

Tratamiento quirúrgico del chalazión por vía transcutánea

Surgical treatment of chalazion by transcutanea way

Mauro Coringrato,¹ Alejandra Segura² y Margarita Jaled³

RESUMEN

El chalazión es una inflamación granulomatosa provocada por una obstrucción glandular que afecta los párpados y debe ser resuelta cuando evoluciona a la cronicidad por medios quirúrgicos. Se describe una técnica sencilla, transcutánea y exangüe, donde evidenciamos un bajo nivel de complicaciones, una recuperación rápida del paciente y un buen resultado estético final (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(6): 488-491).

Palabras clave:

chalazión, cirugía de chalazión, quiste de Meibomio.

ABSTRACT

The chalazion is a granulomatous inflammation caused by a blocked gland that affects the eyelids and should be resolved when it evolves to chronicity by surgery. We describe a simple technique, transcutaneous and bloodless, which showed a low level of complications, rapid recovery of the patient and a good final aesthetic result (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(6):488-491).

Keywords:

chalazion, chalazion surgery, Meibomian cyst.

Fecha de recepción: 05/09/2011 | Fecha de aprobación: 08/09/2011

Definiciones importantes

El término chalazión proviene de una palabra griega que significa “protuberancia pequeña”. Es producida por la obstrucción de una de las glándulas de Meibomio. Estas glándulas se sitúan en número de cien, aproximadamente, en cada párpado, cerca de las pestañas.¹

Es frecuente que el chalazión sea secundario a una infección aguda de la glándula de Zeiss, denominada orzuelo. Esta glándula desemboca en la línea de las pestañas (borde libre del párpado). El orzuelo es de menor tamaño que el chalazión, pero con la diferencia de que en este último no existe infección activa, sino una reacción de cuerpo extraño al material sebáceo. De manera tal que se produce una obstrucción del conducto de drenaje de la glándula, lo cual provoca una inflamación lipogranulomatosa crónica. Si bien quedó aclarado que no está causado por bacterias, puede en raras ocasiones sobreinfectarse.²

Clínicamente se observa como una lesión firme, redondeada, que aparece en la lámina tarsal a cualquier edad, con más frecuencia en el párpado superior pero que puede localizarse también en el inferior,

1 Médico de planta

2 Médica concurrente

3 Médica de planta, jefa de la Sección Lepra

Unidad de Dermatología, Hospital Francisco J. Muñiz, Uspallata 2272, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Mauro M. Coringrato, Valle 1411, 9° piso (1406), Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argma23@hotmail.com

siempre más lejano al borde palpebral y con tendencia a protruir hacia el interior del párpado. Puede ser uni o bilateral. No es un quiste verdadero, por lo cual el término quiste de Meibomio es incorrecto. Si el chalazión aumenta mucho de tamaño, puede presionar la córnea e inducir astigmatismo y visión borrosa; si rompe la placa tarsal, es posible que resulte un granuloma polipode. A veces afecta en su inflamación a todo el párpado y debe diferenciarse clínicamente de una celulitis de la órbita. En procesos de evolución tórpida debe considerarse al carcinoma palpebral como diagnóstico diferencial.¹

Cuando el chalazión es recidivante, la causa subyacente es siempre una blefaritis, generalmente en su forma marginal crónica.¹⁻²

Factores de riesgo para blefaritis-orzuelo-chalazión

Sistémicos: dislipidemias, diabetes, congestión ocular (estados gripales, cansancio extremo).

Oculares: blefaritis crónica, síndrome de ojo seco, vicios de refracción, mal uso de lentes de contacto, alergia.

Enfermedades de la piel: seborrea, acné rosácea, alergia.

Exposición solar exagerada.

Diagnósticos diferenciales

Leishmaniasis ocular, conjuntivitis viral, síndrome de Job, tumor de glándulas de Meibomio, carcinoma de células de Merkel, metástasis, granulomatosis de Wegener, esporotricosis, celulitis, carcinoma sebáceo, carcinoma de células escamosas, carcinoma anexial microquístico, tuberculosis.

Examen citológico

Por aspiración con aguja fina podemos encontrar dos tipos citológicos: chalazión de células mixtas (neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas, macrófagos, células gigantes y tejido de granulación) y granuloma supurativo (células epitelioides, neutrófilos y material proteináceo). En ciertas ocasiones, puede observarse el fenómeno de emperipolesis.²

Complicaciones

Trastorno cosmético, deformación de la córnea, hiperopía y disminución de la visión. El chalazión infectado puede dar lugar a una celulitis preseptal.³

Tratamiento en consultorio

Generalmente es autoinvolutivo, esto puede favorecerse con compresas calientes en la zona, entre diez a quince minutos cuatro veces al día, con los párpados cerrados. Si no ocurre esta evolución, en algunos casos se aplican inyecciones de triamcinolona intralesional, con lo que puede resolverse. Se

Foto 1. Chalazión de gran tamaño en párpado superior izquierdo. Llevaba 6 meses de evolución.

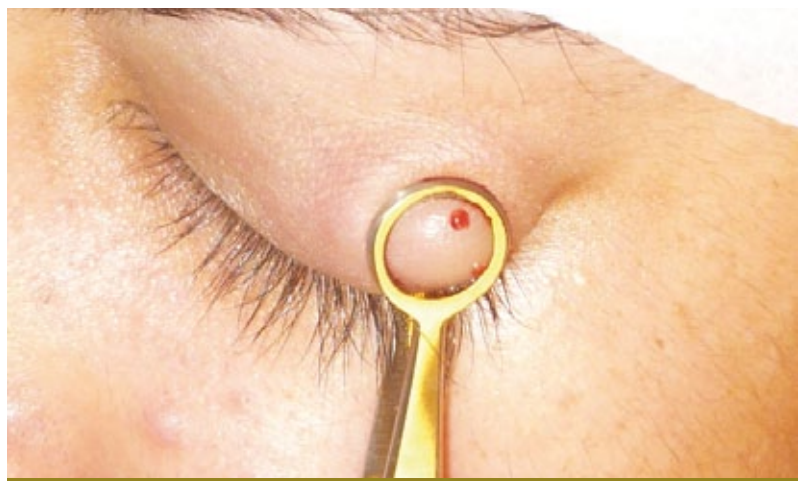


Foto 2. Se toma la lesión con la pinza de chalazión sin evertir el párpado.

debe tener en cuenta que este procedimiento podría ocasionar despigmentación en fototipos altos (se reduce al mínimo este efecto adverso si la inyección se realiza por vía conjuntival),⁴ atrofia de la delicada piel palpebral, perforación corneal por mala técnica, catarata traumática y exacerbación de una infección si la hubiere. Existe un riesgo teórico de embolización esteroidea, que podría provocar una isquemia del segmento anterior y/o del segmento coriorretiniano.⁵⁻⁶ Algunos estudios apoyan la idea de que una sola inyección de esteroides seguida por masajes repetidos en el hogar tiene una eficacia comparable a la incisión y el curetaje⁴; esto, sin embargo, es rebatido en otros trabajos, que estiman su



Foto 3. Se decide hacer la incisión con punch para enviar material a HP, dado lo tórpido del cuadro.



Foto 4. Sale expulsado el contenido del pseudoquiste.

eficacia cercana al 60%.⁷ Para casos de carácter crónico, el tratamiento quirúrgico es la indicación de primera línea. Si se sospecha sobreinfección, puede tratarse con ungüentos antibióticos externos, colirios antibióticos e incluso antibioterapia sistémica.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico convencional es por vía conjuntival; éste trae aparejada la necesidad de colirios antibióticos por 5 o 7 días y oclusión ocular por 24 horas. Es una vía

poco accesible ante sangrados o complicaciones quirúrgicas eventuales, motivo por el cual describimos una técnica de abordaje transcutáneo, de recuperación inmediata para el paciente y fácil seguimiento por el profesional.⁸⁻¹⁰

Se limpia la zona con clorhexidina al 4% o yodopovidona solución. Se infiltra solución anestésica en el párpado, de preferencia “abufferada”. Se coloca la pinza de chalazión sin evertir el párpado, o sea con la placa de sostén tomando la placa tarsal y el aro en la zona epidérmica, dejando el chalazión presentado dentro de ella. Se incide la tumoración con hoja de bisturí N° 11 o 15; de ser necesaria la realización de una biopsia, puede incidirse directamente con punch de 2-3 mm. Se pasa por el interior de la cavidad una cureta en forma de cucharita por si hubiera tabicamentos para favorecer la evacuación total del contenido. Si dudamos sobre si la cavidad quedó o no totalmente limpia, se puede instilar solución fisiológica con una jeringuilla. Comprobamos antes de la sutura que no haya sangrado activo retirando la pinza de chalazión, que nos provee un lecho exangüe. Si hay sangrado, la compresión con gasa por unos minutos suele ser suficiente y es de preferencia en esta zona tan delicada. Cerramos el párpado en un solo plano de sutura con nylon monofilamento N° 6. Se indican curaciones diarias con agua oxigenada y petrolato estéril o ungüento antibiótico. Se retira la sutura entre los 5 y 7 días posteriores a la intervención.

Complicaciones de la cirugía

Son extremadamente infrecuentes. En la literatura encontramos descritas cicatrices, sangrado y la formación de fístulas.³

Conclusiones

El chalazión es una inflamación granulomatosa provocada por una obstrucción glandular que afecta los párpados y debe ser resuelta por medios quirúrgicos cuando evoluciona a la cronicidad. Consideramos de importancia el conocimiento del tratamiento del chalazión (médico y/o quirúrgico) por el dermatólogo, ya que es una consulta frecuente. En este trabajo se muestra una metodología sencilla, transcutánea (vía que le es familiar al dermatólogo), que permite una fácil inspección de la herida y un menor edema posquirúrgico, que la vía tarsal empleada habitualmente para estas intervenciones. Este procedimiento presenta una excelente evolución con muy bajo nivel de complicaciones. La cicatriz quirúrgica es imperceptible a las pocas semanas, ya que la zona presenta una bajísima tensión para el cierre borde a borde, además de múltiples líneas horizontales que disimulan cualquier cicatriz lineal. Con este método no son necesarias las curas oclusivas durante 24 horas ni los colirios antibióticos, todo esto utilizado convencionalmente en la vía transtarsal,^{2,8} con la consiguiente pérdida de productividad horas

hombre. La tasa de curación del tratamiento quirúrgico del chalazión es cercana al 100%.^{8,11} Estos procedimientos nos permiten, además, seguir fortaleciendo la relación médico-paciente y así evitar una derivación innecesaria.

Bibliografía

1. Allevato M. Orzuelos, *Act. Terap. Dermatol.*, 2008, 31: 126-130.
2. Dhaliwal V., Bhatia A. A rationale for therapeutic decision-making in chalazia, *Orbit*, 2005, 24: 227-230.
3. Dubey R., Wang L., Figueira E., Amjadi S. et ál. Management of marginal chalazia: a surgical approach, online, *Br. J. Ophthalmol.*, August 5, 2009. <http://bjo.bmj.com/content/early/2010/07/27/bjo.2008.146704.full.html>
4. Goawalla A., Lee V. A prospective randomized treatment study comparing three treatment options for chalazia: triamcinolone acetone injections, incision and curettage and treatment with hot compresses, *Clin. Experiment. Ophthalmol.*, 2007, 35: 706-712.
5. Amjadi S., Brown T., Masselos K. Anterior segment ischemia and retinohoroidal vascular occlusion after intralesional steroid injection, *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.*, 2009, 25: 253-254.
6. Shiramizu K., Kreiger A., McCannel C. Severe visual loss caused by ocular perforation during chalazion removal, *Am. J. Ophthalmol.*, 2004, 137: 204-205.
7. Ben G., Huang L., Nakra T., Schwarcz R. et ál. Intralesional Triamcinolone Acetonide Injection for Primary and Recurrent Chalazia: is it really effective?, *Ophthalmology*, 2005, 112: 913-917.
8. Kaimbo W., Kaimbo D., Nkidiaka M. Treatment of chalazion with incision and curettage in african patients of the negroid race, *Bull. Soc. Belge Ophthalmol*, 2006, 300: 81-84.
9. Murube del Castillo J. Nuevo método de cirugía de chalazión por abordaje yuxtaciliar, *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.*, 1992, 5: 385-388.
10. Carrim Z., Shields L. A simplified technique for incision and curettage of chalazia, *Orbit*, 2008, 27: 401-402.
11. Unal M. Chalazion treatment, *Orbit*, 2008, 27: 397-398.



Foto 5. Se sutura con un punto simple.



Foto 6. Resultado estético final al año de la intervención.

PERLAS DERMATOLÓGICAS

Alopecia areata durante la terapéutica con anti-TNF alfa. Nueve casos.

Le Bidre E., Chaby G., Martin L., Perrussel M. et ál, *Ann. Dermatol. Venerol.*, 2011, 138: 285-293.

Se comunican 9 casos de alopecia areata (AA): 5 en placas y 4 universales. Se administró adalimumab en 8 casos y etanercept en uno. Se observó repoblación completa en 5 pacientes, ausencia de respuesta en 2, y en los 2 restantes, repoblación parcial luego de recibir metotrexate y esteroides. La repoblación completa en 3 pacientes después de suspender la droga, sin ninguna terapéutica adicional, habla a favor de la bioterapia, pero no se descarta que sea debido al azar.

La "marcha psoriásica": un concepto de cómo la psoriasis severa puede conducir a una comorbilidad cardiovascular.

Boehncke W., Boehncke S., Tobin A.M., Kirby B., *Exp. Dermatol.*, 2011, 20: 303-307.

Cada vez existe más conciencia de que la psoriasis es más que una enfermedad cutánea. Varias revisiones enfocadas en biomarcadores señalan que se trata de una afección sistémica. Se destacó su relación con enfermedad cardiovascular, que contribuye al aumento de la mortalidad de los pacientes. Se revisó la evidencia y se favoreció el concepto de un vínculo causal entre psoriasis y enfermedad cardiovascular.

El rol de los telómeros en el envejecimiento de la piel humana.

Buckingham E.M., Klingelutz A.J., *Exp. Dermatol.*, 2011, 20: 297-302.

El acortamiento de los telómeros previene proliferaciones celulares aberrantes como el cáncer. Una consecuencia de esta protección es el envejecimiento celular. La enzima telomerasa mantiene la longitud del telómero en células germinales, tumorales y epidérmicas. Los telómeros de estas últimas son muy sensibles al acortamiento cuando se exponen a especies reactivas del oxígeno. La piel podría ser un tejido accesible para la manipulación de la actividad de la telomerasa, con el potencial de mejorar afecciones cutáneas asociadas con el envejecimiento.

» 1

» 2

» 3

L.J.