .
- Reducir o eliminar la exposición al humo de tabaco.
- Evitar el uso de cremas irritantes u otros productos en la zona periocular.
- Reducir al máximo el uso de lentes de contacto.
- Higiene frecuente de la zona periocular.
- Uso de gafas de sol con filtros UVA-UVB.
- Alimentación rica en vitaminas A, B3-B6-B12 omega 3 y omega 6 (pescado azul, atún, salmón, caballa, nueces y frutos secos, fruta y legumbres, kiwi, cítricos)
- Suspender fármacos relacionados con ojo seco cuando posible.
- Usar frecuentemente lágrimas artificiales específicas para su ojo seco y evitar absolutamente suero fisiológico o lavados frecuentes que empeorarían la calidad de su lágrima.
- Valorar tratamientos perioculares en centros especializados.

Cuando el ojo se seca

Para hablar de ojo seco debemos explicar primero de qué está formada la película lagrimal y cuales son las glándulas que producen cada componente.

La película lagrimal se constituye de tres capas:

- Una externa lipídica producida por las glándulas accesorias palpebrales. Es una capa muy fina, unos 100 nanómetros, y se compone principalmente de ácidos grasos y colesterol. Retrasa la evaporación de la capa acuosa, lubrica los párpados y mantiene las lágrimas sobre el borde palpebral.

- Una intermedia acuosa producida en la glándula lagrimal principal. Es la capa más gruesa (unas 7 micras), sirve para lubricar el intero globo y para transportar oxígeno al epitelio corneal. Tiene actividad antibacteriana y “lava” la superficie ocular.

- Una interna de 1-2 micras de mucina. Es una capa altamente hidrófila producida por células de la conjuntiva y sirve para que la capa acuosa se adhiera sin resbalar sobre la superficie ocular además de tener funciones antibacterianas y mecánicas.

Cada 16 minutos se renueva totalmente la película lagrimal. Para una buena visión necesitamos una composición exacta de la película lagrimal, una distribución uniforme y un parpadeo regular. Es importante que todo funcione perfectamente para mantener una imagen nítida y precisa.

Las lágrimas naturales se componen de 3 capas: mucosa, acuosa y lipídica. La alteración o la reducción de cada capa produce un ojo seco con características diferentes.



Como decíamos antes, el síndrome del ojo seco es una enfermedad multifactorial. En el desarrollo del mismo influyen factores intrínsecos al propio paciente cuales enfermedades autoinmunes, cambios hormonales, patologías de la piel tipo rosácea, el sexo y el envejecimiento. Pero también influyen factores extrínsecos como:

- **Ambiente y contaminación:** la escasa humedad ambiental típica de oficinas o tiendas con aire acondicionado/calefacción empeoran los síntomas, al igual que la contaminación de vehículos con motor a hidrocarburos que emiten monóxido de carbono y otros derivados que pueden irritar las mucosas. Entre las partículas libres en el aire, no podemos olvidar el PM10, entre las más peligrosas y responsable de irritación ocular. Como es fácil entender, los pacientes que viven en grandes ciudades sufren más irritación ocular por contaminación.

- **Rayos UVA-UVB:** Las zonas de alta montaña, con mayor presencia de radiaciones ultravioletas, presentan una incidencia mayor de sequedad ocular.

- **Frío y viento seco:** el frío hace que el componente lipídico de la película lagrimal sea más espeso y que se distribuya peor aumentando así la evaporación.

- **Sol:** el calor y los rayos ultravioletas aumentan la evaporación directamente. Por esta razón, muchos pacientes notan alivio con gafas de sol.

- **Estilo de vida:** el uso de lentes de contacto o el trabajo continuado con pantallas alteran la película lagrimal y la superficie ocular además de provocar un parpadeo insuficiente. En particular las lentes de contacto, sean blandas o sean rígidas, si se usan en exceso absorben la lágrima y reducen la correcta oxigenación de los tejidos.

- **Fármacos:** muchos se han relacionado con el ojo seco con diferentes hipótesis y algunos se han demostrado en estudios científicos. Un ejemplo son los antidepresivos, antihistamínicos orales, ansiolíticos, anticonceptivos, diuréticos, beta-bloqueantes, metotrexato, ciclofosfamida, aziatropina y para el tiroides.

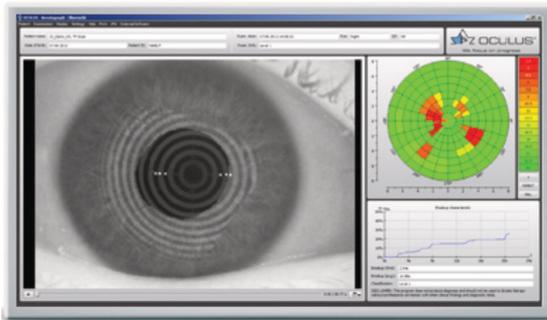
- **Cirugía ocular:** todas las cirugías que alteran la superficie ocular provocan síntomas de ojo seco, la mayoría de las veces transitorios. En ocasiones, los síntomas perduran y pueden ser la causa de mala visión y dolor ocular.

Cómo se analizan la superficie ocular y las lágrimas

Desgraciadamente, la mayoría de los pacientes no acuden a un oftalmólogo especializado en ojo seco o si lo hacen ya es muy tarde. En muchas ocasiones ni van al oftalmólogo, quedándose con la opinión del médico de familia o del óptico con las consecuencias irreversibles que ya conocemos.

En centros especializados disponemos de una tecnología muy sofisticada para el estudio del ojo seco que puede aportar mucha información siendo muy útil para personalizar el tratamiento.

Un ojo seco incipiente o en su fase preclínica es una contraindicación para cirugías refractivas o con lentes intraoculares para presbicia ya que puede empeorar a ojo seco sintomático con fracaso de la cirugía por mala visión. Un estudio completo y un tratamiento preventivo son un paso previo necesario antes de someterse a dichas cirugías.



Disponer de un buen equipo de diagnóstico es fundamental para entender la patología y para explicarla fácilmente al paciente.

Meniscometría

El menisco lagrimal es el reservorio de lágrimas que apoyan sobre el borde palpebral e indica indirectamente la calidad de las lágrimas. Se mide su altura y su volumen.

Meibografía

Las glándulas de Meibomio son las encargadas de producir el componente lipídico de la película lagrimal. Si hay alteraciones, sufrimiento o atrofia de las glándulas, la calidad de las lágrimas empeora.

Interferometría

Es el estudio de la superficie de la película lagrimal. Nos ayuda a entender la calidad de la malla lipídica que protege de la evaporación natural del componente acuoso

Tiempo de rotura lagrimal

Dicho con palabras simples, es el tiempo que aguanta la lágrima sobre la superficie ocular sin alteraciones y con una distribución homogénea. Hay diferentes formas de medirlo, el método no invasivo es el más fiable.

Test de osmolaridad

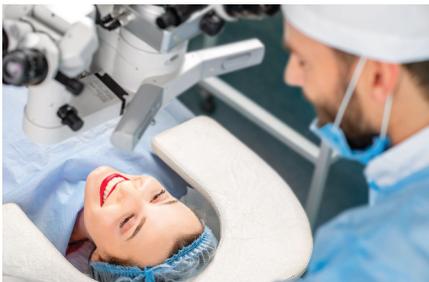
Se analiza una pequeña cantidad de lágrima y se analiza su osmolaridad. Normalmente es inferior a 310.

Test de inflamación

Es un pequeño test que detecta moléculas inflamatorias en la película lagrimal.

Test de Schirmer

Es una prueba altamente específica para ojos secos hipoproductivos. Se efectúa con una tira de papel de 5 mm de ancho en conjuntiva bulbar inferotemporal y con los ojos cerrados. La prueba dura 5 minutos.



Es importantísimo estudiar y descartar el síndrome de ojo seco antes de someterse a cualquier cirugía ocular, sobre todo las refractivas y de cataratas.



El ojo seco se cura?

Durante años el síndrome de ojo seco ha sido infravalorado y “mal tratado” por médicos y oftalmólogos. Se veía como una patología crónica sin remedio farmacológico.

Pero gracias a la investigación y al avance de la tecnología, hoy en día somos capaces de diagnosticar correctamente el ojo seco con dispositivos extremadamente precisos que analizan la superficie ocular y las lágrimas del paciente. Además, disponemos de un abanico importante de lágrimas artificiales con características muy variadas, prácticamente para cada tipo de ojo seco. Conocemos los beneficios del suero autólogo y de la ciclosporina diluida, de los antibióticos con poder antiinflamatorio y de los concentrados de plaquetas. Descubrimos la fisiología de las glándulas lagrimales y sabemos cómo activarlas con masaje, calor, luz y estimulación eléctrica.

Lágrimas artificiales

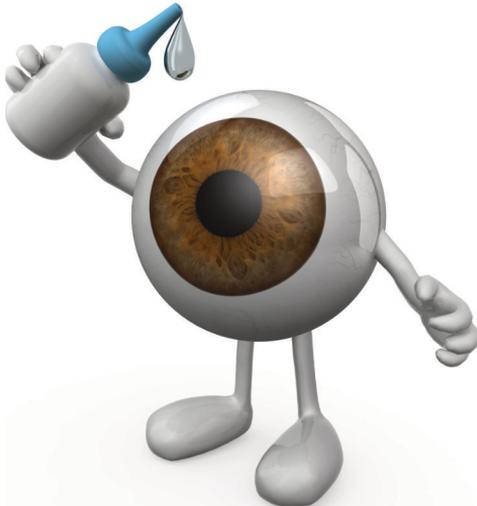
Antes de hablar de lágrimas artificiales hay que aclarar algo que frecuentemente me encuentro en las consultas y, en ocasiones, hasta recomendado por oftalmólogos.

El mayor error que cometen los pacientes es considerar el suero fisiológico un sustituto lagrimal. Además de sus efectos extremadamente cortos en el tiempo, es perjudicial porque lava el componente lipídico y las glicoproteínas presentes en la película lagrimal.

Aclarado esto, hablamos del punto clave: el principio activo. Que una lágrima artificial tenga ácido hialurónico no significa que sea la mejor y si dos preparados llevan ácido hialurónico no significa que sean iguales. La concentración y el peso molecular del hialurónico usado influye mucho a la hora de retener el agua y de proteger la superficie ocular, además de ser mejor o peor tolerado. **En definitiva, no basta con tener ácido hialurónico.** Se necesita más información.

Existen lágrimas con lípidos, osmoprotectores, aminoácidos, vitaminas ... y todas difieren por algo.

En el mercado hay decenas de lágrimas artificiales con precios muy diferentes y presentaciones distintas. Su oftalmólogo especialista en ojo seco puede aconsejarle las que suelen aliviar cada tipo de ojo seco.



*Aparentemente
todas las lágrimas
artificiales son
parecidas. La
realidad es que no
hay dos iguales.*

SUERO AUTÓLOGO

Es un extracto de la propia sangre del paciente. Se administra en forma de gotas y está especialmente indicado cuando la superficie ocular está dañada.



Calor y masaje

Existen tratamientos muy eficaces para ojo seco con disfunción de glándulas de Meibomio leve o moderada que aplican calor y a la vez dan masajes al borde palpebral. Si están bien indicados, son muy eficaces.

*Cuidado con las
pieles oscuras,
algunos
tratamientos láser
pueden dejar
marcas!*

*El calor mejora la
función de las
glándulas de Meibomio.*

Laser IPL

Es un láser ampliamente usado en estética facial y gracias al calor y a la estimulación fotolumínica se estimula el metabolismo de los tejidos perioculares mejorando significativamente ojos secos evaporativos y blefaritis anteriores por demodex. No se aconseja su uso en pacientes con pieles oscuras o con lunares sin usar protección previa.



Estimulación QMR

Es lo más novedoso en el tratamiento del ojo seco. Su principio se basa en una estimulación eléctrica local que el paciente nota como calor profundo en los tejidos perioculares. La misma tecnología se usa en enfermería para curar úlceras, en fisioterapia, en medicina estética y en tratamiento del dolor. En los estudios publicados hay una mejoría significativa de la sintomatología con resultados duraderos. Está indicado para disfunción de glándulas de Meibomio y ojo seco evaporativo, aunque ha demostrado cierta eficacia también en ojos secos acueodeficientes o hipoproductivos.

El tratamiento QMR

Rexon-Eye es completamente seguro y ha demostrado ser útil para los dos principales tipos de ojo seco: evaporativo y acueodeficiente.





www.clinise.com



Dr. Francesco Moroli

Hospital Parque Vegas Altas

Avda de Madrid, 12 06400 Don Benito

Cita Previa telf: 924-805050