

Resección de pterigión: *Experiencia en el Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro.*

Tte. Cor. M.C. Gabriel **Hernández-García***

Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro.

RESUMEN

Objetivo. Describir la experiencia de cinco años en el Hospital Militar Regional de Acapulco, Guerrero, del tratamiento de pterigión primario.

Diseño. Estudio de revisión de casos, retrospectivo.

Método. Setenta y nueve pacientes, con diagnóstico de pterigión primario a los cuales se les realizó la técnica de escisión simple con barrera de esclera desnuda y con un seguimiento mínimo de seis meses. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados. Un total de 44 mujeres (55.7%) y 35 hombres (44.3%) con edad promedio de 44.3 años fueron intervenidos quirúrgicamente. El 91.2% de los casos se ubican en el sector nasal y el ojo más afectado fue el izquierdo (41 pacientes/51.9%). Se encontró 21.5% de recidivas y 6.2% de complicaciones: tres granulomas (3.7%), y dos casos de escleromalacia (2.5%), que fueron resueltas favorablemente.

Conclusiones. La técnica estudiada es adecuada para el tratamiento de pterigión. Es preciso continuar esta línea de investigación y efectuar comparaciones con otras técnicas.

Palabras clave: pterigión, resección, esclera desnuda.

Pterygium resection: Experience at the Military Regional Hospital of Acapulco, Guerrero, Mexico

SUMMARY

Objective. To describe the experience on five years in the Regional Military Hospital of Acapulco, Guerrero, in the treatment of the primary pterygium.

Design. A retrospective review of cases.

Method. 79 patients with primary pterygium were operated using the simple resection with bared esclera, minimum follow-up was six months for all the patients. A descriptive statistic was performed.

Results. A total of 44 women (55.7%) and 35 men (44.3%) with mean age of 44.3 years old were surgically treated. Pterygium was located at the nasal sector of eye in 91.2% and the left eye was more affected (41 patients/51.9%). We founded 21.5% of recurrence with a minimal complications (6.2%) which include three granulomas (3.7%) and two cases of scleromalacia (2.5%), property solved.

Conclusions. The studied technique is adequate for the treatment of pterygium. It is precise continue this research line and to compare this results with other techniques.

Key words: Pterygium, resection, bared esclera.

Introducción

El pterigión derivado del griego Pteros, que significa alas, es el crecimiento de tejido fibrovascular orientado horizontalmente de forma triangular que invade la córnea a partir de la conjuntiva bulbar con vértice hacia la córnea y base hacia el fórnix, en las áreas que quedan expuestas al medio ambiente, siendo más frecuentes en el lado nasal que en el temporal.¹⁻⁵

Tiene una distribución mundial, pero es más común en climas cálidos, algunos estudios han encontrado una rela-

ción estadísticamente significativa entre la exposición a la radiación ultravioleta y el desarrollo de pterigión, por otro lado, su presencia se ha relacionado con otros factores como la sequedad ocular, la escasa humedad ambiental, el viento, el polvo, etc.^{1,2,5-7}

Histológicamente predominan cuatro características:

1. Hialinización del tejido conectivo subepitelial de la sustancia propia.
2. Colecciones difusas de material granular eosinófilico con incremento de fibroblastos.

* Subdirector del Hospital Militar Regional de Acapulco Especialista en Oftalmología.

Correspondencia:

Dr. Gabriel Hernández-García

Av. Ruiz Cortines S/N Hospital Militar Regional, C.P. 39610 Col. Alta Progreso, Acapulco, Gro. Tel. y Fax: (01744) 445-6577.

Recibido: Junio 14, 2004.

Aceptado: Agosto 30, 2004.

3. Incremento en la cantidad de fibras engrosadas y tortuosas sensibles a tinciones elásticas (material elástico).
4. Concreciones dentro de las áreas hialinizadas y granulares que pueden mostrar eosinofilia o basofilia.^{5,8,9}

Los síntomas incluyen ardor, lagrimeo, hiperemia y sensación de cuerpo extraño, que puede acompañarse del crecimiento hacia la córnea y la presencia de astigmatismo que puede llegar a ser significativo.^{8,10}

Se han establecido diversos tratamientos médicos como antiinflamatorios y vasoconstrictores, así como el uso de protección con lentes provistos de filtro ultravioleta, pero la gran mayoría son tratados quirúrgicamente.^{3,11}

La indicación quirúrgica incluye la invasión sobre el eje visual y la presencia de astigmatismo prominente, en ausencia de estas circunstancias la decisión para remover un pterigión depende de la buena disposición del paciente para tolerar los síntomas y el interés en mejorar el aspecto cosmético. Cuando se decide proceder quirúrgicamente se debe tener presente que el pterigión recurrente puede crecer más agresivamente y ser más difícil de tratar que la lesión primaria, virtualmente las recurrencias postoperatorias ocurren en el primer año, y a menudo entre la sexta y la octava semanas posquirúrgicas, reportándose una incidencia de entre 20 y 40%.^{4,12}

Una de las técnicas más usadas para la resección de pterigión primario es la excisión de todos los remanentes del mismo, dejando una barrera de esclera desnuda subyacente utilizándose alguna variante como poner o no puntos de sutura, realizar un pulido de la superficie corneal con algún dispositivo y la aplicación de mitomicina C, ya sea intraoperatoria o posquirúrgica,^{3,11,13} así como la aplicación de un autoinjerto conjuntival,^{3,11} postulándose también la aplicación de un injerto con membrana amniótica con buenos resultados.⁵

Se reporta la experiencia de cinco años en el Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro., con la técnica de esclera desnuda sin puntos de sutura y pulido de superficie corneal y perilímbica con fresa corneal en la resección de pterigión primario.

Pacientes y métodos

Diseño: Serie de casos, retrospectivos, observacional

Se revisaron los casos de los pacientes con diagnóstico de pterigión primario que fueron intervenidos quirúrgicamente para resección del mismo, en el Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro., durante el periodo comprendido del 1/o. de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre del 2003. Se incluyeron los pacientes que aceptaron el tratamiento quirúrgico previa explicación de riesgos y beneficios y firma de consentimiento informado siendo sometidos a la técnica siguiente: excéresis del pterigión realizando una que-rectomía lamelar desde el vértice, disección y corte de la tenon redundante, continuando con la resección de la cabeza del pterigión, y a continuación pulido de la superficie

corneal y perilímbica con fresa corneal evitando crear escalón y dejando la esclera desnuda, sin puntos de sutura, y parche ocular por 24 horas, posteriormente aplicación tópica de antibióticos y antiinflamatorios.

El seguimiento postoperatorio se efectuó a las 24 horas, a los 5, 15, 30, 60 y 90 días; y posteriormente a los 180 días bajo biomicroscopia, revisando la evolución de la córnea, conjuntiva y el área escleral, buscando posibles complicaciones y datos de recidiva del pterigión, considerándose ésta el crecimiento de tejido fibrovascular que sobrepasa el limbo esclerocorneal y penetra en córnea clara.

Fueron excluidos los pacientes que se presentaron con pterigión recidivante y aquellos con patología ocular agregada, así como aquellos que faltaron a las citas de revisión.

Resultados

Fueron incluidos un total de 79 pacientes, 44 (55.7%) del sexo femenino y 35 (44.3%) del sexo masculino con edades que oscilaron entre los 20 y los 74 años de edad, con promedio de edad de: 44.3; el ojo con más frecuencia afectado fue el izquierdo en 41 pacientes (51.9%) y el derecho con 38 pacientes (48.1%), sólo hubo dos casos (2.5%) de pterigión en sector temporal cinco (6.3%) con afección nasal y temporal y el resto (91.2%) fue en sector nasal.

En cuanto al tiempo de evolución con el pterigión 50 pacientes (63.3%) tenían menos de cinco años, 20 pacientes (25.3%) entre cinco y 15 años y nueve pacientes (11.4%) más de 15 años, antes de decidir la cirugía.

De acuerdo con su situación dentro del Ejército encontramos 22 pacientes militares en el activo (27.9%), cinco militares retirados (6.3%) y 52 derechohabientes (65.8%).

Entre las molestias postoperatorias se encontraron sensación del cuerpo extraño y ojo rojo en 100%, 69 pacientes (87.5%), además fotofobia y lagrimeo.

Hubo cinco casos (6.2%) de complicaciones postoperatorias que incluyeron tres granulomas (3.7%) los cuales se resolvieron favorablemente con la aplicación de acetato de prednisolona suspensión oftálmica, sin llegar a requerir excisión de la lesión. Se presentaron dos casos (2.5%) de escleromalacia cuyo manejo fue conservador a base de lubricantes oculares, resolviéndose sin complicaciones posteriores. Hubo 17 casos (21.5%) de recidiva de las cuales 11 (64.7%) se presentaron al segundo mes postoperatorio, y seis (35.3%) a los cinco meses.

Discusión

En el presente estudio se aborda específicamente la experiencia en el tratamiento quirúrgico del pterigión primario en nuestro hospital con la técnica de esclera desnuda, padecimiento por demás frecuente en nuestro medio debido al clima cálido imperante durante la mayor parte del año, así como la alta exposición a la radiación ultravioleta de la población en general, habiéndose observado que la presentación del pterigión fue más frecuente entre la tercera y cuarta

décadas de la vida, similar a lo reportado en la literatura^{1-3,6,11} predominando en el sexo femenino, esto explicado por la mayor cantidad de pacientes derechohabientes que fueron atendidos que representó 65.8%.

En el tratamiento del pterigión se incluyen distintas variaciones en las técnicas encaminadas principalmente a la reducción de las recidivas,^{3,8,11,12,14} las cuales se han empleado de acuerdo con las características particulares de cada paciente o cirujano, sin embargo, aún no es posible encontrar la técnica ideal que asegure o garantice la eliminación de esta situación, siendo tan variables los resultados desde 20 a 40% con las técnicas convencionales. La excisión simple, dejando una barrera de esclera desnuda, es una de las técnicas más difundidas, sin embargo, las aplicaciones de antimetabolitos y la aplicación de un autoinjerto conjuntival han cobrado mayor interés, sin embargo, no están exentas de complicaciones que se pudieran presentar como la ulceración corneal y escleral, que pudiera llegar a perforación, uveítis y glaucoma secundario, etc., revistiendo éstas en ocasiones un carácter de severidad.^{4,5,11,13}

En nuestra experiencia llevada a cabo con la excisión simple encontramos un porcentaje de recidivas de acuerdo con lo reportado en la literatura que en nuestro caso fue de 17 pacientes (21.5%), de igual manera en cuanto al tiempo de evolución para la presentación de la recidiva que en 64.7% fue de dos meses. No habiéndose presentado complicaciones de consideración, ya que se resolvieron favorablemente con tratamiento conservador, así mismo el porcentaje de pacientes que las presentaron 3.7% para tres granulomas y 2.5% para dos casos de escleromalacia, sin efectos clínicos de consideración.

Aunque como se mencionó anteriormente las técnicas utilizando la aplicación de mitomicina C y la aplicación de injerto autólogo tienen menores porcentajes de recidivas ésta es muy variable dependiendo de los autores,^{3,4,8,11,12,14} haciéndose necesaria la comparación mediante estudios controlados para determinar si en nuestra experiencia nos permite reducirlas sin aumentar las complicaciones que se pudieran presentar.

Conclusiones

La técnica de excisión simple con barrera de esclera desnuda es una buena opción en el tratamiento quirúrgico del pterigión primario y en nuestra experiencia con un porcentaje de recidivas y de complicaciones aceptables. Hacen falta posteriores estudios comparando con otras técnicas.

Referencias

1. Goldberg L, David R. Pterygium and its relationship to the dry eye in the Bantu. *Br J Ophthalmol* 1976; 60: 720.
2. Taylor HR, West SK, Rosenthal FS, et al. Corneal changes associated with chronic UV irradiation. *Arch Ophthalmol* 1989; 107: 1481.
3. Reyes-Estrella E, Villa-Aguijosa R. Autoinjerto conjuntival vs. mitomicina C reparada al 0.02% en el tratamiento del pterigión primario. *Rev Mex Oftalmol* 2000; 74(5): 247-51.
4. Díaz-Alfonso LR, Machado-Héctor E, Hernández-García A, Alegre Nuñez J. Estudio comparativo de dos técnicas quirúrgicas para la cirugía del pterigión primario. *Rev Cubana Oftalmol* 2000; 13(2): 84-92.
5. Fernández-Vega SL, Baamonde-Arbaiza MB, Fernández Vega SJ. Tratamiento del pterigium recidivante con injerto de membrana amniótica. A propósito de un caso. *Arch Soc Canar Oftal* 2003; 14. Caso Clínico.
6. Moran DJ, Hollands FC. Pterygium and ultraviolet radiation: a positive correlation. *Br J Ophthalmol* 1984; 68: 343-6.
7. Mackenzie FD, Hirst LW, Battistutta D, Green A. Risk analysis in the development of pterygia. *Ophthalmology* 1992; 99: 1056-61.
8. Adamis AP, Starck T, Kenyon KR. The management of pterygium. *Ophthalmol Clin North Am* 1990; 3(4): 611.
9. Austin P, Jakobiec FA, Iwamoto T. Elastodysplasia and elastodystrophy in the pathologic bases of ocular pterygia and pinguecula. *Ophthalmology* 1983; 90: 96-109.
10. Lin S, Reiter K, Dreher AW, et al. The effect of pterygia on contrast sensitivity and glare disability. *Am J Ophthalmol* 1989; 107: 407.
11. Waller SG, Adamis AP. Pterygium in Duane's *Ophthalmology* on CD ROM. J B Lipincott Company; 1995.
12. Lewallen S. A randomized trial of conjunctival autografting for pterygium in the tropics. *Ophthalmology* 1989; 96: 1612.
13. Pérez-Silguero MA, Ayala-Barroso E, Herrera-Piñero R, Callejón-Callejón G, Martín-Conde JA, Alvarez-Rubio L, Abreu-Reyes P. ¿Es eficaz la mitomicina C en el tratamiento de pterigión primario? *Arch Soc Canar Oftal* 1986-1998(9).
14. Muñoz-Ruiz G, Rodríguez-Galietero A, Ismael M, Alió-Sanz JL. Tratamiento del pterigium recurrente mediante colgajo rotatorio conjuntival y mitomicina C. *Arch Soc Esp Oftal* Agosto 1999, 8.