

PLASTIA CONJUNTIVAL LIBRE EN LA CIRUGIA DEL PTERIGION

Dr. FEDERICO SERRANO

Bogotá, Colombia

La cirugía del Pterigion, a pesar de los adelantos de la microcirugía, sigue presentando problemas, y tal vez, el más frecuente e importante de ellos es el de su recidiva.

Para evitar este problema, hemos ensayado diferentes posibles soluciones, llegando a la conclusión de que las técnicas que conducen a una reconstrucción anatómica y funcional del limbo, la conjuntiva en zona de hendidura parpebral y el pliegue semilunar, son las que nos han producido mejores resultados; me refiero a las plastias de rotación conjuntival en pequeños Pterigiones y a las plastias libres de Conjuntiva en grandes Pterigiones y en el tratamiento del Pterigion regenerado.

Siguiendo las ideas de los doctores Trantas y José Ignacio Barraquer, consideramos el Pterigion y el Pseudo-Pterigion, como respuestas cicatriciales a injurias sobre la conjuntiva, limbo y córnea para-limbar de la zona expuesta de la hendidura parpebral, siendo esta injuria crónica e intermitente en el Pterigion; aguda y por breve tiempo en el Pseudo-Pterigion.

Una variante de respuesta histica a esta injuria crónica intermitente, es la pinguécula, con sus cambios de la lámina propia conjuntival, fragmentación del colágeno, degeneración basófila, hialinización, que puede bien permanecer estática a evolucionar hacia un Pterigion, no siendo indispensable para su formación como se ha sostenido.

En la evolución del Pterigion, la conjuntiva muestra primero períodos de inflamación y descamación con curación espontánea y remisiones frecuentes; la cicatrización repetida, adhiere la conjuntiva al tejido sub-con-

FEDERICO SERRANO

juntival y la retrae lenta y progresivamente hacia el limbo córneo escleral, donde está firmemente anclada, formando un rodete de nivel más elevado que el resto del limbo.

La primera manifestación corneal consiste en pequeños puntos de descamación epitelial; luego, a nivel yuxtalímbico y coincidiendo con un brote inflamatorio, aparece una ulceración que afecta el epitelio, pudiendo profundizarse hasta la membrana de Bowman y capas anteriores del Parénquima, producida por desecación, ya que el párpado superior es incapaz de extender la película lagrimal precorneal por su rigidez estructural, que le impide contactar con la superficie corneal dada la separación o elevación que determina el rodete yuxtalímbico.

La conjuntiva avanza entonces sobre la córnea, para recubrir esta ulceración, continuando el círculo vicioso: inflamación, retracción, rodete yuxtalímbico, ulceración corneal por desecación y avanzamiento de la conjuntiva sobre la córnea, lo que hace progresiva esta afección.

Si bien consideramos que éste es el camino más frecuente para la producción del Pterigion; otros elevamientos en la zona de conjuntiva bulbar expuesta, equimosis, quemosis, edema, granulaciones y grandes avanzamientos del recto medio, pueden ser también la causa del desarrollo de FOSETAS que curan al desaparecer estos.

Todos estos factores son los que nos conducen a pensar que la técnica quirúrgica de elección para la corrección de Pterigion, debe ser aquella que nos reforme la curvatura del casquete corneal en la zona de resección; nos reconstruya el limbo evitando pérdidas de sustancia y no nos produzca cicatrices, levantamientos, tracciones en la zona de conjuntiva bulbar expuesta entre la hendidura parpebral; en otras palabras, una técnica que nos reconstruya anatómica y funcionalmente la zona operada.

Para obtener estos fines estamos usando rutinariamente para el tratamiento de Pterigiones grandes y en todos los casos de Pterigiones regenerados la siguiente técnica:

1º Extirpación del Pterigion y cápsula de tenon que muestre cambios degenerativos o cicatriciales; iniciando la resección con cuchilla por la cabeza, llevando la disección hasta algo más allá del limbo, (es en este momento cuando debe presentarse atención de no producir pérdidas de sustancias corneales o limbares) una tracción moderada de la cabeza del Pterigion con una pinza favorece esta maniobra; la resección del Pterigion se completará en forma rectangular con tijeras, y en general es suficiente

PLASTIA CONJUNTIVAL LIBRE

hacerla hasta cerca del pliegue semilunar. Con frecuencia, por la tracción del Pterigion, este pliegue está borrado, pero al resecar el Pterigion el pliegue se reconstruye espontáneamente.

Se puede iniciar la resección del Pterigion con tijeras a nivel de la conjuntiva bulbar, y en este caso preferimos hacer primero las incisiones en los bordes superior e inferior del Pterigion, seccionando luego por delante del pliegue semilunar. Finalmente resecaando la cabeza del Pterigion, practicando tracción moderada de ella con una pinza.

2º Fijando el globo ocular por el recto correspondiente con una pinza, nivelación en la córnea de restos de tejido, con fresa de diamante montada en un aerorrotor, lo que proporciona un casquete de córnea y un limbo limpio y sin irregularidades. Nuevamente debe evitarse pérdida de sustancia.

3º Hemostasia suave de vasos sangrantes con varilla de vidrio calentada a la llama y resección, si se precisa de la tenon redundante dejando el lecho quirúrgico listo para recibir la plastia.

4º Toma de una plastia libre de conjuntiva bulbar; consideramos que la zona dadora más indicada es la conjuntiva bulbar superior. Con este fin, el ayudante con una pinza o mediante un punto de tracción, se rota el globo ocular hacia abajo, facilitando así la disección. Procedemos entonces a practicar una incisión en conjuntiva bulbar superior, casi perpendicular al limbo, de la longitud deseada para la plastia, y con la tijera disecamos la conjuntiva de la Tenon subyacente.

Incisión paralela al limbo en el borde superior de la plastia y nueva incisión perpendicular al limbo en el otro borde de la plastia, en este momento hemos resecaado tres de los bordes quedando la plastia fija al limbo.

5º Procedemos a reclinarla y extenderla sobre la córnea, y a continuación se retiran los pequeños fragmentos de Tenon que pueda tener adherida; luego, resección de la conjuntiva a nivel del limbo.

En este momento yace la plastia sobre la córnea con su cara epitelial en contacto con el epitelio corneal.

6º Inversión de la plastia tomando dos esquinas continuas con pinzas y deslizamiento de la plastia hasta el lecho receptor.

Preferimos orientar la plastia en la misma dirección en que se hallaba en su sitio original, en otras palabras, colocar el borde limbar de la plastia en el borde limbar del lecho receptor. Hacemos esto pensando que favorecemos la reconexión de los linfáticos conjuntivales.

FEDERICO SERRANO

Consideramos que se puede obtener una plastia de 12 por 12 milímetros y aún algo mayor, sin alterar con cicatrices la conjuntiva bulbar superior ni traccionar el fondo de saco.

Es de anotar que en nuestra disección hemos ensayado el no tocar la cápsula de Tenon.

El lecho dador de conjuntiva puede dejarse sin suturar, o puede cerrarse fijando el borde superior de conjuntiva con dos puntos al limbo.

En el post-operatorio inmediato, la conjuntiva se regenera no observándose en general cicatrices al cabo de poco tiempo.

Para el reconocimiento de la dirección de la plastia, la cara conjuntival es más lisa, brillante y se visualizan mejor los vasos conjuntivales. Es de más fácil reconocimiento la dirección de una plastia conjuntival que la de una plastia de mucosa bucal.

7º La fijamos luego en su lecho receptor a 2 mm. del limbo, con seda fina 7 ceros; preferimos coser de plastia hacia conjuntiva receptora sin dejar tracciones sobre la misma; los puntos se anclan a epiesclera sin apretarlos excesivamente para no producir necrosis de la zona entre el lazo del punto y caída del mismo.

Vendaje compresivo que se retira a las 4 horas de operado, cuando se inicia la instilación de un colirio antibiótico corticoide.

Quitar los puntos que no se han caído espontáneamente entre el séptimo y el noveno día.

No usamos RAYOS BETA, puesto que producen una barrera de quemadura y modificación de tejido, lo cual no corresponde a una reforma anatómica y fisiológica, que es lo que buscamos.

SUMMARY:

Pterigions and pseudo-pterigions are considered as cicatricial responses to injuries over the conjunctiva, limbus and paralimbar cornea of the exposed area of the palpebral fissure (Barraquer's pathogenesis).

A variation of this response is the pinguecula.

PLASTIA CONJUNTIVAL LIBRE

In the conjunctiva, the repeated scarring adheres it to the subconjunctival tissue pushing it back towards the sclero-corneal limbus, forming a swelling higher than the remainder of the limbus.

In the cornea, first there are epithelial desquamation spots, and then, at the juxtalimbar level, an epithelial ulceration produced by dessecation. This ulceration may reach the Bowman membrane and the anterior stromal layers, since the upper lid cannot extend the precorneal lacrimal film due to its structural rigidity, which does not let it make contact with the corneal surface due to the separation or protrusion which determines the juxtalimbar circle.

The conjunctiva grows over the cornea to cover this ulceration, continuing the vicious circle: inflammation, retraction, swelling, ulceration due to dessecation, and conjunctival growth.

There may be other causes of swelling in the exposed area of the bulbar conjunctiva: ecchymosis, chemosis, edema, granulations and advancement of the medial rectus which may produce pits. (Dellen). Based on these facts, the ideal surgical technique is one which would reform the curvature of the corneal cap in the resection area, reconstructing the limbus and avoiding loss of substance without producing scars, swelling, or conjunctival traction; in other words, a technique which would reconstruct anatomically and functionally the operated area.

TECHNIQUE:

1. Removal of the pterigion and Tenon's capsule with degenerative or scarring alterations, beginning by the head with a knife and finishing with scissors.
2. Leveling the tissue remnants in the cornea with a diamond burr mounted in an aerotor.
3. Gentle hemostasis with a glass rod heated over a flame.
4. Grafting a free plastia of bulbar conjunctiva, fixing it only to the limbus.
5. Extending the plastia over the cornea; thinning the plastia and resecting it at limbus level.

FEDERICO SERRANO

6. Inverting the plastia by sliding as far as the host bed, leaving the limbar edge of the plastia on the limbar bed of the host. The donor bed may be left unsutured.
7. Fixing the plastia 2 mm. from the limbus with fine 7-0 silk with stitches from the plastia towards the host conjunctiva. The stitches are fixed to the episclera.

A compressive bandage is placed which is taken off 4 hours after the operation. Instillation of a corticoid-antibiotic cholyrium is began. The stitches which have not fallen off are removed 7 to 9 days after the operation.

C. G.