

PTERIGIO. TRATAMIENTO QUIRURGICO

Dr. JORGE VASCO POSADA*

Medellín, Colombia

El tratamiento quirúrgico del pterigio ha sido por años, de resultados inciertos y su recidiva una de las más molestas situaciones para el paciente y para el cirujano.

La siguiente técnica es una suma de procedimientos que al pasar los años resultaron ser útiles y no perjudiciales ni a corto ni a largo plazo y que hicieron posible la curación prácticamente de todos los casos.

A estos procedimientos se agregaron otros detalles dirigidos con bases fisiopatológicas a frenar la neovascularización del perilimbo, primer paso de la enfermedad hacia su recaída.

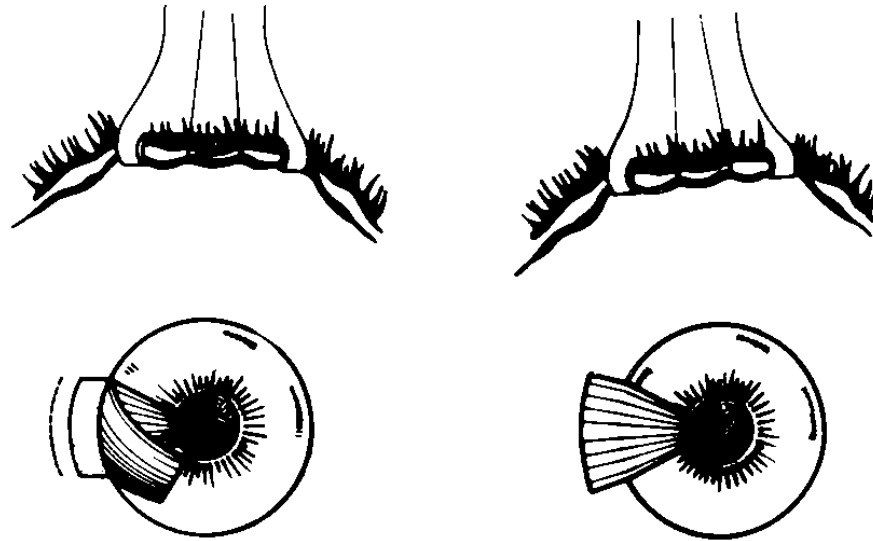
TECNICA QUIRURGICA

PRIMER TIEMPO: Anestesia

Tópica por instilación. Se inyectan luego 0.2 cc de lidocaína al 2% con epinefrina y hialuronidasa subconjuntivalmente en el fondo del saco conjuntival inferior, lado nasal. Pasado un minuto se coloca la aguja perpendicularmente sobre la proyección del borde inferior de la inserción escleral del recto medio e inclinándola 10 grados hacia la nariz se introduce hasta el espacio retroecuatorial del globo. Se inyectan centímetro y medio de la solución anestésica y se retira la aguja:

SEGUNDO TIEMPO:

Diseción del pterigio de la base hacia su cabeza en la córnea. (Figs. 1 y 2). Maniobra de tracción suave y resección superficial con bisturí o portacuchillas, dejando la parte profunda para el fresado.



FIGURAS 1 y 2

Diseción del pterigio de la base a su cabeza en la córnea.

TERCER TIEMPO:

Anemización de la zona limbar del pterigio mediante la cauterización selectiva de las arterias ciliares anteriores.

Para este fin, se toma con un gancho de estrabismo el recto medio, en los pterigos del lado nasal, se visualizan las arterias ciliares anteriores en el sitio de la inserción escleral del tendón del músculo y se coagulan con el bipolar en húmedo (Fig. 3).

Los vasos paralimbares de la zona de resección del pterigio que sangren, se cauterizan con corriente suave.

Si el pterigio es del lado externo se procede en igual forma tomando el recto lateral con el gancho de estrabismo.

Si el pterigio interno es reproducido y especialmente del lado inferior, debe tomarse además del recto medio, el músculo recto inferior y coagular los vasos ciliares del lado nasal de su inserción escleral y los episclerales de esta zona.

PTERIGIO. TRATAMIENTO QUIRURGICO

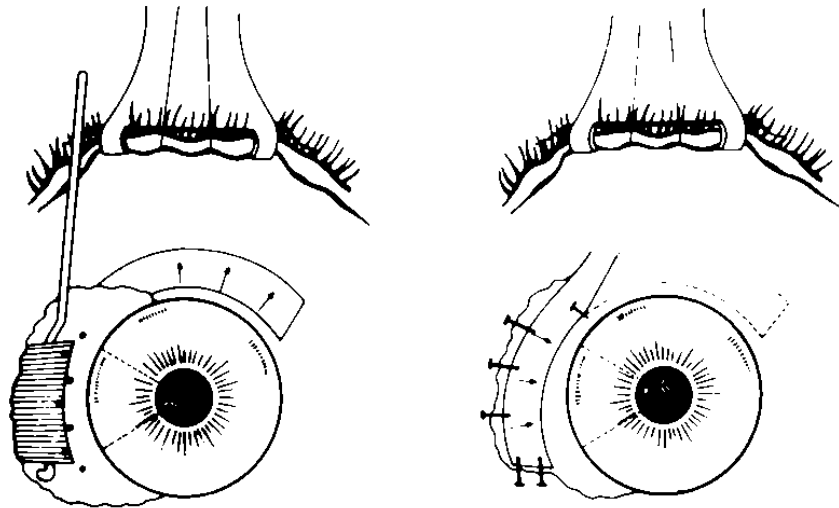


FIGURA 3 y 4

Toma del recto medio, visualización de las arterias ciliares y coagulación de las mismas en húmedo con el bipolar.

Disección del colgajo conjuntival pediculado.

CUARTO TIEMPO:

Fresado de la córnea y del limbo esclerocorneal.

Se utiliza el procedimiento ideado por el doctor Salomón Reinoso A.³, con la fresa de disco o con la fresa esférica o cilíndrica de diamante, como lo aconseja Solarez-Zamora², para dejar una superficie perfectamente pulida y con una unión suave entre la córnea y la esclera.

La fresa esférica recubierta con polvo de diamante de 5 mm de diámetro ha resultado ser la más práctica y adaptada a un aparato de odontología de 14.000 R.P.M., o a un motor Dremel 260 y 232-5, con control de pedal, puede manejarse con exactitud y sin peligros.

QUINTO TIEMPO:

Disección del colgajo conjuntival pediculado.

Para recubrir la zona donde estaba el pterigio interno del ojo izquierdo, se toma un colgajo conjuntival superior. Se coloca primero una rienda de tracción en el limbo en el cuadrante de las II del reloj y se coloca el ojo en posición hacia abajo para exponer la conjuntiva superior.

Se inicia la disección con tijera fina de puntas romas, a 5 mm del limbo en el cuadrante de la I del reloj, lado temporal y se obtiene un colgajo conjuntival pediculado, libre de cápsula de Tenon, de 10 mm de largo por 4 mm de ancho, el cual una vez girado 90 grados, se fija de manera que recubra la zona de las 10 a las 8 del reloj, y deje una extensión de esclera desnuda de 1.5 mm de ancho.

SUTURA DEL COLGAJO. (Fig. 5)

Se utiliza seda virgen la cual se lubrica con unguento oftálmico para facilitar su extracción en el post-operatorio.

Se inicia la fijación del colgajo en el fondo de saco conjuntival inferior, lado interno, con una sutura continua que con tres vueltas une los bordes conjuntivales fijándolos a la epiesclera, y sus extremos se anudan suavemente al lado interno. La última vuelta de la sutura se coloca a 1.5 mm del limbo para dejar la esclera desnuda en esta extensión.

Una segunda sutura continua se inicia en la parte interna del fondo de saco conjuntival inferior. Se unen los bordes conjuntivales fijándolos a

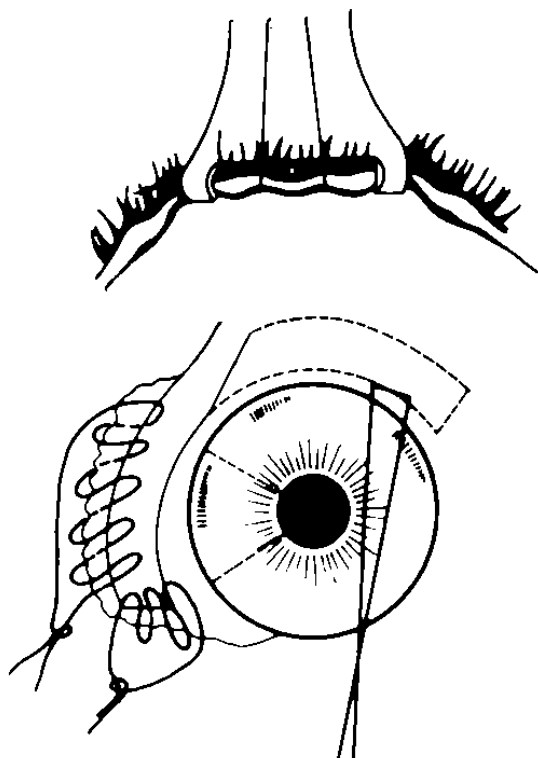


FIGURA 5

Sutura del colgajo mediante dos suturas continuas que se anudan en la parte inferior.

PTERIGIO. TRATAMIENTO QUIRURGICO

la epiesclera y después de cuatro vueltas se anudan sus extremos con tensión suave, dejando el nudo en la parte inferior de la sutura.

La porción conjuntival del injerto pediculado cercana al limbo corneal, se recorta para dejar 1.5 mm de esclera desnuda y no se aplica sutura.

El colgajo queda en tal forma, que se invierte la dirección de los vasos trasplantados (Fig. 4), y esto evita la rápida recanalización e invasión de neovasos que hace el tejido corneal.

Para los pterigios externos en el ojo izquierdo, se toma la conjuntiva de las once a las 2 del reloj, se recubre la zona de las 2 a las 4 y se deja 1.5 mm de esclera desnuda.

Para los pterigios internos y externos del mismo ojo se toman dos colgajos superiores cuya disección se inicia a partir del cuadrante de las 12 del reloj, el uno hacia la derecha y el otro hacia la izquierda y se fijan en igual forma.

Finalmente se aplican 0.5 cc de un esteroide soluble en el fondo del saco conjuntival inferior y con la oclusión del ojo se termina la intervención.

Durante el acto quirúrgico el ojo se mantiene húmedo con una solución de gentamicina.

El microscopio facilita grandemente la ejecución de la técnica.

Post-operatorio: ambulatorio con medicación anti-inflamatoria y anti-biótica local. Una vez se haya regenerado el epitelio corneal se retira la oclusión.

EXTRACCION DE LAS SUTURAS:

A los 7 días se aplica anestesia tópica por instilación, se tiñe la seda virgen, se cortan las asas superficiales de las dos suturas con tijera de puntas romas y con una pinza se traccionan y retiran halando en el sentido de su dirección.

CASUISTICA:

En seis años se operaron 326 pterigios. El índice de recidivas fue del 5%. En 58 casos de pterigios reproducidos, las recidivas fueron el 2%. En ambos grupos las recidivas fueron en forma de vascularización del limbo sin invasión conjuntival y no requirieron una nueva intervención sino 4 casos.

COMPLICACIONES:

Se presentaron 7 casos de úlcera tipo Dellen-Fuchs, los cuales mejoraron rápidamente. El edema del colgajo conjuntival trasplantado se observó en 20 casos y desapareció en pocos días. Cinco casos presentaron hemorragia transitoria del colgajo.

COMENTARIOS:

Esta técnica exige al cirujano habilidad en el manejo del colgajo conjuntival y en la sutura del mismo, pero deja un ojo con apariencia estética perfecta y sin molestias.

La aplicación de las suturas con la técnica descrita, hace de su extracción un tiempo rápido, fácil, indoloro y sin peligros.

RESUMEN

En este trabajo se describe una vía fácil de aplicación para la anestesia del globo ocular en la cirugía del pterigio. Se hace énfasis en la importancia que tiene la anemización del limbo esclerocorneal para ayudar a evitar la recidiva del pterigio y se explica la manera de lograrla.

Para recubrir la zona del pterigio resecaado, se disea un colgajo conjuntival pediculado de 10 mm de largo por 4 mm de ancho, libre de cápsula de Tenon, el cual una vez girado 90 grados, se fija con dos suturas continuas de seda virgen cuyos extremos se anudan para dejar dos asas, que una vez cortadas en el post-operatorio hacen fácil e indolora la extracción de la seda.

Finalmente se analizan los resultados obtenidos en 326 casos de pterigios intervenidos por primera vez y en 58 casos de pterigios reproducidos.

SUMMARY

A technique for the surgical treatment of pterigia is described, wich begins with infiltration anesthesia that includes the inferior border of the lateral rectus, where the pterigium is found.

Resection begins at is body. to continue with the technique of drilling recomended by Dr. José I. Barraquer. Once the affected tissue has been

PTERIGIO. TRATAMIENTO QUIRURGICO

retracted, a bipolar cautery is used to coagulate the anterior ciliary vessels. The referende point is the insertion of the tendons, of the rectus muscle, medial, lateral and inferior, depending on the site of the pterigium.

It is recommended that a 10 mm by 4 mm pedicle flap of conjunctiva, freed from Tenon's, be used to cover the defect, attaching it with virgin silk to sclera and conjunctiva.

There was a 5% recurrence rate in a series of 326 cases of pterigium operations done for the first time, and a 2% recurrence rate in a series of 58 cases operated for the second time.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRAQUER, J. I.: **Etiología y patogenia del pterigio. Excavaciones de la córnea de Fuchs.** Arch. Soc. Amer. Oftalm. y Optom., 5. 49, 1964.
2. SOLAREZ-ZAMORA, J.: **Le micromeulage dans la chirurgie du pterigion.** Ann. Oculist. t. 207, N° 8, págs. 581-587, Paris, 1974.
3. REINOSO, Salomón: **Cirugía del pterigio mediante aerotor.** Arch. Soc. Amer. Oftalm. Optom. Vol. 12, N° 2: 109-130, 1977.
4. SERRANO, F.: **Plastia conjuntival libre en la cirugía del pterigio.** Arch. Soc. Amer. Oftalm. Optom. Vol. 12, N° 2. pág. 97, 1977.