

Chalazión: Una Revisión

Chalazion: A Review

Humberto Limber Cruz Olivares¹ Samuel Pablo Cruz Olivares² Marco Andrés Crespo Amonzabel³ Giovana Melvi Murillo Paz⁴

Resumen

El presente artículo de revisión descriptiva tiene como finalidad describir la prevalencia, histología, anatomía, histopatología, fisiopatología, clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento, profilaxis, seguimiento y pronóstico del chalazión. Para el desarrollo de este artículo se extrajo información de las bibliotecas virtuales Pubmed, Biblioteca Virtual de la Salud, Revista de la Asociación Médica Americana y Google Académico. Se seleccionó solo la información relacionada al tema realizando una búsqueda con las palabras clave: Chalazión, Granuloma, Infecciones y Párpados. Una vez recopilada la información se procedió a su debido análisis. Esta patología es una de las enfermedades más frecuentes de los párpados, presenta una clínica variada y una similitud considerable con otras patologías.

Abstract

The purpose of this descriptive review article is to describe the prevalence, histology, anatomy, histopathology, pathophysiology, clinic, diagnosis, differential diagnosis, treatment, prophylaxis, monitoring and prognosis of the chalazion. For the development of this article, information was extracted from the virtual libraries Pubmed, Virtual Health Library, Journal of the American Medical Association and Google Scholar. Only the information related to the topic was selected by performing a search with the keywords: Chalazion, Granuloma, Infections and Eyelids. Once the information was collected, it was duly analyzed. This pathology is one of the most frequent diseases of the eyelids, it presents a varied clinic and a considerable similarity with other pathologies.

Palabras clave:

Chalazión, granuloma, infecciones, párpados

Keywords:

Chalazion, granuloma, infections, eyelids

INTRODUCCIÓN Y/O ANTECEDENTES

La frecuencia del chalazión en los órganos anexos del globo ocular es solo superada por la enfermedad del ojo seco en los pacientes de la Seguridad Social¹. Su importancia radica en su frecuencia, en que puede enmascarar varias enfermedades subyacentes como ser una tuberculosis palpebral² y principalmente, puede retrasar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades sistémicas agresivas.

Es por tanto la importancia de realizar un diagnóstico adecuado para, en el corto plazo, tratar la patología y aliviar síntomas y, a largo plazo, evitar la exacerbación de una enfermedad sistémica subyacente. Poseer un conocimiento básico de esta patología puede llevar a un adecuado manejo y al mismo tiempo, a la prevención de algunas complicaciones. Por los motivos mencionados este artículo tiene como finalidad describir el chalazión desde todos sus puntos de vista.

DESARROLLO

Definición

El chalazión es una reacción de cuerpo extraño al material sebáceo, inflamación crónica granulomatosa² y estéril de la Glándula de Meibomio o de la Glándula de Zeiss, que a veces puede sobreinfectarse. Se manifiesta como una pápula inflamatoria localizada en el párpado posterior que suele ser autoinvolutiva²⁻⁵. Su clasificación se observa en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Clasificación del chalazión

Según el tiempo de evolución	Chalazión agudo
	Chalazión subagudo
	Chalazión crónico
Según su localización	Chalazión extra tarsal
	Chalazión externo
Según el estudio citológico	Chalazión de células mixtas
	Granuloma Supurativo

Fuente: Propia ^{2,3,5,7,14}

¹ Médico Residente de segundo año de Oftalmología – Caja Nacional de Salud

² Estudiante de la Carrera de Medicina – Universidad Mayor de San Andrés

³ Médico Residente de primer año de Oftalmología – Caja Nacional de Salud

⁴ Oftalmóloga Cirujana. Master en Inmunología y Superficie Ocular.

Correspondencia a:

Humberto Limber Cruz Olivares

E-Mail:

humbertocruzolivares@gmail.com

Telf. y/o Celular:

+591 71552819

Recibido:

14 de mayo de 2020

Aceptado:

12 de agosto de 2020

cientifica.umsa.bo

Fuente de Financiamiento
Autofinanciado

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización de este manuscrito.

REVIEW
ARTICLE

La palabra Chalazión deriva del griego *χαλάζιον* que significa protuberancia pequeña, y es conocido también como Calacio, Orzuelo Interno o Quiste de Meibomio². Sin embargo, el denominativo de Quiste de Meibomio es incorrecto debido a que el chalazión no presenta una estructura quística².

Prevalencia

El chalazión es la lesión y el tumor benigno más habitual de los párpados⁶ y afecta con más frecuencia al párpado superior². Su forma de presentación extratarsal es ocasional^{5,7}. En un estudio de prevalencia de enfermedades oftalmológicas se evidenció que el chalazión es la segunda enfermedad más frecuente de los órganos anexos del globo ocular¹.

La enfermedad más frecuentemente asociada al chalazión es la blefaritis crónica³. Otras enfermedades asociadas al chalazión se muestran en la **Tabla 2**. Se encontró que el chalazión predomina en varones y en el rango de edad entre los 30 a 50 años. No existen estadísticas que el chalazión muestre predilección por raza.⁸

Tabla 2. Enfermedades comúnmente asociadas al chalazión

- Blefaritis crónica ³⁻⁵ .
- Blefaroconjuntivitis alérgica crónica ⁴
- Queratitis sicca crónica ⁴
- Acné rosácea ^{4,5,9}
- Mal posición palpebral ⁴
- Trauma palpebral ⁴

Fuente: Propia^{3,4,20}

Histología de la Glándula de Meibomio

La Glándula de Meibomio es una de las estructuras en la cual se desarrolla el Chalazión. Cada glándula sintetiza una sustancia sebácea que desemboca en un Conducto Excretor Terminal que se abre en el borde palpebral, anteriormente a la Línea de Mark (**Figura 1**). El Conducto Excretor Terminal se continua profundamente con el Conducto Central donde desembocan varios alveolos de diferente tamaño (**Figura 2**)⁹⁻¹².

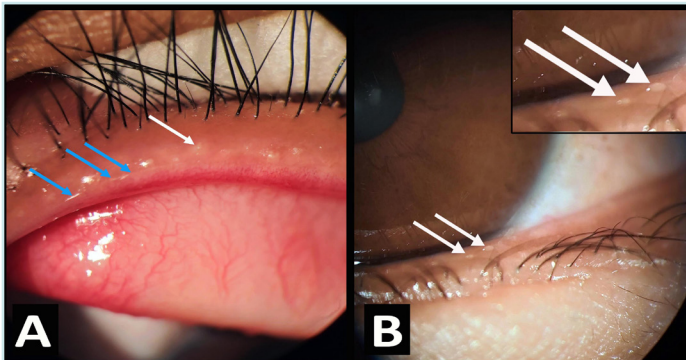


Figura 1. Secreción de las Glándulas de Meibomio. A. Párpado superior derecho. B. Párpado inferior izquierdo. Meibomio, flechas blancas; Línea de Mark, flechas celestes.

Fuente: propia

Etiología/Fisiopatología

El granuloma del chalazión se forma a partir de la retención de la secreción sebácea que sucede en los conductos excretores de las

glándulas de Meibomio o de las glándulas de Zeiss^{3,4}. La obstrucción de los orificios de excreción de las glándulas de Meibomio evita la evacuación de la secreción holocrina sebácea, provocando una reacción de cuerpo extraño lipogranulomatosa. Esta obstrucción puede ser de origen bacteriana (*S. aureus*) o inflamatoria^{5,7,13}. Algunos factores de riesgo se muestran en la **Tabla 3**.

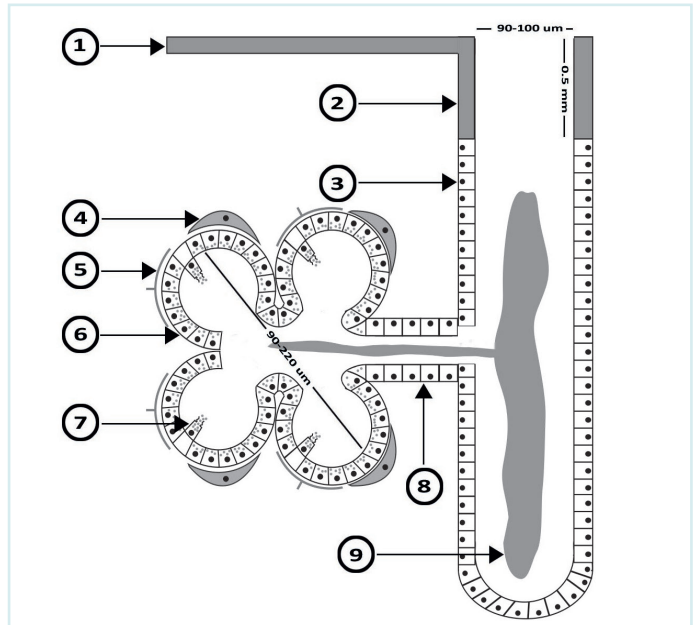


Figura 2. Esquema de una Glándula de Meibomio. 1. Epitelio plano estratificado queratinizado. 2. Conducto Excretor Terminal. 3. Conducto Central. 4. Célula de músculo liso. 5. Fibra nerviosa desmielinizada. 6. Alveolo. 7. Secreción Holocrina. 8. Ducto lateral. 9. Meibomio.

Fuente: propia

Tabla 3. Factores de riesgo para el desarrollo de un Chalazión

-Poca higiene palpebral	-Terapia con Bortezomib
-Síndrome de Ojo Seco	-Tabaco
-medio ambiente polvoriento	-Infección vírica
-Blefaritis crónica	-Infección por Demodex brevis
-Acné rosáceo	-Déficit de vitamina A en los menores de 19 años de edad
-Disfunción de las Glándulas de Meibomio	-Síndrome de Colon Irritable
-Ansiedad	-Vicios de refracción
-Dislipidemia	-Mal uso de lentes de contacto
-Diabetes	-Seborrea
-Estados gripales	-Exposición solar exagerada
-Alergias	

Fuente: Propia^{2,15-17}

La migración del granuloma provoca localizaciones atípicas del chalazión. La ruptura espontánea del tarso causada por una inflamación crónica de un granuloma puede ocasionar la fusión entre el septum orbitario y la fascia capsulopalpebral. Esta fusión establece una pista por la cual el granuloma transita, originando una localización extra tarsal⁵. Además, si el granuloma se extiende hacia la conjuntiva se generará una localización conjuntival. Sin embargo, si el granuloma perfora anteriormente el tarso se manifestará como una masa rojiza subcutánea¹⁴.

El déficit de vitamina A puede causar el desarrollo del granuloma. La deficiencia de vitamina A causa hiperqueratosis de los conductos de las glándulas de Meibomio, esta hiperqueratosis obstruye los conductos provocando una acumulación de la secreción glandular¹⁵. Un estudio de meibografía revela la obstrucción de 5 a 10 glándulas de Meibomio en el sitio del chalazión¹⁶.

La terapia con Bortezomib puede causar también el desarrollo del granuloma. El Bortezomib es un inhibidor de proteasa que se usa en el tratamiento de Mieloma Múltiple, Macroglobulinemia de Waldenstrom y Linfoma cutáneo de células T entre otros linfomas. Se cree que el Bortezomib presenta la capacidad de aumentar la liberación de citoquinas proinflamatorias como la IL-6 y el TNF, además, de un reactante de fase aguda, la PCR. Las glándulas de Meibomio pueden ser estimuladas por estas moléculas ya que posiblemente son los órganos blancos del Bortezomib. Suele haber una resolución espontánea del granuloma del chalazión al cabo de 3 meses tras el retiro del Bortezomib¹⁷.

Histopatología

El chalazión es un granuloma que se sitúa en dermis y tejido celular subcutáneo¹⁴. El estudio citológico por aspiración con aguja fina muestra que existen dos tipos de Chalaziones. Uno denominado Chalazión de células mixtas que presenta neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas, macrófagos, células gigantes y tejido de granulación y el otro denominado Granuloma Supurativo que presenta células epiteloides, neutrófilos y material proteináceo².

Clínica/Diagnóstico

El diagnóstico del chalazión es clínico³. Para la aproximación diagnóstica de un chalazión se debe indagar por los antecedentes quirúrgicos, traumáticos, chalaziones previos y enfermedades concomitantes^{4,18}. Además, se debe buscar los siguientes signos bajo la lámpara de hendidura: engrosamiento secundario a obstrucción de glándulas de Meibomio, madarosis, poliosis y ulceraciones⁴.

Síntomas

Algunos síntomas que pueden aparecer son: visión borrosa secundaria a un astigmatismo inducido por masa, desfiguración cosmética y dolor palpebral¹⁶. El granuloma del chalazión externo puede presentarse como una nodulación roja, elástica, blanda y no dolorosa¹⁴.

Signos

El chalazión puede tener diferente clínica de acuerdo a su clasificación (**Figura 3**). El chalazión agudo puede manifestarse como una inflamación estéril o infecciosa, localizada en los párpados⁵. El chalazión subagudo/crónico puede presentarse como un nódulo subcutáneo, redondo, indoloro y de bordes definidos^{3,4}.

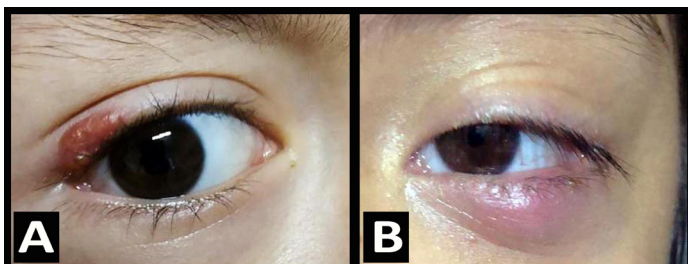


Figura 3. Tipos de chalazión. A. Chalazión crónico. B. Chalazión agudo.
Fuente: cortesía de Dra. Murillo

Además, existen otros signos que pueden asociarse al chalazión. Estos pueden ser: obstrucción de orificios de Glándulas de Meibomio⁵, masa palpebral¹⁶, nódulo en el tarso que puede inflamarse³, secreción espesa de la glándula a la presión³, hendidura palpebral estrecha¹⁶ y ptosis palpebral¹⁶. A veces, no se puede identificar el nódulo del chalazión⁴.

Diagnóstico diferencial (Tabla 4)

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de chalazión

- Celulitis
- Carcinoma de glándulas sebáceas
- Carcinoma sebáceo
- Carcinoma de células basales
- Granuloma piógeno
- Rinosporidiosis ocular
- Leucemia cutánea
- Neurofibroma
- Piedra del Conducto de la Glándula Lagrimal
- Adenoma pleomórfico
- Tuberculosis palpebral
- Pilomatricoma
- Síndrome Muir-Torre ⁶
- Enfermedad Relacionada con IgG4
- Granuloma Aséptico Facial Idiopático (IFAG)
- Leishmaniasis ocular ³⁹
- Síndrome Job ²
- Granulomatosis de Wegener ²
- Infección viral ⁵
- Dacriocistitis ⁵
- Neurilemoma ²¹
- Carcinoma de células escamosas ⁶
- Carcinoma de células de Merkel ^{2,6,21}
- Tumor orbitario ^{5,7}
- Granuloma de cuerpo extraño ⁷
- Quiste Queratinoso de Glándulas de Meibomio ^{5,7}

Fuente: Propia

-Celulitis pre septal, que puede presentarse como una flogosis periorbitaria⁴. Se debe solicitar una tomografía computada de orbitas si se sospecha la presencia de una celulitis orbitaria².

-Carcinoma de glándulas sebáceas, se debe sospechar de esta patología en pacientes seniles que presenten chalazión recidivante, engrosamiento del párpado y/o blefaritis crónica unilateral^{4,6,20,21}.

-Carcinoma sebáceo, esta enfermedad puede mostrar a la biopsia sábanas de células pleomórficas separadas por estroma fibrovascular. Al estudio inmunohistoquímico muestra: antígeno de membrana epitelial, receptores de andrógenos, Ver-EP4, CK7 y adipofilina. Su tratamiento de elección es la escisión amplia^{5,7,22}.

-Carcinoma de células basales, este es el más frecuente de los tumores malignos del párpado, puede presentarse con telangiectasias^{5-7,23}.

-Granuloma piógeno, se puede presentar como una lesión benigna pedunculada roja en los párpados⁴.

-Rinosporidiosis ocular, causada por *Rhinosporidium seeberi*, una enfermedad granulomatosa que involucra ojo, nariz, garganta, oreja y genitales. Esta enfermedad se presenta con más frecuencia en las personas que se bañan en aguas estancadas. Siendo la endospora la forma infectante del parásito que puede llegar al tejido subepitelial a través de una herida abierta de la conjuntiva palpebral donde prolifera. A la escisión del mismo puede salir un material mucoso con puntos blanco-grisáceos y encontrar una masa que está unida al tejido subyacente por un pedículo carnoso. La tinción con hematoxilina – Eosina puede mostrar un tejido fibroso con esporangios con o sin esporas, cubierto por epitelio estratificado proliferativo. El tratamiento es la escisión del granuloma y la prevención recomendada es no ducharse en aguas estancadas²⁴.

-Leucemia cutánea, puede presentarse como una masa en la región palpebral y a la biopsia muestra células mielomonocíticas atípicas positivas para CD33, CD43 y CD68. La quimioterapia más radioterapia pueden llegar a disminuir el tamaño de una leucemia localizada en el párpado²⁵.

-Neurofibroma, es el tumor de la vaina de nervio periférico más frecuente. Causado por una alteración del gen NF1, gen productor de la neurofibromina, una proteína supresora de tumores. Puede presentarse como una masa dolorosa. Histopatológicamente aparece como una colección circunscrita y no encapsulada de células en huso dentro de un mixoide. La tinción inmunohistoquímica muestra un difuso y fuerte S100 positivo. La presencia de “puntos café con leche” en la piel, neurofibromas, pecas en la axila o ingle, Nódulos de Lisch en el iris, displasia de huesos, glioma óptico y antecedente familiar de primer grado de neurofibromatosis podría sugerir la presencia de un neurofibroma. Su tratamiento puede ser la escisión en bloque²¹.

-Piedra del Conducto de la Glándula Lagrimal, esta patología tiene que ser considerada sobre todo cuando el chalazión está localizado en el área superolateral del párpado^{5,7}.

-Adenoma pleomórfico, siendo el adenoma que emerge de las glándulas de Wolfrin el que más simula un chalazión. Puede presentarse como un nódulo doloroso crónico. Histopatológicamente es un tumor lobular no encapsulado con prominente estroma mixoide, cordones de células epiteloides y diferenciación cartilaginosa. Su tratamiento recomendado es la escisión²⁶.

-Tuberculosis palpebral², es más frecuente en países donde la prevalencia de Tuberculosis es alta. Puede presentarse como una masa firme, eritematosa, no dolorosa y cubierta con piel eczematosa. La bacteria puede situarse en el párpado a través de una herida previa. Se sospecha de esta patología cuando al curetaje del chalazión no se consigue ninguna colección, sin embargo, se encuentra un tejido de granulación. Histológicamente puede aparecer como un granuloma compuesto por histiocitos, células de Langhans y necrosis. Además, se puede hallar el gen MPB64 de *Mycobacterium tuberculosis* mediante el método diagnóstico PCR, el más útil para este cuadro. Se ha visto remisión de la masa tanto con escisión como con un tratamiento sistémico antituberculoso^{5,7,27}.

-Pilomatrixoma, un tumor aneural que se presenta con más frecuencia en la primera y sexta década de vida. El sitio de afección más común son la cabeza y la cara, de los cuales el 17% son peri orbitarios y los más frecuentes se presentan en las cejas, probablemente por la alta densidad de folículos pilosos que existen. Se presenta como una masa dolorosa de crecimiento lento cubierto por piel normal o amarillenta. Puede causar ptosis palpebral. Histopatológicamente tiene células basófilas periféricas con escaso citoplasma, figuras mitóticas y células oscuras con citoplasma eosinofílico en el centro, distrofia calcificante y reacción focal de células gigantes^{5,28}.

-Síndrome Muir-Torre, que aparece por una mutación del gen hMSH2. Puede presentarse como una masa palpebral⁶.

-Enfermedad Relacionada con IgG4, puede presentarse como una masa palpebral, siendo la órbita una de sus localizaciones más frecuentes. Se debe sospechar de esta patología cuando el chalazión es recurrente²⁹.

-Granuloma Aséptico Facial Idiopático (IFAG), es más frecuente en niños y puede presentarse como un nódulo en los párpados o en la región maxilar. Histológicamente se manifiesta como un granuloma de cuerpo extraño localizado solo en la dermis de los párpados¹⁴.

Manejo médico

Las medidas generales pueden llegar a disminuir el cuadro. Masajes con paños calientes^{4,16,20} pueden reabsorber la lesión, sobre todo si son chalaziones incipientes³. Se recomienda masajes palpebrales con

los párpados cerrados cada 4 horas durante 10 min por 2 semanas^{2,5}. Frecuentemente solo el uso de compresas calientes resuelve el cuadro¹³. La expresión de un chalazión marginal con dos cotonetes a veces es suficiente para resolver el cuadro³.

Los tratamientos pueden variar de acuerdo al estado del chalazión y la edad del paciente. Para chalaziones agudos administrar antibióticos vía oral. Sin embargo, no se recomiendan los antibióticos para los chalaziones subagudos/crónicos. Para menores de 7 años de edad aplicar pomada de dexametasona + neomicina cada 12 horas por 6 días y para mayores de 7 años de edad aplicar pomada de dexametasona + tobramicina cada 12 horas por 6 días²⁰. Además, se debe considerar el uso de 100 mg de doxiciclina vía oral cada 12 horas. Esta patología no requiere controles médicos una vez prescrito el tratamiento⁴.

Otros tratamientos incluyen el uso de Toxina Botulínica y la Terapia de Luz de Bajo Nivel. La toxina botulínica puede ser un tratamiento para el Chalazión. Debido a que el sistema nervioso parasimpático quizás tenga control parcial sobre las Glándulas de Meibomio, la administración de esta toxina puede disminuir la secreción glandular y, por lo tanto, la resolución del chalazión³⁰. La Terapia de Luz de Bajo Nivel (LLLT) puede ser una alternativa para conseguir la remisión del chalazión³¹.

Tratamiento de las enfermedades asociadas. Se debe realizar lavados con Solución Salina Fisiológica si existe meibomitis asociada²⁰. Si el tratamiento médico no logra ceder el cuadro al cabo de un mes se debe realizar un control⁴.

Recientemente, se están probando nuevas y más rápidas alternativas de tratamiento. Entre estas, la Terapia de Luz Pulsada Intensa (IPL) está logrando excelentes resultados, tanto para chalaziones agudos como para crónicos³². Esta terapia podría resolver el chalazión gracias a la fototermólisis de vasos sanguíneos de las glándulas sebáceas que produce, lo que llevaría a la reducción del tamaño y de la tasa de secreción de sebo³³. Sin embargo, se carece de estudios que avalen el mismo.

Manejo quirúrgico

El abordaje quirúrgico para el chalazión es la segunda línea de tratamiento. Si el chalazión no se resuelve pese al tratamiento médico al cabo de 4 semanas se debe realizar la incisión del chalazión y legrado del contenido y/o corticoide local^{4,20}. El tratamiento de elección para los chalaziones crónicos es el quirúrgico². Los pasos del procedimiento quirúrgico se enumeran en la **Tabla 5**.

En la mayoría de los pacientes la escisión del chalazión tiene poco riesgo de complicaciones postquirúrgicas, siendo entre ellas la más frecuente la hemorragia leve postquirúrgica que normalmente ocurre dentro de las 24 horas¹⁸.

El éxito quirúrgico que se obtiene con la incisión más curetaje del chalazión y la administración de corticoide local es del 78 % y 60 % respectivamente. Sin embargo, la combinación de ambos procedimientos tiene un éxito de 97 %³⁴.

Se debe realizar biopsia a los chalaziones recurrentes y atípicos para descartar algún tipo de malignidad^{3,4}. Se recomienda tinción, cultivo y biopsia para chalaziones de localización atípica o con historia previa de ulceración y/o recurrencia^{5,7}.

Existen diferentes tipos de abordajes para una escisión del chalazión. El abordaje transconjuntival es poco accesible ante sangrados y

complicaciones quirúrgicas. El abordaje transcutáneo es de más fácil inspección y menor edema postquirúrgico que el abordaje transconjuntival².

Tabla 5. Procedimiento quirúrgico para la escisión del chalazión

Paso	Vía transcutánea	Vía transconjuntival
1	Clorhexidina al 4% o yodopovidona en la zona.	Clorhexidina al 4% o yodopovidona en la zona.
2	Anestesia local (de preferencia abufferada)	Anestesia local.
3	Colocación de la Pinza de Chalazión sin eversión del párpado	Colocación de la Pinza de Chalazión con eversión del párpado.
4	Incisión horizontal con hoja de bisturí Nro. 11 ó 15 y punch de 2-3 mm	Incisión vertical del quiste. Se debe controlar los canalículos con sonda de Bowman en caso de que el chalazión se localice en el ángulo interno.
5	Curetaje por si hubiera tabicamientos para favorecer la evacuación total del contenido.	-
6	Toma de muestra para estudio patológico si se requiere.	Raspado y toma de muestra para estudio patológico si se requiere.
7	Retirar la Pinza de Chalazión y revisar que no haya sangrado activo. La compresión por unos minutos suele ser suficiente para alcanzar la hemostasia en caso de existir.	Retirar la Pinza de Chalazión.
8	Cierre de la herida en un plano de sutura con nylon monofilamento N°6.	No requiere sutura.
9	Curaciones diarias con agua oxigenada o ungüento antibiótico.	Oclusión ocular por 24 horas más Pomada de antibiótico cada 8 horas por 7 días. Colirio de antibiótico durante 5 a 7 días.
10	Retiro de la sutura al cabo de 5 a 7 días.	Control a la semana

Fuente: Propia. Abordaje transcutáneo². Abordaje transconjuntival^{2-4,20}.

Administración de Acetato de Triamcinolona como tratamiento para el chalazión

Las inyecciones de corticoides intralesionales tienen menos complicaciones que la escisión del chalazión. Además, pueden ser preferibles para chalaziones marginales o próximos a puntos lagrimales por el riesgo de lesión quirúrgica¹³. Este procedimiento y el manejo quirúrgico son la segunda línea de tratamiento para el chalazión².

La inyección de Corticoide local intralesional o paralesional tiene una tasa de resolución similar al procedimiento quirúrgico³. La dosis del tratamiento es Acetato de Triamcinolona 40 mg/ml diluido con lidocaína al 5% 0.2 – 2 ml dependiendo del tamaño del chalazión, vía sub cutánea con aguja de 27 o de 30 Gauge (G). También se puede añadir epinefrina⁴.

Complicaciones que pueden aparecer luego de la escisión del chalazión

Las complicaciones postquirúrgicas son varias. La cicatriz quirúrgica de un abordaje transcutáneo es imperceptible al cabo de pocas semanas ya que la zona presenta baja tensión además de múltiples líneas horizontales como las Líneas de Borges, las Líneas de Langer

y las Líneas de Kraissl que disimulan la cicatriz³⁵. Este abordaje no requiere el uso de colirio de antibiótico ni oclusión ocular². Se debe tomar en cuenta que la orientación de la incisión cutánea jugará un papel importante en el resultado estético final de la intervención³⁵. Otra complicación que puede aparecer es el desarrollo de un Quiste Orbitario Anterior³⁶.

a) Amiloidosis y chalazión

La Amiloidosis puede aumentar el riesgo de sangrado. En esta patología existe un decremento en la producción de los factores de coagulación. Provocando de esta manera pobre cicatrización, hiperfibrinólisis y disfunción plaquetaria que aumentan el riesgo de sangrado de las heridas. Además, la Amiloidosis causa angiopatía amiloidea que resulta en vasos sanguíneos frágiles con incapacidad para la vasoconstricción¹⁸.

La escisión del chalazión en un paciente con Amiloidosis Sistémica puede causar una hemorragia de hasta de 200 ml de sangre que puede requerir internación y administración de paquete globular. En esta situación el lecho de la herida puede requerir una sutura, un adhesivo tisular líquido cianoacrilato (Dermabond), un sellador de fibrina (Tissel) y/o un colágeno hemostático microfibrilar (Avitene)¹⁸.

b) Evento asistólico durante la cirugía de chalazión en niños

El Reflejo Oculocardíaco genera bradicardia y asistolia inmediatas por la estimulación del ojo y las estructuras perioculares. Este reflejo tiene una vía aferente que viaja por los nervios ciliares, ganglio ciliar, ganglio de Gasser y núcleo sensorio del trigémino. En la Formación Reticular esta se conecta con el Nervio Vago desencadenando así una respuesta cardiodepresiva. La intensidad de la respuesta está asociada a la fuerza y duración del estímulo. Este reflejo nervioso es más pronunciado en niños³⁷.

El episodio asistólico además puede ser ocasionado por una disfunción vagal subyacente, la falta de administración de atropina, el grado de profundidad de la anestesia y la administración de opioides al paciente durante la cirugía³⁷.

c) Efectos corneales y variación de la Presión intraocular posterior a la cirugía de chalazión.

Se ha visto que la escisión del chalazión localizado en el tercio medio del párpado superior disminuye el astigmatismo y la presión intraocular en 1 mmHg. La masa del chalazión comprime el volumen de la Cámara Anterior y la amplitud del seno cameral, además de aumenta la resistencia venosa episcleral generando de esta manera un aumento de la presión intraocular. El retiro del chalazión también puede disminuir el eje corneal K1 y así el astigmatismo del paciente¹⁶.

d) Complicaciones que pueden aparecer posteriores a la administración de Acetato de Triamcinolona

Las complicaciones posteriores a la administración de Acetato de Triamcinolona son infrecuentes³. Sin embargo, los fabricantes de corticoides contraindican el uso de estos medicamentos en la zona ocular y periocular por lo que se recomienda tener el consentimiento del paciente antes de la administración del mismo⁴.

La Coriorretinopatía Serosa Central (CSC) es una complicación infrecuente que se puede presentar. La etiología más consistente de una CSC es el uso de corticoides. Se ha encontrado una CSC bilateral posterior a la administración de 20 mg de acetato de Triamcinolona unilateral, que se resolvió espontáneamente al cabo de 3 meses.

La activación de los receptores de mineralocorticoides por estos glucocorticoides puede inducir una regulación positiva del canal KCa 2,3 aumentando de esta manera la vasodilatación coroidea y la fragilidad capilar³⁸.

La despigmentación cutánea local y la atrofia grasa del párpado pueden ser complicaciones del uso del acetato de triamcinolona^{3,13}. Se asume que la diseminación linfógena del corticoide puede ser la responsable de los cambios epidérmicos y dérmicos de los cambios subyacentes¹³. Además, es más acentuadas en personas de raza negra^{2,4}. Se puede reducir el grado de despigmentación cutánea con una inyección por vía conjuntival². Se ha visto que la despigmentación de la piel y la atrofia grasa palpebral se resuelven de manera espontánea al cabo de los 7 a 12 meses posteriores a la administración de acetato de Triamcinolona¹³.

Otras complicaciones que pueden presentarse por el Acetato de Triamcinolona pueden ser pérdida de pestañas, perforación del globo ocular, isquemia del segmento anterior y catarata traumática^{2,13}. Además, pueden presentarse embolización secundaria a oclusión vascular retiniana³ siendo la Obstrucción de Vena Central de la Retina más frecuente con la administración rápida de corticoides⁴.

Seguimiento

Se aconseja que el seguimiento sea cada 2 semanas. Se debe tomar en cuenta que una lesión persistente con una pobre curación de la herida sugiere la sospecha de otra etiología²¹.

Profilaxis

Las medidas para evitar la formación de un chalazión son: tener una adecuada ingesta de vitamina A ya que esta puede disminuir la aparición de chalazión recurrente y múltiple en pacientes menores de 19 años de edad¹⁵, buena higiene palpebral, tratamiento del síndrome de ojo seco y de la Rosácea si es que existen.

Pronóstico

El Chalazión es de buen pronóstico. Un tercio de los chalaziones se resuelven de manera espontánea³.

Complicaciones

Algunas complicaciones del Chalazión pueden ser: ectropión palpebral, mala cicatrización palpebral, celulitis preseptal e hipermetropía^{2,17}.

CONCLUSIONES:

El chalazión es una de las enfermedades más frecuentes de los párpados. Esta tiene una clínica variada, además, de tener mucha similitud con otras enfermedades, sobre todo cuando el chalazión se presenta de forma atípica. "En áreas endémicas, la tuberculosis debería ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de un chalazión"⁷.

Puede tener una remisión espontánea, aunque otras veces requiere de un tratamiento médico o quirúrgico. Las complicaciones del procedimiento quirúrgico pueden variar de intensidades leves a severas. El pronóstico frecuentemente es excelente.

REFERENCIAS

1. Cruz Olivares HL, Olivares López SL, Cruz Olivares SP, Calderon JL. Prevalencia de Enfermedades Oftalmológicas en Pacientes de la Seguridad Social. *Rev Científica Med Boliv.* 2019;1(2):4-6.

2. Coringrato M, Segura A, Jaled M. Tratamiento quirúrgico del chalazión por vía tanscutánea. *Dermatología Argentina.* 2012;17(6):488-91.
3. Browling B. *Kanski's Clinical Ophthalmology: a systematic approach.* 8va ed. Sydney: Elsevier Inc.; 2016. 3-5 p.
4. Friedberg M, Rapuano C. *Manual de Oftalmología del Wills Eye Hospital.* 7°. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016. 267-269 p.
5. Chang M, Park J, Kyung SE. Extratarsal presentation of chalazion. *Int Ophthalmol.* 2017;37(6):1365-7.
6. Makrugiannis G, Vandani K, Osama G. Muir-Torre Syndrome Masquerading as Chalazion. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2015;31(5):422-3.
7. Park J, Kyung S. Unilateral primary tuberculosis presenting as an extratarsal chalazion. *Can J Ophthalmol [Internet].* 2017;52(1):e1-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjo.2016.10.006>
8. Allevato M. Orzuelos. *Act Ter Dermatol.* 2008;31:126-30.
9. Alvarez-Morujó M. Algunas características estructurales de las glándulas de Meibomio. *Rev Med Univ Navarra.* 2003;3(4):223-6.
10. Wojciech P, Michael H. R. *Histología: Texto y Atlas.* 7ma ed. Wolters Kluwer; 2015. 158; 989 p.
11. Garza-Leon M, Ramos-Betancourt N, Beltrán-Díaz de la Vega F, Hernández-Quintela E. Meibografía. Nueva tecnología para la evaluación de las glándulas de Meibomio. *Rev Mex Oftalmol [Internet].* 2017;91(4):165-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mexoft.2016.04.007>
12. Cristina ÁB. Caracterización del estado de las Glándulas de Meibomio en una población universitaria [Internet]. Barcelona; 2016. Available from: <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/119318/cristina.alvarez.borrell - TFM versio final.pdf>
13. Park J, Chang M. Eyelid fat atrophy and depigmentation after an intralesional injection of triamcinolone acetonide to treat chalazion. *J Craniofac Surg.* 2017;28(3):e198-9.
14. Korekawa A, Nakajima K, Makita E, Nakano H, Sawamura D. External chalazion as reddish and intractable lower eyelid nodules in a child. *J Dermatol.* 2017;44(5):e93-4.
15. Malekhamdi M, Farrahi F, Tajdini A. Serum Vitamin A Levels in Patients with Chalazion. *Med hypothesis, Discov Innov Ophthalmol J.* 2017;6(3):63-6.
16. Ilhan C, Ozgul Yilmazoglu M, Yilmazbas P. The effects of chalazion surgery on intraocular pressure and corneal topography. *Int Ophthalmol [Internet].* 2019;39(5):1055-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10792-018-0912-4>
17. Fraunfelder FW, Yang HK. Association between borteomib therapy and eyelid chalazia. *JAMA Ophthalmol.* 2016;134(1):88-90.
18. Khandji J, Shah P, Charles N, Patel P. Recurrent profuse hemorrhage after chalazion excision in a patient with systemic amyloidosis. *Can J Ophthalmol [Internet].* 2017;52(4):e136-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjo.2017.01.019>
19. Maguire J, Murchinson A, Jaeger E. *5-Minute Ophthalmology Consult.*

- 1°. China: Wolters Kluwer; 2012. 146–147 p.
20. De Nicola R, Mann F, Milea D, Barale P-O. Urgencias en Oftalmología. 4°. España: Elsevier Inc.; 2019. 299–300 p.
21. Chen N, Hsu YH, Lee YC. Solitary neurofibroma of eyelid masquerading as chalazion. *Int Med Case Rep J*. 2017;10:177–9.
22. Fuente García C, Pinilla-Pagnon I, Albandea Jiménez A, Sales-Sanz M. Sebaceous carcinoma mimicking a chalazion in a young patient. *Arch Soc Esp Oftalmol* [Internet]. 2018;93(8):e56–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2017.11.001>
23. North V, Grace Lee N. Basal Cell Carcinoma Masquerading as a Chalazion in a 27 year old woman. *JAMA Ophthalmol*. 2019;137(7).
24. Mukhopadhyay S, Shome S, Bar PK, Chakrabarti A, Mazumdar S, De A, et al. Ocular rhinosporidiosis presenting as recurrent chalazion. *Int Ophthalmol* [Internet]. 2015;35(5):705–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10792-012-9625-2>
25. Kassotis AS, Wang M, Dagi Glass LR. Leukemia Cutis Resembling Chalazion. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2020;XX(Xx):1.
26. Wang Y, Maltry A, Mokhtarzadeh A. Pleomorphic Adenoma of an Accessory Lacrimal Gland Masquerading as a Chalazion. *Ophthalmology*. 2017;124(7):952.
27. Alam MS, Thallam M V. Primary eyelid tuberculosis mimicking as chalazion in an immunocompetent child. *Orbit (London)* [Internet]. 2019;00(00):1. Available from: <https://doi.org/10.1080/01676830.2019.1704034>
28. Hada M, Meel R, Kashyap S, Jose C. Eyelid pilomatrixoma masquerading as chalazion. *Can J Ophthalmol* [Internet]. 2017;52(2):e62–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjco.2016.08.020>
29. Leivo T, Koskenmies S, Uusitalo M, Tynnenen O. IgG4-related disease mimicking chalazion in the upper eyelid with skin manifestations on the trunk. *Int Ophthalmol*. 2015;35(4):595–7.
30. Rojas-rondón I, Llamas-meriño IJ, Ramírez-garcía IIL, Gómez-cabrera C, Salinas IGR, Álvarez IN, et al. Aplicaciones de la toxina botulínica en afecciones palpebrales. *Rev Cuba Oftalmol*. 2016;29(2):316–31.
31. Stonecipher K, Potvin R. Low level light therapy for the treatment of recalcitrant chalazia: A sample case summary. *Clin Ophthalmol*. 2019;13:1727–33.
32. Laura P. Treating chalazion with IPL therapy [Internet]. 2019 [cited 2012 May 13]. Available from: <https://www.opthalmologytimes.com/lets-chat/treating-chalazion-ipl-therapy>
33. González-Rodríguez AJ, Lorente-Gual R. Indicaciones actuales y nuevas aplicaciones de los sistemas de luz pulsada intensa. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2015;106(5):350–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.10.004>
34. Burgansky Z, Achiron CA, Wolfson TE. Re : “ Incision and Curettage Versus Steroid Injection for Treatment of Chalazia : A Meta-Analysis ” Re : “ Diplopia and Symblepharon Following Mueller ’ s Muscle Conjunctival Resection in Patients on Long-Term Multiple Antiglaucoma Medications ” Reply re. 2017;33(2):2017.
35. Nicole Jadue A1, Hilda Rojas P1, . Lineas de Langer en Cirugía Dermatológica. *Rev Chil Dermatología* [Internet]. 2015;2(31):194–9. Available from: https://www.sochiderm.org/web/revista/31_2/22.pdf
36. Alsuhaibani AH, Al-Faky YH. Large anterior orbital cyst as a late complication of chalazion surgical drainage. *Eye* [Internet]. 2015;29(4):585–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2014.339>
37. Katowitz WR, O’Brien M, Kiskis E, Elliott EM. An asystolic event after eyelid skin bupivacaine injection during chalazion surgery. *JAAPOS* [Internet]. 2016;20(1):75–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaapos.2015.09.010>
38. Asensio-Sánchez VM, Pareja-Aricó L, Valentín-Bravo J. Bilateral and multifocal central serous chorioretinopathy after injecting triamcinolone into a chalazion. *Arch la Soc Española Oftalmol (English Ed)* [Internet]. 2020;95(3):141–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oftale.2019.12.003>
39. Hanafi Y, Oubaaz A. Leishmaniose palpébrale simulant un chalazion : à propos d’un cas. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod* [Internet]. 2017;2–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfo.2017.03.026>