

TRATAMIENTO DEL SINDROME DE OJO SECO. OPCION TERAPEUTICA.

Dra. María Magdalena Olivé González¹, Dra. Mayda Armas López¹, Dra. Tania Fonseca Borges².

RESUMEN

Se realizó un estudio en el Servicio de Oftalmología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la provincia de Guantánamo, con el objetivo de valorar el uso del aceite de oliva como una opción terapéutica en el tratamiento del síndrome de ojo seco. Se seleccionaron dos grupos de trabajo, uno control y otro estudio. Al control se le aplicó tratamiento convencional local con lágrimas artificiales y cianocobalamina, y al grupo estudio con aceite de oliva; ambos recibieron vitaminas por vía oral. Se evidenciaron resultados altamente alentadores con el uso del aceite de oliva. Se muestran consideraciones finales.

Palabras clave: OFTALMOPATIAS/terapia/ ACEITES VEGETALES/uso terapéutico; MEDICINA ALTERNATIVA.

INTRODUCCION

El ojo seco se ha descrito como aquel en el cual la película lagrimal se vuelve inestable por diferentes causas, y sus principales síntomas son: sensación de sequedad ocular, fotofobia o molestia a la luz, sensación de arenilla y pesadez palpebral. Esta película lagrimal, crónicamente inestable, se desintegra de manera repetida en puntos negros entre uno y otro parpadeo, de manera que los epitelios corneal y conjuntival quedan expuestos a la evaporación.¹

Esta inestabilidad de la película lagrimal puede ser resultado de: ²

¹ *Especialista de I Grado en Oftalmología.*

² *Residente de Segundo Año de Oftalmología.*

- Deficiencia de lágrimas, como en el síndrome de Sjogren.
- Deficiencia de moco conjuntival producido por las células caliciformes de la conjuntiva, como en el síndrome de Stevens-Johnson, penfigoide ocular e hipovitaminosis.
- En pacientes con alteraciones de la superficie corneal, ya que las irregularidades producen falta de humedecimiento.
- Reextensión insuficiente de la película de lagrimas en la superficie corneal por el parpadeo, como ocurre en el hipotiroidismo y en la parálisis facial.

El tratamiento del ojo seco se sustenta en la instilación frecuente de colirios vitamínicos, lagrimas artificiales, sobre todo aquellos que brindan una película oleosa, o en el uso de compresas tibias para estimular las glándulas de Meibomio, ungüentos oftálmicos y sustancias puramente oleosas, para disminuir la evaporación de las lágrimas. El uso de lentes terapéuticos es aún controvertido.²⁻⁴

La alta incidencia de pacientes que acuden a la consulta de oftalmología, aquejados de resequeidad ocular, nos motivó a realizar el presente trabajo .

METODO

Se realiza un estudio en el Servicio de Oftalmología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia de Guantánamo, con el objetivo de valorar el uso del aceite de oliva como una opción terapéutica en el tratamiento del síndrome de ojo seco.

El universo de estudio estuvo constituido por dos grupos: uno control y uno estudio, formado por 14 pacientes para cada grupo, procedentes de la consulta de córnea.

A ambos grupos se les realizó examen oftalmológico completo, con énfasis en la biomicroscopia. Se les realizó, además, la prueba de Schirmer y de rompimiento de la película lagrimal. Al grupo control se le aplicó tratamiento con cianocobalamina y lágrimas artificiales; los pacientes del grupo estudio fueron tratados solamente con aceite de oliva por vía tópica, de la que se aplicó una gota en cada ojo al acostarse. Los dos grupos recibieron aporte vitamínico por vía oral. A los seis meses se les realizaron nuevamente las pruebas anteriores y se valoraron los resultados.

DISCUSION

El síndrome de "ojo seco" se refiere a un grupo de enfermedades crónicas con síntomas característicos, que son el resultado de una película lagrimal y una superficie del ojo anormales. La causa de esta enfermedad no está definida; su diagnóstico preciso ayuda al oftalmólogo para llevar a cabo estrategias para su tratamiento; éste puede ser desafiante, frustrante, y generalmente, sin una cura definitiva; la mayoría de los pacientes pueden mejorar.⁵

En este estudio predominaron las mujeres: 13 (92,8 %); sólo se registró un hombre (7,1%). (Tabla 1). No encontramos en la literatura revisada ningún informe acerca del sexo, aunque se conoce que la mujer en edad menopáusica puede desarrollar este trastorno con o sin manifestaciones de tipo articular; no obstante, debemos señalar que los pacientes de este grupo tenían diagnosticado un síndrome de Sjogren⁵⁻⁷, el cual se caracteriza por la disminución de la producción de lágrimas, lo que lleva a resequeidad ocular con síntomas como irritación ocular crónica, sensación de ojo seco, y, al examen oftalmológico, la presencia de erosiones epiteliales corneales, filamentos y desecación de la conjuntiva, así como secreciones matinales.⁵⁻⁹

Se describe que las atmósferas viciadas con humo de queroseno, leña, carbón, pueden acentuar los síntomas en el síndrome de ojo seco, lo cual relacionamos con el predominio, aunque ligero, de las amas de casa, pues en su labor hogareña diaria están más expuestas a estos factores.

La dificultad a la apertura palpebral al levantarse fue el síntoma que refirió el total de pacientes estudiados: 14 (100%), lo cual coincide con la literatura revisada, que plantea que esto puede estar relacionado con la disminución de la producción de lágrimas durante el sueño^{5,10,11}, aunque otros autores refieren pesadez palpebral en horas de la tarde y al esfuerzo visual.^{12,13} Otro síntoma que refirieron nuestros pacientes fue el dolor ocular: 11 (78,5%). Diez pacientes manifestaron resequeidad ocular y pesadez palpebral (71,4%), 9 presentaron sensación de arenilla o cuerpo extraño, que representan el 64,2 % (Tabla 2).

El examen biomicroscópico de los 14 pacientes mostró punteado epitelial fino que tiñe a la fluoresceína lo que permite realizar el diagnóstico de defectos epiteliales ocasionados por la resequeidad ocular.

Normalmente, la glándula lagrimal secreta la cantidad suficiente para humedecer el globo ocular y puede medirse mediante la prueba de Schirmer, empleando tiras de papel de filtro; cuando el lagrimeo es normal, se humedecen de 10 a 15 mm del papel en cinco minutos.

Nuestros resultados reflejan alteración en el total de pacientes estudiados. Al realizarse la prueba de rompimiento de la película lagrimal, también se encontró alterada, ya que el tiempo de rompimiento fue menor de 3 segundos.

En el tratamiento de esta entidad, lo más importante es mejorar las molestias y conservar la visión.

El tratamiento principal para el ojo seco es el reemplazo a la producción insuficiente de lágrimas con suplementos artificiales. Existe comercialmente una gran variedad de lágrimas artificiales y otros productos que contienen diferentes tipos de electrólitos, principalmente cloruro de sodio en solución isotónica.

Algunas de las preparaciones son más viscosas que otras, y se piensa que actúan como un depósito que cubre la película lagrimal para un período prolongado de tiempo, con lo que se reduce notablemente la evaporación de la película lagrimal; por tanto, se recomienda el uso de lubricantes sin preservo, fundamentalmente por el número significativo de reacciones tóxicas o alérgicas a los mismos.

Nuestra experiencia en la serie de pacientes estudiados con el uso de aceite de oliva, aplicando una gota en cada ojo antes de dormir, reportó mejoría sustancial, tanto subjetiva como objetivamente. Los estudios realizados seis meses después de iniciado el tratamiento (Schirmer y rompimiento de las lágrimas) mostraron mejoría en más del 60 % del grupo estudio; sólo en 3 pacientes quedó sensación de arenilla y en 2 una ligera dificultad para abrir los párpados (Tabla 3).

Consideramos que esta mejoría con el uso del aceite de oliva se debe a que actúa como lubricante, retardando la evaporación de las lágrimas, y a que en su composición se halla libre de preservo.

En el grupo control, también constituido por 14 pacientes, se trataron con terapia tradicional de reemplazo de lágrima; la respuesta terapéutica quedó por debajo del grupo estudio, ya que más del 75 % de los pacientes no mostraron ningún tipo de mejoría en el mismo período de tiempo que el grupo estudio.

CONSIDERACIONES FINALES

El síndrome de ojo seco es una causa sumamente común de envejecimiento y dolor ocular, debido a una película lagrimal deficiente o inestable. Con el uso de aceite de oliva estéril se evidenció una mejoría sustancial, no así con el tratamiento tradicional, lo que constituye, de esta forma, una opción terapéutica más a evaluar en pacientes afectados de ojo seco.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wee WR, Wang XW, Mc Donnell PJ. Effect of artificial tears on cultured keratocytes in vitro. *Cornea* 1995; 14 (3): 273- 279.
2. Holly FJ. Diagnostic methods and treatment modalities of eye dry conditions. *Int Ophthalmol* 1993; 17: 113-125.
3. Pollack FM, Mc Niece MT. The treatment of dry eyes with Na hialuronate (Healon). *Cornea* 1982; 1:133-136.
4. Holly FJ. Diagnostic methods and treatment modalities of dry eye conditions. *Int Ophthalmol* 1993; 17: 113-125.
5. Deschenes J. Tratamiento del paciente con ojo seco. *Archivos Sociedad Americana de Oftalmología* Vol. 26 ½ 1998.
6. Ishimaru N. Severe destructive autoimmune lesions with aging in murine Sjogren's syndrome through fast-mediated apoptosis. *Am J Pathol* May 2000; 156 (5): 1557- 64.
7. Van Blokland SC. Two different types of sialoadenitis in NOD- and MRL/ 1pr mouse models for Sjogren's syndrome: a differential role for dendritic cells in the initiation of sialoadenitis *Lab Invest* Apr 2000; 80 (4): 575- 85.
8. Ramos Dasals M. Thyroid disease in primary Sjogren Syndrome. Study in series of 160 patients. *Medicine (Baltimore)* Mar 2000; 79 (2): 103-8.
9. Sorensen IM. Symptoms in women with Sjogren's syndrome. *Tidsskr Nor Laegeforen* Mar 2000 10; 120(7): 794-7.
10. Horwith J, *et al*: The treatment of keratitis. *Br J Nutr* Sep 1999; 82(3): 161-2.
11. Craft NE. Retinol concentrations in capillary dried blood spots from healthy volunteers: method validation. *Klin Motapsb Augenhrekd.* Jul 2000, 217 (1) 63-7.
12. Palmer, S. Tratamiento del síndrome de ojo seco. *Ophthalmology* 1999; 108:467-490.
13. Nelson DJ. Diagnosis of keratoconjunctivitis sicca. *Int Ophth Clinics* 1999;38, 11-23.

TABLA. 1. EDAD Y SEXO.

EDAD	GRUPO ESTUDIO (SEXO)				GRUPO CONTROL (SEXO)			
	F	M	No.	%	F	M	No.	%
15 – 30		1	1	7,2	1		1	7,2
31 – 50	3		3	21,4	2	1	3	21,4
50 – 55	10		10	71,4	10		10	71,4
TOTAL	13	92,8%	1	7,2%	14	100,0	13	92,8%
							1	7,2%
							14	100,0

TABLA 2 . SINTOMAS PREDOMINANTES.

SINTOMAS	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	% *	No.	%*
Dificultad apertura párpados al despertar	14	100	13	92,8
Fotofobia	11	78,5	10	71,4
Dolor ocular	11	78,5	10	71,4
Pesadez palpebral	10	71,4	11	78,5
Resequedad ocular	10	71,4	9	64,2
Sensacion de arenilla	9	64,2	9	64,2

%* Relacionado con el total de pacientes (n = 14).

TABLA 3. SINTOMAS 6 MESES DESPUES DEL TRATAMIENTO.

SINTOMAS	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	%*	No.	%*
Dificultad apertura párpados al despertar	2	14,2	3	21,4
Resequedad ocular			5	35,7
Pesadez palpebral			1	7,1
Sensación de arenilla	3	21,4	2	14,2

% Relacionado con el total de pacientes (n = 14).*
