

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS



**DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS UTILIZADOS Y COMPARACIÓN DE LOS
RESULTADOS OBTENIDOS EN EL MANEJO DE EL CHALAZIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA
DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS “BENJAMÍN BLOOM” EN EL PERIODO DE
ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DEL 2010**

INFORME FINAL DE TESIS DE GRADO PRESENTADO POR:

DRA. ANABELLA CAROLINA RODRIGUEZ

PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA PEDIATRICA

ASESOR DEL TEMA

DR. MARCO ANTONIO GOENZ (OFTALMÓLOGO)

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, 12 DE FEBRERO DEL 2013

INDICE	i
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCION	3
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS	6
V. MARCO TEÓRICO	
DEFINICIÓN	7
MANIFESTACIONES CLINICAS	8
EPIDEMIOLOGÍA	8
FACTORES DE RIESGO	9
TRATAMIENTO MÉDICO	9
INYECCIÓN INTRALESIONAL DE TRIAMCINOLONA	10
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	11
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
VII. DISEÑO METODOLOGICO	15
VIII. OPERATIVIZACION DE VARIABLES	17
IX. RESULTADOS	21
X. CONCLUSIONES	26
XI. RECOMENDACIONES	28
XII. CRONOGRAMA	29
XIII. BIBLIOGRAFIA	30
XIV. ANEXOS	33

RESUMEN

La investigación estableció como objetivo comparar tres tratamientos utilizados en el manejo de chalazión en la consulta externa de Oftalmología del HNNBB. Para ellos se tomó una muestra de 86 pacientes de un universo de 2009 consultas por chalazión.

Se desarrolló un instrumento de medición sobre la base de la revisión de literatura. El instrumento consistió en un cuestionario de 13 ítems con el cual se investigaba en los expedientes clínicos escogidos al azar. En dicho cuestionario se investigaban las tres primeras consultas, el tratamiento brindado y la respuesta al tratamiento.

Se observó que la mayoría de pacientes eran del área urbana, mayormente del sexo femenino con una media de edad de 4 años.

Los resultados obtenidos fueron que el tratamiento más utilizado fue el medico no convencional (89% y 74% en la primera y segundo consulta respectivamente) de los cuales solo un 13% obtuvo curación probablemente por la necesidad que tiene este tratamiento de colaboración por parte del paciente lo que se dificulta con pacientes pediátricos; el segundo tratamiento más utilizado fue la intervención quirúrgica (10% y 21%, primera y segunda consulta respectivamente) obteniendo un mayor número de curación 35% de los pacientes manejados quirúrgicamente. Y tan solo un 6% fue manejado con inyección intralesional de triamcinolona de los cuales el 100% obtuvo curación.

Además se observó un alto porcentaje de abandono de los controles un 40% (35 pacientes) siendo más alto para los pacientes en tratamiento médico convencional (27.5%) que para el tratamiento quirúrgico (10%) y la inyección intralesional de esteroide (2.5%).

INTRODUCCIÓN

El chalazión es una inflamación focal crónica granulomatosa de las glándulas de Meibomio, las cuales son glándulas sebáceas que producen aceites para la formación de la película superficial de las lágrimas e impide su evaporación y la xeroftalmia. Cuando se obstruye uno de los conductos que drenan estas glándulas se comienzan a acumular las secreciones grasas.

El chalazión es manejado la mayoría de veces en el primer nivel de atención de salud, donde los pacientes son tratados en múltiples ocasiones de manera conservadora. Al no mejorar son referidos al tercer nivel de atención para ser evaluados por el oftalmólogo para valorar su manejo ulterior.

Este manejo puede ser conservador, con masaje del párpado con paños tibios, esteroide y antibiótico tópico o por medio de la inyección intralesional de corticosteroides, o quirúrgico por medio del drenaje transconjuntival y el curetaje.

En la Consulta Externa de Oftalmología del HNNBB se atienden anualmente un promedio de 400 casos de chalazión, los cuales son evaluados por los oftalmólogos de este centro.

El presente trabajo pretende describir los distintos tratamientos para chalazión que se realizan en los pacientes que son referidos a la Consulta Externa de Oftalmología del HNNBB y la respuesta a los mismos.

II. ANTECEDENTES

El chalazión es una de las enfermedades de los párpados más comunes. Aunque no hay estudios que establezcan si esta enfermedad está asociada a determinada de raza, sexo o edad, la literatura menciona que es más común en jóvenes que en niños por factores hormonales relacionados a andrógenos y que es menos común en los extremos de la vida.

Aunque se sabe que la mayoría de los casos resuelven con el manejo médico conservador, es una enfermedad que tiende a recurrir, y un pequeño grupo necesitara de la intervención quirúrgica para su curación.

Existen a nivel internacional diversos estudios evaluando los distintos tratamientos: en Hong Kong en el 2002 se realizó un estudio prospectivo de series de casos sobre el uso de la inyección intralesional de esteroide como tratamiento del chalazión, en el 2005 en el mismo país se compararon dos tratamientos la inyección intralesional de triamcinolona versus el manejo conservador, en el 2007 en Londres se realizó un estudio comparando tres tratamientos: la inyección intralesional de triamcinolona, la incisión y curetaje y el tratamiento con compresas calientes; en el 2010 fue publicado en la base de datos Cochrane una revisión de diversos artículos utilizando distintos buscadores, el cual tenía como objetivo investigar la efectividad de los tratamientos no quirúrgicos para el orzuelo interno agudo comparando con la observación y el placebo. En el 2011 fue publicado un estudio realizado en Israel comparando la inyección intralesional de acetónido de triamcinolona versus incisión y curetaje para el chalazión primario.

En nuestro país, específicamente en el HNNBB en la consulta externa de Oftalmología, se atienden aproximadamente 400 casos de chalazión al año. Sin embargo, no existe una base de datos que reúna información acerca de las características y tratamientos de estos pacientes. Por ser esta una causa frecuente de consulta a nuestra institución, es importante conocer la epidemiología, tratamientos actuales y la respuesta a los mismos.

III. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que el chalazión es una consulta frecuente de referencia a la consulta externa de Oftalmología en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, no se cuenta con una descripción de los distintos regímenes terapéuticos, tanto conservadores como quirúrgicos, ni de las respuestas a los mismos.

El presente trabajo pretende describir los tratamientos que actualmente se utilizan en nuestro hospital, incluyendo nuevas modalidades como la inyección intralesional con esteroides, y los resultados de los distintos tratamientos en los pacientes.

La información obtenida nos ayudará a conocer la respuesta a las distintas modalidades de tratamiento, pudiendo evaluarse con estos datos cuales cual tratamiento tiene mayor frecuencia de curación en nuestra población.

IV. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

Objetivo general

Describir los distintos tratamientos utilizados en el chalazión, su frecuencia de utilización, y comparar los resultados obtenidos en los pacientes atendidos a la Consulta Externa de Oftalmología en El Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom” en el período de enero del 2006 a diciembre del 2010.

Objetivos específicos

- Conocer la edad, sexo, área (rural y urbana) más frecuente de los pacientes referidos por chalazión a la Consulta Externa del HNNBB.
- Describir los distintos tratamientos y la frecuencia de utilización por los oftalmólogos de la Consulta Externa de Oftalmología del HNNBB.
- Describir la frecuencia de pacientes con falla terapéutica de tratamiento médico que requiere cirugía y resultados de la misma en los pacientes de la Consulta Externa del HNNBB.
- Comparar la respuesta a los distintos tratamientos (médico conservador, inyección intralesional de esteroides y curetaje quirúrgico) en los pacientes atendidos por chalazión en Consulta Externa de Oftalmología del HNNBB.

V. MARCO TEORICO

El término chalazión proviene de una palabra griega χαλάζι (chalazi) que significa granizo o protuberancia pequeña.

El chalazión es una inflamación focal crónica granulomatosa de las glándulas de meibomio, estas son glándulas sebáceas que producen aceites para la formación de la película superficial de las lágrimas e impide su evaporación y la xeroftalmia. (1)

Cuando se obstruye uno de los conductos que drenan estas glándulas se comienzan a acumular las secreciones grasas, se forman a partir de productos de degradación de lípidos, o productos de degradación de enzimas bacterianas o secreciones sebáceas retenidas, lo que genera aumento de la inflamación y sensibilidad difusa que progresan a una inflamación localizada y tipo quística de los tejidos circundantes. Observándose como un abultamiento indoloro de varios milímetros en el párpado con o sin enrojecimiento. (1), (2), (4).

Existen los siguientes tipos:

- ♣ Interno: se origina y queda incluido al interior del párpado.
- ♣ Externo: sobresale por debajo del párpado interior.
- ♣ Marginal: cuando aparece en el borde del párpado.

Su tamaño es muy variable desde prácticamente no percibirse a simple vista hasta alcanzar el tamaño de una bola de 1 cm de diámetro.

Se distingue de un hordeolum interno o externo, el cual es primariamente una inflamación piogénica aguda con leucocitos polimorfonucleares y necrosis con formación pustular. (3)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Al examen físico se observa un nódulo solitario no doloroso (que en casos raros pueden ser múltiples) localizado profundo en el párpado, comúnmente en el párpado superior más que en el inferior. La eversión del párpado revela la glándula de meibomio dilatada.

Con una juiciosa presión del párpado, la secreción puede ser exprimida como pasta dental resultando en detritos lagrimales. (3), (5).

Clínicamente los pacientes dan historia de malestar en el párpado, seguido de una inflamación aguda. Frecuentemente dan historia de cuadros similares en el pasado, ya que tiende a recurrir en pacientes predispuestos. (3), (5), (9).

La exacerbación inflamatoria aguda puede resultar en una ruptura anterior (hacia la piel) o posterior (hacia la conjuntiva), formando un granuloma piogénico. (3).

EPIDEMIOLOGIA

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Oftalmología de Perú sobre las patologías más frecuentes en este país, el chalazión se colocó, en el lugar número 10 como causa de consulta, con una proporción mayor de consulta de mujeres sobre hombres con el mayor número de consultas entre las edades de 1 y 13 años.(2)

En la literatura internacional no se encuentran datos estadísticos que nos ayude a comparar el estudio anterior solo se hace mención a que los niños son más afectados que las niñas no hay información precisa acerca de prevalencia e incidencia en cuanto a sexo. (1), (3), (12).

En cuanto a edad el chalazión ocurre en todos los grupos etarios. Pero es más común en adultos que en niños, cuando las hormonas androgénicas incrementan la viscosidad sebácea. (3)

Aunque la influencia hormonal puede explicar su apareamiento en la pubertad o durante el embarazo, hay un gran número de pacientes en los que no se evidencia una alteración hormonal sugiriendo que hay otros mecanismos implicados en su aparición. (3)

FACTORES DE RIESGO

Puede aparecer espontáneamente debido al bloqueo de los orificios glandulares.

Está asociado con seborrea, blefaritis crónica y acné rosácea.

Además la pobre higiene del párpado esta ocasionalmente asociado a su aparición, al igual que el estrés aunque no han sido establecidos los mecanismos por los cuales estos podrían causarlo. (1), (3), (5).

Existen numerosos diagnósticos diferenciales: actinomicosis, blefaritis, celulitis orbital, celulitis preseptal, conjuntivitis bacteriana, complicaciones de los lentes de contactos, dacrioadenitis, dacriocistitis, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, hemangioma capilar, tumor de la glándula lagrimal, melanoma conjuntival, molusco contagioso, obstrucción del ducto nasolagrimal, manifestaciones oculares de HIV, carcinoma de las glándulas sebáceas, entre otros. (5), (13).

Los hallazgos clínicos son suficientes para el diagnóstico y estudios de laboratorio no son necesarios. (3).

TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento conservador con masaje del párpado con paños tibios, esteroide tópico y antibiótico en gotas es usualmente suficiente. Pero es difícil de acatar por parte del paciente ya que se tiene que realizar por un largo periodo de tiempo. (3), (11).

Dentro de los cuidados locales no quirúrgicos tempranos en este trastorno se menciona que los orificios glandulares se pueden abrir mediante masaje vigoroso entre dos bastoncillos de algodón en la lámpara de hendidura. (3)

Otra medida que podría ayudar es una toalla facial húmeda, tan caliente como puede ser tolerada, esta puede ser aplicada dos veces al día para facilitar el drenaje de las secreciones de fusión de los lípidos. (3)

Una técnica de auto-administrada llamada "4 dedos 10 masajes" puede ser beneficioso.

Esta técnica se realiza de la siguiente manera: durante el baño o ducha, el paciente se calienta las manos en agua caliente. Utilizando una gota de champú de bebé (que no irrite los ojos), el paciente trabaja encima de la espuma, coloca el dedo índice sobre los párpados cerrados en el margen palpebral, masajea vigorosamente hacia atrás y hacia adelante 10 veces. El paciente luego se repite el procedimiento con el dedo medio, anular y meñique. (3).

El contenido de un chalazión puramente marginal puede ser exprimido rodando dos aplicadores con punta de algodón hacia el borde del párpado de ambos lados del parpado. Y si el contenido no se puede exprimir, se realiza curetaje del contenido. (3).

INYECCION INTRALESIONAL DE TRIAMCINOLONA

La inyección intralesional de corticosteroides (0,5-2 ml de triamcinolona acetónido de 5 mg / ml) también puede ser administrada y se puede repetir en 2-7 días. En estos casos preparados acuosos solubles son preferibles a las suspensiones cristalinas para minimizar las complicaciones de (hipopigmentación y atrofia). Una ruta de inyección transconjuntival también puede proporcionar una garantía adicional. (3).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

La bibliografía describe que el drenaje por medio de una incisión transconjuntival y el curetaje es el tratamiento convencional y efectivo para el chalazión. Se debe establecer la anestesia por infiltración local, la cual debería de ser precedida por crema anestésica tópica para reducir el dolor de la inyección. (3), (10).

El procedimiento para la corrección quirúrgica es el que sigue: se aplica una pinza para evertir el párpado y para controlar el sangrado. Luego se realiza una incisión vertical a la lesión con una hoja afilada, ir a no menos de 2-3 mm hasta el borde del párpado. Evitando perforar la piel. Se realiza un curetaje de los contenidos, incluyendo cualquier revestimiento del quiste. (3).

Pocos minutos de presión suelen ser suficientes para conseguir la hemostasia. Un vendaje de poca presión se debe aplicar por algunas horas más para absorber cualquier exudación. Si la extensión granulomatosa drenó hacia el exterior, un abordaje externo puede ser recomendado. En este caso se recomienda hacer una incisión horizontal, por lo menos 3 mm del borde palpebral en un pliegue existente, sin sacrificar el tejido normal. Después de la hemostasia, la herida puede cerrarse con suturas apropiadas (por ejemplo, la seda 7-0).

La cauterización con ácido tricloroacético o fenol después de la incisión y el drenaje puede prevenir la recurrencia de chalaziones pequeños. (3).

En chalaziones grandes y fibrosis excesiva pueden requerir la extirpación quirúrgica más extensa, incluyendo la eliminación de partes del tarso. (3).

Chalaziones múltiples pueden ser extirpados con cuidado, sin miedo a la deformidad del párpado, la placa fibrosa del tarso cura sin dejar huecos. Incluso la completa exéresis de la placa tarsal, no se ha reportado que causen una deformidad del párpado. (3), (10).

La inyección o drenaje quirúrgico cauteloso de un chalazión cerca del sistema de drenaje lagrimal puede prevenir las complicaciones graves relacionadas con el flujo de lágrimas.

Simon y col. En un estudio publicado en el año 2005, en el que se estudiaba la efectividad de la inyección intralesional de triamcinolona; realizado en el departamento de oftalmología de la facultad de medicina David Geffen en UCLA, Los Angeles, California, EE.UU. Encontraron que la inyección intralesional de triamcinolona en chalazión primario y recurrente es eficaz en el logro de regresión de las lesiones. La mayoría de los casos se resuelven con un promedio de 1 a 2 inyecciones. El chalazión que no responden a las inyecciones de 2 o 3 son los más propensos a beneficiarse de la extirpación quirúrgica. Se puede considerar como un primer tratamiento en casos donde el diagnóstico es sencillo. (14).

Gowalla y Lee en un estudio prospectivo comparando los tres tratamientos: las inyecciones de triamcinolona, la incisión y el curetaje y el tratamiento con compresas calientes, realizado en el año 2007 encontraron que una sola inyección de acetónido de triamcinolona seguido de masajes es casi tan efectiva como la incisión y el raspado en el tratamiento del chalazión y con la satisfacción del paciente similar, con menos dolor y molestias. (7).

Ho SY y Lai JS en una serie de casos realizado en Hong Kong, en 2002, sobre el tratamiento intralesional de triamcinolona encontraron que la inyección intralesional parece ser una opción simple y efectiva. (8).

En chalazión el caso de recurrencias, es imperativo realizar biopsia, con evaluación histológica para descartar el carcinoma de células sebáceas. La biopsia se puede realizar simplemente quitando una sección del borde restante de la lesión. No se debe pasar por alto la petición específica al patólogo para descartar el carcinoma de células sebáceas. (9).

Otras medidas pueden ser la remisión a un dermatólogo puede ser beneficioso para ayudar a tratar problemas de rosácea o disfunción sebáceas.

Además de hábitos regulares de sueño suficiente ya que el estrés se ha asociado a menudo con episodios de chalazión recurrente, la exposición al sol moderada, ejercicio y aire fresco puede ser beneficioso para la salud cutánea y de higiene de la piel y las glándulas de los párpados.(3).

VI. PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA

¿Cuáles son los distintos tratamientos utilizados, su frecuencia de uso y los resultados obtenidos con estos tratamientos en chalazión en los pacientes menores de 12 años atendidos a la Consulta externa de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom” en el período comprendido de enero del 2006 a diciembre del 2010?

Paciente o población	Pacientes entre 0 y 12 años referidos a la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”
Evento de interés a investigar	Tratamientos utilizados en Chalazión, su frecuencia de uso y los resultados obtenidos con estos tratamientos en los pacientes atendidos Consulta Externa de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.
Comparación	Resultados del tratamiento médico convencional vrs la inyección intralesional de esteroides y de estos vrs. tratamiento quirúrgico.
Resultados	Conocer el perfil epidemiológico, la prevalencia de consulta, la descripción de los distintos tratamientos en el Chalazión, la frecuencia de uso, y los resultados obtenidos con los distintos tratamientos.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo.

UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población blanco o diana: niños menores de 12 años que padecen de Chalazión en El Salvador.

Población accesible: niños menores de 12 años que son referidos por Chalazión en la Consulta Externa del Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom".

Población elegible: los niños que son atendidos en la Consulta externa de Oftalmología del HNNBB, menores de 12 años con diagnóstico de chalazión.

TAMAÑO MUESTRAL Y MUESTREO

La muestra estudiada será de 92 expedientes, según el cálculo realizado por la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

$Z_{1-\alpha}$ = Nivel de confianza

p = prevalencia

q = 1-p

d = precisión

$$n = \frac{2009 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 * (2009-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 91.5$$

$$n = 92$$

PROCEDENCIA DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

Expedientes de pacientes menores de 12 años atendidos en la Consulta Externa de Oftalmología de El Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.

ENSAMBLE DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se elegirán los pacientes menores de 12 años atendidos en la Consulta Externa de El Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom” que estén codificados bajo el CIE-10 como chalazión y que sea su primera consulta.

ANALISIS DE DATOS

Se utilizará el programa Epi-Info para base de datos y para análisis de datos.

Se utilizara estadística descriptiva para los datos demográficos de los pacientes así como para la frecuencia de tratamientos (media o mediana según corresponda). Las comparaciones entre tratamientos se harán utilizando chi-cuadrado o Fisher’s según corresponda.

VIII. OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO E1: Conocer la prevalencia de consulta por chalazión en los pacientes de la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital de Niños “Benjamín Bloom”.			
Definición operativa de la variable	Clasificación	Escala de medición	Valores de la variable
Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una <u>población</u> que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado	Independiente	Cuantitativa	1 -100%

OBJETIVO E2: Conocer la edad, sexo, área (rural y urbana), más frecuente de los pacientes referidos por chalazión en la Consulta Externa del Hospital de Niños “Benjamín Bloom”.			
Definición operativa de la variable	Clasificación	Escala de medición	Valores de la variable
Edad en años	independiente	Cuantitativa y continua	1 – 12 años
Sexo: femenino o masculino	Independiente	Cualitativa y discreta	Sexo: Femenino =1 Masculino = 2
Área: rural o urbana	Independiente	Cualitativa y discreta	Área: Rural =1 Urbana =2

OBJETIVO E3: Describir los distintos tratamientos y la frecuencia de utilización por los oftalmólogos de la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.			
Definición operativa de la variable	Clasificación	Escala de medición	Valores de la variable
<p>Tratamiento médico convencional: masajes + antibiótico y esteroide tópico.</p> <p>Tratamiento médico no convencional: inyección intralesional de esteroide</p> <p>Tratamiento quirúrgico: incisión y curetaje</p> <p>Frecuencia: número de consultas por chalazión en el periodo determinado.</p>	Independiente	Cualitativa y discreta	<p>Tratamiento médico convencional = 1</p> <p>Tratamiento de inyección intralesional=2</p> <p>Tratamiento quirúrgico=3</p>

OBJETIVO E4: Frecuencia de pacientes con falla terapéutica de tratamiento médico que requiere cirugía y resultados de la misma en la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.			
Descripción operativa de la variable	Clasificación	Escala de medición	Valores de la variable
Frecuencia de Falla terapéutica: Número de pacientes que requiere intervención quirúrgica luego de 1 – 6 meses de tratamiento médico convencional o inyección intralesional expresada como porcentaje sobre el total de pacientes.	Dependiente	Cuantitativa	1-100%

OBJETIVO E5: Comparar la respuesta a los distintos tratamientos (médico conservador, inyección intralesional de esteroides y curetaje quirúrgico) en los pacientes atendidos por chalazión en Consulta Externa de Oftalmología del HNNBB			
Definición operativa de la variable	Clasificación	Escala de medición	Valores de la variable
Respuesta clínica a los diferentes tratamientos	Dependiente	Cualitativa	Curación =1 Recurrencia=2 Igual= 3 Requiere intervención quirúrgica=4 Mejoría = 5

IX. RESULTADOS

En el período del estudio 2009 pacientes consultaron por chalazión de estos se incluyeron en el estudio por muestreo estadístico a 92 pacientes solo 86 cumplieron con los criterios de inclusión, se excluyeron a 6 pacientes cuyo diagnóstico era otro.

Las características epidemiológicas de la población estudiada fueron: (tabla 1)

La media de edad de consulta fue 4 años.

La mayoría de la población procedía del área urbana (76.7%) solo un 23.2% era del área rural.

Un 62.7% eran del sexo femenino y un 37.2% eran masculinos.

El tratamiento más utilizado por los oftalmólogos del HNNBB fue el manejo medico conservador con un 89.5% en la primera consulta y un 73.1% en la segunda.

Solo un 10.4% y 20.9% fueron tratados de manera quirúrgica, en la primera y segunda consulta respectivamente. Tan solo 5.9% fueron manejados con inyección intralesional de esteroide en la segunda consulta. (Tabla 2).

En el primer seguimiento 17 pacientes no se presentaron lo que representa el 19%. (Tabla 6).

De los que asistieron a su control un 5.8% obtuvo una curación con los tratamientos médico convencional y quirúrgico; 42% obtuvo alguna mejoría, 40% continuo igual y un 11% presentó recurrencias. (Tabla 3).

De los que continuaron sus controles el 6% (4 pacientes) recibieron manejo con inyección intralesional de esteroide.

En el segundo seguimiento 19 pacientes no se presentaron; haciendo un total de 35 pacientes que abandonaron sus controles, lo que representa un 41.7% de la población total. (Tabla 6). Se deduce que solo 51 pacientes continuaron lo que representa el 58.3%

Del 72% (62 pacientes) que se manejaron con tratamiento médico conservador 28%(24 pacientes) no asistió a sus controles. Los 37 pacientes que continuaron 29.7% (11 pacientes) obtuvieron curación y 18.9% (7 pacientes) presentaron una curación incompleta; 21.6 % (8 pacientes) continuaron igual y 29.7% (11 pacientes) presentaron recurrencias.

Los pacientes tratados con inyección intralesional de esteroide representaban un 5% (4 pacientes) de estos el 100% presentó curación.

Los pacientes que se manejaron con tratamiento quirúrgico representaban el 23% (20 pacientes) 10% (9 pacientes) abandonaron sus controles. De los que continuaron 63.7% obtuvieron curación, 27.3% continuo igual y 9% presento recurrencias (Tabla 6).

Los pacientes que inicialmente fueron manejados con tratamiento conservador y luego fueron intervenidos quirúrgicamente son el 9% (8 pacientes) y los que se administró inyección intralesional con esteroide fueron 5%(4 pacientes).

Tabla 1. Características epidemiológicas de la población atendida por chalazión en la consulta externa de Oftalmología del HNNBB en el período comprendido entre enero del 2006 a diciembre del 2010.

CARACTERISTICAS	
GÉNERO	
Masculino	32 (37.21%)
Femenino	54 (62.79%)
EDAD MEDIA	La edad promedio de consulta fue de 4.9 años. La mediana de edad fue de 4 años.
PROCEDENCIA	
Rural	20 (23.26%)
Urbana	66 (76.74%)

Tabla 2. Tratamiento recibido por los pacientes en la consulta externa de Oftalmología en las distintas consultas de seguimiento en el período comprendido entre enero del 2006 y diciembre del 2010.

N° de consulta	Manejo médico conservador	Inyección intralesional de esteroide	Drenaje quirúrgico	Total
primera	77 (89.53%)	0	9 (10.47%)	86 (100%)
segunda	51 (74%)	4 (6%)	14 (20%)	69 (100%)

Tabla 3. Evolución clínica de los pacientes atendidos por chalazión en la Consulta externa de Oftalmología del HNNBB en su primer seguimiento en el período comprendido entre enero del 2006 y diciembre del 2010.

	Curación	Curación incompleta	Igual	Recurrencia	Total
Tratamiento médico convencional	3 (4.69%)	28 (43.75%)	27(42.19%)	6 (9.38%)	64 (100%)
Tratamiento quirúrgico	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)	5 (100%)
Total	4 (5.8%)	29 (42%)	28(40.6%)	8 (11.5%)	69 (100%)

Tabla 4. Evolución clínica de los pacientes atendidos por chalazión en la Consulta Externa del HNNBB en el segundo seguimiento entre el período comprendido entre enero del 2006 y diciembre del 2010.

	Curación	Curación incompleta	Igual	Recurrencia	Total
Tratamiento médico convencional	11 (29.7%)	7 (18.9%)	8 (21.6%)	11 (29.7%)	37 (100%)
Tratamiento médico no convencional	2 (100%)	0	0	0	2 (100%)
Tratamiento quirúrgico	7 (63.6%)	0	3 (27.3%)	1 (9%)	11 (100%)
Total	20 (40%)	7 (14%)	11 (22%)	12 (24%)	50 (100%)

Tabla 5. Evolución global de la respuesta a los distintos tratamientos de los pacientes atendidos por chalazión en la Consulta Externa del HNNBB en el período comprendido entre enero del 2006 y diciembre del 2010.

	curación	mejoría	igual	recurrencia	No asistió	total
Tratamiento médico convencional	11 (13%)	7 (8%)	9 (10%)	11 (13%)	24 (28%)	62 (72%)
Tratamiento médico no convencional	2 (2.5%)	0	0	0	2 (2.5%)	4 (5%)
Tratamiento quirúrgico	7 (8%)	0	3 (3%)	1 (1%)	9 (10%)	20 (23%)
total	20 (23%)	7 (8%)	12 (14%)	12 (14%)	35 (40%)	86 (100%)

Tabla 6. Abandono del seguimiento de controles de los pacientes afectados por chalazión atendidos en la consulta externa de Oftalmología del HNNBB en el período comprendido entre enero del 2006 y diciembre del 2010.

N° de control	Número de pacientes
Segundo control	17 (19.7%)
Tercer control	19 (22%)
total	36 (41.7%)

X. CONCLUSIONES

- ✓ La mayoría de pacientes referidos a la consulta externa de Oftalmología del HNNBB son del sexo femenino (63%), la mayoría de ellos del área urbana (76%) este hallazgo se podría explicar dado que nuestro hospital se encuentra en el área urbana

- ✓ La media de edad de consulta fue 4 años. Dichos datos no pueden compararse con datos internacionales por la falta de información epidemiológica sobre este tema.

- ✓ El tratamiento más utilizado por los oftalmólogos del HNNBB es el manejo médico convencional, con una frecuencia de uso de 89% en la primera consulta y del 73% en el 2° de control; sin embargo fue el que tuvo menos frecuencia de curación completa del 29.7% . Lo que puede explicarse por la necesidad de colaboración por parte del paciente para realizarse masajes en el área afectada para ayudar a drenar el contenido del chalazión múltiples veces al día, lo que muchos de los pacientes no realizarán por ellos solos sin la ayuda de un adulto. Obteniendo además 18.9% de curación incompleta.

- ✓ El segundo tratamiento más utilizado fue la intervención quirúrgica con un porcentaje de 10% en la primera consulta y 21% en la segunda consulta. El porcentaje de curación obtenido fue más alto que con el manejo medico conservador con este tratamiento fue de 63.6%. Y sin embargo la recurrencia fue menor del 9%. Y obtuvo menos abandono de controles un 10% frente a 24% de abandono con el tratamiento convencional.

- ✓ El tratamiento menos utilizado fue el manejo médico no convencional con inyección intralesional de esteroide, con tan solo el 6% (4 pacientes) sin embargo fue el que tuvo el porcentaje más alto de curación; el 100% de los pacientes que fue sometido a dicho tratamiento obtuvo curación. Además no se presentaron casos de recurrencia. Todos estos pacientes iniciaron con tratamiento médico convencional y cambiándose el tratamiento en el segundo control.

XI. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda no retrasar el manejo médico no convencional con inyección intralesional de esteroide o el tratamiento quirúrgico en pacientes referidos a la consulta externa de oftalmología del Hospital de Niños Benjamín Bloom, ya que en la mayoría de casos no resuelven con el tratamiento médico no convencional.
- ✓ Se recomienda hacer estudios prospectivos que evalúen las razones de abandono de tratamientos, ya que existe una gran cantidad de inasistencia a los seguimientos e investigar las razones sobrepasaba los objetivos de este estudio.
- ✓ Se recomienda ampliar el estudio de manera prospectiva comparando únicamente los tratamientos médico no convencional y quirúrgico.

XII. CRONOGRAMA

Descripción de los distintos tratamientos utilizados , frecuencia de utilización y comparación de los resultados obtenidos en el manejo del Chalazión en la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital de Niños “Benjamín Bloom” en el período de enero del 2006 a diciembre del 2010.

Meses/ 2010	febrero	Marzo	Abril	mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Definición del tema de investigación y asesor		◆ ◆ ◆	◆ ◆	◆ ◆						
Elaboración de marco teórico con asesor					◆ ◆	◆ ◆	◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆
Revisión del diseño y preparación del protocolo							◆ ◆	◆ ◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆
Meses/ 2011	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Aprobación del protocolo por CEIC- HNNBB		◆ ◆ ◆	◆ ◆	◆ ◆	◆ ◆	◆ ◆	◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆
Curso Epi-Info 2002	◆ ◆ ◆									
Meses /2012	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Aprobación del protocolo por CEIC - HNNBB	◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆	◆ ◆	◆ ◆	◆ ◆		◆ ◆ ◆	◆		
Recolección de datos y transferencia a la base de datos								◆ ◆ ◆		
Análisis de resultados y discusión									◆ ◆ ◆ ◆	◆ ◆ ◆ ◆ ◆
Meses / 2013	Febrero	Marzo	Abril	Mayo						
Entrega de informe final preliminar	◆ ◆									
Cumplimiento de observaciones de informe y evaluación	◆ ◆									
Exposición ante jurado				◆						
evaluación				◆						
Entrega de copias del informe final				◆						

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. A K Khurana. Comprehensive Ophthalmology 4th ed. Nueva Delhi: New age international (p) limited publishers; 2007. P 346-347.
2. V Quiroga, C Pacheco, S Cáceres. Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional de Oftalmología de Perú. Patologías más frecuentes N° 002- 2008. P. 2 - 3
3. I wessels. Chalazion. Medscape reference 2011.
4. M Cruz Hernández. Tratado de Pediatría. Barcelona: Océano editores; 2007. p. 2134.
5. K. Gündüz, B. Esmaeli. Diagnosis and Management of Malignant Tumors of the Eyelid, Conjunctiva, and Orbit. Expert Rev Ophthalmol.2008; 3(1):63-75.
6. C. Chung, J Lai, P Li. Intralesional triamcinolone acetonide injection for primary and recurrent chalazia: is it really effective? Rev Ophthalmology. 2005 112(5):913-7.
7. Chung CF, Lai JS, Li PS. Subcutaneous extralesional triamcinolone acetonide Injection versus conservative management in the treatment of chalazion. Hong Kong Med J. 2006 Aug; 12(4):278-81. PubMed PMID: 16912354.

8. Gowalla, V Lee. A prospective randomized treatment study comparing three treatment options for chalazia: triamcinolone acetonide injections, incision and curettage and treatment with hot compresses. *ClinExperimentOphthalmology*. Nov 2007; 35(8):706-12. PubMed PMID: 17997772.
9. Ho SY, Lai JS. Subcutaneous steroid injection as treatment for chalazion: prospective case series. *Hong Kong Med J*. febrero.2002; 8(1):18-20. PubMed PMID: 11861988.
10. M Allevato. Orzuelos. *Act Terap dermatol*. 2008; 31: 126
11. K Lindsley, J Nichols, K Dickersin. Intervenciones para el orzuelo interno agudo. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 issue 9 Art. No.: CD007742. DOI: 10.1002/14651858.CD007742
12. Gilchrist H, Lee G. Managment of chalazia in general practice. *Aust Fam Physician*. May 2009; 38 (5): 311-4. PubMed PMID: 19458801.
13. Mansour AM, Chan CC, Crawford MA, Tababarah ZA, Shen D, Haddad WF, et al. Virus induced chalazion. *Eye*. Feb 2006; 20(2):242-6.
14. Ozdal PC, Codere F, Callejo S, Caissie AL, Burnier MN. Accuracy of the clinical diagnosis of chalazion. *Eye*. Feb 2004; 18(2):135-8.

15. Ben Simon GJ, Rosen N, Rosner M, Spierer A. Intralesional triamcinolone acetonide injection versus incision and curettage for primary chalazia: a prospective, randomized study. *Am J Ophthalmol.* 2011 Apr; 151(4):714-718.e1. Epub 2011 Jan 22. PubMed PMID: 21257145.

Fecha de seguimiento: _____

Curación

Recurrencia

Igual

Mejoría

Decisión terapéutica brindada por oftalmólogo:

Continuar manejo conservador

Médico no convencional (inyección intralesional con esteroide)

Intervención quirúrgica

Fecha de seguimiento: _____

Curación

Recurrencia

Igual

Mejoría