

11234



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL OFTALMOLOGICO DE NUESTRA
SEÑORA DE LA LUZ

30
2ej

[Handwritten signature]

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PTERIGION RECIDIVANTE
CON INJERTOS DERMICOS

TESIS DE POSTGRADO

que para obtener el diploma de la
ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA

p r e s e n t a :

DR. JOSE FCO. GONZALEZ ALARCON

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asesor: Dr. Humberto Wong Chavarria

MEXICO, D. F.,

FACULTAD DE MEDICINA 1992
FEB. 6 1992
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
AMM





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
CONCEPTOS ANATOMICOS	2
ANATOMIA PATOLOGICA	3
ETIOLOGIA	4
CLASIFICACION	5
TRATAMIENTO	6
JUSTIFICACION	9
MATERIAL Y METODOS	10
TECNICA QUIRURGICA	12
RESULTADOS	14
DISCUSION	15
CONCLUSION	18
BIBLIOGRAFIA	19

INTRODUCCION.-

EL PTERIGIÓN ES UN PROCESO PATOLÓGICO QUE POR SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ES SIEMPRE DE INTERÉS PARA EL OFTALMÓLOGO. EL PADECIMIENTO ES BIEN CONOCIDO DESDE LOS TIEMPOS DE HIPÓCRATES (400 ANTES DE C.). POR LO QUE AL REFERIRNOS A ÉL NO PODEMOS DECIR QUE ESTAMOS HABLANDO DE ALGO NUEVO, SIN EMBARGO SU ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TRATAMIENTO AÚN SIGUEN SIENDO MUY CONTROVERSIALES. SE DEFINE COMO UN CRECIMIENTO FIBROVASCULAR DE TEJIDO CONECTIVO DE FORMA TRIANGULAR, CUBIERTO POR EPITELIO CONJUNTIVAL, QUE DESDE EL LIMBO ESCLERO CORNEAL INVADIR DIVERSOS GRADOS DE LA Córnea, Y QUE PUEDE PRODUCIR ALTERACIONES CORNEALES, VISUALES Y DE LA MOTILIDAD OCULAR, CON VERDADERAS ALTERACIONES COSMÉTICAS CONSECUTIVAS. (1)

SE LE CONSIDERAN 3 PORCIONES: LA CABEZA, QUE CORRESPONDE AL VÉRTICE DEL TRIÁNGULO Y ES LA PORCIÓN APICAL POR LA QUE EL PROCESO INVADIR LA Córnea; EL CUELLO, QUE ES LA PORCIÓN INTERMEDIA QUE CORRESPONDE AL LIMBO; Y EL CUERPO, LA BASE, QUE EXTENDIÉNDOSE BAJO LA CONJUNTIVA SE FUNDE CON LA CARÚNCULA. LO HABITUAL ES QUE EL PROCESO SEA ÚNICO Y QUE SE LOCALICE EN EL LADO NASAL DE LA PORCIÓN OCULAR-CORNEAL EXPUESTA DE LA HENDIDURA PALPEBRAL, RARAS VECES SE LOCALIZA DEL LADO TEMPORAL Y EN ALGUNOS CASOS PUEDE SER BILATERAL, AUNQUE EXISTEN ALGUNOS REPORTES EN LA LITERATURA MÉDICA EN QUE SE HAN ENCONTRADO EN LA PORCIÓN SUPERIOR E INFERIOR. AL IGUAL QUE SUELEN SER ÚNICOS O MÚLTIPLES EN EL MISMO OJO. (13)

EL TÉRMINO PTERIGIÓN DERIVA DEL GRIEGO QUE SIGNIFICA PEQUEÑA ALA. CUANDO ES " RECIDIVANTE " SE REFIERE A AQUELLA REPRODUCCIÓN DEL PTERIGIÓN EN EL MISMO PUNTO DEL QUE FUE EXTIRPADO, Y CUYA INCIDENCIA OSCILA ENTRE EL 0-62 % SEGÚN DIVERSOS AUTORES. (2)

LA DISCUSIÓN EN CUANTO A SU RECIDIVA ES MUY CONTROVERSIAL DESDE EL MISMO HECHO DE IGNORAR SU VERDADERA ETIOLOGÍA.

CONCEPTOS ANATOMICOS. -

LOS PRESENTES SON DATOS ANATÓMICOS QUE PENSAMOS SON DE ÚTIL RECORDATORIO PREVIO, EN REFERENCIA AL TEMA QUE NOS OCUPA Y SU DISCUSIÓN POSTERIOR. ASÍ TAMBIÉN, NOS RESULTARÁ DE UTILIDAD, RECORDAR LOS CONCEPTOS HISTOPATOLÓGICOS PERTINENTES AL PTERIGIÓN Y SU RELACIÓN CON LA PINGÜECULA.

EL EPITELIO CONJUNTIVAL ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS O MÁS CAPAS DE CÉLULAS CILÍNDRICAS COLUMNARES. ES UN EPITELIO ESTRATIFICADO ESCAMOSO SOBRE LA ESCLERA Y CERCA DEL LIMBO, EN DONDE LAS CÉLULAS BASALES SON CILÍNDRICAS.

EL ESTROMA ESTÁ CONSTITUIDA POR TEJIDO CONECTIVO LAXO SOBRE EL GLOBO OCULAR, FORMANDO PAPILAS EN EL LIMBO, EN DONDE SE OBSERVA TEJIDO LINFOIDE Y FOLÍCULOS SIN CENTRO GERMINAL.

EN EL LIMBO, LA Córnea TERMINA DETRÁS DE LA LINEA IMAGINARIA QUE UNE LAS MEMBRANAS DE BOWMAN Y DESCHEMMENT, SIENDO MÁS CORTA LA PRIMERA LLEGANDO ESTA CERCA DEL ÁNGULO DE LA CÁMARA ANTERIOR, PRÓXIMA AL SISTEMA TRABECULAR.

EL EPITELIO CONJUNTIVAL SE EXTIENDE A LA Córnea, VOLVIÉNDOSE ONDULANTE Y PAPILAR EN EL LIMBO, AL PERDER EL SOPORTE DE LA BOWMAN, EN LA UNIÓN CONJUNTIVO CORNEAL, EN DONDE ESTA TERMINA EN BORDE REDONDEADO O ABISELADO. EL EPITELIO CORNEAL DE 5 CAPAS DA LUGAR A 10 Ó 12 CAPAS, APARECIENDO LA CAPA BASAL COMO UNA LÍNEA OSCURA BAJO EL MICROSCOPIO, POR CÉLULAS DEL NÚCLEO DENSAMENTE TEÑIDO.

EL PLEXO MARGINAL SUPERFICIAL OCUPA UN ÁREA TRIANGULAR, DE VÉRTICE HACIA LA MEMBRANA DE BOWMAN Y BASE HACIA EL TEJIDO EPIESCLERAL.

EN EL LIMBO, LAS LAMELAS DE LA CÓRNEA SE ENTRELAZAN CON LAS FIBRAS OBLI-CUAS Y CIRCULARES DE LA ESCLERA EN LA UNIÓN ESCLERO-CORNICAL; LAMELAS QUE SE EXTIENDEN MÁS QUE LA BOWMAN Y DESCOMET.

PEQUEÑAS ASAS DE VASOS CILIARES ANTERIORES INVADEN LA PERIFERIA DE LA CÓRNEA POR EL TEJIDO SUBCONJUNTIVAL, CUYA TERMINACIÓN MARCA EL FIN DE LA BOWMAN. A TRAVÉS DE LOS ESPACIOS INTERLAMINARES, PENETRAN LOS LINFÁTICOS QUE NUTREN LA CÓRNEA. LOS NERVIOS CILIARES ANTERIORES ENTRAN POR LA ESCLERA AL ESPACIO SUPRACOROIDEO A UNA CORTA DISTANCIA DEL LIMBO, DONDE SE ANASTOMOSAN ENTRE SÍ Y CON LOS NERVIOS CONJUNTIVALES FORMAN PLEXOS PERICORNEALES A VARIOS NIVELES.

SE DESCRIBEN A NIVEL DEL LIMBO 4 PLEXOS: CONJUNTIVAL, EL PLEXO DE LA CÁPSULA DE TENON, EL PLEXO EPIESCLERAL Y EL PLEXO INTRAESCLERAL, SEGÚN MAGIÖRE (18). A 2 MM DEL LIMBO, ES FÁCIL DE OBSERVAR CON LA LÁMPARA DE HENDIDURA, LAS VENAS ACUOSAS, QUE EMERGEN DE LA ESCLERA, ESPECIALMENTE EN EL LADO INFERONASAL, EFERENTES DEL CAÑAL DE SCHLEMM QUE SE UNEN A VENAS EPIESCLERALES.

ANATOMIA PATOLÓGICA.-

POR LO QUE RESPECTA A LOS DATOS HISTOPATOLÓGICOS DEL PTERIGIÓN Y LA PINGÜÍCULA, PODEMOS DEFINIR A ESTA ÚLTIMA COMO UNA ÁREA DE COLOR GRIS AMARILLENTO, ELEVADA, LOCALIZADA, UNIDA AL LIMBO, A NIVEL DE LA HENDIDURA PALPEBRAL. SU COLOR AMARILLO ES PRODUCIDO POR FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO HIPERTRÓFICAS Y DEGENERADAS, SU ETIOLOGÍA NO ESTÁ BIEN CLARA Y SE PRESUME SU DETERMINACIÓN GENÉTICA Y SE EVI-

DENCIA MÁS EN LA EDAD MEDIA DE LA VIDA.

EN EL PTERIGIÓN SE OBSERVAN ALTERACIONES SIMILARES A LAS ENCONTRADAS EN LA PINGÜECULA. HAY ELASTOSIS E HIPERTROFIA DE LAS FIBRAS COLÁGENAS, HIALINIZADAS, DENSAS Y DEGENERADAS FORMANDO UN MATERIAL GRANULAR BASÓFILO. SE VEN NEOVASOS ASOCIADOS CON ACÚMULOS DE GRANDES MONONUCLEARES DEL TEJIDO CONECTIVO. EL EPITELIO ES IRREGULAR, DELGADO EN ALGUNAS ÁREAS Y GRUESO EN OTRAS; CONVERTIDO EN EPITELIO ESTRATIFICADO ESCAMOSO. EN LA CABEZA DEL PTERIGIÓN EN LA CórNEA, EL EPITELIO DE ESTA ES ELEVADO POR INVASIÓN DE TEJIDO CONECTIVO CONJUNTIVO, ESTANDO LA MEMBRANA DE BOWMAN AUSENTE EN ESTA ÁREA. EL EPITELIO PUEDE SER ASIENTO DE ACANTOSIS Y DISQUERATOSIS, PERO RARA VEZ SE MALIGNIZA, (18) SIN EMBARGO, NO TODAS LAS LESIONES DEL LIMBO QUE INVADEN LA CórNEA SON PTERIGIONES, YA QUE LOS PAPILOMAS, EPITELIOMAS INTRAEPITELIALES Y LOS CARCINOMAS DEL LIMBO, DEBEN SER DIFERENCIADOS POR ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO, (18).

ETIOLOGIA.-

DEBIDO A QUE EL PTERIGIÓN ES MÁS FRECUENTE EN PAÍSES TROPICALES Y SUB-TROPICALES QUE EN LOS NÓRDICOS, VARIOS AUTORES HAN SUGERIDO UNA CORRELACIÓN CON LAS RADIACIONES SOLARES (RADIACIONES INFRARROJAS). KERKENEZOV (3-4) AFIRMA QUE LA IRRADIACIÓN DE LUZ ULTRAVIOLETA ES LA CAUSA PRINCIPAL DENTRO DE LA ETIOLOGÍA DE LA FORMACIÓN DEL PTERIGIÓN Y SU INCIDENCIA SE PRESENTA DEL 5-10 % DE LA POBLACIÓN EXPUESTA.

TAMBIÉN SE HA ACEPTADO LA INFLUENCIA DE FACTORES EXTERNOS TALES COMO AIRE, POLVO, POLEN, ETC., COMO SUPUESTOS FACTORES EN SU GÉNESIS (4) HILGERS AFIRMA QUE PUEDE EXISTIR UNA PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA, QUE PUEDE MANIFESTARSE SI ES

INFLUENCIADA POR FACTORES EXTERNOS Y QUE SÓLO PUEDE PRESENTARSE EN ALGUNOS INDIVIDUOS.

EXISTEN ALGUNAS OTRAS TEORÍAS A FAVOR DE UN MECANISMO INMUNOLÓGICO DE FONDO POR HIPERSENSIBILIDAD QUE PUEDE CONTRIBUIR A LA PATOGÉNESIS DEL PTERIGIÓN, - BASADOS EN LA PRESENCIA DE LINFOCITOS Y CÉLULAS PLASMÁTICAS EN EL ESTROMA DEL TEJIDO DEL PTERIGIÓN, AL IGUAL REPORTAN LA PRESENCIA DE INMUNOGLOBULINA G Y E, LA PRESENCIA DE ESTA ÚLTIMA SUGIERE INVOLUCRO DE HIPERSENSIBILIDAD TIPO I, DESENCADADA POR LA ESTIMULACIÓN DE PARTÍCULAS TALES COMO POLVO, PÓLEN O ALGUNOS VIRUS. - (5)

SIN EMBARGO POCOS ESTUDIOS SON CONCLUYENTES EN CUANTO A LA PATOGÉNESIS DEL PTERIGIÓN, ALGUNOS AUTORES SUGIEREN UN PROCESO INFLAMATORIO (6) OTROS AFIRMAN COMO UNA DEGENERACIÓN PRIMARIA DE LA CórNEA, SEGUIDA DE UNA PROLIFERACIÓN DE FIBROBLASTOS, O BIEN UNA ELASTODISPLASIA SEGUIDA DE ELASTODISTROFIA PUEDEN ESTAR INVOLUCRADAS EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DEL PTERIGIÓN. (7)

CLASIFICACION.-

CON FRECUENCIA HEMOS ESCUCHADO LAS CLASIFICACIONES USADAS AHORA TANTO PARA DEFINIR SU LOCALIZACIÓN QUE RESULTA SIN DUDA ÚTIL, COMO EN LA QUE SE ASIGNA AL PTERIGIÓN COMO INCIPIENTE, MODERADO O AVANZADO, GENERALMENTE BASADO EN SUS DIMENSIONES, QUE CON FRECUENCIA CORRESPONDEN DIRECTAMENTE CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, DADO QUE FÁCILMENTE PUEDE SER INVESTIGADO CON EL INTERROGATORIO, PERO QUE NADA NOS AYUDA A VALORAR EL RESULTADO Y PRONÓSTICO TERAPÉUTICO. POR TAL MOTIVO -- PREFERIMOS UTILIZAR LA DENOMINACIÓN DE " ACTIVO " SI SE APRECIA MUY VASCULARIZADO, CON GRUESO TEJIDO SUBCONJUNTIVAL, CON ISLOTES BLANQUECINOS QUE PRECEDEN A LA CABEZA DEL PTERIGIÓN Y SINTOMATOLOGÍA MUY FLORIDA, MIENTRAS QUE SE DESCRIBIRÁ COMO -

" No Activo ", CUANDO EL PTERIGIÓN TIENE UN ASPECTO PLANO, POCO VASCULARIZADO, MUCHAS VECES DE APARIENCIA ATRÓFICA, MOSTRANDO HASTA PLACAS BLANQUECINAS QUE DAN LA IMPRESIÓN DE CALCIFICACIONES. MUCHOS DE ESTOS DATOS CORRESPONDEN A PTERIGIONES DE PACIENTES VIEJOS, QUE LLEGAN A TENER GRAN TAMAÑO EN SUPERFICIE Y SIN EMBARGO SON PRÁCTICAMENTE ASINTOMÁTICOS. (19)

EN SU EVOLUCIÓN EL PTERIGIÓN ALTERNA CON PERÍODOS DE REPOSO Y ACTIVACIÓN-OBSERVANDO QUE CUANDO SE ENCUENTRAN ACTIVOS PROPORCIONAN INTENSA SINTOMATOLOGÍA, Y EL PROGRESO DE LA ACTIVACIÓN ES NOTORIA. ENCONTRAMOS OTRO GRUPO DE PTERIGIÓN AL -- QUE DENOMINAMOS " RECURRENTE " O RECIDIVANTE, MISMO QUE SE REFIERE A AQUELLA REPRODUCCIÓN DEL PTERIGIÓN EN EL MISMO SITIO DEL QUE FUE EXTIRPADO Y QUE SIN DUDA ES -- MÁS AGRESIVA SU INVASIÓN Y SINTOMATOLOGÍA Y POR ENDE MÁS COMPLEJO SU TRATAMIENTO,- Y CUYA INCIDENCIA DESPUÉS DE SU EXTIRPACIÓN TIENDE A PRESENTARSE CON UNA VARIABLE- DEL 30-50 %.

TRATAMIENTO.-

ESTO NOS LLEVA DE LA MANO HACIA LA MENCIÓN QUE SE HACE DEL TRATAMIENTO - Y EN EL QUE SE SUGIERE QUE DEBA DE SER MÉDICO MIENTRAS NO AFECTE LA VISIÓN, SIN EMBARGO EL UNICO TRATAMIENTO QUE HALLA DESAPARECER EL PTERIGIÓN ES EL QUIRÚRGICO. Y -- ÉSTE DEBERÁ LLEVARSE A CABO TAN PRONTO COMO EL VOLUMEN Y LA SINTOMATOLOGÍA SEAN LO SUFICIENTEMENTE IMPORTANTES COMO PARA JUSTIFICAR LA CICATRÍZ QUE DEJARÁ LA INTER - VENCIÓN, PERO SIEMPRE TENIENDO EN CUENTA QUE MIENTRAS MENOR SEA EL PTERIGIÓN MENOR SERÁ LA CICATRÍZ Y ALTERACIONES CORNEALES Y POR CONSIGUIENTE MEJORES LOS RESULTA - DOS ESTÉTICOS.

POR LO QUE RESPECTA AL PTERIGIÓN RECIDIVANTE SE HA DESCRITO COMO UNA ENTIDAD QUE COMO SU NOMBRE LO INDICA TIENDE A PRESENTARSE EN UN 30-50 % DE LOS CA-

SOS DESPUÉS DE SU RESECCIÓN PRIMARIA, MISMA QUE SE INCREMENTA SI SE INTERVIENE EN EDADES TEMPRANAS DE LA VIDA, O EN PERÍODOS DE ACTIVIDAD O INFLAMACIÓN SIN EL USO DE TRATAMIENTO MÉDICO PREVIO, DE ESTA MANERA LOS ESTEROIDES SE USARÁN POR PERÍODOS CORTOS SIN EXPONER AL PACIENTE A UNA AUTOMEDICACIÓN PROLONGADA CUANDO ENCUENTRA MEJORÍA SINTOMÁTICA CON ELLOS, PERO SIN QUE ÉSTO PROPORCIONE UNA CURACIÓN DEL PROCESO.

ASÍ MISMO SE HA DESCRITO COMO FACTORES PREDISPONENTES A LA RECIDIVA EL TRAUMA QUIRÚRGICO, EL DEJAR ZONAS CRUENTAS DE CONJUNTIVA Y EL EXCESO INNECESARIO DE CAUTERIZACIÓN CON INSTRUMENTOS IMPROVISADOS PARA TAL FIN.

EN IGUAL FORMA SE HA EMPLEADO ALGUNAS MEDIDAS PARA DISMINUIR SU RECIDIVA, TALES COMO EL USO DE LA BETATERAPIA, EN EL POSTOPERATORIO PARA PROVOCAR OBLITERACIÓN DE LOS VASOS, QUE SERÍAN LOS RESPONSABLES DE LA RECURRENCIA DEL MISMO, PERO A PESAR DE SUS RESULTADOS REPORTADOS POR SUS AUTORES COMO ACEPTABLES, NO ESCAPAN DE SUS EFECTOS INDESEABLES A LARGO Y TEMPRANO PLAZO, TALES COMO CATARATA, ULCERACIONES ESCLERALES, GLAUCOMA ETC. EL USO DE DROGAS RADIOMIMÉTICAS TALES COMO TRIETILENÉFOSFORAMIDA " THIOTEPA " CON EFECTOS SECUNDARIOS SIMILARES A LOS ANTERIORES, HAN SIDO CADA VEZ MENOS UTILIZADOS. (8) EN ESTUDIOS MAS RECIENTES SE HA EMPLEADO LA MITOMYCINA C. ANTIBIÓTICO ANTINEOPLÁSICO PRODUCIDO POR EL ESTREPTOMICIS CAESPINOSUS. APLICANDO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO A UNA CONCENTRACIÓN BAJA DEL 0.02 % DOS VECES AL DÍA DURANTE 5 DÍAS, LOGRANDO DISMINUIR LAS RECIDIVAS HASTA UN 13 % SEGÚN SUS AUTORES (9), PERO DEBEMOS TOMAR EN CUENTA SUS EFECTOS INDESEABLES QUE VAN DESDE ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS COMO LOCALES TALES COMO ULCERACIONES ESCLERALES GLAUCOMA Y UVEÍTIS.

SE HA MENCIONADO TAMBIÉN COMO FACTORES PREDISPONENTES A LA RECIDIVA DEL PTERIGIÓN DESPUÉS DE SU RESECCIÓN PRIMARIA, LA VUELTA DEL PACIENTE A SU MEDIO LA-

BORAL, EL USO DE CAUTERIZACIONES INNECESARIAS Y LA PREDISPOSICIÓN INNATA DEL INDIVIDUO A LA RECIDIVA.

POR LO QUE AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SE REFIERE, HAN SIDO MÚLTIPLES LAS TÉCNICAS EMPLEADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PTERIGIÓN RECIDIVANTE CON BUENOS RESULTADOS ENCONTRADOS EN MANOS DE SUS AUTORES, SIN EMBARGO AL SER REALIZADAS POR OTROS CIRUJANOS NO SE HA OBTENIDO EL MISMO ÉXITO AL DESCRITO. ASÍ SE DESCRIBEN EN LA LITERATURA TRABAJOS REALIZADOS DESDE WOLF EN 1872 QUIEN EMPLEO CONJUNTIVA LIBRE DE CONEJO PARA SUBSTITUIR LA CONJUNTIVA HUMANA, POSTERIORMENTE STELLWAG VAN EN 1873 UTILIZÓ MUCOSA LABIAL Y VAGINAL. DEWECKER EN 1835 HABÍA DESCRITO LA TRANSPOSICIÓN DE CONJUNTIVA HUMANA, WIENER EN 1949 UTILIZÓ EPITELIO DE PIEL Y KLEIN EN 1950 INJERTO DE MUCOSA LABIAL. TÉCNICA QUE EN RECIENTES ESTUDIOS SE HA REPORTADO CON RESULTADOS POCO ALENTADORES A LARGO PLAZO. (16)

EL INJERTO TECTÓNICO HA SIDO EMPLEADO EN MÚLTIPLES TRATAMIENTOS DE ADELGAZAMIENTOS ESCLEROCORNEALES PARA RESTABLECER LA SUPERFICIE NORMAL DEL SEGMENTO ANTERIOR, REEMPLAZANDO LAS ÁREAS LOCALIZADAS O GENERALIZADAS DE ADELGAZAMIENTOS Y PREVENIR ASÍ LA RUPTURA DEL GLOBO OCULAR.

EN RECIENTES PUBLICACIONES TANTO NACIONALES COMO EXTRANJERAS SE HA MENCIONADO LA UTILIDAD DEL INJERTO DÉRMICO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTAS PATOLOGÍAS Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS HAN SIDO BASTANTE ALENTADORES. (11) (12)

EXISTEN MÚLTIPLES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS COMO LAS YA ENUNCIADAS EN LÍNEAS PRECEDENTES, TODAS ELLAS HAN SIDO EMPLEADAS PARA TRATAR DE DISMINUIR LAS RECIDIVAS DEL TEJIDO DE NEOFORMACIÓN, DANDO DIVERSAS ALTERNATIVAS AL CIRUJANO PARA OBTENER UN MEJOR RESULTADO POSTOPERATORIO SEGÚN LA TÉCNICA DE SU ELECCIÓN. ENCONTRÁNDO EN ELLAS UN GRAN NÚMERO DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS, TANTO EN EL GRADO DE DIFI -

CULTAD DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA COMO EL ASPECTO COSMÉTICO Y FUNCIONAL.

NOSOTROS PLANEAMOS OTRA ALTERNATIVA MÁS EN EL MANEJO DE ESTA FRECUENTE Y COMPLEJA ENTIDAD PATOLÓGICA, EMPLEANDO AUTOINJERTOS DÉRMICOS, UTILIZADOS EN NUESTRO HOSPITAL PARA EL MANEJO DE ESCLERITIS NECROTIZANTE Y QUERATITIS QUE PONEN EN PELIGRO DE PERFORACIÓN AL ÓRGANO VISUAL, EN LOS QUE SE HAN ENCONTRADO EXCELENTES RESULTADOS TANTO FUNCIONAL COMO COSMÉTICAMENTE.

BASADOS EN ESAS EXPERIENCIAS Y EN LAS REPORTADAS EN LA LITERATURA EMPRENDEMOS EL PRESENTE ESTUDIO POR GRANDES VENTAJAS QUE HABLAN A FAVOR DE LOS INJERTOS DÉRMICOS, DENTRO DE LAS QUE ENUNCIAMOS LAS SIGUIENTES:

- 1.- NO SE REQUIERE DE TEJIDO DONADOR, ES UN TEJIDO AUTÓGENO Y NO ANTIGÉNICO Y POR ENDE SUPRIME LA POSIBILIDAD DE RECHAZO.
- 2.- ES UN TEJIDO QUE SE PUEDE TOMAR DE UN GROSOR SUFICIENTE DE TAL MANERA QUE SE AMOLDE A LA SUPERFICIE EXPUESTA.
- 3.- ES UN TEJIDO QUE TIENDE A AUTOEPITELIZARSE, NO TIENDE A NECROSARSE AL QUEDAR EXPUESTO LIBRE DE CONJUNTIVA COMO SUCEDE CON OTROS INJERTOS UTILIZADOS EN OTROS PROCEDIMIENTOS COMO SUELEN SER FASCIA LATA O PERIOSTIO, EN ESCLERITIS O QUERATITIS. (12)
- 4.- NO PRODUCE QUERATINIZACIÓN, TIENDE A FORMAR UNA SUPERFICIE NO ABULTADA QUE SE VASCULARIZA EN LAS PRIMERAS SEMANAS Y DA MEJOR ASPECTO COSMÉTICO, SUPERIOR A OTRAS TÉCNICAS EMPLEADAS.
- 5.- EL PROCEDIMIENTO SE EFECTÚA CON ANESTESIA LOCAL, DISMINUYENDO LOS RIESGOS QUE IMPLICA UNA ANESTESIA GENERAL.

- 6.- EL ESTUDIO ES FACTIBLE DE REALIZARSE EN NUESTRA INSTITUCIÓN YA QUE CONTAMOS CON MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO PARA SU REALIZACIÓN Y NO REQUIERE DE TECNOLOGÍA SOFISTICADA.
- 7.- LA TÉCNICA EMPLEADA ES FÁCIL, ACCESIBLE, ACEPTADA Y PREFERIDA POR EL PACIENTE, AL PROPONÉSELA COMO ALTERNATIVA DE OTRAS UTILIZADAS EN LA LITERATURA.
- 8.- EL INJERTO ES BIEN TOLERADO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO CUANDO SE TOMA CON CARACTERÍSTICAS Y GROSOR APROPIADO, DANDO UNA COSMESIS ACEPTABLE.

OBJETIVOS.-

GENERAL.- DEMOSTRAR LA UTILIDAD DEL INJERTO DÉRMICO EN EL PTERIGIÓN RECIDIVANTE.

ESPECÍFICO.- TRATAR DE ENCONTRAR UNA ALTERNATIVA MÁS PARA EL MANEJO DE TAN COMPLEJA Y ENIGMÁTICA LESIÓN Y DISMINUIR SUS RECIDIVAS.

MATERIAL Y METODOS.-

EL SIGUIENTE TRABAJO FUE REALIZADO EN EL HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DE NUESTRA SRA. DE LA LUZ DE LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F. DURANTE LOS MESES DE MAYO A NOVIEMBRE DE 1991. SE ESTUDIARON 9 PACIENTES, 9 OJOS, A QUIENES SE LES REALIZÓ HISTORIA CLÍNICA, Y EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA COMPLETA QUE INCLUYÓ: EDAD, SEXO, LUGAR DE ORIGEN, LUGAR DE RESIDENCIA, OCUPACIÓN LABORAL, ANTECEDENTES HEREDITARIOS

DE PTERIGIÓN, NÚMERO DE INTERVENIONES PREVIAS PARA ÉL MISMO, TIEMPO DE EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA, SINTOMATOLOGÍA OCULAR, EXPLORACIÓN BIOMICROSCÓPICA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO ACTUAL DEL PTERIGIÓN RECIDIVANTE Y TOMA DE PRESIÓN INTRAOCULAR CON TONÓMETRO DE GOLDMANN.

TODOS LOS PACIENTES HABÍAN SIDO INTERVENIDOS DE RESECCIÓN SIMPLE DE PTERIGIÓN MÍNIMO EN UNA OCASIÓN, PRESENTARON SINTOMATOLOGÍA IMPORTANTE CONJUNTIVAL.

EL TEJIDO DE NEOFORMACIÓN EN TODOS LOS PACIENTES DEBÍA INVADIR CÓRNEA - PARA PODER SER INTERVENIDOS, ENCONTRÁNDOSE EN ESTADÍO NO INFLAMATORIO.

POSTERIORMENTE SE PROCEDIÓ A EFECTUAR RESECCIÓN DEL PTERIGIÓN CON LA -- TÉCNICA QUE DESCRIBIMOS MAS ADELANTE.

LOS RESULTADOS FUERON EVALUADOS INICIALMENTE EN LA 1A, 2A, Y 4A, SEMA - NA; Y POSTERIORMENTE A LOS 2, 4, Y 60, MES, CLASIFICÁNDOSE EN LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS:

- 1.- MALOS RESULTADOS: AQUELLOS EN QUE SE ENCONTRÓ FRANCA RECIDIVA DEL - TEJIDO DE NEOFORMACIÓN.
- 2.- REGULARES RESULTADOS: EN QUIENES PERSISTIÓ LA HIPEREMIA CONJUNTIVAL Y SINTOMATOLOGÍA DE LAGRIMEO E IRRITACIÓN OCULAR.
- 3.- COMO BUENOS RESULTADOS: PACIENTES ASINTOMÁTICOS Y SIN EVIDENCIA DE - TEJIDO DE NEOFORMACIÓN RECIDIVANTE.

TECNICA QUIRURGICA.-

DESCRIBIREMOS 2 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS UTILIZADAS, YA QUE FUE NECESARIO MODIFICARLAS DEBIDO A LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LOS PRIMEROS 2 PACIENTES EN QUIENES UTILIZAMOS LA TÉCNICA HABITUAL PARA INJERTO DÉRMICO, EMPLEADA EN EXPERIENCIAS PREVIAS PARA EL MANEJO DE ADELGAZAMIENTOS ESCLEROCORNEALES.

- 1.- TOMA DEL INJERTO,- BAJO ANESTESIA LOCAL CON INFILTRACIÓN DE XILOCAÍNA AL 2 %, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA REGIÓN SUPEROEXTERNA DEL MUSLO SE PROCEDIÓ A COLOCAR UNGUENTO LUBRICANTE Y TOMA DE EPIDERMIS Y DERMIS PAPILAR CON DERMATOMO DE CASTROVIEJO (STORZ) CALIBRADO A 0.3 MM. POSTERIORMENTE SE MARCÓ EL ÁREA DE TEJIDO DÉRMICO A TOMAR Y SE DISECÓ CON BISTURÍ Y TIJERA, NISMO QUE POSTERIORMENTE SE ADELGAZABA CON TIJERA PARA HACERLO MÁS UNIFORME Y FINALMENTE INJERTARSE EN EL ÁREA DE ESCLERA DESCUBIERTA DE DONDE SE HABÍA RESECADO PREVIAMENTE EL PTERIGIÓN.

DEBIDO A QUE LAS CARACTERÍSTICAS DEL INJERTO DÉRMICO NO ERAN LAS ADECUADAS TANTO EN GROSOR COMO EN UNIFORMIDAD DEL TEJIDO, RECIBIMOS ASESORÍA DE RECONOCIDO Y EXPERIMENTADO CIRUJANO PLÁSTICO QUIEN NOS SUGIRIÓ SUBSTITUIR LA ANESTESIA LOCAL CON XILOCAÍNA POR ANESTESIA LOCAL POR FRÍO UTILIZANDO HIELO EN BOLSAS DE NYLON ESTÉRILES Y CUBIERTA CON COMPRESAS, COLOCÁNDOSE 7 MINUTOS EN EL CAMPO QUIRÚRGICO, DISMINUYÉNDOSE ASÍ EL TRAUMA DE LA INFILTRACIÓN Y LA DEFORMIDAD DEL TEJIDO POR EL ANESTÉSICO, PROCEDIÉNDOSE INMEDIATAMENTE A EFECTUAR ABRASIÓN MECÁNICA CON LIJA PREVIAMENTE ESTERILIZADA, PARA

RETIRAR EL ESTRATO CÓRNEO DE LA EPIDERMIS, HASTA OBSERVAR UN SANGRADO PUNTIFORME, LO QUE INDICABA QUE NOS ENCONTRÁBAMOS EN LA DERMIS PAPILAR. (FOTOGRAFÍA 2-3)

POSTERIORMENTE CALIBRAMOS DERMATOMO DE BRAUN A 15 MILÉSIMAS DE PULGADA PARA LA TOMA DEL INJERTO DÉRMICO, PERO DEBIDO A QUE LOS INJERTOS OBTENIDOS TENÍAN UN GROSOR ADECUADO PERO DEMASIADA EXTENSIÓN, PREFERIMOS UTILIZAR DERMATOMO DE CASTROVIEJO (STORZ), CALIBRADO A 0.3 MM DE GROSOR PARA LA TOMA DE UN INJERTO DE MEJOR GROSOR Y DE APROXIMADAMENTE 6x6 MM DE SUPERFICIE, MISMO QUE FINALMENTE FUE INJERTADO EN LA ZONA RECEPTORA. (FOTOGRAFÍA No. 4)

2.- PREPARACION DE ZONA RECEPTORA.- BAJO MICROSCOPIO QUIRÚRGICO SE PROCEDIÓ A EFECTUAR RESECCIÓN DEL PTERIGIÓN INICIÁNDOSE POR LAMINECTOMÍA DE LA CABEZA DEL MISMO, DISECCIÓN DE CUELLO Y CUERPO DEL PTERIGIÓN, RESECCIÓN AMPLIA DEL TEJIDO DE NEOFORMACIÓN Y CORTE DEL MISMO, PARA PROCEDER A LIBERAR EL TEJIDO FIBROSO Y ÁREAS DE RESTRICCIÓN PARA DEJAR LIMPIA LA ZONA RECEPTORA DEL INJERTO,

3.- COLOCACION DEL INJERTO.- FINALMENTE UNA VEZ PREPARADA LA ZONA RECEPTORA SE PROCEDE A COLOCAR EL INJERTO DÉRMICO CON DERMIS PAPILAR HACIA ARRIBA Y DERMIS PROFUNDA EN CONTACTO CON LA ESCLERA DESCUBIERTA, SE AJUSTA SEGÚN LAS DIMENSIONES QUE LO REQUIERAN Y SE SUTURA CON VICRYL 7-0, PUNTOS SIMPLES A CONJUNTIVA SANA Y FINALMENTE SE ANCLA A ESCLERA A 2 MM DE LIMBO NASAL, SE COLOCAN GOTAS ANTIBIÓTICAS Y ESTEROIDES, OCLUSIÓN OCULAR Y SE DA POR FINALIZADO EL PROCEDIMIENTO. - - (FOTOGRAFÍA No. 6).

4.- ESTADO FINAL DE LA ZONA DONADORA.- DEBIDO A QUE EL ÁREA DONADORA ES UNA SUPERFICIE DEMASIADO PEQUEÑA Y PROFUNDIDAD MÁXIMA DE 0.4 MM ÚNICAMENTE PROCEDEMOS A COLOCAR POMADA ANTIBIÓTICA Y CUBRIMOS CON GASAS ESTÉRILES NO AMERITANDO MÁS PROCEDIMIENTOS.

RESULTADOS.-

FUERON EVALUADOS 9 PACIENTES, 9 OJOS CON PTERIGIÓN RECIDIVANTE, 6 FEMENINOS, 3 MASCULINOS, EL OJO MÁS AFECTADO PREDOMINÓ EN EL IZQUIERDO 66.6 % Y UN -- 33.3 % EN OJO DERECHO. EL LUGAR DE RESIDENCIA PREDOMINÓ EN EL GRUPO DE PACIENTES DEL D.F., 66.6 % Y 33.3 % PROCEDENTES DE DIVERSOS SITIOS DE PROVINCIA. (CUADRO No. 1)

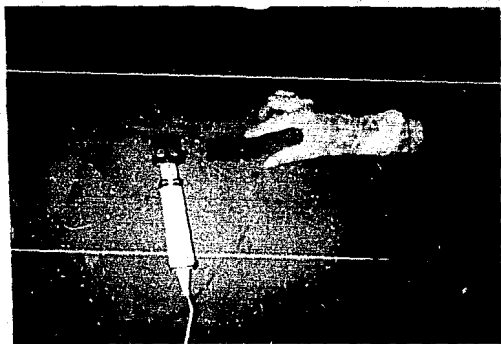
LA DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE EDAD FUE LA SIGUIENTE:

31-40 AÑOS = 3 (33.3 %); 41-50 AÑOS = 2 (22.2 %); 51-56 AÑOS = 4 (44.4 %). (CUADRO No. 2)

EL RANGO DE EDAD FUE 31-60 AÑOS CON UNA MEDIA DE 47.

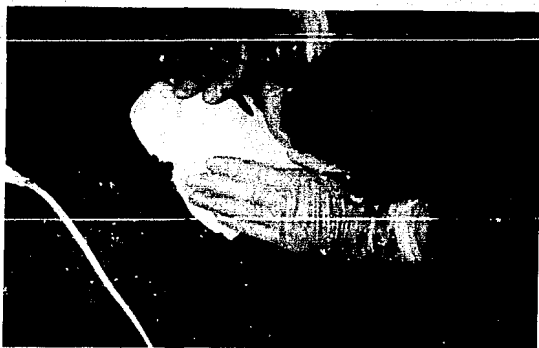
TODOS ELLOS TENÍAN ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS PREVIAS DE RESECCIÓN SIMPLE DE PTERIGIÓN, MISMAS QUE DISTRIBUIMOS DE LA MANERA SIGUIENTE:

6 PACIENTES = 1 CIRUGÍAS PREVIAS; 2 PACIENTES = 3 CIRUGÍAS; 1 PACIENTE = 2 CIRUGÍAS PREVIAS. (CUADRO No. 3)



GONZALEZ-ALARCON, J.F.: ELECTROQUERATOMO AUTOMATICO
Y LIJA ESTERIL

FOTO NO. 1



GONZALEZ-ALARCON J.F.: COLOCACION DE HIELO EN BOLSA ESTERIL EN
AREA QUIRURGICA PARA PRODUCIR ANESTESIA POR FRIO.

FOTO NO. 2



GONZALEZ-ALARCON J.F.: ABRACION DE ESTRATO CORNEO Y
EPIDERMIS CON LIJA ESTERIL

FOTO NO. 3



GONZALEZ-ALARCON, J.F.: TOMA DEL INJERTO -
DERMICO CON DERMATOMO CALIBRADO A 0.3 MM
DE GROSOR.

FOTO NO. 4



GONZALEZ-ALARCON, J.F.: PRESENTACION DEL INJERTO
DERMICO DE 10X15 MM Y 0.3 MM DE GROSOR.

FOTO NO. 5



GONZALEZ-ALARCON. J.F.: PTERIGION RECIDIVANTE PREOPERATORIO

FOTO NO. 6



GONZALEZ-ALARCON, J.F.: TERCERA SEMANA
POSTOPERATORIO.

FOTO NO. 7



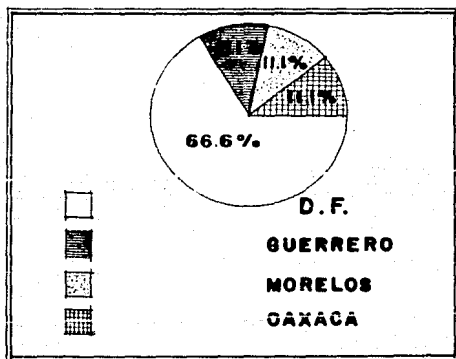
GONZALEZ-ALARCON, J.F.: SEGUNDO MES
POSTOPERATORIO.

FOTO NO. 8

**TRATAMIENTO
PTERIGION RECIDIVANTE
CON
INJERTOS DERMICOS**

LUGAR DE RESIDENCIA

CUADRO N° 1



WONG Ch. / Glez. Alarcón

**TRATAMIENTO
PTERIGION RECIDIVANTE
CON
INJERTOS DERMICOS**

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

CUADRO N° 2

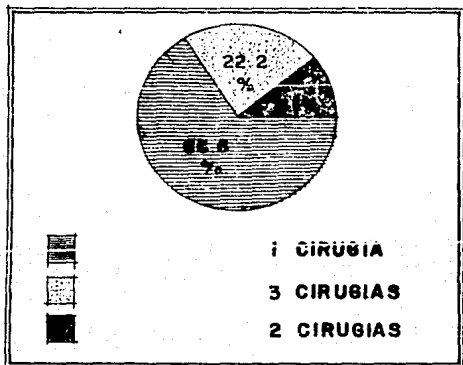
EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	N°	%	N°	%
31-40	2	22.2	1	11.1
41-50	—	—	2	22.2
51-60	1	11.1	3	33.3

WONG Ch / Glez. Alarcón

TRATAMIENTO
PTERIGION RECIDIVANTE
CON
INJERTOS DERMICOS

Nº CIRUGIAS PREVIAS

CUADRO N.º 3



WONG Ch. / Glez. Alarcón

**TRATAMIENTO
PTERIGION RECIDIVANTE
CON
INJERTOS DERMICOS**

EVALUACION DE RESULTADOS

CUADRO N.º 4

GRADO	MASCULINO		FEMENINO	
	N.º	%	N.º	%
BUENO	1	11.1%	5	55.5
REGULAR	1	11.1%	—	—
MALO	1	11.1%	1	11.1

WONG Ch/Glez. Alarcón

**TRATAMIENTO
PTERIGION RECIDIVANTE
CON
INJERTOS DERMICOS**

RECIDIVAS GRUPOS DE EDAD

CUADRO Nº 5

EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
31 - 40	—	—	—	—
41 - 50	—	—	—	—
51 - 60	1	11.1%	1	11.1%

WONG Ch / Glez. Alarcón

TOCOS LOS PACIENTES CURSARON CON P.I.U. PREOPERATORIA NORMAL, CON UN RANGO DE 12-18 MMHG; ENCONTRAMOS MODIFICACIÓN POSTOPERATORIA AL 40. MES EN UN PACIENTE CUYA PRESIÓN SE INCREMENTÓ A 26 MMHG, SIN ALTERACIONES EN EL CAMPO VISUAL- NI EXCAVACIÓN FISIOLÓGICA, ALTERACIÓN QUE SE ATRIBUYÓ COMO INDUCIDA POR EL USO DE ESTEROIDES TÓPICOS.

POR LO QUE RESPECTA A LAS RECIDIVAS SE PRESENTARON EN 2 PACIENTES QUIENES PRESENTARON INTENSA VASCULARIZACIÓN, CRECIMIENTO DEL TEJIDO DE NEOFORMACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA FLORIDA A PARTIR DE LA TERCERA SEMANA DE POSTOPEATORIO.

SE EVALUARON COMO REGULARES RESULTADOS LOS ENCONTRADOS EN UN PACIENTE - 11.1 %, EL CUAL CURSÓ CON HIPERHEMIA CONJUNTIVAL, SINTOMATOLOGÍA LEVE PERO SIN -- EVIDENCIA DE CRECIMIENTO DEL TEJIDO DE NEOFORMACIÓN.

COMO BUENOS RESULTADOS CLASIFICAMOS LOS ENCONTRADOS EN 6 PACIENTES - - (66.6 %) QUIENES DURANTE EL SIGUIENTE 40, MES POSTOPERATORIO NO HAN DADO MANIFESTACIONES DE RECIDIVA Y CURSAN ASINTOMÁTICOS Y CON UNA MEJOR COSMESIS DEL INJERTO, (CUADRO No. 4)

NO ENCONTRAMOS EVIDENCIA DE RECHAZO DEL INJERTO DÉRMICO EN NINGÚNO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS.

DISCUSION.-

EN EL PRESENTE ESTUDIO LAS RECIDIVAS Y COMPLICACIONES FUERON BAJAS EN - EL GRUPO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE PTERIGIÓN RECIDIVANTE CON INJERTO DÉRMICO.- EN UN ORDEN DEL 22.2 % CIFRA QUE SE ENCUENTRA SIMILAR O TAL VEZ MENOR A LAS REPOR

TADAS POR OTROS AUTORES EMPLEANDO TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE RECUBRIMIENTO CONJUNTI-
VAL DIFERENTES A LA NUESTRA, PUES LOS REPORTES EN LA LITERATURA ES MUY DISIMIL,
MIENTRAS QUE ALGUNOS REPORTAN 0 RECIDIVAS, OTROS HAN DOCUMENTADO HASTA EL 100 %, AUNQUE LA DE MÁS VALOR SE HA ACEPTADO COMO UNA VARIABILIDAD DEL 30 AL 50 %, DES-
PUÉS DE UNA RESECCIÓN PRIMARIA DEL PTERIGIÓN, MISHA CIFRA QUE PUEDE INCREMENTAR-
SE CONFORME AL NÚMERO DE INTERVENCIONES PREVIAS. (9)

NOSOTROS ATRIBUIMOS LA RECIDIVA TAL VEZ A LA TÉCNICA INICIAL LA CUAL-
FUE PERFECCIONADA PARA TOMAR UN INJERTO MÁS DELGADO Y DE UN GROSOR MÁS UNIFORME,
INICIALMENTE INCLUÍA DERMIS PROFUNDA E INCLUSIVE DEPÓSITOS ADIPOSOS, LO QUE OCA-
SIONABA IRRITACIÓN OCULAR IMPORTANTE Y HACÍA LA SUPERFICIE IRREGULAR, MOTIVO POR
EL CUAL SE MODIFICÓ LA TÉCNICA TOMANDO UN INJERTO DE MENOR GROSOR, MENOR PROFUN-
DIDAD Y MEJOR SUPERFICIE REGULAR, ENCONTRANDO ASÍ EN LOS SIGUIENTES PACIENTES --
UNA MEJOR TOLERANCIA Y CONFORT DEL INJERTO, Y POR CONSIGUIENTE MEJOR COSHESIS.

POR OTRA PARTE ES DE IMPORTANCIA MENCIONAR QUE EN UNO DE LOS PACIEN -
TES CON RECIDIVAS EXISTIÓ EL ANTECEDENTE DE 2 CIRUGÍAS PREVIAS EN MANOS DE OTROS
CIRUJANOS Y CON PERSISTENCIA DE RECIDIVA, AGREGÁNDOSE COMO FACTOR TAMBIÉN PREDIS-
PONENTE EL ANTECEDENTE DE CARGAS GENÉTICAS IMPORTANTES EN LA FAMILIA.

NO ENCONTRAMOS DIFERENCIA ALGUNA EN CUANTO AL SEXO, PUES LA RECIDIVA-
SE COMPORTÓ EN FORMA SIMILAR EN AMBOS SEXOS DESPUÉS DE REALIZAR EL INJERTO DÉRMIC-
CO.

EL SEXO FEMENINO PREDOMINÓ EN TODOS LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON PTE-
RIGIÓN RECIDIVANTE, MUY SEGURAMENTE ESTA DIFERENCIA PUEDA SER ATRIBUIDA AL HORA-
RIO DE CONSULTA Y LABORAL, EN LA QUE ES MÁS FACTIBLE Y ACCESIBLE PARA EL SEXO FE-
MENINO DEDICADOS A LABORES DEL HOGAR

EL LUGAR DE RESIDENCIA PREDOMINÓ A LOS PACIENTES DEL D.F., (66.6%) ESTO PUEDE ATRIBUIRSE A QUE LA GRAN MASA POBLACIONAL QUE DEMANDA CONSULTA OFTALMOLÓGICA ES MAYOR A LA PROVENIENTE DEL MEDIO RURAL.

ES DE IMPORTANCIA TENER EN MENTE QUE UNO DE LOS FACTORES IMPORTANTES EN LA ETIOLOGÍA DEL PTERIGIÓN ES ATRIBUIBLE A CONDICIONES "AMBIENTALES" COMO LO ES - EN ESTE CASO LA CD. DE MÉXICO, EN QUE LA CONTAMINACIÓN SE HA VUELTO UN FACTOR - - IRRITANTE PARA LA CONJUNTIVA.

NO ENCONTRAMOS SIGNIFICANCIA ALGUNA A LA ACTIVIDAD LABORAL PUES LA GRAN MAYORÍA MUJERES DEDICADAS AL HOGAR Y UNA MINORÍA A ACTIVIDADES MANUALES DIVERSAS,

POR LO QUE RESPECTA AL GRUPO DE EDAD, SE ENCONTRÓ MAYOR RECIDIVA EN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA A DIFERENCIA A LO REPORTADO EN LA LITERATURA EN DONDE SE DICE SER MÁS FRECUENTES EN PACIENTES DE EDAD TEMPRANA.

PENSAMOS QUE LAS RECIDIVAS ENCONTRADAS, PUDIESEN TAMBIÉN ESTAR RELACIONADAS. ADEMÁS DE LOS FACTORES YA COMENTADOS PREVIAMENTE, CON LA MANIPULACIÓN TRAUMÁTICA DE LOS TEJIDOS, EL NÚMERO DE INTERVENCIONES PREVIAS Y, POR CONSIGUIENTE EL EXCESO DE CAUTERIZACIONES INNECESARIAS EN LA ZONA PERILÍMBICA QUE ES UN FINO - - ASIENTO DE RICOS PLEXOS VASCULONERVIOSOS DE INDISCUTIBLE IMPORTANCIA ANATÓMICA Y FISIOLÓGICA, SIENDO ESAS CAUTERIZACIONES EXCESIVAS E INNECESARIAS DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO, CON FINES HEMOSTÁTICOS, LAS QUE LLEGAN A NECROSAR ARTERIOLAS, CAPILARES, VÉNULAS, VENAS ACUOSAS, FILETES NERVIOSOS DE LOS CILIARES LARGOS ANTERIORES Y DE LOS PLEXOS PERILÍMBICOS, LLEGANDO A PRODUCIRSE EXTENSAS ÁREAS ATRÓFICAS. PUES SI ENTENDEMOS QUE LA NEOVASCULARIZACIÓN ES UN MECANISMO COMPENSATORIO FRENTE A LA ISQUEMIA TISULAR, ENTONCES LO LÓGICO SERÍA PREVENIR LA ISQUEMIA, QUE BIEN PUDIESE - - SER IATROGÉNICA DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO.

CONCLUSIONES.-

CON BASE EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS, CONCLUIMOS QUE EL INJERTO DÉRMICO ES UN PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO ÚTIL EN EL MANEJO DE PADECIMIENTOS QUE AMERITAN RECUBRIMIENTOS CONJUNTIVALES TALES COMO: ESCLERITIS NECROTIZANTE Y ADELGAZAMIENTOS ESCLEROCORNEALES, EN LOS CUALES SE HAN OBTENIDO EXCELENTES RESULTADOS -- DESDE EL PUNTO DE VISTA COSMÉTICO Y FUNCIONAL DEL GLOBO OCULAR, COMO LOS ENCONTRADOS EN EXPERIENCIAS PREVIAS EN EL MANEJO DE ESTOS PADECIMIENTOS QUE PONEN EN PELIGRO LA INTEGRIDAD DEL GLOBO OCULAR POR INMINENCIA DE PERFORACIÓN COMO LOS CASOS REPORTADOS EN NUESTRO HOSPITAL. (12-13)

NO PRETENDEMOS CON ELLO DECIR QUE SEA UNA TÉCNICA MODELO PARA EL MANEJO DEL PTERIGIÓN RECIDIVANTE, PUES HASTA EL MOMENTO NO SE HA ENCONTRADO UNA TÉCNICA IDEAL PARA SU TRATAMIENTO, Y POR OTRA PARTE EL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS EN ESTE TRABAJO, ASÍ COMO LA RECIDIVA ENCONTRADA, NO HABLA DEL TODO A SU FAVOR, PERO SI TOMAMOS EN CUENTA LA SENCILLEZ DE LA TÉCNICA, SU ACCESIBILIDAD, LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO Y SOBRE TODO LA PREFERENCIA DE SU ELECCIÓN POR EL PACIENTE, AUNADO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS, JUSTIFICA SUGERIRLA COMO UNA ALTERNATIVA MÁS PARA EL TRATAMIENTO DE TAN COMPLEJA Y ENIGMÁTICA LESIÓN.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

(19)

B I B L I O G R F I A

- 1.- SALAZAR S: TRATAMIENTO DEL PTERIGIÓN. BOLETIN HOSP. OFTALMOL. NTRA. SRA. LUZ 1972 ENE-JUN.: 25(82-83:27-29).
- 2.- ARENTSEN J: CIRUGÍA DEL SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO: EDITORIAL PANAMERICANA 245-249: 1988.
- 3.- HOWARD H. EFFECTS OF ULTRAVIOLET RADIATION. MEDICAL CLINICS. OF - - NORTH A.M. 74(2) 509-513 1990.
- 4.- HILGERS CH.: PTERYGIUM: ITS INCIDENCE, HEREDITARY AND ETIOLOGY. - - A.J.O.: 50: 635-638.
- 5.- PINKERTON-O.: HOKMA Y: IMMUNOLOGIC. BASIS FOR THE PATHOGENESIS OF - PTERYGIUM: A.J.O. 98: 225-228:1984.
- 6.- WONG W.: A HYPOTHESIS ON THE PATHOGENESIS OF PTERIGIUM. ANN OPHTHALMOL 10:303:1978.
- 7.- AUSTIN P; JAKOBIEC F. ELASTODYSPLASIA AND. ELASTODYSTROPHY AS THE - PATHOLOGIC BASIS OF OCULAR PTERIGIA AND PINGÜECULA. OPHTHALMOL: 90: 96:1983.
- 8.- KAIMBO K. TRAITEMENT CHIRURGICAL DÚ PTERYGION. J. FR. OPHTHALMOL: - 11.(4) 335-338:1988.
- 9.- HAYASAKA S.; YUKARI Y.: POSTOPERATIVE INSTILLATION OF LOW DOSE MITOMYCIN C. IN THE TREATMENT. OF PRIMARY PTERIGIÓN A.M. JOURNAL OF. - - OPHTHALMOL. 106:715-718:1988.

- 10.- PICO G. PTERIGION CURRENT CONCEPT. OF ETIOLOG Y AND MANAGEMENT. - THE CORNEAL WORLD CONGRESS, 280-291:1965.
- 11.- MAURIELLO Jp.: FIORE; USE OF SPLIT-THICKNESS DERMAL GRAFF IN THE SURGICAL TREATMENT OF CORNEAL AND SCLERAL DEFECTS. AM. JOURNAL -- OPHTHALMOL. 105:244: 1988.
- 12.- WONG-CHAVARRÍA H. INJERTO DERMICO. EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLE- RITIS NECROTIZANTE REV. MEX. OFT. 1990.
- 13.- AGUNDIS M.; CLÍNICAL DEL PTERIGIÓN, ANALES DE LA SOC. MEX. OFT. - 1956 ENE-MAR 29 (1): 13-21
- 14.- RAMOS NARVÁEZ G; UTILIDAD DE LA RADIACIÓN BETA PARA PREVENIR RECI- DIVA EN EL POST-OPERATORIO DEL PTERIGIÓN. REV. MEX. OFTALMOL. - - 1987 JUL-AGO.; 61 (4) 213-215.
- 15.- CERVANTES G.; PTERIGIÓN: ARCH. ASOC. EVITAR LA CEGUERA MEX. 1984 ENE-MAR.; 3 (1) 9-16.
- 16.- NAVARRO B.; DOMINGUEZ B. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PTERIGIÓN RE- CIDIVANTE CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA LABIAL. BOLETIN OFTALMOLÓ- GICO DE NTRA. SRA. DE LA LUZ 40:141;77-81 1988.
- 17.- MC GRAVIC, J.S. SURGICAL TREATMENT. OF RECURRENT PTERYGIION . ARCH. OPHTHALMOL. 42:726 1949.
- 18.- SELVES V.; RECIDIVA EN EL PTERIGIÓN REV. VENEZ. OFTALM. 42 (4):- 230-298: 1984.