

## RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL

Dr. FEDERICO SERRANO G.<sup>1</sup>  
Bogotá, Colombia

El uso de plastias conjuntivales por deslizamiento tiene un amplio campo terapéutico en patología corneana, con los recubrimientos conjuntivales.

Su finalidad es recubrir, reconstruyendo la superficie corneal afectada, aportando elementos nutricios y de defensa (celulares y humorales) a través de sus vasos, y elevar la temperatura de la córnea en 1º o 2ºC, bajo el recubrimiento. Actúa como vendaje vivo.

Algunas patologías corneales pueden ser tratadas de una manera más simple con un lente de contacto hidrofílico el cual actúa principalmente como un vendaje y favorece la regeneración del epitelio sobre la zona corneal afectada. Su función principal es la protección del epitelio, como en las úlceras herpéticas y metaherpéticas; queratopatía bullosa y queratitis neuroparalítica; en esta última entidad la tarsorrafia también es curativa, mientras permanezca.

Consideramos que los lentes de contacto hidrofílicos están contraindicados en infecciones corneales por bacterias y hongos. Cuando es preciso, en estas dos últimas situaciones preferimos acudir a un recubrimiento conjuntival o a una queratoplastia terapéutica "en caliente".

### VENTAJAS DEL RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL

Es un procedimiento quirúrgico relativamente simple, superficial, no se penetra en la cámara anterior y no precisa material homoplástico. Mejora las condiciones tróficas de la superficie recubierta, por aportar elementos de su circulación vascular y linfática.

---

1. Profesor titular. Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer de América.

## **INCONVENIENTES**

La mayoría de los pacientes en los cuales se ha efectuado un recubrimiento conjuntival, deberán ser sometidos posteriormente a una queratoplastia con fin óptico, cuando el proceso que determinó la necesidad del recubrimiento se haya resuelto.

## **INDICACIONES**

Úlceras corneales con marcada pérdida de sustancia por necrosis y colagenolisis, descematoceles, pequeñas perforaciones corneales dentro de los lechos ulcerosos, úlceras tróficas, etc., y en ocasiones en las cuales podría estar indicado un lente de contacto blando, pero éste no sea asequible.

En pequeñas perforaciones o descematoceles (1 a 3 mm) de bordes limpios, preferimos aplicar una queratoplastia tapón. Esta técnica es especialmente satisfactoria en perforaciones que no interesan el área de la pupila.

## **TECNICA QUIRURGICA**

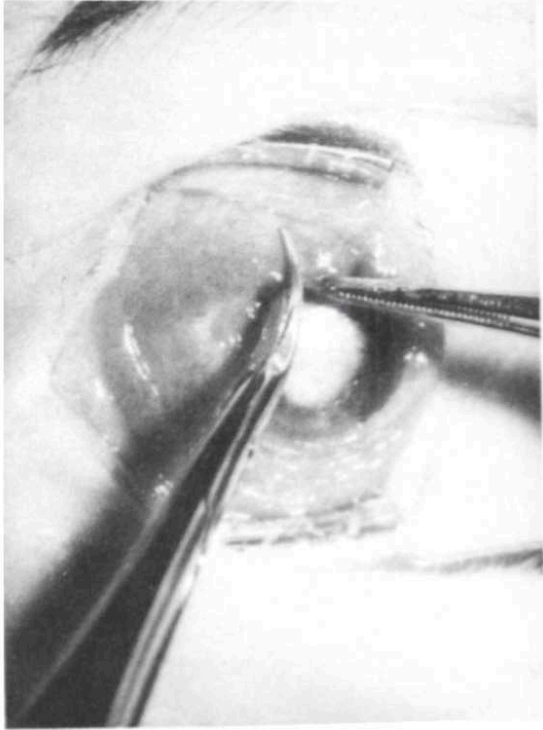
El recubrimiento conjuntival se obtiene de la conjuntiva bulbar superior, únicamente se debe acudir a la conjuntiva bulbar inferior, nasal o temporal en aquellos casos en los cuales un proceso cicatricial secundario a una cirugía previa no permite obtenerlo fácilmente de la conjuntiva bulbar superior.

El procedimiento se inicia con una incisión a 1 mm del limbo con tijeras, sobre la conjuntiva bulbar a las 12, de una extensión algo mayor que el diámetro horizontal de la lesión corneal, luego se practican dos incisiones radiales sobre la conjuntiva bulbar con tijeras, en dirección al fornix superior (Fig. No. 1), procediéndose a liberar de este colgajo conjuntival, la Tenon subyacente para facilitar su deslizamiento. (Fig. 2).

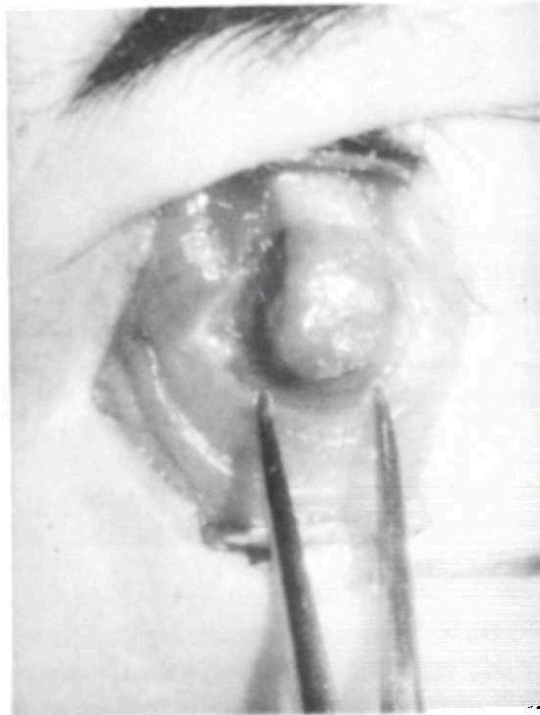
Con tijeras practicamos una nueva incisión a 1 o 2 mm del limbo sobre la conjuntiva bulbar inferior de la extensión calculada para el recubrimiento.

Antes de deslizar el colgajo conjuntival se debe desepitelizar la córnea en la zona a recubrir, raspando el epitelio con cuchilla o con una cureta, o bien utilizando sustancias químicas como alcohol absoluto o alcohol yodado; es conveniente retirar el material necrótico y devitalizado del lecho de la córnea.

**RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL**



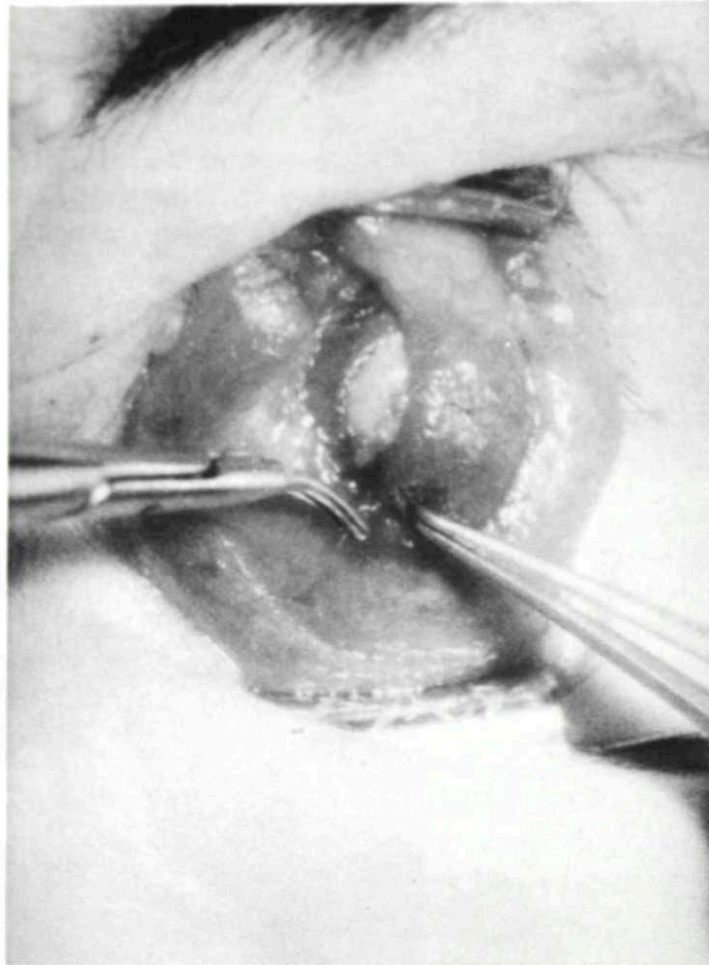
*FIGURA No. 1  
Incisiones conjuntivales radiales  
en dirección al fornix superior.*



*FIGURA No. 2  
Liberada la tenon subsacente al  
colgajo, se facilita su deslizamiento.*

**Dr. FEDERICO SERRANO**

El recubrimiento conjuntival, se coloca sobre la córnea anclándolo por su borde inferior a la espiesclera subyacente a la incisión conjuntival inferior, con tres puntos de nylon 10-0 o seda negra 7-0 sin apretarlos demasiado para evitar producir una necrosis de la conjuntiva incluida en el asa del punto, lo que produciría que se suelte el recubrimiento en el postoperatorio inmediato. (Fig. No. 3)

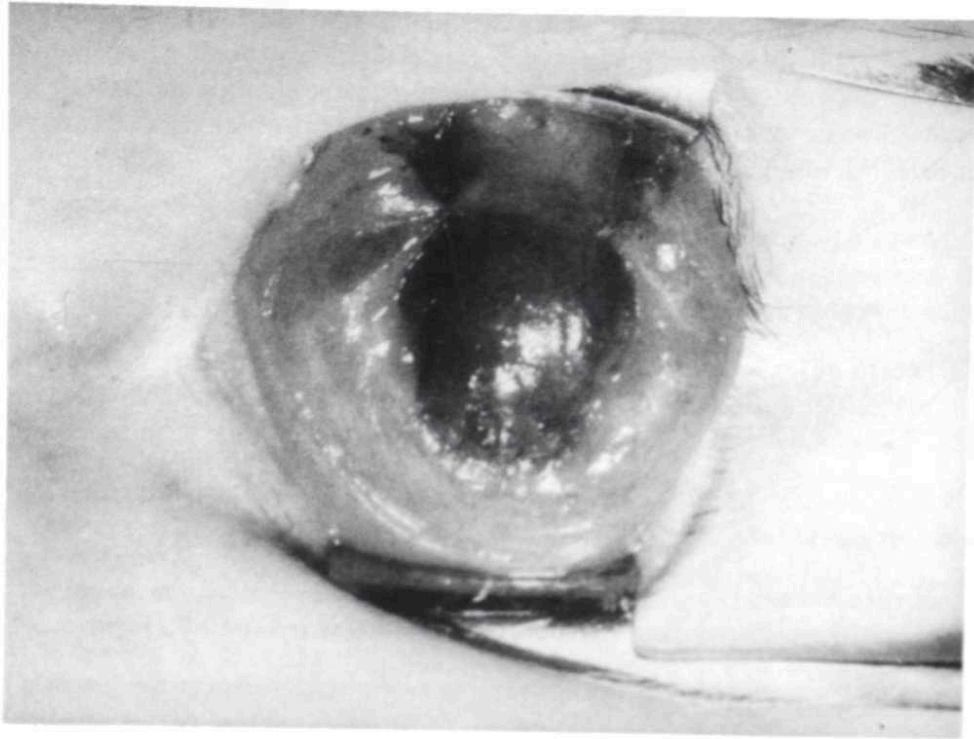


**FIGURA No. 3**

*Sutura del recubrimiento, anclándolo a la espiesclera con puntos separados.*

El recubrimiento conjuntival se desliza en puente sobre el epitelio del limbo corneal superior e inferior y que usualmente no es patológico. El pronóstico de la futura queratoplastia es mejor, si el limbo está intacto. (Fig. No. 4).

## RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL



*FIGURA No. 4*

*El colgajo conjuntival recubre totalmente la ulceración corneal.*

La conjuntiva del recubrimiento, no debe ejercer tracciones, ya que éstas interferirían con las funciones de su pedículo vascular y facilitarían su necrosis o esfacelamiento de su zona de fijación inferior.

Una vez concluido el procedimiento, después de instilar Atropina, se aplica un vendaje semicompresivo por espacio de 24 horas para mantener el párpado cerrado y ayudar a la coaptación del recubrimiento sobre la úlcera corneal.

En las úlceras corneales micóticas, ocasionalmente se ha observado necrosis del recubrimiento. En estos casos es preferible dejarle la Tenon al colgajo conjuntival para lograr un mayor espesor.

Se pueden observar casos en los cuales la úlcera corneal tiene un diámetro bastante grande, con marcada pérdida de sustancia y con una solución de continuidad a cámara anterior superior a 2 mm; cuando no hay conjuntiva bulbar disponible o no se dispone de material corneal dador para practicar una queratoplastia terapéutica, se puede acudir a la toma de un injerto pediculado tarsoconjuntival, procediendo primero a practicar una desepitelización y curetaje de la lesión corneal a recubrir.

**Dr. FEDERICO SERRANO**

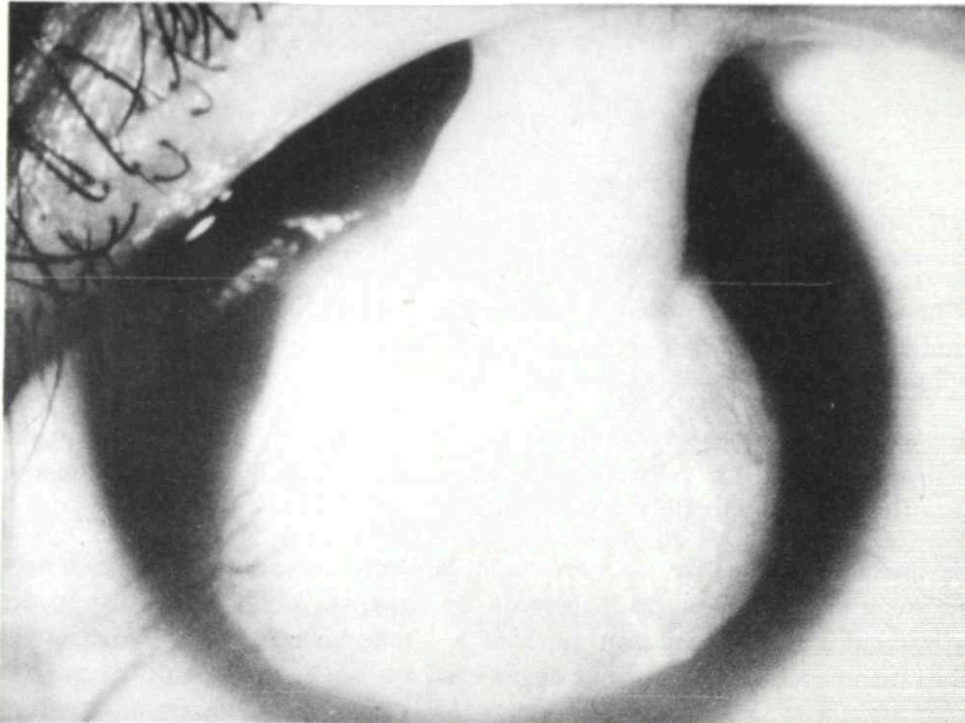
Evertiendo el párpado superior, para exponer el tarso y con un trépano de 3 a 5 mm inclinado  $30^\circ$  sobre el plano horizontal del tarso, se procede a trepanar la parte media y superior del tarso, teniendo en cuenta que el borde superior de la trepanación esté siempre 5 mm por encima del reborde palpebral, para no causar una deformación del mismo (entropion).

El colgajo pediculado conjuntival que va unido al injerto tarsal se delimita con dos incisiones radiales de relajación con las tijeras sobre la conjuntiva hasta el fondo del saco superior.

El injerto pediculado tarsoconjuntival se desliza hacia la córnea, practicando una torsión del mismo de  $180^\circ$  para que la superficie epitelial de la conjuntiva quede hacia arriba y el injerto tarsal se oriente hacia la zona de la lesión corneal.

El pedículo debe ser suficientemente largo para que no se ocluya la circulación en la torsión de  $180^\circ$ .

Una vez colocado el injerto tarsal en el lecho corneal, se sutura a la manera de una queratoplastia penetrante con puntos separados de nylon 10-0. (Fig. No. 5).



*FIGURA No. 5*  
*Injerto pediculado tarso conjuntival.*

## RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL

### BIBLIOGRAFIA

1. BARRAQUER, J. RUTLLAN, J.: *Atlas de microcirugía de la córnea*. Recubrimiento conjuntival, Págs. 169, 170. Barcelona, Ediciones Scriba, S. A., 1982.
2. DUKE-ELDER, SIR STEWARD.: *Conjunctival Flaps*. 8: 767, 773, 909, 12: 365.
3. GIESMAN, H. G., SCLOTE, H. W., GRAEFES, A.: *The use of tissue adhesive in rabbit eyes. Joining of conjunctival flaps with adhesives*. Arch. Klin. Exp. Ophthalm. 184, No. 4: 309, 313. 1972.
4. GUNDERSEN, TRYGVE.: *Conjunctival flaps in the treatment of corneal disease with reference to a new technique of application*. Arch. Oit. 60: 880-888. 1958.
5. GUNDERSEN, TRYGVE.: *Surgical treatment of bullous keratopathy*. Arch. Oit. 64. 260. 1960.
6. KING, JOHN HARRY, Jr.: *conjunctival. Flaps with keratectomy. An atlas of ophthalmic surgery*. Third ed. Philadelphia, J. B. Lippincott. Pág. 254. 1981.
7. LAURING, L., WERGELAND, F. L.: *Total conjunctival flaps with modification of the Gundersen operation*. American Journal Ophthalm 76: 953-956. 1973.
8. PATON, DAVID, MAUMENEE, E.: *Plastic and reconstructive surgery of the eye and anexa. Surgical managements of suture exposure*. Pág. 243. Washington, Butterworths, 1962.
9. PATON, DAVID, MILAUSKAS, A. T.: *Indications, surgical technique and results of the conjunctival flap on the cornea*. Int. Oit. Clinic. 10, No 2, págs. 329-345. Boston, Little Brown and Co., 1970.
10. PLANTEN, J. T.: *The conjunctival rotation flap*. Netherlands ophth. Soc. Meeting, 1970. Ophthalmologica 167: 434. 1973.
11. RAPIZZI, A. DE MARCO, D. A.: *Bridge of bipedunculated conjunctival flap*. Arch. Rass. Ital. Ottal. 1: 272-277. 1970, 1971.
12. RODRIGUEZ-BARRIOS, R., MEERHOFF, E. TARSO: *Conjunctival keratoplasty*. Bul. Soc. Franc. Ophthalm. 86: 65-76. 1973.
13. SMOLIN, GILBERT, THOFT, RICHARD: *Conjunctival surgery for corneal disease*. Cap. 16: 465. Boston, Little, Brown and Co., 1983.
14. SPAETH, GEORGE L.: *Ophthalmic surgery*. Págs. 198, 270-280. Phila. W. B. Saunders, 1982.
15. STALLARD, H. B.: *Eye surgery*. Págs. 553, 770. Phila. J. B., Lippincott, 6a. ed., 1980.
16. TROUTMAN, RICHARD: *Microsurgery of the eye*. Vol. L. Pág. 266. "Conjunctival flaps". Saint Louis, C. V. Mosby Co. 1974.