

CASOS CLÍNICOS

Softacort[®]

3,35 mg Hidrocortisona fosfato de sodio Sin conservantes



Laboratorios Thea publica íntegramente los manuscritos recibidos de sus legítimos autores sin introducir ninguna modificación en los mismos.



Derechos reservados, copyright 2019 por:
LABORATORIOS THEA ESPAÑA, S. A.
C/ Enric Granados, 86-88, 2.ª planta
08008 Barcelona

Copyright: DEP637390523755468088
© Casos Clínicos Softacort Enero 2021

Todos los derechos reservados. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.), sin el permiso previo del titular de los derechos de la propiedad intelectual.

Caso clínico 1: Paciente con ojo seco, sin signos, pero con síntomas, diagnosticado con Keratograph 5M® y tratado satisfactoriamente con Softacort®
Dr. Manuel Caro Magdaleno, Dra. Marina Soto Sierra y Dra. Pilar Llaveró Valero
Hospital Universitario Virgen Macarena / Universidad de Sevilla
..... 4

Caso clínico 2: Disfunción de Glándulas de Meibomio con ojo seco severo mixto e inflamación ocular
Dr. Carlos Palomino Bautista
Hospital Universitario Quirónsalud Madrid
..... 6

Caso clínico 3: Pterigium con inflamación conjuntival
Dr. Carlos Palomino Bautista
Hospital Universitario Quirónsalud Madrid
..... 8

Caso clínico 4: Manejo de la inflamación en la enfermedad de ojo seco (queratoconjuntivitis seca) con un tratamiento combinado. Serie de 15 pacientes
Dr. Martin Emsz
Departamento de Oftalmología, Tauernklinikum Zell am See, Austria
..... 10

Caso clínico 5: Tratamiento antiinflamatorio en el manejo del ojo seco evaporativo asociado a la disfunción de las glándulas de Meibomio
Dr. Paulo Guerra
Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
..... 12

Caso clínico 6: Enfermedad de la superficie ocular relacionada con retraso del aclaramiento lagrimal
Dr. Antonio J. Mateo Orobia
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
..... 14

Caso clínico 7: Atrofia de glándulas de Meibomio en paciente sometida a tratamiento antineoplásico
Dr. Antonio J. Mateo Orobia
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
..... 16

Caso clínico 8: Ojo seco postoperatorio tras LASIK
Dr. Antonio J. Mateo Orobia
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
..... 18

Caso clínico 9: Ojo seco crónico con úlcera de repetición
Dr. Pedro Bueno García
Hospital Perpetuo Socorro (Badajoz) - Hospital Quirónsalud Clideba (Badajoz)
..... 20

Caso clínico 10: Síndrome de ojo seco en portadora ocasional de lentes de contacto, con inflamación y blefaritis asociada
Dr. Pedro Bueno García
Hospital Perpetuo Socorro (Badajoz) - Hospital Quirónsalud Clideba (Badajoz)
..... 22

Caso clínico 11: Queratoconjuntivitis aguda secundaria a la colocación de extensiones de pestañas
Dra. Ana María Martín Ucero - Dra. Clara Valor Suárez
Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Madrid)
..... 24

Ficha técnica 26

1. ANAMNESIS

- Mujer de 37 años derivada de reumatología para estudio de posible síndrome de Sjögren primario con gammagrafía positiva
- Ojo seco de larga duración en tratamiento no satisfactorio con diversas lágrimas artificiales desde 2017
- Antecedentes oculares: Neuritis óptica en OD, de origen desconocido, en 2014, tras el parto

2. EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

- AVSC: OD: 1; OI: 1 (Snellen 4m)
- Schirmer I sin anestésico: 10/10 mm.
- TBUT: 2” en ambos ojos
- Tinción de fluoresceína y verde de lisamina: Sin tinción corneal ni conjuntival
- TO: 15/16 mmHg
- FO: Papila de OD algo más excavada que la de OI (0,3/0,2)

3. DIAGNÓSTICO

Ojo seco evaporativo muy sintomatológico con pocos signos.

4. TRATAMIENTO

- Softacort® 4/D 3días, 3/D 3días, 2/D 3días, 1/D 3 días
- Thealoz® Duo cada 3 h, máximo 6 veces al día
- Thealoz® Duo Gel por la noche

RESULTADOS Keratograph 5M (Oculus)

	OD		OI	
	Antes	Después	Antes	Después
NIK BUT 1º	12,81”	17,7”	5,54”	7,84”
NIK BUT promedio	15,36”	19,71”	9,07”	15,38”
Enrojecimiento bulbar promedio	1,4	1,2	1,2	1,2
Altura menisco lagrimal	0,21mm	0,38mm	0,27mm	0,31mm
OSDI	46 puntos	23 puntos	46 puntos	23 puntos

DISCUSIÓN

- La paciente mejoró su sintomatología cuando estuvo en tratamiento con Softacort®.
- Mejoraron los datos de NIK BUT (TBUT objetivado por el Keratograph 5M), tanto el primero como el promedio.
- El OSDI mejoró, por lo que mejoró su sintomatología subjetiva.
- Según el último informe DEWS II, este caso podría encajar en un ojo seco con sintomatología importante (OSDI 43), con signos objetivables leves mediante medios convencionales. Gracias a tecnologías ya disponibles (Keratograph 5M, microscopía confocal...) podemos ver que los signos de su estado basal ya eran bastante patológicos (NIK BUT OI) y constatar, posteriormente, su mejora objetiva tras tratamiento.
- La altura de menisco lagrimal mejoró levemente pero es una medida muy influenciada por factores externos, además de ser subjetiva, ya que es medida manualmente por el explorador.
- La hiperemia apenas varió, creemos que por el grado leve de ojo seco.
- No hubo subida de PIO ni otras complicaciones.

CONCLUSIÓN

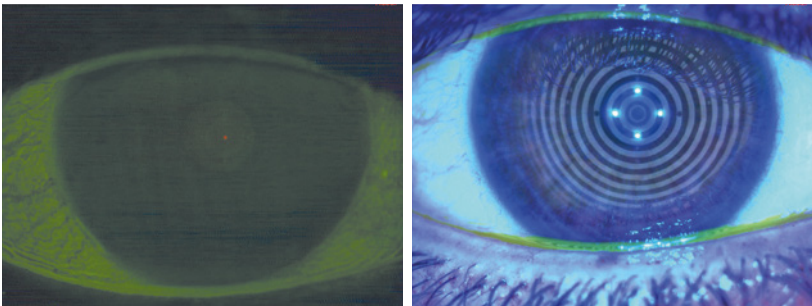
El tratamiento durante 2 semanas con Softacort®, además del tratamiento lubricante que ya tenía la paciente previamente, mejoró la sintomatología subjetiva y parámetros de estabilidad lagrimal objetivos (NIK BUT), en este caso sin producir hipertensión ocular en dicho periodo.

Caso clínico 1: Paciente con ojo seco, sin signos, pero con síntomas, diagnosticado con Keratograph 5M® y tratado satisfactoriamente con Softacort®

Dr. Manuel Caro Magdaleno, Dra. Marina Soto Sierra y Dra. Pilar Llavero Valero
Hospital Universitario Virgen Macarena / Universidad de Sevilla

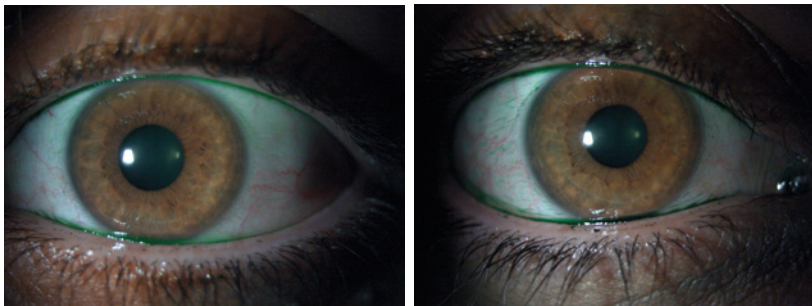
Volver al índice   Siguiente página

Imágenes OD



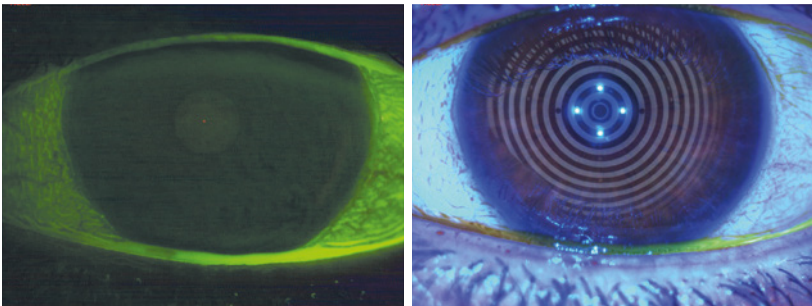
PRE (antes del tratamiento) POST (tras 12 días de tratamiento)

Tinción con verde de lisamina pretratamiento

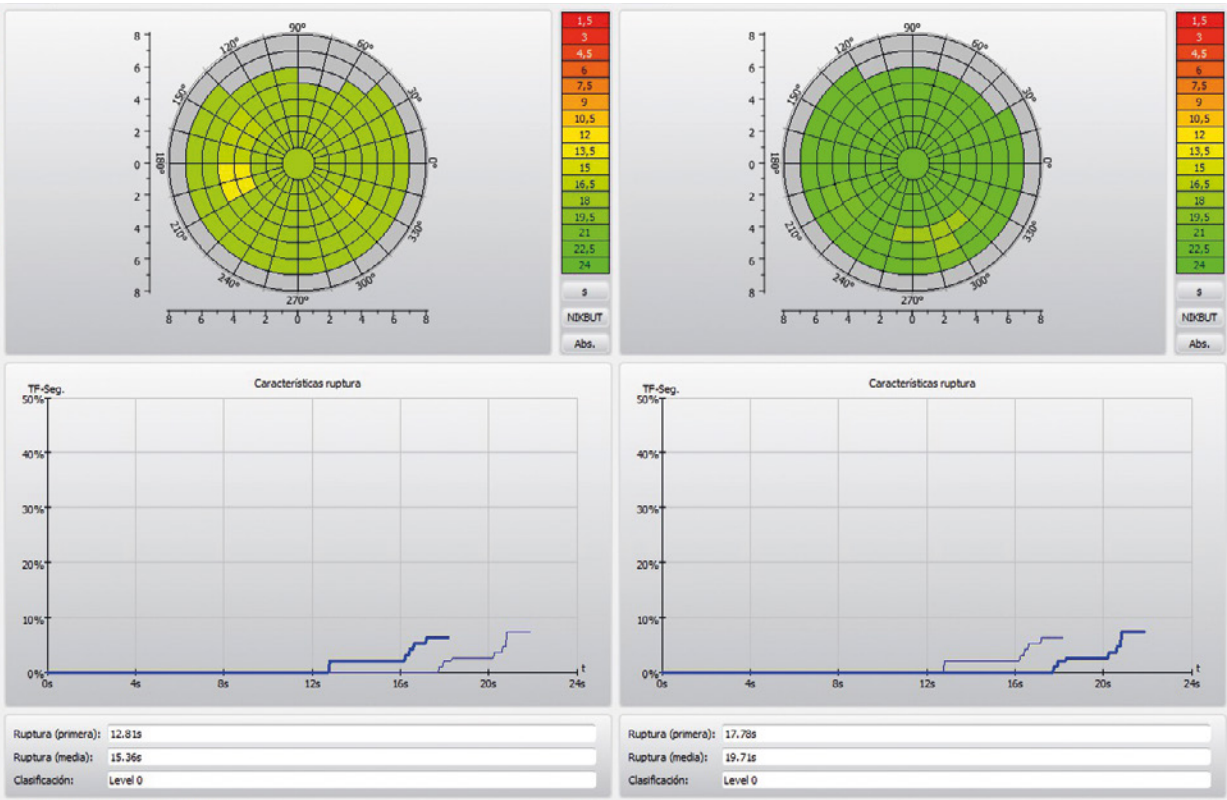


PRE (antes del tratamiento) POST (tras 12 días de tratamiento)

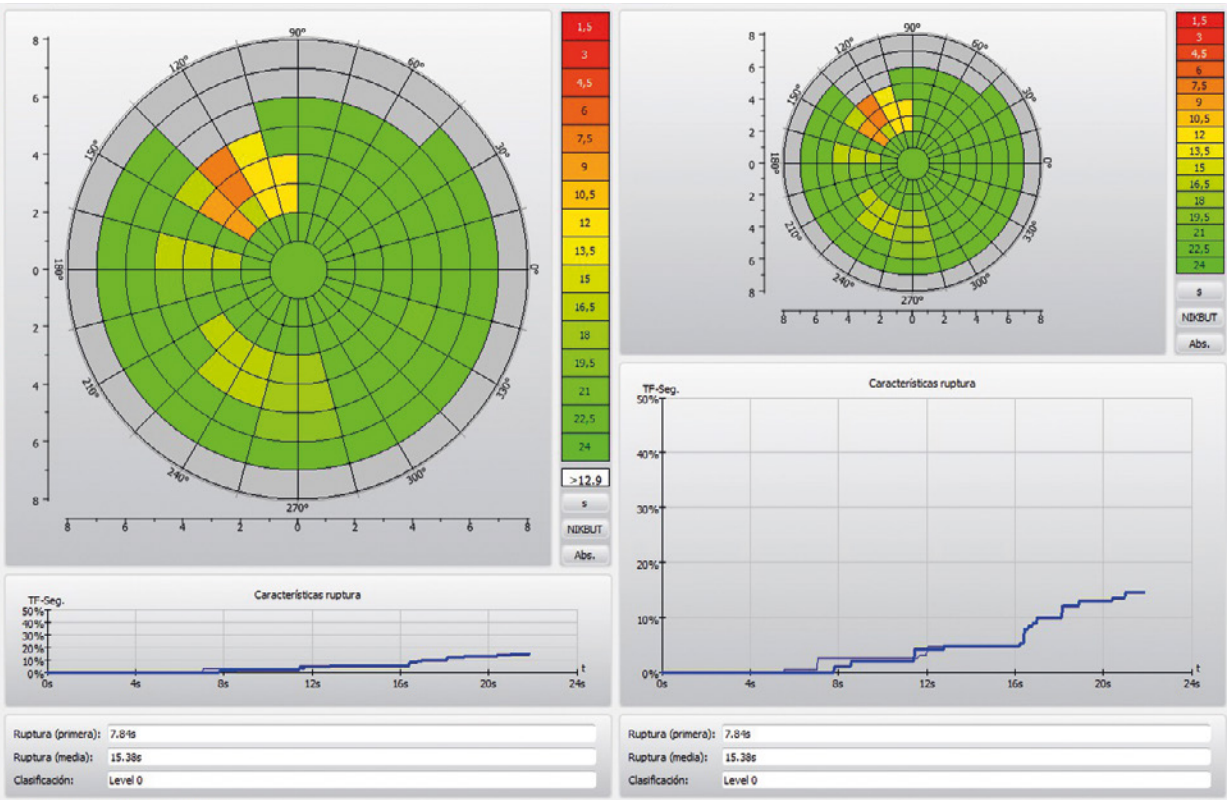
Imágenes OI



Imágenes OD



Imágenes OI





1. ANAMNESIS

- Mujer de 60 años que refiere sensación de cuerpo extraño, ojo rojo, picor e inflamación ocular de 1,5 años de evolución. Hace 10 meses estuvo con tratamiento con ciclosporina 0,05 % 3 veces al día durante 3 meses. Los síntomas mejoraron, pero ahora han vuelto a empeorar.
- AP: Hipercolesterolemia en tratamiento
- AO: Hace 10 meses comenzó con la ciclosporina. Estuvo de tratamiento solo 3 meses. Luego estuvo 7 meses sin tratamiento con ciclosporina. Actualmente solo en tratamiento con lágrimas multidosis desde hace 1,5 años.
- Alergias: No refiere.

2. EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

En la exploración con lámpara de hendidura se observa:

- Hiperemia conjuntival grado 3, según la escala Efron, en ambos ojos.
- Borde palpebral irregular con disfunción de las glándulas de Meibomio grado 2, según la escala Efron, en ambos ojos.
- Queratitis punteada superficial grado 2, según la escala Efron, en ambos ojos.
- BUT: 5 seg en ambos ojos.
- Schirmer: 10 mm/5 min en OD y 12 mm/5min en OI.
- En el análisis con el sistema Lipiview se observa una disminución de la capa lipídica, así como un aumento de la frecuencia de parpadeo y un aumento de los parpadeos incompletos.

- En el cuestionario OSDI, la paciente obtuvo una puntuación de 36,5 (grave).
- La presión intraocular era normal (14 mmHg en OD, 15 mmHg en OI) y el resto de la exploración oftalmológica también.

3. DIAGNÓSTICO

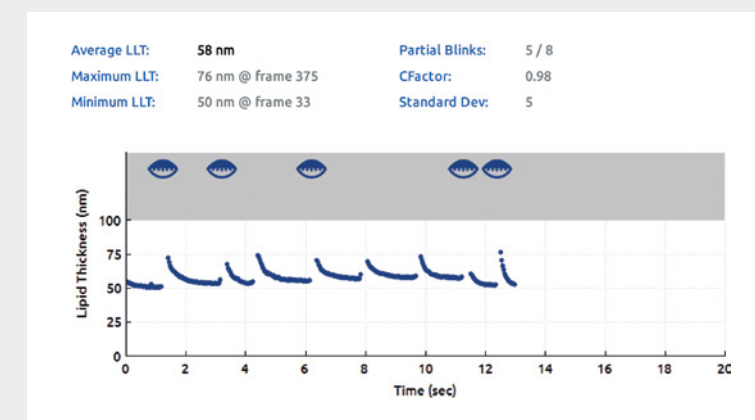
Disfunción de glándulas de Meibomio con ojo seco severo mixto e inflamación ocular

4. TRATAMIENTO

Se inicia tratamiento con Softacort® (3,35 mg/ml hidrocortisona colirio en solución en envases unidosos), 2 gotas 3 veces al día durante 14 días. Se indicó también higiene palpebral con toallitas Lephane 2 veces al día durante 14 días.



Análisis con el sistema Lipiview



Cuestionario OSDI



REVISIÓN 1

Tras 14 días de tratamiento la paciente vuelve a revisión refiriendo mejora en los síntomas. En la exploración con lámpara de hendidura se observa:

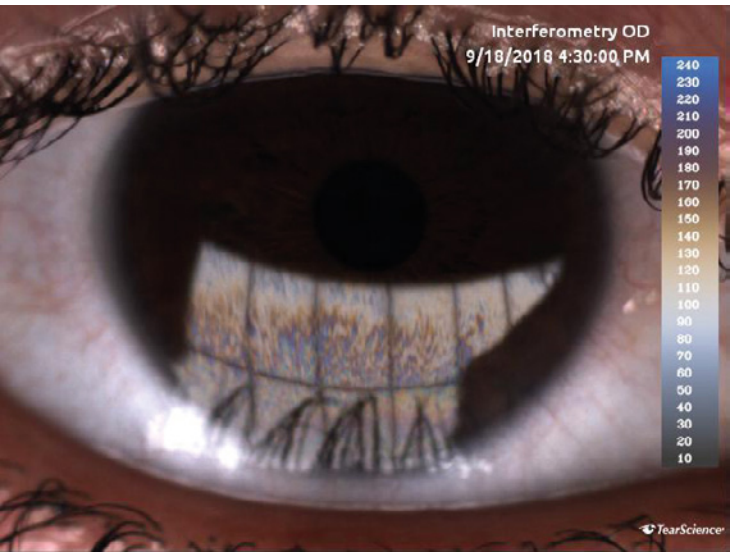
- Hiperemia conjuntival grado 1, según la escala Efron, en ambos ojos.
- Borde palpebral ligeramente irregular con disfunción de las Glándulas de Meibomio grado 2, según la escala Efron en ambos ojos.
- No queratitis punteada superficial en ambos ojos.
- BUT: 7 seg en ambos ojos.
- Schirmer: 12 mm/5 min en ambos ojos.

En el análisis con el sistema Lipiview se observa un ligero aumento de la capa lipídica, así como una disminución de la frecuencia de parpadeo y de los parpadeos incompletos.

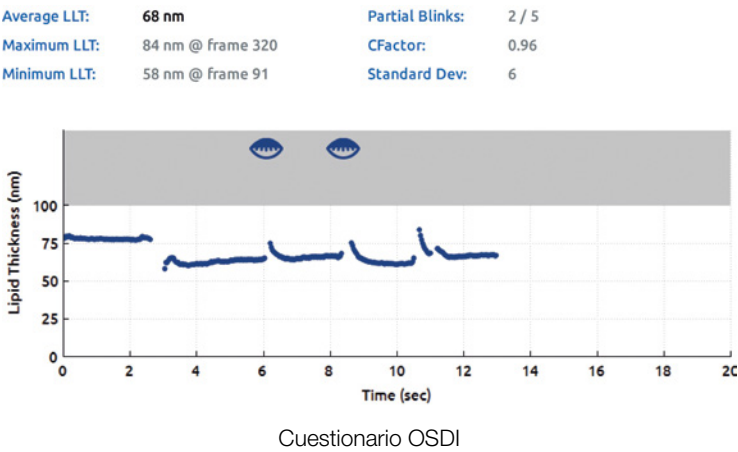
En el cuestionario OSDI, la paciente obtuvo una puntuación de 17 (leve).

La presión intraocular era normal (16 mmHg en ambos ojos) y el resto de la exploración oftalmológica también.

Se realiza a la paciente un tratamiento sobre las glándulas de Meibomio con el sistema Lipiflow y se programa revisión en 1,5 meses.



Análisis con el sistema Lipiview

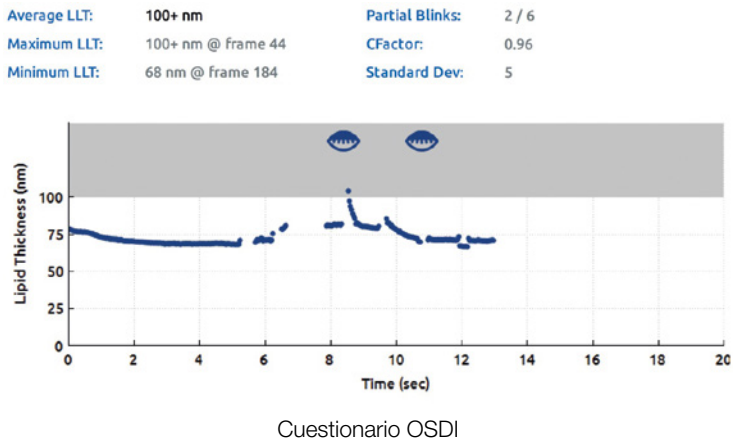


REVISIÓN 2

Un mes y medio después del tratamiento sobre las Glándulas de Meibomio, se objetiva un aumento de la capa lipídica de la lágrima.

En el cuestionario OSDI, la paciente obtuvo una puntuación de 12 (leve).

El test de Schirmer fue de 15 mm/5 min en ambos ojos. Además, la paciente presentaba un BUT de 14 seg en OD y 13 seg en OI.



DISCUSIÓN

El tratamiento con Softacort® es efectivo para solucionar la inflamación ocular producida por la disfunción de Glándulas de Meibomio en casos de ojo seco evaporativo, resultando más efectivo en combinación con tratamiento térmico sobre las mismas.

1. ANAMNESIS

- Hombre de 29 años que acude a consulta porque refiere molestias en OI desde hace una semana. Está usando lágrimas artificiales multidosis a demanda, pero no le alivian los síntomas.
- AP: Nada relevante
- AO: Nada relevante
- Alergias: No refiere.

2. EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

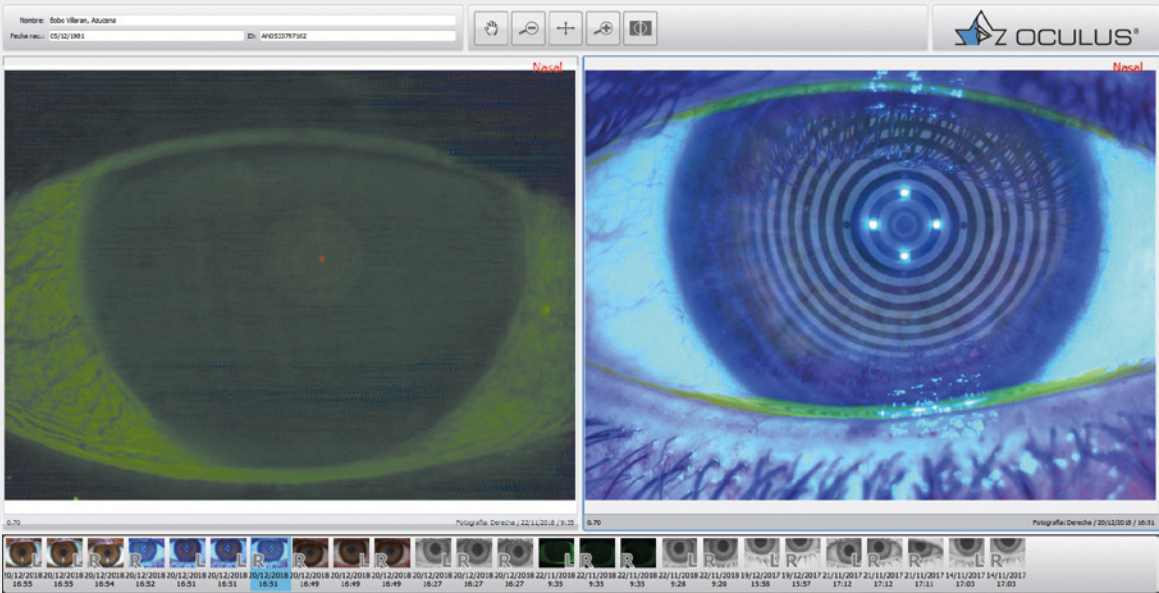
- En la exploración con lámpara de hendidura se observa:
- Pterigium con signos de inflamación en zona nasal del OI.
 - Hiperemia conjuntival grado 3, según la escala Efron, en OI (se adjuntan fotos).
 - Tinción conjuntival en zona nasal grado 2 ,según la escala Efron, en OI.
 - BUT: 15 seg en OD y 5 seg en OI.
 - Schirmer: 20 mm/5 min en ambos ojos.
 - En el cuestionario OSDI, el paciente obtuvo una puntuación de 15 (leve-moderado, siendo todas las molestias en su OI).
 - La presión intraocular era normal (16 mmHg en ambos ojos) y el resto de la exploración oftalmológica también.

3. DIAGNÓSTICO

Pterigium con inflamación conjuntival

4. TRATAMIENTO

Se inicia tratamiento con Softacort® (3,35 mg/ml hidrocortisona colirio en solución en envases unidosos), 2 gotas 3 veces al día durante 14 días.



OI antes del tratamiento con Softacort®

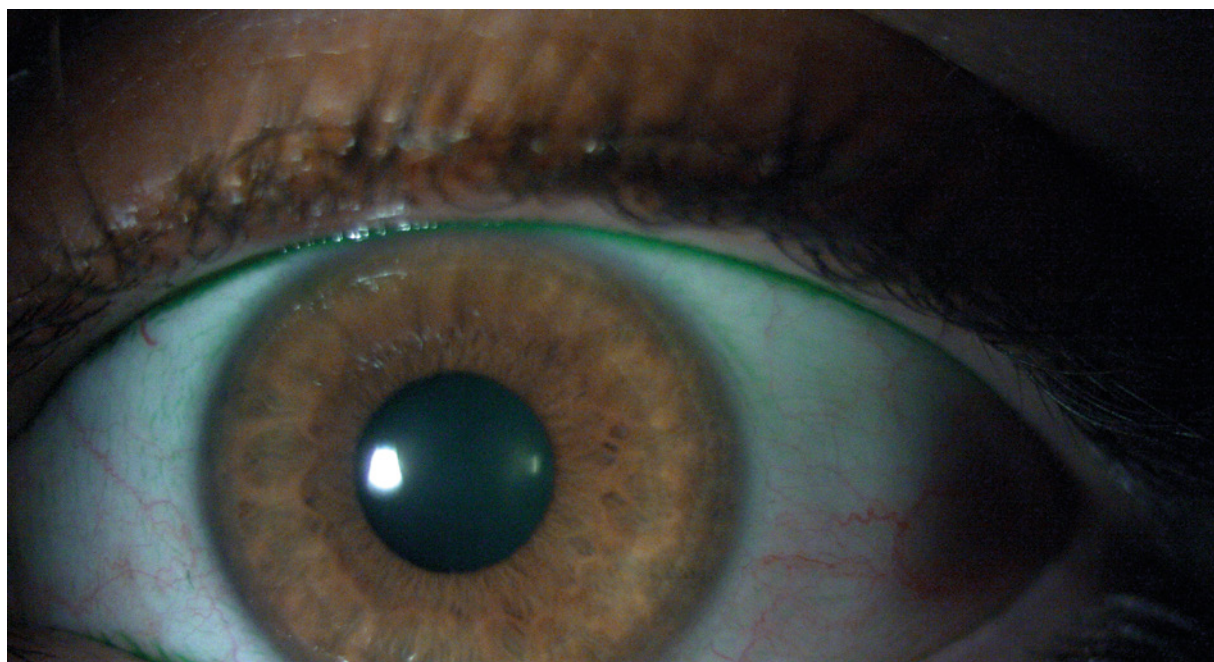


REVISIÓN

Tras 14 días de tratamiento, el paciente vuelve a revisión refiriendo mejora en los síntomas.

En la exploración con lámpara de hendidura se observa:

- Pterigión sin signos de inflamación en zona nasal del OI.
- Hiperemia conjuntival grado 1-2, según la escala Efron, en OI.
- Tinción conjuntival en zona nasal grado 0-1 según la escala Efron en OI.
- BUT: 15 seg en OD y 10 seg en OI.
- Schirmer: 20 mm/5 min en ambos ojos.
- En el cuestionario OSDI, el paciente obtuvo una puntuación de 12 (normal).
- La presión intraocular era normal (16 mmHg en ambos ojos) y el resto de la exploración oftalmológica también.



OI tras 14 días en tratamiento con Softacort®

DISCUSIÓN

El tratamiento con Softacort® resulta efectivo para solucionar la inflamación ocular en pterigium inflamados por el roce del parpadeo y la mala lubricación.

1. ANTECEDENTES RELEVANTES

Este caso hace referencia a 15 pacientes (edad media 64 ± 15 años) que padecen queratoconjuntivitis seca (QCS) leve o moderada. En función de la gravedad de la QCS, los síntomas más frecuentes de los pacientes fueron: sensación de cuerpo extraño y de arena, hiperemia, secreción mucoide, irritación ocular, sequedad ocular, lagrimeo excesivo, fotofobia, escozor, fluctuación o visión borrosa.

Ninguno de ellos utilizaba lentes de contacto y dos eran fumadores. A pesar del tratamiento preexistente y del tratamiento con lágrimas artificiales, los síntomas no remitieron, lo que justificó el cambio a **Softacort**[®] (3,35 mg/ml fosfato sódico de hidrocortisona - solución sin conservantes en envase unidosis - tratamiento de enfermedades conjuntivales alérgicas o inflamatorias no infecciosas leves) en combinación con **Thealoz**[®] Duo.

2. METODOLOGÍA

La duración media de los síntomas previos fue de $6,3 \pm 3,4$ años. Se evaluó a los pacientes antes de iniciar el tratamiento y a las 2 y 6 semanas de tratamiento. Los síntomas se evaluaron a través del cuestionario OSDI (*Ocular Surface Disease Index*) (12 síntomas, cada uno de ellos con una puntuación de 0 a 4). La exploración clínica se realizó con Keratograph 5M[®] (Oculus, Alemania) para evaluar el tiempo de ruptura lagrimal no invasivo con queratógrafo (NIK-BUT), la inyección conjuntival nasal y temporal, las glándulas de Meibomio y la altura del menisco lagrimal. Se utilizó verde de lisamina (Optitech, India) para evaluar la conjuntiva y para teñir las células epiteliales desvitalizadas, así como las células que carecen de una cobertura suficiente de mucina. La evaluación del verde de lisamina se realizó con la escala de Oxford. La seguridad se evaluó mediante agudeza visual, tonometría de no contacto, biomicroscopía, oftalmoscopia, exploración del cristalino y control de los acontecimientos adversos y cambios en los síntomas. Los datos estadísticos se analizaron con Excel 2016[®] y el software PSPP 0.10.2[®].

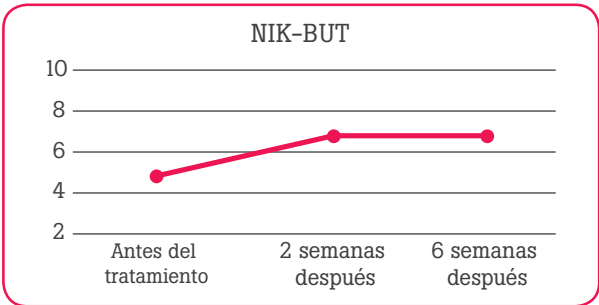
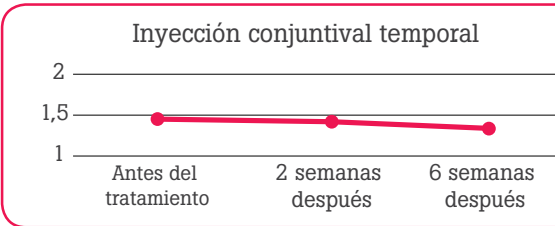
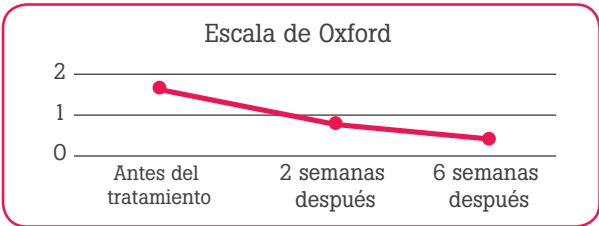
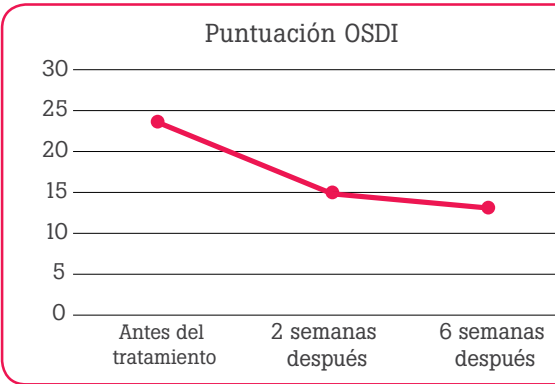
3. TRATAMIENTO

Los agentes lubricantes son los medicamentos utilizados con más frecuencia para tratar la enfermedad de ojo seco. Los pacientes suspendieron la administración de de sus lágrimas artificiales previas para recibir tratamiento con el colirio **Softacort**[®] 3,35 mg/ml en asociación con el colirio **Thealoz**[®] Duo, 3 veces al día cada uno durante un período de dos semanas, seguido del colirio **Thealoz**[®] Duo 6 veces al día durante un período de cuatro semanas.

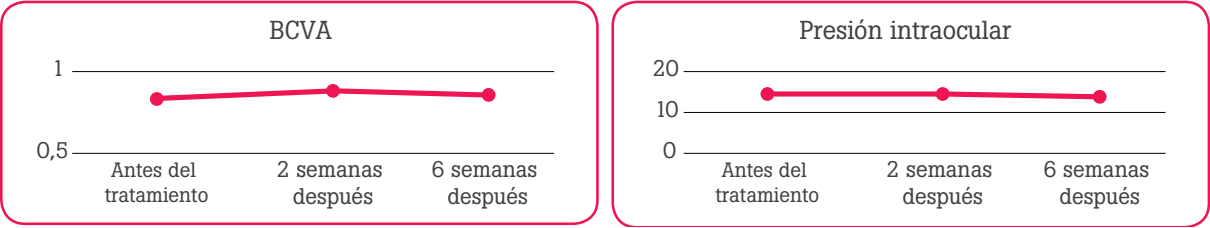
4. EVALUACIÓN

Tras las seis semanas de tratamiento, todos los pacientes mostraron, en comparación con la evaluación en la visita inicial:

- Una mejora significativa de los síntomas
- Mejoras estadísticamente significativas de OSDI, NIK-BUT, inyección conjuntival temporal y tinción con verde de lisamina



Sin embargo, no hubo significación estadística en relación con la inyección conjuntival nasal y la altura del menisco lagrimal.



La tolerancia fue buena, sin efectos adversos relevantes, en particular sin aumento de la PIO.

CONCLUSIÓN

El colirio tópico **Softacort**® 3,35 mg/ml en asociación con **Thealoz**® Duo parece ser un tratamiento beneficioso para pacientes con ojo seco que cursa con inflamación, cuyos síntomas no remiten solo con lágrimas artificiales, sin que se produzca un aumento de la PIO.

PUNTOS CLAVE

- 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 película lagrimal, la inflamación y el daño de la superficie ocular y las anomalías neurosensoriales desempeñan papeles etiológicos.
- Para el tratamiento de la enfermedad de ojo seco, es necesario abordar de forma adecuada los componentes inflamatorios que afectan la superficie ocular, así como las glándulas de Meibomio.
- Los casos de estos pacientes muestran el valor añadido de un tratamiento combinado en la curación de los componentes inflamatorios de la queratoconjuntivitis seca.

Thealoz® Duo cumple con la legislación vigente de productos sanitarios. No utilizar en caso de alergia a alguno de los componentes. Thealoz® Duo: raros casos de irritación ocular moderada.



1. ANTECEDENTES RELEVANTES

Este caso hace referencia a una mujer de 37 años de edad que padece blefaritis posterior, relacionada con la disfunción de las glándulas de Meibomio (DGM) asociada a ojo seco evaporativo moderado. Se le diagnosticó hace ocho años y la paciente ha recibido tratamiento con diferentes lubricantes, varios ciclos de minociclina 100 mg/día y la combinación de cloranfenicol al 0,1 % y fluorometolona al 0,1 % o prednisolona al 0,25 %. Actualmente recibe tratamiento con hialuronato de sodio al 0,15 % sin conservantes, 2 gotas cada 2 horas, e higiene palpebral. Los antecedentes médicos son poco notorios: sin antecedentes de enfermedades alérgicas ni tabaquismo. La paciente utiliza lentes de contacto.

2. HALLAZGOS CLÍNICOS

Se evaluó a la paciente en la visita inicial y en las visitas de seguimiento. En la visita inicial, la puntuación del cuestionario OSDI (*Ocular Surface Disease Index*) fue de 43,7. También se realizó una exploración clínica para evaluar la agudeza visual mejor corregida (AVMC), el tiempo de ruptura lagrimal con fluoresceína (TBUT), la presión intraocular (PIO), la prueba de Schirmer y los trastornos oculares: AVMC en OD: 9/10, AVMC en OI: 10/10, TBUT en OD: 7 s, TBUT en OI: 8 s, PIO: 12 mmHg en OD/12 mmHg en OI, prueba de Schirmer I sin anestesia: > 15 mm en ambos ojos.

Exploración biomicroscópica de ambos ojos: hiperemia conjuntival grave especialmente en el OD, tinción de la córnea y la conjuntiva interpalpebral expuesta (grado Oxford: I en ambos ojos), obstrucción de los orificios de las glándulas de Meibomio, hiperemia y telangiectasia del borde palpebral posterior.



3. TRATAMIENTO Y ABORDAJE

Decidimos tratar a esta paciente con el mismo tratamiento que estaba recibiendo, consistente en un colirio de hialuronato de sodio al 0,15 % sin conservantes, dos gotas cada dos horas, e higiene palpebral, pero añadimos 1 gota de **Softacort®** (3,35 mg/ml de fosfato sódico de hidrocortisona - solución sin conservantes en envase unidosis - tratamiento de enfermedades conjuntivales alérgicas o inflamatorias no infecciosas leves), dos veces al día durante 2 semanas.



4. EVALUACIÓN

Después de las dos semanas de tratamiento, la paciente notificó una disminución del enrojecimiento y notó mejoría en los ojos. El tratamiento hizo que notara más alivio y notificó una menor sensación de escozor y sequedad.

Las puntuaciones de los síntomas mejoraron significativamente: AVMC en OD: 9/10, AVMC en OI: 10/10, TBUT en OI: 11 s, PIO: 13 mmHg en OD/11 mmHg en OI, trastornos oculares: hiperemia conjuntival discreta, sin tinción (grado Oxford: 0 en ambos ojos), menos hiperemia en el borde palpebral.

Confirmando la disminución de las molestias, la puntuación de OSDI disminuyó significativamente a 27.

La tolerancia fue buena. No se detectaron acontecimientos adversos relevantes: en especial no se observó un aumento de la PIO. Además, tras la instilación del colirio **Softacort**® 3,35 mg/ml, solución en envase unidosis, la paciente no notificó ninguna molestia transitoria.

CONCLUSIÓN

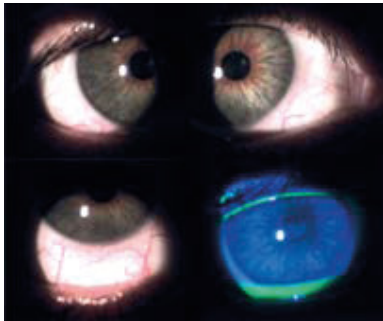
En el ojo seco evaporativo asociado a DGM, cuando el componente inflamatorio de la enfermedad es más activo, el colirio **Softacort**® 3,35 mg/ml, solución en envase unidosis, puede ayudar a controlar los signos y síntomas de la enfermedad.

PUNTOS CLAVE

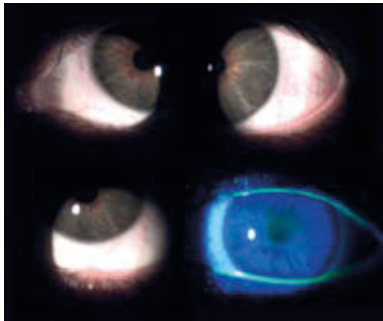
- En los casos más graves de enfermedad de ojo seco que cursa con inflamación, se puede considerar el uso de corticoesteroides suaves, de duración limitada, para romper el círculo vicioso a fin de controlar la enfermedad, según recomienda el informe TFOS DEWS II.
- El colirio **Softacort**® 3,35 mg/ml, gracias a sus propiedades antiinflamatorias, es eficaz para controlar las molestias graves del ojo seco evaporativo asociado a la DGM.

Después del tratamiento

OD



OI





PERFIL DE LA PACIENTE

Mujer de 64 años, con síntomas persistentes, asociados a inflamación de la superficie ocular, tras cirugía reciente de cataratas.

1. ANAMNESIS DE LA PACIENTE

Como antecedentes de interés, la paciente había sufrido hace 15 años una conjuntivitis por adenovirus. 10 años más tarde, aquejada de ojo seco, le ocluyeron los cuatro puntos lagrimales mediante cauterización de los mismos (figura 1).

Recientemente, la paciente fue sometida a cirugía de cataratas en ambos ojos.

El motivo de la consulta oftalmológica fue la persistencia de la sintomatología ocular a pesar de mantener el tratamiento postoperatorio estándar de facoemulsificación. La paciente sufría importante sensación de ardor, escozor y epífora (figura 2), que incluso le impedía abrir bien los ojos, acompañado de un evidente enrojecimiento ocular importante.

Tratamientos oftalmológicos pasados y actuales

Desde hacía un mes la paciente estaba recibiendo tratamiento tópico con una combinación fija de tobramicina y dexametasona, y otro colirio de diclofenaco. Tras el comienzo de una pauta descendente habitual tras cirugía ocular, al sufrir empeoramiento visual y sintomático, la pauta fue mantenida tres veces al día.

2. EXAMEN CLÍNICO

- Agudeza visual sin corrección: OD: 0,7 / OI: 0,8
- Cuestionarios: OSDI = 58,33 / SANDE = Frecuencia: 8 / Gravedad: 6,7
- Osmolaridad lagrimal: 316 mOsm/l AO

- TBUT: OD: 3 s / OI: 5 s
- Tinciones: Fluoresceína: negativo NEI = 0 AO / Verde de lisamina: (Oxford) OD: 3 / OI: 2
- Test de Schirmer sin anestésico (5 min): normal (33/31) con retraso de aclaramiento (figura 3)
- Meiboscore: depleción de ¼ distal de las glándulas en la meibografía
- Expresión del meibum. Cantidad: grado 1 (algunas glándulas obstruidas) / Calidad 2 (secreción turbia con detritus)
- Hiperemia conjuntival marcada (escala JENVIS del Keratograph 5M): 3,5/3,3 (0-4) (figura 4)
- PIO: 16/14 mmHg
- Analíticas normales / Anticuerpos específicos (ENA, anti-DNA, ANCA, etc.) negativos

3. DIAGNÓSTICO

Inflamación persistente de la superficie ocular en una paciente con ojo seco evaporativo y retraso de aclaramiento lagrimal, agravado por la inflamación postoperatoria y la toxicidad medicamentosa tópica.

4. TRATAMIENTO INDICADO

- Retirada de todas las medicaciones tópicas y con conservantes (tobramicina con dexametasona, diclofenaco)
- Higiene del borde palpebral por la mañana y lavado matutino con suero fisiológico
- Doxiciclina 100 mg vía oral/12 h (primera semana), 100 mg/24 h (después)
- Dexametasona 1 mg/ml sin conservantes: pauta descendente 2 semanas, comenzando 3 veces al día.
- Lágrima artificial sin conservante, con ácido hialurónico y trehalosa

5. SEGUIMIENTO

Evolución a las tres semanas

La paciente manifiesta gran mejoría, pero se detecta un aumento en la presión intraocular a 28/24 mmHg, atribuido al tratamiento corticoideo instaurado.

Se sustituye la dexametasona tópica por hidrocortisona sin conservantes (Softacort®): 3 veces/día durante 1 semana, seguido de dos veces/día durante otra semana más.

También se recomienda la aplicación de calor suave sobre los párpados una vez al día para su disfunción de las glándulas de Meibomio.

Evolución, 1 mes y medio tras la primera exploración

- OSDI: 14,58 / SANDE: 1,7, tanto en frecuencia como en gravedad
- Osmolaridad: 293/285 mOsm/l
- TBUT: > 10 s / > 15 s
- Tinciones: Fluoresceína: negativo / Verde de lisamina (Oxford): 0,5/0
- Prueba de Schirmer sin anestésico: normal (26/12)
- Exploración glándulas de Meibomio. Cantidad: grado 0 (fluyen todas) / Calidad: grado 0 en párpado superior (normal), grado 1 (espesa en párpado inferior)
- Hiperemia conjuntival (JENVIS): 1,4/1,6 (0-4) (figura 4)
- PIO: 18/17 mmHg
- La tomografía de coherencia óptica realizada no mostró afectación de la capa de fibras nerviosas retinianas.

La paciente seguirá de mantenimiento con aplicación de calor palpebral suave diario, e instilación 3 o 4 veces al día de lágrima artificial sin conservantes con ácido hialurónico y trehalosa (Thealoz® Duo).

6. DISCUSIÓN

La existencia de ojo seco en mujeres postmenopáusicas que van a ser sometidas a cirugía de cristalino es un hallazgo muy común, sobre todo por el aumento de la prevalencia de la disfunción de las glándulas de Meibomio conforme avanza la edad. Nuestra paciente, a raíz de la inflamación postoperatoria asociada a la facoemulsificación, sufrió una descompensación sintomática de la superficie ocular, acompañada de inestabilidad de la película lagrimal y una mayor persistencia de los factores proinflamatorios por el retraso del aclaramiento ocular,

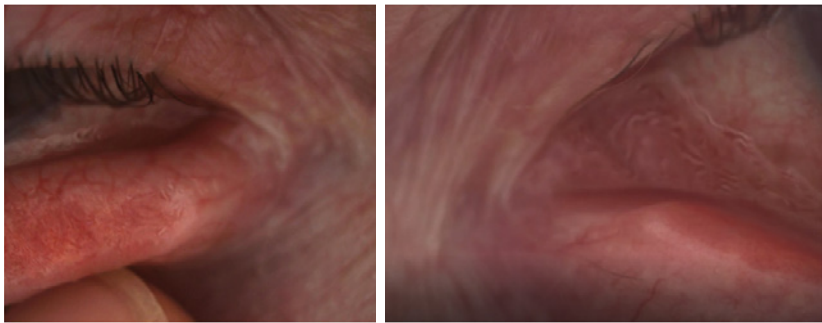


Figura 1. Puntos lagrimales ocluidos, principal causa de la ausencia de aclaramiento lagrimal de nuestra paciente

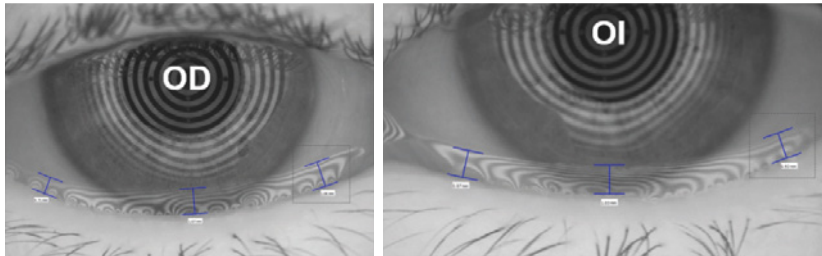


Figura 2. Meniscometría. Aumento de la altura del menisco lagrimal, provocado por un aumento del lagrimeo reflejo y que provoca mayor epífora

ocasionadas por la oclusión previa de sus puntos lagrimales. La administración continua de medicación potencialmente tóxica para la superficie ocular, sobre todo por su asociación de conservantes en estas formulaciones, condicionó un mayor agravamiento del daño celular y del cuadro inflamatorio. Por ello, es básico prescindir de todo aquel tratamiento tópico innecesario y eliminar cualquier tipo de conservante añadido y potencialmente tóxico para la superficie ocular. La instauración de tratamiento antiinflamatorio es obligada. En nuestro caso, basado en la asociación de tetraciclinas orales y corticoides tópicos.



Figura 3. . Prueba de Schirmer normal, con gran tinción de fluoresceína presente ante el retraso del aclaramiento lagrimal existente, debido a la oclusión de la vía lagrimal

La potencia de la dexametasona instilada contribuyó al control de la inflamación aguda. Sin embargo, su penetración intraocular en una paciente respondedora desencadenó un pico de hipertensión ocular. La sustitución del corticoide tópico por SOFTACORT®, de menor potencia y penetración intraocular, sirvió para seguir controlando la inflamación e hiperemia ocular y a su vez no repercutir en la PIO, que se vio normalizada en pocos días.

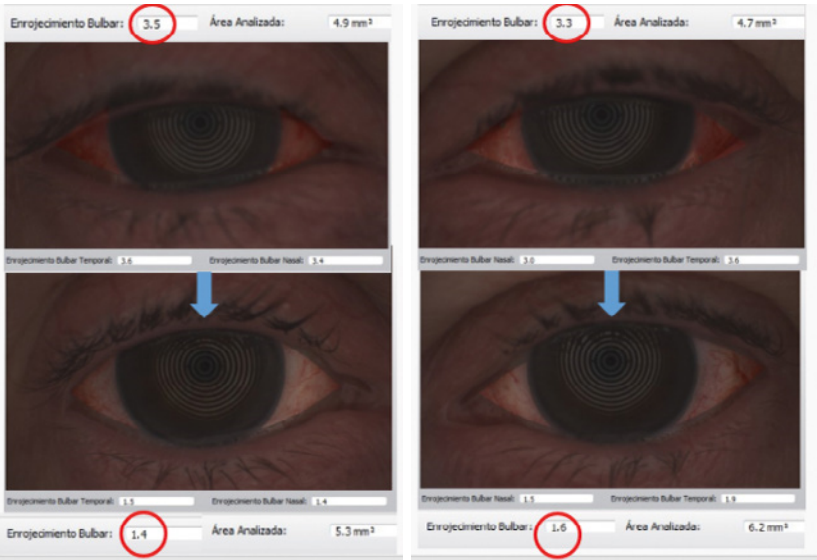


Figura 4. Reducción de la hiperemia conjuntival un mes y medio después de la instauración del tratamiento antiinflamatorio



PERFIL DE LA PACIENTE

Mujer de 72 años, con síntomas de ojo seco desde que recibe tratamiento antineoplásico.

1. ANAMNESIS DE LA PACIENTE

Mujer menopáusica con osteoporosis (suplemento de calcio) e insuficiencia aórtica (con furosemda y ácido acetilsalicílico). Recibe tratamiento antineoplásico con erlotinib (Tarceva®) para cáncer de pulmón no microcítico desde hace 1 año.

La paciente refiere desde entonces la aparición de sintomatología ocular, describiendo tener sequedad ocular y sensación de tener tierra en los ojos, y manifestando tener peor su ojo derecho. La paciente no recibía ningún tratamiento oftalmológico hasta la fecha.

2. EXAMEN CLÍNICO

- Mejor agudeza visual corregida. OD: 0,6 / OI: 0,8
- Cuestionarios: OSDI = 53,125 / SANDE: 8,5 (sobre 10)
- Osmolaridad lagrimal: 326/338 mOsm/l
- TBUT: OD: 1 s / OI: 3 s.
- NITBUT: OD: 2,87 s (figura 6) / 10 s
- Tinciones: Fluoresceína: 9/6 (0-15). Verde de lisamina (Oxford): grado 4/3 (0-5) (figura 1)
- Test de Schirmer sin anestésico (5 min): 5/4 mm (figura 2)
- Meiboscore: Atrofia prácticamente de la totalidad de las glándulas (figura 3)
- Exploración palpebral: Anteriorización de la unión mucocutánea y ausencia de meibum en la expresión (figura 4)

- Hiperemia conjuntival: grado 3 AO (escala de McMonnies) / grado 2 (Efron)
- PIO: 15 mmHg AO

3. DIAGNÓSTICO

Enfermedad de ojo seco mixto, acuodeficiente y predominantemente evaporativo por disfunción severa de glándulas de Meibomio, relacionada con tratamiento antineoplásico, con inflamación de la superficie ocular.

4. TRATAMIENTO INDICADO

- Prescripción de tratamiento tópico con colirio de hidrocortisona sin conservantes (Softacort®): pauta descendente (cada 5 días) durante 2 semanas (4-3-2 veces al día)
- Lágrima artificial sin conservantes con ácido hialurónico (AH) + trehalosa (Thealoz® Duo) durante el día
- Lágrima artificial sin conservantes con AH + trehalosa + carbómero (Thealoz® Duo Gel) por la noche

5. SEGUIMIENTO

Evolución a las tres semanas

Persiste la sintomatología y una gran inestabilidad de la película lagrimal en el ojo derecho. La PIO sigue invariable en 15 mmHg. La hiperemia conjuntival ha descendido a grado 1 en las escalas mencionadas.

Se coloca tapón lagrimal de silicona en el punto lagrimal inferior del ojo derecho (figura 5).

Tras una pausa de dos semanas, se reanuda la instilación de Softacort® 1 vez/día (mañana) durante 1 semana, y la misma lágrima artificial 4 veces al día (Thealoz® Duo), además de Thealoz® Duo Gel por la noche.

A los dos meses de evolución

- OSDI: 22 / SANDE: 4,8 (frecuencia) y 1,7 (gravedad)
 - Osmolaridad: 303/304 mOsm/l
 - TBUT: 5 s AO. NITBUT OD: 10,96 / OI: estable 20 s (figura 6)
 - Tinciones. Fluoresceína (NEI): 4/1 (0-15) / Verde Lisamina (Oxford): grado 2/1 –
 - Hiperemia conjuntival (escala de McMonnies): grado 1
- La paciente refiere mejoría sintomática y la necesidad de instilarse solo la lágrima artificial instaurada por la noche (Thealoz® Duo Gel). Se le comenta la posibilidad de usar puntualmente, si fuera necesario, tandas cortas de Softacort® (2 veces al día durante 4 o 5 días) como medicación de rescate en caso de sufrir un inicio del empeoramiento ocular, debido a agudización de la inflamación, a pesar de aumentar la frecuencia de las lágrimas artificiales.

6. DISCUSIÓN

Erlotinib es una terapia dirigida como tratamiento de diferentes neoplasias. Actúa como inhibidor del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) e inhibidor de la proteína tirosina quinasa. Entre sus efectos secundarios se contempla la posibilidad de producir sequedad e irritación ocular. En el caso de la enfermedad de ojo seco que presentaba nuestra paciente, existe evidencia de una gran atrofia de las glándulas de Meibomio, además de disminución de la secreción lagrimal. El ojo izquierdo presentó

Caso clínico 7: Atrofia de glándulas de Meibomio en paciente sometida a tratamiento antineoplásico

Dr. Antonio J. Mateo Orobia
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

menor afectación, tal vez por un mejor mantenimiento de los mecanismos de compensación de la superficie ocular. La mayor gravedad del ojo derecho precisó, además, la utilización de un tapón de punto lagrimal para lograr una mayor retención de la lágrima y de los productos instilados. Antes de ocluirlo, es obligado tener un control de la inflamación ocular, o esta puede agravarse tras la inserción del tapón, por acumulación de los mediadores inflamatorios. En nuestro caso, la utilización de Softacort® fue suficiente como terapia antiinflamatoria previa a la oclusión de la vía lagrimal y no se reflejó ningún cambio

en la PIO. Este hecho, y la poca penetrancia del fármaco, nos da la seguridad de poderlo utilizar sin miedo como recomendación en caso de períodos de empeoramiento que pueda presentar la paciente. Dada la cronicidad de la enfermedad en este caso, si se precisaran numerosas tandas de esteroides tópicos, convendría pensar en la posibilidad de utilizar, además, otros inmunomoduladores a largo plazo, como puede ser la ciclosporina tópica, además de poder elegir un sustituto lagrimal con componente lipídico, que se hallaba deficiente en nuestra paciente.

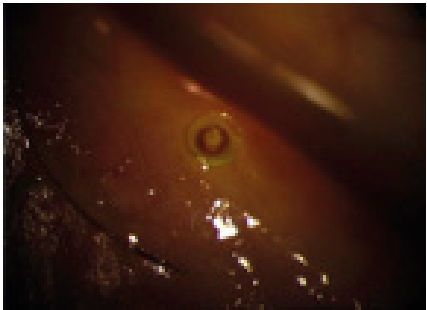


Figura 5. Tapón de silicona insertado en el punto lagrimal inferior del ojo derecho

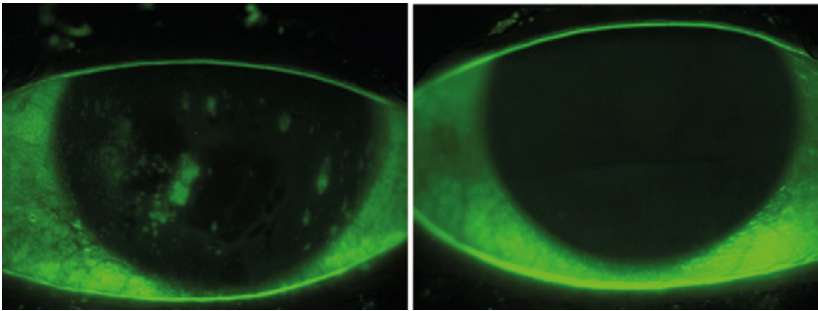


Figura 1. Evolución de la tinción corneal con fluoresceína (filtro amarillo), a lo largo de dos meses y medio de evolución (imagen antes, izquierda, y después, derecha, del tratamiento).



Figura 2. Prueba de Schirmer (5 m) sin anestésico, que muestra la existencia de acuodeficiencia

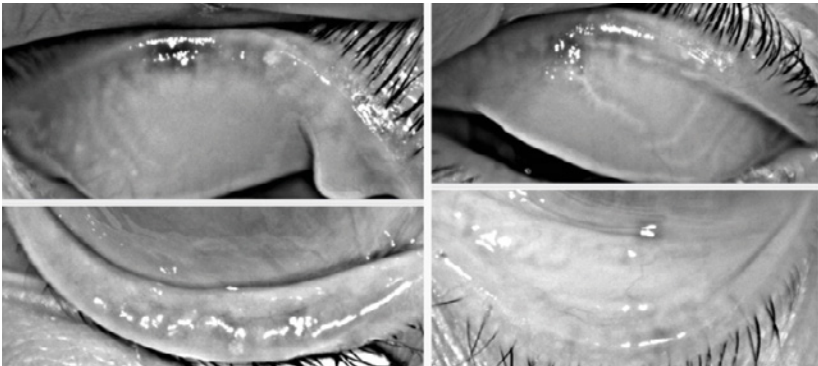


Figura 3. Meibografía que evidencia la atrofia glandular.

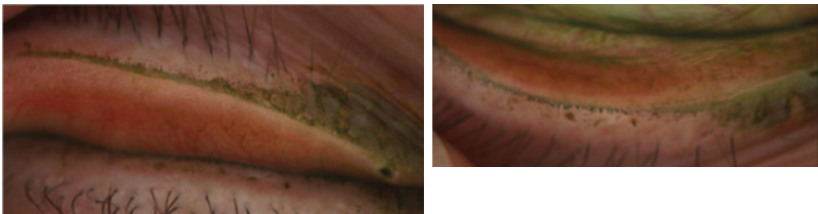


Figura 4. Anteriorización de la unión mucocutánea (línea de Marx)

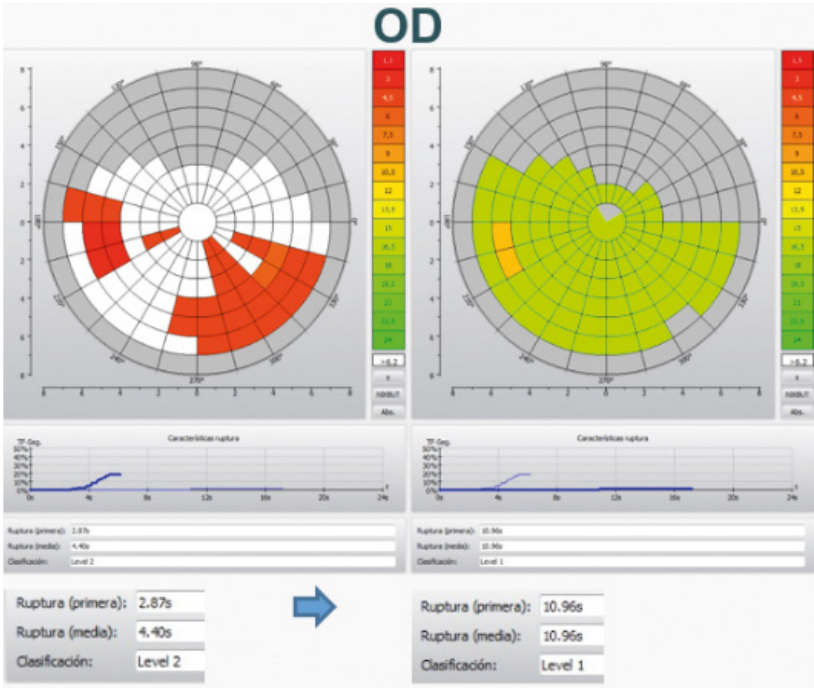


Figura 6. Evolución del NITBUT (tiempo de ruptura lagrimal no invasivo) después de dos meses de tratamiento. Se observa una mayor estabilidad de la película lagrimal.



PERFIL DEL PACIENTE

Varón de 24 años, sometido a cirugía refractiva mediante técnica LASIK, que presenta ojo seco postoperatorio.

1. ANAMNESIS DEL PACIENTE

Paciente sin antecedentes médicos de interés, ni alergias conocidas, que fue sometido a cirugía refractiva mediante técnica LASIK para la corrección de 3 dioptrías de miopía en ambos ojos. Como antecedente oftalmológico, era portador de lentes de contacto, y solo se destaca en la historia preoperatoria cierta dificultad para la expresión palpebral del meibum, pero con estabilidad lagrimal dentro de la normalidad.

Después de 15 días operado, el paciente acude preocupado por no ver todavía suficientemente bien y refiere tener mucha fluctuación en su visión.

Tratamientos oftalmológicos pasados y actuales

- Tras la realización de la cirugía, se instauró tratamiento habitual durante 3 días con una combinación fija de tobramicina y dexametasona en colirio, instilándose cada 2 horas por el día y reduciéndose esta frecuencia, 3 días después, a 3 veces al día durante 5 días más. Al no presentar todavía una mejoría total en la recuperación de su visión, el paciente decide seguir con la aplicación de este colirio hasta la siguiente revisión oftalmológica.
- Complementando el tratamiento, durante todo este tiempo el paciente también se aplicaba un sustituto lagrimal.

2. EXAMEN CLÍNICO

- Agudeza visual sin corrección. OD: 0,9 / OI: 0,9
- Cuestionarios: OSDI = 50 / SANDE = Frecuencia: 8 / Gravedad: 6,5
- Osmolaridad lagrimal: 340/326 mOsm/l
- TBUT: OD: 4 s / OI: 3 s
- Tinciones: Fluoresceína: 8/9 (0-15) / Verde de lisamina (Oxford): grado 3/3 (0-5) (figura 1)
- Test de Schirmer sin anestésico (5 m): 5/5 mm
- Meibografía: Discreta tortuosidad glandular
- Exploración palpebral: Cuesta la expresión del meibum, pero aparenta normalidad.
- Hiperemia conjuntival: grado 3 AO (escala de McMonnies)
- PIO: 18 mmHg AO (PIO ajustada a la paquimetría postoperatoria: 21 mmHg)

3. DIAGNÓSTICO

Enfermedad de ojo seco tras una reciente cirugía refractiva mediante técnica LASIK, con inflamación postoperatoria.

4. TRATAMIENTO INDICADO

- Eliminación de la combinación fija de tobramicina y dexametasona
- Instauración de tratamiento con Softacort®: 3 veces al día la primera semana y 2 veces al día durante una semana más
- Sustitución de su lágrima artificial por un colirio de ácido hialurónico y trehalosa (Thealoz® Duo), 6 veces al día, y aplicación de otra lágrima sin conservantes por la noche, con los mismos componentes combinados con un carbómero (Thealoz® Duo Gel), para lograr una mayor permanencia

5. SEGUIMIENTO

Evolución un mes más tarde

El paciente refiere una mejoría franca, recuperando una calidad visual suficiente como para poder realizar su vida cotidiana sin problemas. En la exploración:

- AV sin corrección de 10/10 en AO
- OSDI: 17,5 / SANDE: 3 (frecuencia) y 1,5 (gravedad)
- Osmolaridad: 302/307 mOsm/l
- TBUT: 8 s / 7 s (figura 2)
- Tinciones. Fluoresceína (NEI): 0/1 (0-15) / Verde de lisamina (Oxford): grado 1/1
- Hiperemia conjuntival (escala de McMonnies): grado 0
- PIO: 12 mmHg AO (PIO ajustada a la paquimetría postoperatoria: 15 mmHg)

Se mantiene la instilación de la misma lágrima artificial 4 veces al día (Thealoz® Duo) y se le da la posibilidad de aplicar Thealoz® Duo Gel por la noche, si lo considera necesario.



6. DISCUSIÓN

La cirugía refractiva LASIK conduce invariablemente a un postoperatorio con ojo seco, de mayor o menor grado, aunque transitorio en la gran mayoría de los casos. La concurrencia de diferentes causas (mecánicas, tóxicas, iatrogénicas...) y sobre todo la creación del flap que conlleva la amputación de nervios corneales, condiciona el deterioro de las células de la superficie ocular, así como la inestabilidad y pérdida de la homeostasis en la película lagrimal. Para reconducir la situación es preciso obtener

un control de la inflamación generada, así como aumentar la estabilidad lagrimal y protección de la superficie ocular. Además de proceder a la retirada de las medicaciones tópicas que ya no son necesarias y pueden producir toxicidad epitelial, la introducción de hidrocortisona sin conservante en este caso fue exitosa en el manejo de la inflamación asociada. La repercusión en la presión intraocular fue menor que el tratamiento anterior, que contenía dexametasona. Asimismo, la administración de un sustituto lagrimal

con ácido hialurónico y trehalosa, hipoosmolar, además de osmoprotector, contribuyó a hidratar, lubricar y alargar el tiempo de ruptura lagrimal protegiendo la superficie ocular durante el tiempo de recuperación postoperatoria. De esta forma se posibilitó una mejoría en la calidad visual y de vida del paciente.

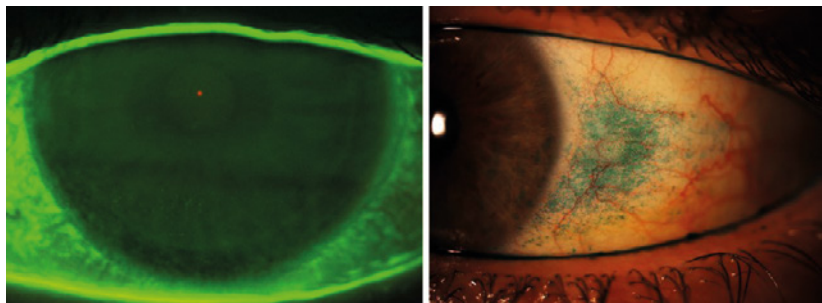


Figura 1. Tinciones con fluoresceína y verde de lisamina a los 15 días después del LASIK realizado. Se evidencia daño celular en la superficie del ojo izquierdo.

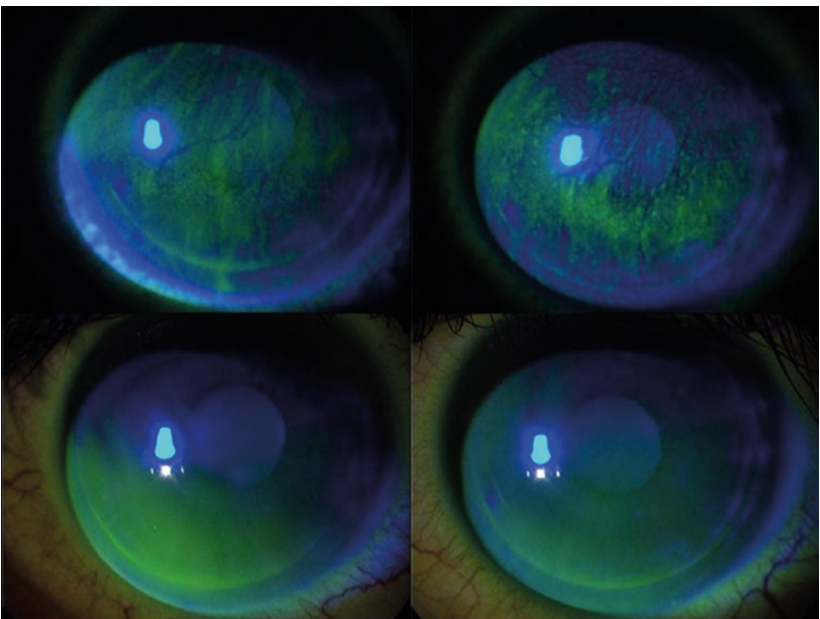


Figura 2. Evolución de la estabilidad lagrimal un mes más tarde del inicio del tratamiento, antes (arriba) y después (abajo)



1. ANAMNESIS DE LA PACIENTE

- Mujer de 56 años.
- Enrojecimiento ocular y molestias desde hace más de 1 año.
- Antecedentes: sin antecedentes sistémicos de interés. Múltiples consultas a urgencias de oftalmología en los últimos años con sequedad ocular y 3 úlceras corneales en su ojo derecho en los últimos 7 meses.
- Tratamientos oftalmológicos pasados y actuales: Viscofresh, pomada Terramicina oftálmica para el tratamiento agudo de la úlcera.

2. EXAMEN CLÍNICO

- Sintomatología (OSDI): leve/moderada, puntuación 20.
- BMC: hiperemia conjuntival + (Efron 2), TBUT 5 segundos, fluoresceína muestra QPS leve inferior ambos ojos.
- PIO: 14 mmHg ambos ojos.

3. DIAGNÓSTICO

Enfermedad de ojo seco leve-moderado, con deficiencia acuosa, componente inflamatorio asociado y úlceras recurrentes.

4. TRATAMIENTO INDICADO

- Thealoz® Duo cada 3 horas durante 7 días (máximo 6 veces/día).
- Softacort® cada 8 horas durante 3 días y cada 12 horas durante 3 días más.

5. SEGUIMIENTO/EVOLUCIÓN

Control a los 7 días

- Mejoría subjetiva de la paciente, menos sensación de arenilla, se ve los ojos menos inflamados.
- BMC: mejoría de hiperemia (Efron 1), TBUT 8 segundos, fluoresceína negativa, resolución del componente inflamatorio.
- PIO: 15 mmHg.
- Tratamiento:
 - Softacort® cada 24 horas durante 3 días más y finalizar.
 - Thealoz® Duo cada 6 horas hasta revisión.

Control a los 20 días

- Subjetivamente bien.
- BMC: hiperemia +/- (Efron 1), TBUT 8 segundos, test de fluoresceína negativa.
- PIO: 14 mmHg.
- Estable y similar con respecto a revisión a la semana.
- Tratamiento: No precisa. Thealoz® Duo a demanda (con un máximo de 6 veces al día).

Control a los 45 días

- Subjetivamente bien.
- BMC: hiperemia +/- (Efron 1), TBUT 9 segundos, fluoresceína negativa.
- PIO: 16 mmHg.
- Estable.
- Tratamiento: continuar con Thealoz® Duo varias veces, como máximo 6 al día.

6. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

- Se observa una importante mejoría, con disminución del componente inflamatorio en una semana y mejoría de la clínica y del TBUT, que persiste a los 45 días.
- Comentarios de la paciente: la paciente está muy contenta, con mejoría subjetiva desde el primer día.
- Como medida para evitar recidivas, se insiste a la paciente en el uso persistente de lágrimas en los 6 meses siguientes.

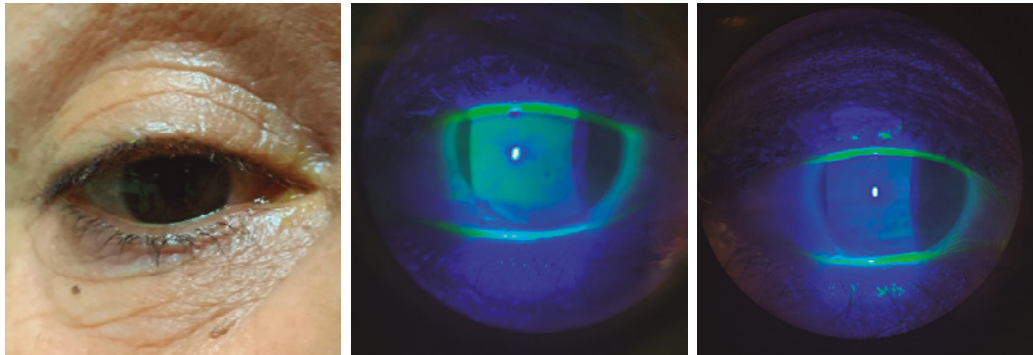


Figura 1. Examen clínico



Figura 3. Control a los 20 días



Figura 2. Control a los 7 días



Figura 4. Control a los 45 días



1. ANAMNESIS DE LA PACIENTE

- Mujer de 28 años.
- Sensación de arenilla e hiperemia fluctuante durante el último año.
- Antecedentes: sin antecedentes sistémicos de interés. Molestias e hiperemia ocular desde hace 1 año, que incrementa tras el uso de las lentes de contacto. Portadora ocasional de lentes de contacto.
- Tratamientos oftalmológicos pasados y actuales: No ha tenido.

2. EXAMEN CLÍNICO

- Sintomatología (OSDI): leve/moderada, puntuación 17.
- BMC: hiperemia conjuntival + (Efron 2), TBUT 6 segundos, fluoresceína muestra un leve punteado superficial interpalpebral nasal e inferior corneal en ambos ojos, más en ojo derecho.
- PIO: 16 mmHg ambos ojos.

3. DIAGNÓSTICO

Enfermedad de ojo seco leve-moderado, de tipo mixto, con componente inflamatorio asociado. Blefaritis anterior.

4. TRATAMIENTO INDICADO

- Thealoz® Duo cada 6 horas hasta revisión.
- Softacort® cada 8 horas durante 2 días, y cada 12 horas durante 5 días más.
- Limpieza de bordes palpebrales con toallitas Lephane® 1 vez al día.
- No emplear lentes de contacto.

5. SEGUIMIENTO/EVOLUCIÓN

Control a los 7 días

- Mejoría subjetiva de la paciente, se ve los ojos menos inflamados y rojos.
- BMC: mejoría de hiperemia (Efron 1), TBUT 9 segundos, fluoresceína negativa.
- PIO: 15 mmHg.
- Tratamiento:
 - No emplear lentes de contacto más de 4 horas al día.
 - Thealoz® Duo cada 8-12 horas según clínica, hasta revisión.
 - Limpieza de bordes palpebrales con Lephane® cada 24 horas.
 - Retirar Softacort®.

Control a los 14 días

- Subjetivamente bien.
- BMC: hiperemia +/- (Efron 1), TBUT 8-9 segundos, fluoresceína negativa.
- PIO: 16 mmHg.
- Estable y similar con respecto a revisión a la semana.
- Tratamiento:
 - Thealoz® Duo cada 24 horas, hasta revisión.
 - Lephane® cada 24 horas, hasta revisión.

Control a los 30 días

- Subjetivamente bien, con un uso de lentes de contacto de 4 horas al día.
- BMC: hiperemia +/- (Efron 1), TBUT 9-10 segundos, fluoresceína negativa.
- PIO: 16 mmHg.
- Estable.
- Tratamiento: Lephane® cada 48 horas durante 2 meses.

6. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

- Mejoría importante con resolución del componente inflamatorio tras una semana de tratamiento, que se mantiene estable a lo largo del mes de seguimiento.
- Comentarios de la paciente: muy satisfecha con la rápida mejoría.

Caso clínico 10: Síndrome de ojo seco en portadora ocasional de LC, con inflamación y blefaritis asociada

Dr. Pedro Bueno García
Hospital Perpetuo Socorro (Badajoz) - Hospital Quirónsalud Clideba (Badajoz)

Volver
al índice



Siguiente
página

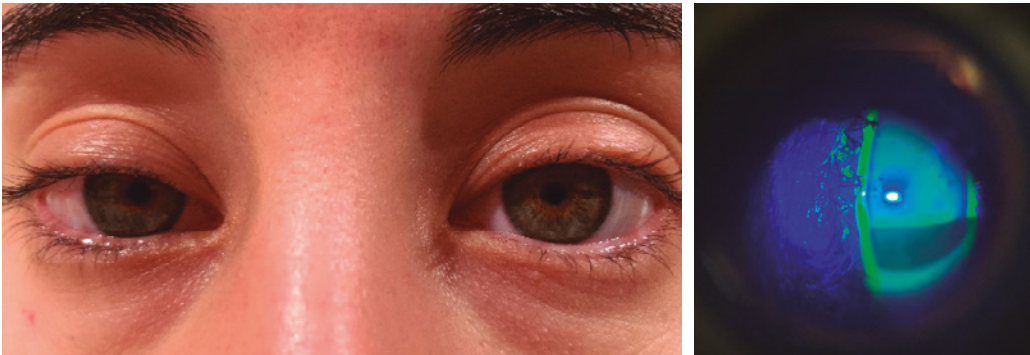


Figura 1. Examen clínico



Figura 3. Control a los 14 días



Figura 2. Control a los 7 días



Figura 4. Control a los 30 días

Thealoz® Duo cumple con la legislación vigente de productos sanitarios. No utilizar en caso de alergia a alguno de los componentes. Thealoz® Duo: raros casos de irritación ocular moderada



1. ANAMNESIS DE LA PACIENTE

- Mujer de 29 años que acudió al hospital de forma urgente por dolor ocular, escozor y enrojecimiento de ambos ojos tras la colocación de extensiones de pestañas el día anterior. La paciente refería que los síntomas habían comenzado horas después de la colocación de las pestañas.
- AP: asma en tratamiento con salbutamol. Sin antecedentes oftalmológicos de interés.

2. EXAMEN CLÍNICO

- Agudeza visual espontánea (AV) en OD de 0,6, que mejoraba a 0,8 con agujero estenopeico, y de 0,9 en OI, que no mejoraba con agujero estenopeico.
- En la exploración con lámpara de hendidura se observó: piel palpebral sin lesiones, borde palpebral normal, hiperemia conjuntival y ciliar grado 2-3 (moderada-severa) en la escala de Efron en ambos ojos, reacción conjuntival micropapilar leve, córnea transparente, leve queratitis punteada superficial en tercio corneal inferior, BUT normal, no celularidad en cámara anterior (figuras 1 y 2).
- PIO de 15 mmHg en ambos ojos.

3. DIAGNÓSTICO

Queratoconjuntivitis tóxica-irritativa, con inflamación probablemente secundaria a componentes del pegamento empleado para la colocación de extensiones de pestañas.

4. TRATAMIENTO INDICADO

- Softacort® (3,35 mg/ml de hidrocortisona, colirio en solución en envases unidosis): 2 gotas 4 veces al día durante 1 semana.

5. SEGUIMIENTO

Control a los 7 días

Tras una semana de tratamiento la paciente refería gran mejoría de los síntomas, persistiendo solamente leves molestias.

En la exploración (figuras 3, 4 y 5):

- AV en OD de 0,8, que mejoraba a 1 con estenopeico, y AV de la unidad en OI.
- En la exploración con lámpara de hendidura no existía hiperemia, la córnea era transparente y la tinción corneal flúor-negativa.
- PIO 13 mmHg en ambos ojos.

Ante la mejoría del cuadro clínico se decidió realizar una pauta de descenso rápido de Softacort®: 2 gotas 3 veces al día durante cuatro días y 2 gotas 2 veces al día durante 3 días más.

Control a los 14 días

Dos semanas después de la primera revisión la paciente había finalizado el tratamiento y se encontraba totalmente asintomática.

En la exploración:

- La AV era igual a la revisión anterior.
- En la exploración con lámpara de hendidura la conjuntiva persistía sin hiperemia y la córnea transparente y sin tinción con fluoresceína.

Ante la resolución completa del cuadro se decidió dar el alta.

6. DISCUSIÓN

La colocación de extensiones de pestañas puede producir alteraciones oculares, como queratoconjuntivitis, como en el caso de nuestra paciente, blefaritis alérgica o erosiones conjuntivales. Se han descrito distintos mecanismos de acción posibles como origen de estos cuadros: por la entrada accidental del pegamento empleado para la colocación de las pestañas o del disolvente utilizado para su retirada; por paso de restos de pegamento no solidificado horas después de su colocación, que se disuelven en la lágrima tras lavarse la cara o tras la ducha; por liberación de formaldehído o por alergia a algunos de los componentes del pegamento. En un estudio realizado por Amano, se analizaron varios pegamentos empleados en la colocación de extensiones de pestañas y se comprobó que todos ellos contenían cantidades de formaldehído por encima de las recomendadas. El formaldehído puede liberarse horas después de haberse solidificado el pegamento y disolverse en la lágrima, lo que causa cuadros tóxicos de queratoconjuntivitis horas después de la colocación de las pestañas. Este mecanismo fue probablemente el implicado en el cuadro oftalmológico que presentó nuestra paciente, de acuerdo a los signos clínicos observados y a la temporalidad de los síntomas, ya que estos aparecieron horas después de la colocación de las pestañas, cuando el pegamento ya estaría solidificado.

Podemos concluir que Softacort® se muestra eficaz para el tratamiento de la inflamación secundaria a conjuntivitis irritativas y que produce una rápida mejoría de los síntomas sin producir elevaciones de la presión intraocular.

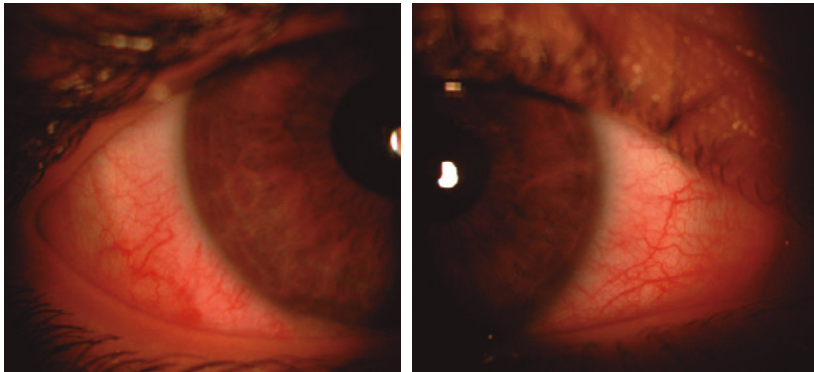


Figura 1. Fotografía tomada en la lámpara de hendidura. Se muestra hiperemia conjuntival y ciliar bulbar. En la imagen de la derecha se aprecian las extensiones de pestañas en el borde palpebral superior.

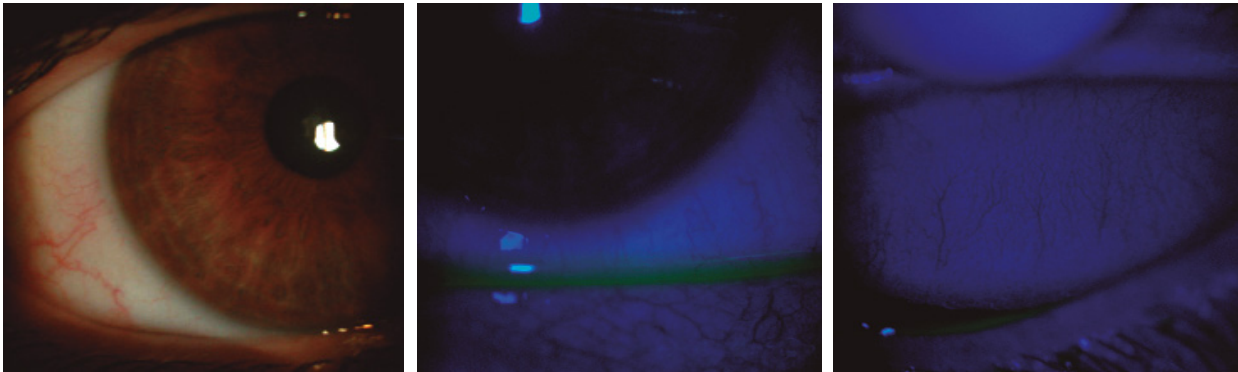


Figura 3, 4 y 5. Fotografías tomadas en la lámpara de hendidura. Control a los 7 días. En la foto de la izquierda se muestra la ausencia de hiperemia conjuntival tras el tratamiento. Las fotografías del centro y la derecha, tomadas tras instilación de fluoresceína y con filtro azul cobalto, muestran la desaparición de la reacción micropapilar y la queratitis punteada superficial.

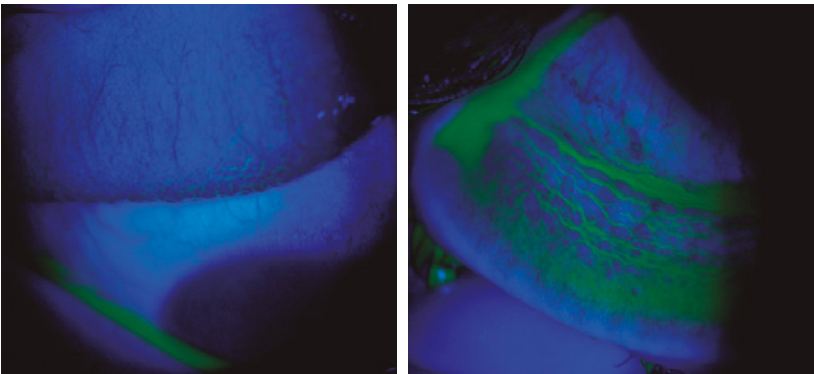


Figura 2. Fotografía tomada en la lámpara de hendidura, con filtro azul cobalto, tras la instilación de gota de fluoresceína. Se aprecia la reacción micropapilar leve en las conjuntivas tarsales superior e inferior del ojo derecho.

Bibliografía

1. Amano Y, Sugimoto Y, Sugima M. Ocular disorders due to eyelash extensions. Cornea. 2012 Feb;3(2):121-5.
2. Abah ER, Oladigbolu KK, Rafindadi AL, Audu O. Eyelash extension use among females students in a Tertiary Institution in Nigeria: A study of kaduna polytechnic, Kaduna. Niger J Clinic Pract. 2017 Dec;20(12):1639-1643.
3. Kallab M et al. Topical Low Dose Preservative- Free Hydrocortisone Reduce Signs and Symptoms in Patients with Chornic Dry Eye: a randomized Clinical Trial. Adv Ther. 2020 Jan;37(1):329-44.

Softacort®

3,35 mg Hidrocortisona fosfato de sodio Sin conservantes

Volver
al índice



Siguiente
página



- ✓ Corticoide suave¹
- ✓ Baja penetración intraocular y sistémica²
- ✓ Bajo perfil de efectos secundarios³

El corticoide suave¹ de superficie
Sin conservantes

1. Flechner PU, Teichmann KD. Corticosteroids. Ocular therapeutics: Pharmacology and Clinical Application. New Jersey, USA, Slack incorporated, 1998;6:97-106.
2. Hamard H, Schmitt C et al. Étude de la pénétration oculaire de la dexaméthasone. In: Demailly P, Hamard H, Luton JP. OEil et Cortisone. Paris, Masson, 1975, 33-84.
3. Baudouin C, Labbé A, Liang H, Pauly A, Brignole-Baudouin F. Preservatives in eyedrops: the good, the bad and the ugly. Prog Retin Eye Res. 2010 Jul;29(4):312-34.
4. Ver sección 4.8 de la ficha técnica de Softacort. 5. Jones L et al. TFOS DEWS II Management and Therapy Report. 2017 Jul;15(3):575-628.



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Softacort 3,35 mg/ml colirio en solución en envases unidosis **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 ml de colirio en solución contiene 3,35 mg de hidrocortisona fosfato sodio. Una gota contiene aproximadamente 0,12 mg de hidrocortisona fosfato sodio. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Colirio en solución en envases unidosis. La solución es prácticamente transparente, incolora a ligeramente amarillenta y prácticamente libre de partículas. pH: 6,9-7,5 Osmolalidad: 280-320 mOsmol/kg **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de enfermedades conjuntivales alérgicas o inflamatorias no infecciosas leves. **4.2 Posología y forma de administración: *Posología:*** La dosis recomendada es de 2 gotas, de 2 a 4 veces al día en el ojo afectado. La duración de esta pauta de administración por lo general varía entre unos pocos días y un máximo de 14 días. Puede recomendarse una disminución gradual de la dosis hasta una administración en días alternos para evitar una recaída. En caso de respuesta insuficiente, debe utilizarse un corticosteroide más potente. ***Población pediátrica:*** No se ha establecido la seguridad ni la eficacia en la población pediátrica. Ver sección 4.4. ***Pacientes de edad avanzada:*** No es necesario un ajuste de la dosis en los pacientes de edad avanzada. ***Forma de administración:*** Vía oftálmica. Cada envase unidosis contiene una cantidad de solución suficiente para tratar ambos ojos. Para un solo uso. Este medicamento es una solución estéril sin conservantes. La solución de un envase unidosis individual debe utilizarse inmediatamente después de abrirlo para su administración en el ojo u ojos afectados (ver sección 6..3). Debe indicarse a los pacientes que: - eviten el contacto entre la punta del cuentagotas y el ojo o los párpados,- el colirio en solución debe utilizarse inmediatamente después de la primera apertura del envase unidosis, el cual debe desecharse tras su uso, la oclusión nasolagrima por compresión de los conductos lagrimales durante un minuto puede reducir la absorción sistémica. En caso de tratamiento concomitante con otros colirios en solución, debe dejarse un intervalo de 5 minutos entre cada instilación. **4.3 Contraindicaciones** - Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1 - Historial de hipertensión ocular inducida por glucocorticosteroides y otras formas de hipertensión ocular - Infección aguda por virus herpes simple y la mayoría de otras infecciones víricas de la córnea en estadio agudo de ulceración (excepto cuando se combina con agentes quimioterapéuticos específicos para el virus del herpes), conjuntivitis con queratitis ulcerosa incluso en el estadio inicial (prueba de fluoresceína positiva) - Tuberculosis ocular - Micosis ocular - Infección ocular purulenta aguda, conjuntivitis purulenta y blefaritis purulenta, orzuelo e infección por herpes que pueden verse enmascarados o agravados por los antiinflamatorios. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Nunca deben administrarse corticosteroides tópicos en caso de ojo rojo no diagnosticado. No se recomienda el uso de este medicamento para el tratamiento de la queratitis herpética, pero puede utilizarse si es necesario solo con un tratamiento antivírico combinado y bajo la estrecha supervisión de un oftalmólogo. El adelgazamiento de la córnea y la esclerótica (causado por enfermedades) puede aumentar el riesgo de perforaciones con el uso de corticosteroides tópicos. Debe sospecharse de una infección fúngica en caso de ulceración corneal si se ha utilizado un corticosteroide durante un período de tiempo prolongado. Durante el tratamiento con colirios a base de hidrocortisona, debe efectuarse un seguimiento frecuente de los pacientes. El uso prolongado del tratamiento con corticosteroides ha demostrado que produce hipertensión ocular/glaucoma especialmente en pacientes con presión intraocular (PIO) elevada inducida por corticosteroides previa o con PIO elevada preexistente o glaucoma, (ver sección 4.3 y 4.8) así como formación de cataratas, especialmente en niños y pacientes de edad avanzada. El uso de corticosteroides también puede producir infecciones oculares oportunistas debido a la supresión de la respuesta del huésped o a la demora de su curación. Asimismo, los corticosteroides oculares tópicos pueden favorecer, empeorar o enmascarar los signos y síntomas de las infecciones oculares oportunistas. Debe evitarse el uso de lentes de contacto durante el tratamiento con colirios con corticosteroides. ***Alteraciones visuales:*** Se pueden producir alteraciones visuales con el uso sistémico y tópico de corticosteroides. Si un paciente presenta síntomas como visión borrosa u otras alteraciones visuales, se debe consultar con un oftalmólogo para que evalúe las posibles causas, que pueden ser cataratas, glaucoma o enfermedades raras como coriorretinopatía serosa central (CRSC), que se ha notificado tras el uso de corticosteroides sistémicos y tópicos. Este medicamento contiene 0,227 mg de fosfatos en cada gota (ver también sección 4.8). ***Población pediátrica:*** En niños el tratamiento continuado con corticosteroides a largo plazo puede causar supresión suprarrenal (ver sección 4.2). En niños, la respuesta ocular hipertensiva a los corticosteroides tópicos se produce con mayor frecuencia, mayor intensidad y mayor rapidez que en los adultos. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. Se espera que el tratamiento concomitante con productos que contienen inhibidores CYP3A, incluyendo cobicistat, aumente el riesgo de efectos secundarios sistémicos. La combinación debe evitarse a menos que el beneficio supere el riesgo aumentado de padecer efectos secundarios sistémicos, en cuyo caso los pacientes deben ser monitorizados por los efectos secundarios sistémicos de los corticosteroides. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia. *Embarazo:*** No hay datos o estos son limitados relativos al uso de Softacort en mujeres embarazadas. Los corticosteroides atraviesan la placenta. Los estudios realizados en animales han mostrado toxicidad para la reproducción, incluida la formación de fisura palatina (ver sección 5.3). Se desconoce la significación clínica de esta observación. Tras la administración sistémica de dosis elevadas de corticosteroides, se han notificado efectos en el feto/recién nacido (inhibición del crecimiento intrauterino, inhibición de la función de la corteza suprarrenal). Sin embargo, estos efectos no se han observado con el uso ocular. No se recomienda usar Softacort durante el embarazo, a menos que sea estrictamente necesario. ***Lactancia:*** Los glucocorticoides administrados sistémicamente se excretan en la leche materna y pueden causar supresión del crecimiento o de la producción endógena de corticosteroides o puede tener otros efectos adversos. Se desconoce si Softacort se excreta en la leche materna. No se puede descartar un riesgo para los recién nacidos/lactantes. ***Fertilidad:*** No se dispone de datos sobre los posibles efectos del fosfato sódico de hidrocortisona 3,35 mg/ml en la fertilidad. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Después de la instilación, puede aparecer visión borrosa transitoria, que puede afectar a la capacidad para conducir o utilizar máquinas. Si aparecen estos efectos, el paciente debe esperar hasta que la visión sea nítida antes de conducir o utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas** Lista de reacciones adversas: Las reacciones adversas se clasifican en función de su frecuencia: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Hidrocortisona ***Trastornos oculares:*** - Frecuencia no conocida: Quemazón*, escozor*. ***Efectos de los corticosteroides:*** Las reacciones adversas siguientes no se han observado con la hidrocortisona, pero son conocidas con otros corticosteroides tópicos. ***Trastornos oculares:*** - Frecuencia no conocida: Reacciones alérgicas y de hipersensibilidad, retraso en la curación de heridas, catarata capsular posterior*, infecciones oportunistas (infección por herpes simple, infección fúngica, ver sección 4.4), glaucoma*, midriasis, ptosis, uveítis inducida por corticosteroides, cambios en el grosor de la córnea*, queratopatía cristalina, visión borrosa (ver sección 4.4). * Ver la sección Descripción de las reacciones adversas seleccionadas. Se han notificado, de forma muy rara, casos de calcificación corneal asociados al uso de colirios que contienen fosfato en algunos pacientes con las córneas dañadas de forma significativa. ***Descripción de reacciones adversas seleccionadas:*** Puede producirse quemazón y escozor inmediatamente después de la instilación. Estos acontecimientos suelen ser leves y temporales y no tienen consecuencias. El uso prolongado del tratamiento con corticosteroides ha demostrado que produce hipertensión ocular/glaucoma (especialmente en pacientes con PIO elevada inducida por corticosteroides previa o con PIO elevada o glaucoma preexistentes, o antecedentes familiares de PIO elevada o glaucoma) así como la formación de cataratas. Los niños y las personas de edad avanzada pueden ser particularmente susceptibles a experimentar un aumento de la PIO inducida por corticosteroides (ver sección 4.4). En general, el aumento de la presión intraocular inducida por el tratamiento tópico con corticosteroides se ha observado durante las dos semanas posteriores al inicio del tratamiento (ver sección 4.4). Las personas diabéticas también son más propensas a desarrollar cataratas subcapsulares tras la administración tópica de corticosteroides. En las enfermedades que causan un adelgazamiento de la córnea, el uso tópico de corticosteroides puede producir perforación en algunos casos (ver sección 4.4). ***Notificación de sospechas de reacciones adversas:*** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es> **4.9 Sobredosis:** En caso de sobredosis tópica asociada con irritación ocular prolongada, debe enjuagarse el ojo con agua estéril. Las sobredosis prolongadas pueden producir hipertensión ocular. En ese caso, es necesario interrumpir el tratamiento. Se desconoce la sintomatología debido a la ingestión accidental. No obstante, del mismo modo que con otros corticosteroides, el médico puede considerar el lavado gástrico o la inducción del vómito. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: AGENTES ANTIINFLAMATORIOS – Corticosteroides, monoterapia, código ATC: S01BA02 ***Mecanismo de acción:*** La hidrocortisona o cortisol es un glucocorticoide segregado por la glándula suprarrenal y con actividad antiinflamatoria capaz de liberar e inducir la síntesis del inhibidor de PLA2 específico (lipocortina), bloqueando así la cascada del ácido araquidónico y la formación de factores proinflamatorios, como prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos (SRS-A). Este mecanismo de acción explica la actividad antiinflamatoria y antialérgica de la hidrocortisona. **5.2 Propiedades farmacocinéticas:** Un estudio farmacocinético en conejos realizado con SOFTACORT ha demostrado que tras su administración, la hidrocortisona se difunde rápidamente por el humor acuoso, la córnea y la conjuntiva. La penetración de hidrocortisona fue más elevada en la córnea, seguida de la conjuntiva, y muy baja en el humor acuoso. También se observó un leve paso sistémico de la hidrocortisona ($< 2\%$ de la dosis aplicada). **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad:** En animales, la administración repetida prolongada de hidrocortisona por vía sistémica redujo el aumento de peso corporal y aumentó la neoglucoconénesis y la hiperglucemia, la involución del timo y la hipertensión ocular. ***Toxicidad para la reproducción:*** En ratones, la administración ocular de hidrocortisona ha demostrado producir pérdidas fetales (reabsorciones) y fisura palatina. En conejos, el uso ocular de hidrocortisona produjo pérdidas fetales (reabsorciones) y anomalías múltiples en la cabeza y el abdomen. Asimismo, tras la administración de corticosteroides a animales gestantes se han notificado inhibición del crecimiento intrauterino y cambios en el desarrollo funcional del sistema nervioso central. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes:** Fosfato disódico dodecahidratado. Dihidrogenofosfato sodio monohidrato. Cloruro de sodio. Edetato de disodio. Ácido clorhídrico (para el ajuste de pH). Agua para preparaciones inyectables **6.2 Incompatibilidades:** No se conocen incompatibilidades con otros fármacos. **6.3 Período de validez:** 2 años en el embalaje exterior. Tras la primera apertura del sobre: utilizar los envases unidosis en el plazo de un mes. Tras la primera apertura del envase unidosis: utilizar inmediatamente y desechar el envase unidosis tras su utilización. Puesto que una vez abierto el envase unidosis individual no se puede mantener la esterilidad, se debe desechar inmediatamente el contenido restante tras la administración. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25 °C. Mantener los envases unidosis en el sobre para protegerlos de la luz. Para más información sobre la conservación tras la primera apertura del medicamento, ver sección 6.3. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** 10 envases unidosis (LDPE) con 0,4 ml de colirio en solución envueltos en un sobre compuesto por cuatro capas de papel/polietileno/aluminio/copolímero de etileno. Las presentaciones contienen 10 (1x10), 20 (2x10), 30 (3x10) o 60 (6x10) envases unidosis. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratoires THEA 12, rue Louis Blériot 63017 Clermont-Ferrand Cedex 2 Francia **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 82.398 **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Septiembre 2017 **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre, 2018. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (<http://www.aemps.gob.es/>). **11. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA.** No reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **12. PRESENTACIÓN Y PRECIO** Caja con 30 envases unidosis de 0,4 ml, C.N. 718836: PVP IVA 13,94€



www.laboratoriosthea.com