

11234



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA
FUNDACIÓN CONDE DE VALENCIANA

Epidemiología y Evolución de la Cirugía de Pterigión en el
departamento de Oculoplástica del Hospital Fundación Conde de
Valenciana.

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el diplomado de especialidad en

OFTALMOLOGÍA

Presenta la

Dra. María Teresa Muro Bermúdez

DIRECTOR DE TESIS.

DR. José Luis Tovilla Canales



México, D. F.

2004.



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 esta 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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Dr. ENRIQUE GRAUE WIECHERS

Profesor Titular del Curso

Dr. José Luis Tovilla Canales

Director de Tesis.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Dra. Claudia E. Murillo Correa.

Jefe de Enseñanza.



INSTITUTO DE
OFTALMOLOGIA

FUNDACION CONDE DE VALENCIANA

JEFATURA DE ENSEÑANZA

Chimalpopoca 14 México 8, D. F.

Col. Obrera

**A mis padres que sin ellos no hubiera
sido posible nada en mi vida**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María Teresa

María Berrío de los

FECHA: 19 de Abril - 2004

FIRMA: [Firma]

ÍNDICE

Introducción	1
Objetivo	3
Diseño	4
Material y Métodos	4
Resultados	4
Conclusiones	6
Bibliografía	7
Gráficas	ANEXO

**EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA DE
PTERIGIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE
OCULOPLÁSTICA DEL HOSPITAL FUNDACIÓN CONDE
DE VALENCIANA**

INTRODUCCIÓN

El pterigión se define como un proceso degenerativo e hiperplásico de la conjuntiva, en forma de ala que invade la córnea y se localiza en la región de la fisura palpebral.

El pterigión activo es aquel que tiene un cuerpo abultado, con aumento de la vascularización translimbal y múltiples áreas hialinas. Presenta islotes de crecimiento apical (áreas de daño de la capa de Bowman que aparecen como islotes irregulares y pardos de Fuchs), erosiones epiteliales puntiformes y superficiales en la cornea periapical y en el cuerpo de este y líneas de Stocker por delante de la cabeza.¹

Se considera al pterigión secundario o recidivante como el que aparece entre los 7 días y 6 meses después de la cirugía de pterigión primario y su crecimiento se debe a la inflamación de tejido de granulación.

ETIOLOGÍA.- Se ha postulado que las radiaciones ultravioletas provenientes de los rayos solares son la causa de la formación de esta patología. Una de las hipótesis con las que se cuenta es que la luz que incide en el ojo es transmitida por la córnea, como por una fibra óptica, concentrándose más intensamente en la porción medial del limbo esclerocorneal, provocando una desnaturalización de las proteínas en la capa de Bowman y el estroma superficial. Esto genera un engrosamiento del área limbal, lo que eleva la superficie conjuntival y ocasiona una alteración en la distribución de la película lagrimal y falla en el recubrimiento de mucina. Esto por sí mismo, provoca una mayor inflamación y en consecuencia mayor elevación, incrementándose así el defecto en la película lagrimal y un ojo seco. La presencia de una zona elevada en el área limbal con la alteración en la distribución de la lágrima, puede generar entonces un adelgazamiento denominado dellen, el cual consiste en una zona de deshidratación e hipoxia donde se libera probablemente un factor angiogénico que causa el crecimiento fibrovascular invasor de la córnea.

En la biomicroscopía se pueden apreciar las radiaciones neovasculares que se forman en el borde anterior del pterigión y en sus áreas más activas. (3)

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.- Hasta la actualidad se han realizado innumerables técnicas quirúrgicas para el tratamiento del pterigión, algunas son pequeñas modificaciones de otras técnicas. Esto indica que a la fecha no existe una sola técnica que pudiera considerarse como única para este manejo. Sin embargo, la evolución de las diferentes experiencias con las diferentes técnicas han mostrado una evolución importante, como se demuestra a continuación:

- 1.- Abulción
- 2.-Excisión simple
- 3.-Excisión y cierre del área desnuda
- 4 -Injertos (conjuntivales, mucosa labial).
5. Uso de antimetabolitos (Thiotepa, 5-Fluoracilo, Metotrexate, Mitomicina C).

El ideal de la cirugía de pterigión es el remover el tejido fibrovascular, restaurar la configuración anatómica del limbo y prevenir recurrencias.(3)

Normalmente la recurrencia se presenta en un 30 a 50% de los casos tratados sin procedimiento adjunto a la resección quirúrgica(4). Se ha propuesto que los siguientes factores pueden influir en la recidiva:

- personas jóvenes
- respuesta del tejido a la enfermedad
- grado de actividad actínica
- cirugía previa de pterigión
- Dellen persistente
- abultamiento del tejido
- resección excesiva de tejido corneal.(1)

Dentro de los procedimientos adjuntos que se han utilizado para disminuir el índice de recidiva después del proceso quirúrgico se encuentran la betaterapia, y la Mitomicina C. Se ha demostrado que la betaterapia puede reducir la recurrencia

hasta en un 7% ya que inhibe la proliferación de las células endoteliales al reducir el proceso mitótico, no obstante los efectos secundarios que puede tener este procedimiento hicieron necesaria la búsqueda de nuevas técnicas, para evitar las complicaciones derivada de la beta radiación como son :

- 1.- Edema corneal
- 2.-Diplopia restrictiva
- 3.- Catarata
- 4.-Hiperemia conjuntival
- 5.-Ulceración escleral
- 6.-Escleromalacia
- 7.-Simblefaron
- 8.-Atrofia de iris
- 9.-Úlceras corneales.(4)

La mitomicina C inhibe la síntesis de proteínas así como del DNA y RNA celular, por lo tanto se usa como método adjunto que disminuye la recurrencia del pterigión con resultados mejores o similares a los de la betaradiación.

OBJETIVO

- 1.-Conocer el índice de recidiva de pterigión primario o secundario (con o sin injerto), en el servicio de oculoplástica del hospital Fundación Conde de Valenciana, operados por los residentes.
- 2.-Conocer el porcentaje de pterigiones primarios y secundarios que ingresan al departamento.
- 3.- Obtener el porcentaje de afectación de hombres y de mujeres
- 4.- El promedio de edad de este padecimiento y la edad más temprana y más tardía en que se presentó la recidiva.
- 5.- En que ojo se presenta esta patología con mayor frecuencia, se obtendrá el promedio de frecuencia de lateralidad (temporal o nasal y en caso de bilateralidad es decir nasal y temporal en un solo ojo).
- 6.- Tipos de complicaciones que influyeron en las recidivas.

DISEÑO

Retrospectivo, observacional y descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron todos los expedientes del servicio de oculoplástica con el diagnóstico de pterigión, abarcando desde el año de 1990 al año 2000, los cuales hayan sido intervenidos quirúrgicamente. Se excluyeron los pacientes que no tuvieron seguimiento o notas posteriores.

Todos los pacientes fueron intervenidos por residentes del Instituto, siempre asesorados por un residente de mayor jerarquía o un adscrito. La técnica quirúrgica dependió de la elección de cada cirujano. Postoperatoriamente, el paciente quedaba con oclusión ocular (1 día en caso de cierre directo y 5 días en casos de injerto conjuntival). El manejo postoperatorio en todos los pacientes fue muy similar, indicándose medicamentos generalmente Fluorometolona, Tobramicina, Dexametasona, Polimixina, Neomicina combinada con Dexametasona, y como lubricantes Alcohol polivinílico e Hipromelosa .

RESULTADOS

El número total de pacientes con diagnóstico de pterigión fue de 1045 de los cuales solo 811 cumplieron con nuestros criterios de inclusión. El tiempo de seguimiento que se tuvo de ellos, fue de entre 12 días y 9 años. De estos 811 pacientes 540 fueron mujeres que representa el 66.58% y 271 hombres con un porcentaje que equivale a un 33.41%.(Grafica 1) Las edades de los pacientes oscilaron entre los 19 y 85 años con un promedio de 52.2 años. Cuatrocientos pacientes presentaban la lesión en ojo derecho es decir el 49.32% ; 340 en el ojo izquierdo con un promedio 41.92% y en ambos ojos 71 pacientes con un porcentaje de 8.75%.(Grafica 2) Así mismo también se obtuvo el porcentaje de cuantos se encontraban en el lado nasal , temporal y la bilateralidad de estos : el

mayor porcentaje fue nasal representando el 97.53%, el 4.9% correspondió al lado temporal y bilateral un 14.81%.(Grafica 3)

Quinientos ocho pacientes fueron registrados con el diagnóstico de pterigión primario representando el 62.63%, y 303 pacientes su diagnóstico de inicio fue pterigión recidivante representando el 37.36%.(Grafica 4)

De los 811 pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico 711 pacientes se les colocó autoinjerto de conjuntiva que equivale el 87.66%, a 100 se les realizó la técnica de cierre directo que representa el 12.33%.(Grafica 5)

De los 711 pacientes en quienes se realizó técnica con injerto, 521 pacientes (73.27%) no presentaron recidiva y 190 sí la presentaron que representa el 26.72%. De los 100 pacientes que fueron sometidos a la técnica de cierre directo 80 pacientes no presentaron recidiva(80%) y 20 de ellos (20%) si la presentaron

El paciente más joven que fue operado de pterigión tenía 19 años y el paciente de mayor edad sometido a este procedimiento tenía 82 años. El periodo de tiempo mínimo en que se presentó la recidiva fue de 30 días y el máximo de 2 años.

Consideramos que las complicaciones que pudieron influir en la recidiva fueron: 4 casos de simblefaron previo a la cirugía, 1 caso de dellen escleral post operatorio y un caso de ojo seco.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes fueron del sexo femenino, con lesiones que se presentaban en el ojo derecho y nasales; el principal diagnóstico de envío fue el de pterigión primario.

Así mismo se observó que en el servicio la principal técnica quirúrgica es la colocación de autoinjerto teniendo un 73.27% de éxito considerando esto como que no se presentó recidiva ni complicaciones asociadas después del evento quirúrgico. A los pacientes a los que se les practicó la técnica de cierre directo tuvieron un índice de recidiva mayor del 80%, lo que demuestra que en la experiencia del instituto el pronóstico mejora con la colocación de autoinjerto de conjuntiva. En nuestra incidencia de recidiva no encontramos relación con la edad, lo cual nos hace suponer que con la técnica de injerto conjuntival, podríamos ser un poco mas agresivos con los pacientes jóvenes, quienes durante mucho tiempo estuvieron condenados a dejar pasar el tiempo para poder ser intervenidos.

Concluimos que nuestros resultados en cirugía de pterigión operados por residentes, la incidencia de recidiva concuerda con la reportada en la literatura. Sabemos que por la multifactorialidad del pterigión, es difícil poder hacer protocolos para determinar la mejor técnica quirúrgica, ya que en el postoperatorio influyen la actividad laboral, el lugar de residencia y los factores genéticos intrínsecos a cada paciente. Sin embargo, estamos concientes que una técnica quirúrgica adecuada y "limpia" puede ayudar a disminuir las recidivas. Será necesario continuar con diversos protocolos para poder identificar cuáles son en nuestra población los factores que mas influyen para el desarrollo y crecimiento del pterigión, así como los pacientes que están en mayor riesgo de tener recidivas.

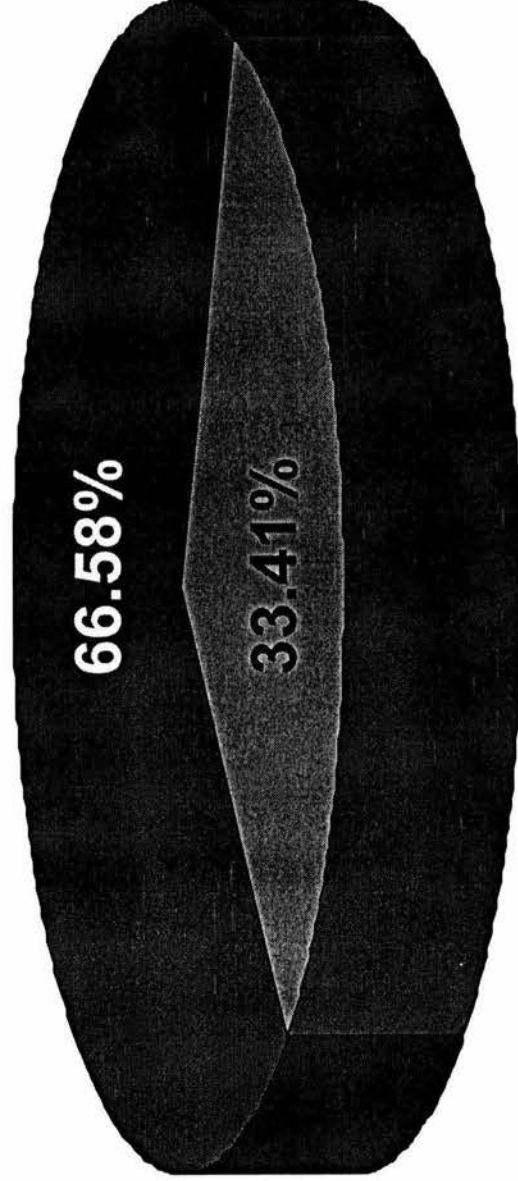
BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Cervantes Guadalupe. Pterigion. Arch APEC Tomo III, No.1 Enero-Marzo, 1984;9-16
- 2.- Navarro José J. Tratamiento quirúrgico del pterigión recidivante con injerto libre de mucosa labial. Boletín Oftalmológico, Tomo XI Num 141; 77-81.
- 3.-Abreu B. Miguel. Tratamiento quirúrgico del pterigión más antiinflamatorios no esteroideos tópicos. Rev mex oftalmol; Noviembre- Diciembre , 1998;72(6):311-314.
- 4.- De la Luz O. Juan. Frecuencia de recidiva en la resección quirúrgica de pterigión con aplicación tópica de mitomicina C vs betaterapia, utilizando la técnica de esclerótica desnuda. Rev Mex Oftalmol; Marzo-Abril 2000;74(2):59-62.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO

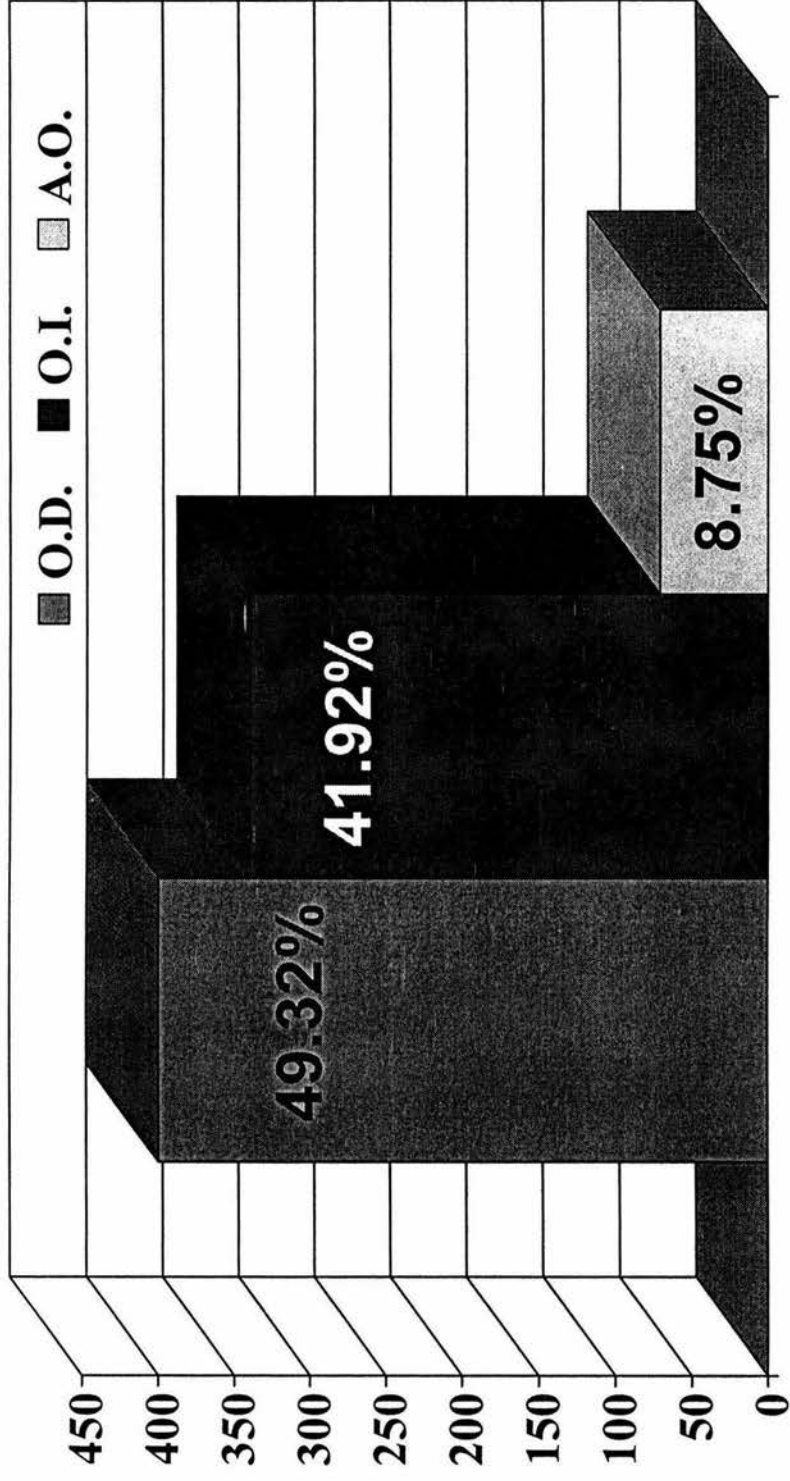
SEXO



■ Hombres ■ Mujeres

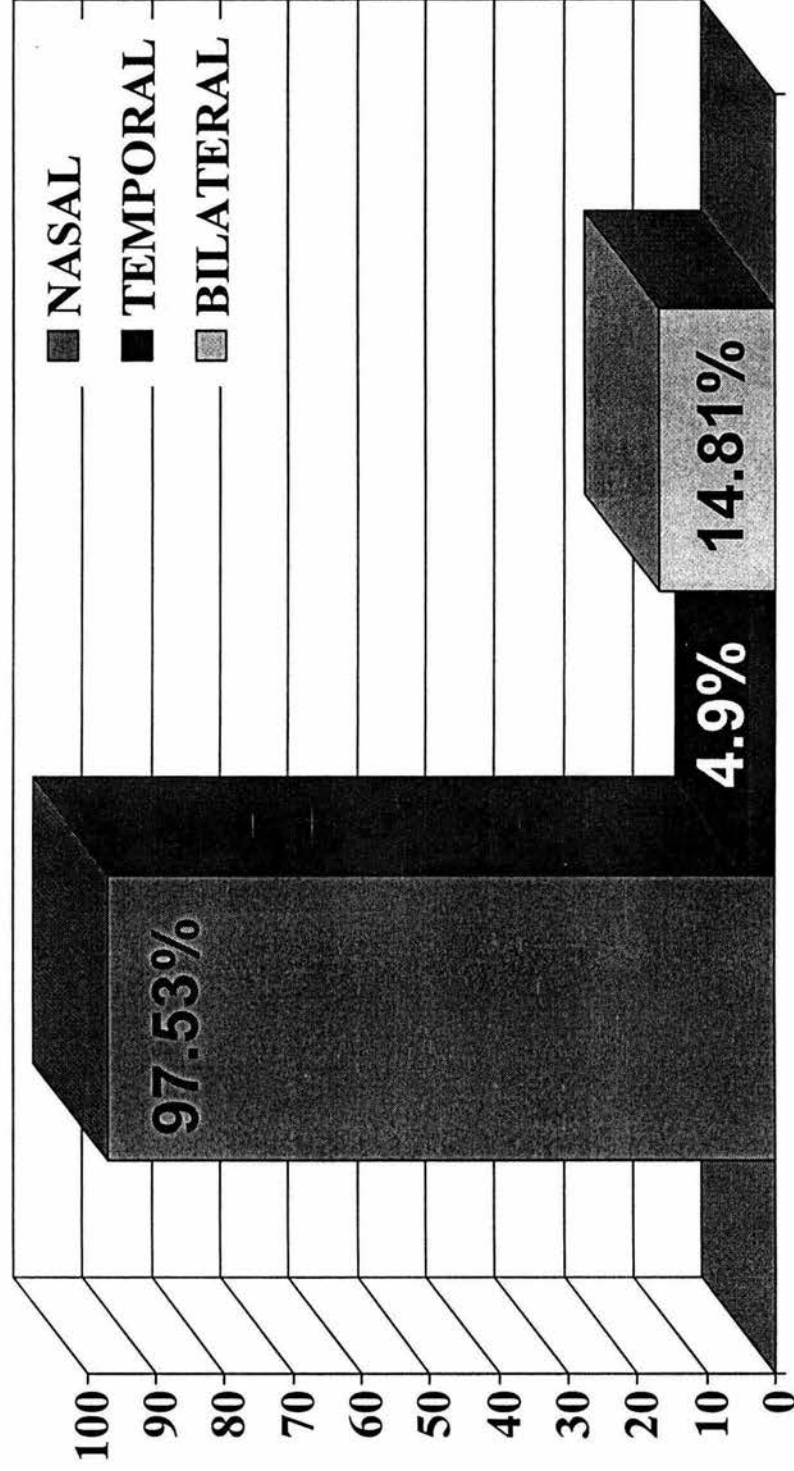
Gráfica 1

LATERALIDAD



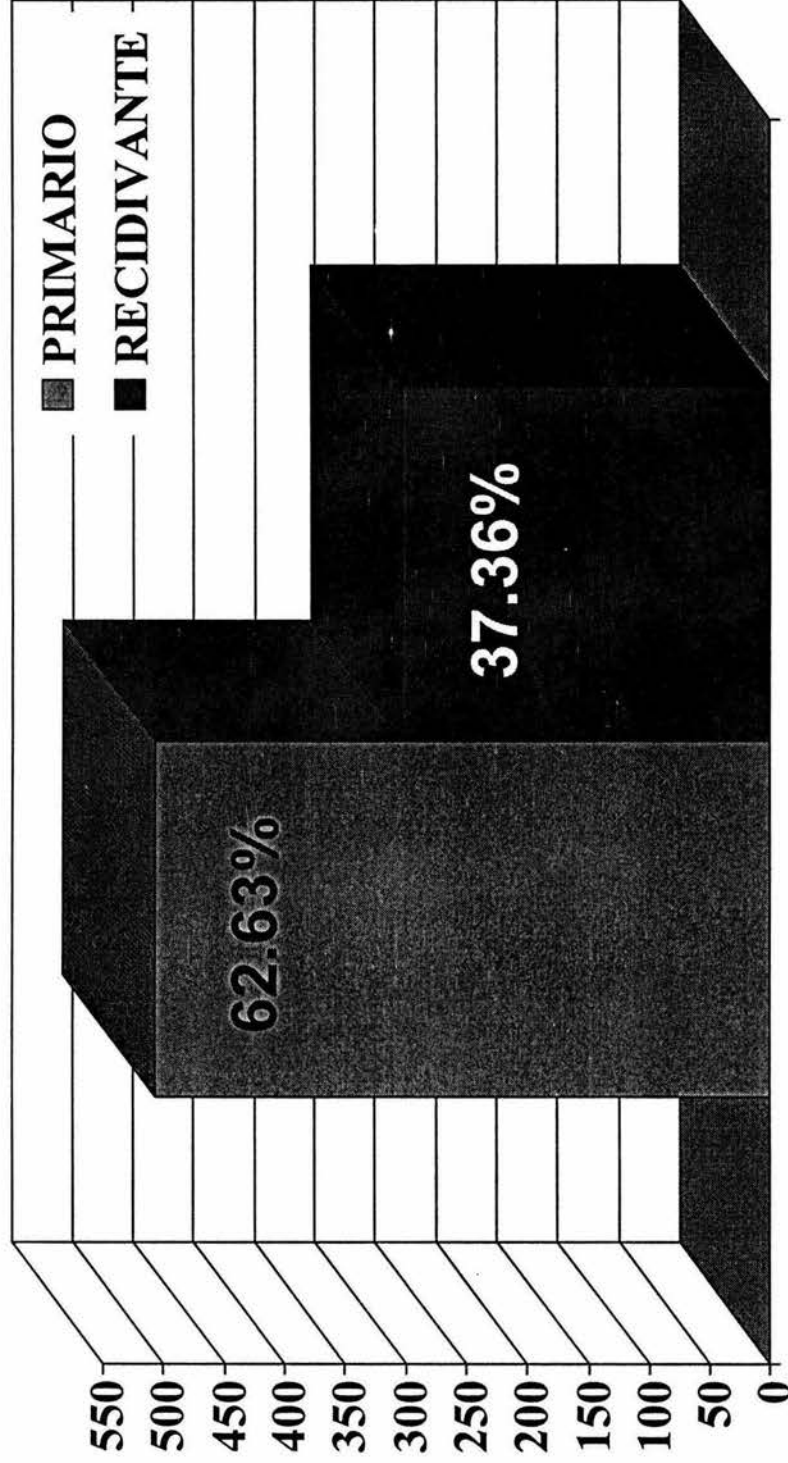
Gráfica 2

LATERALIDAD



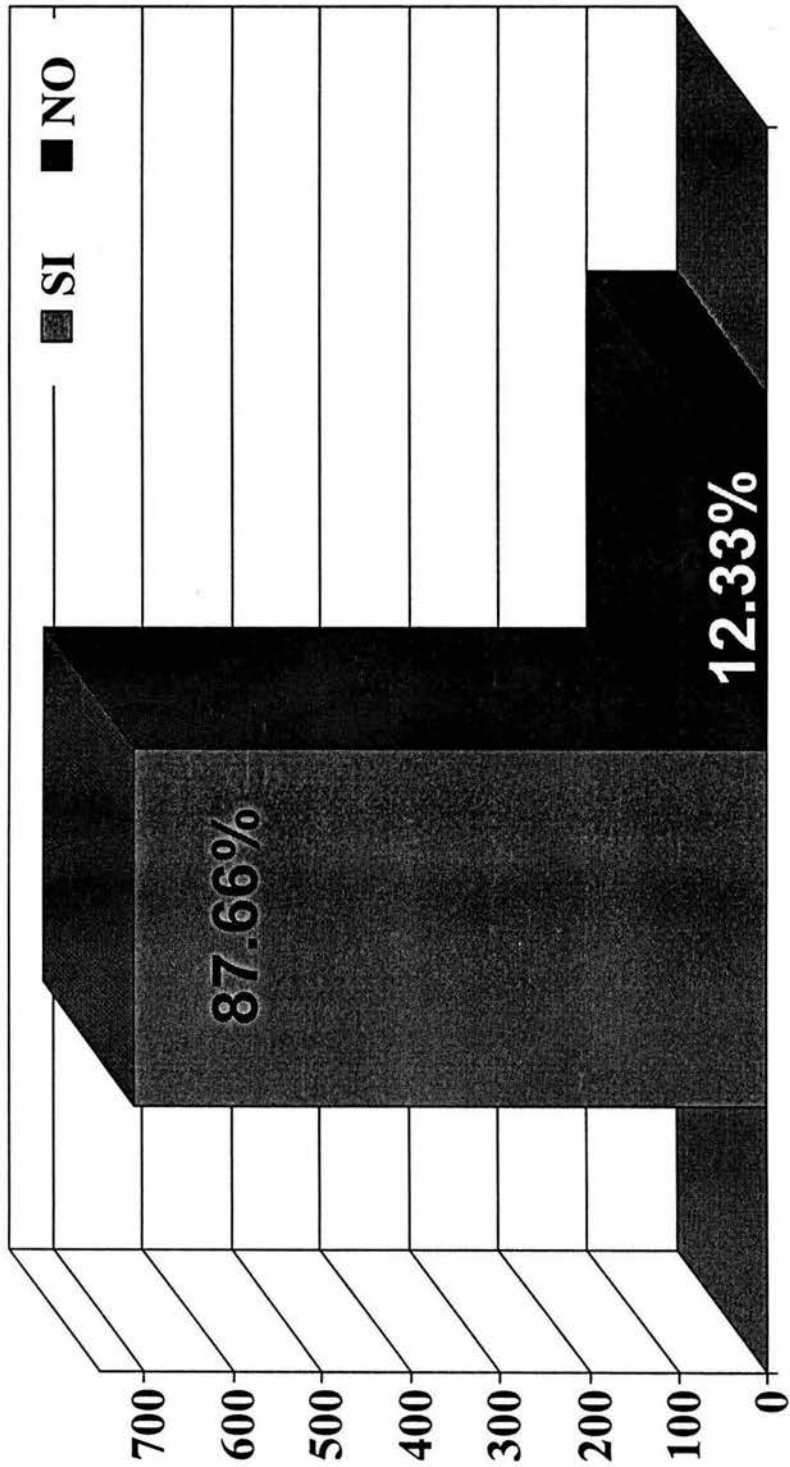
Gráfica 3

PTERIGION



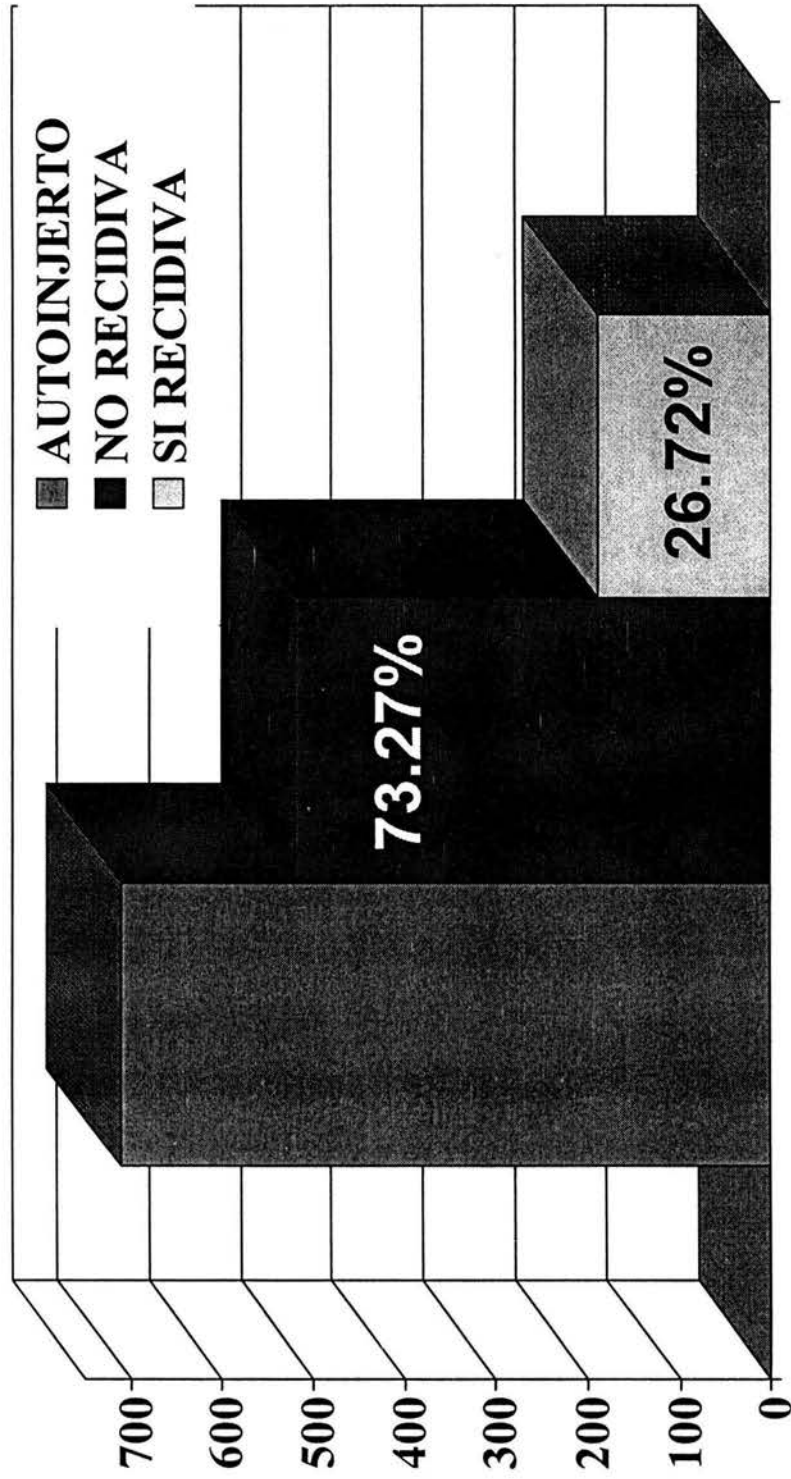
Gráfica 4

AUTOINGERTO



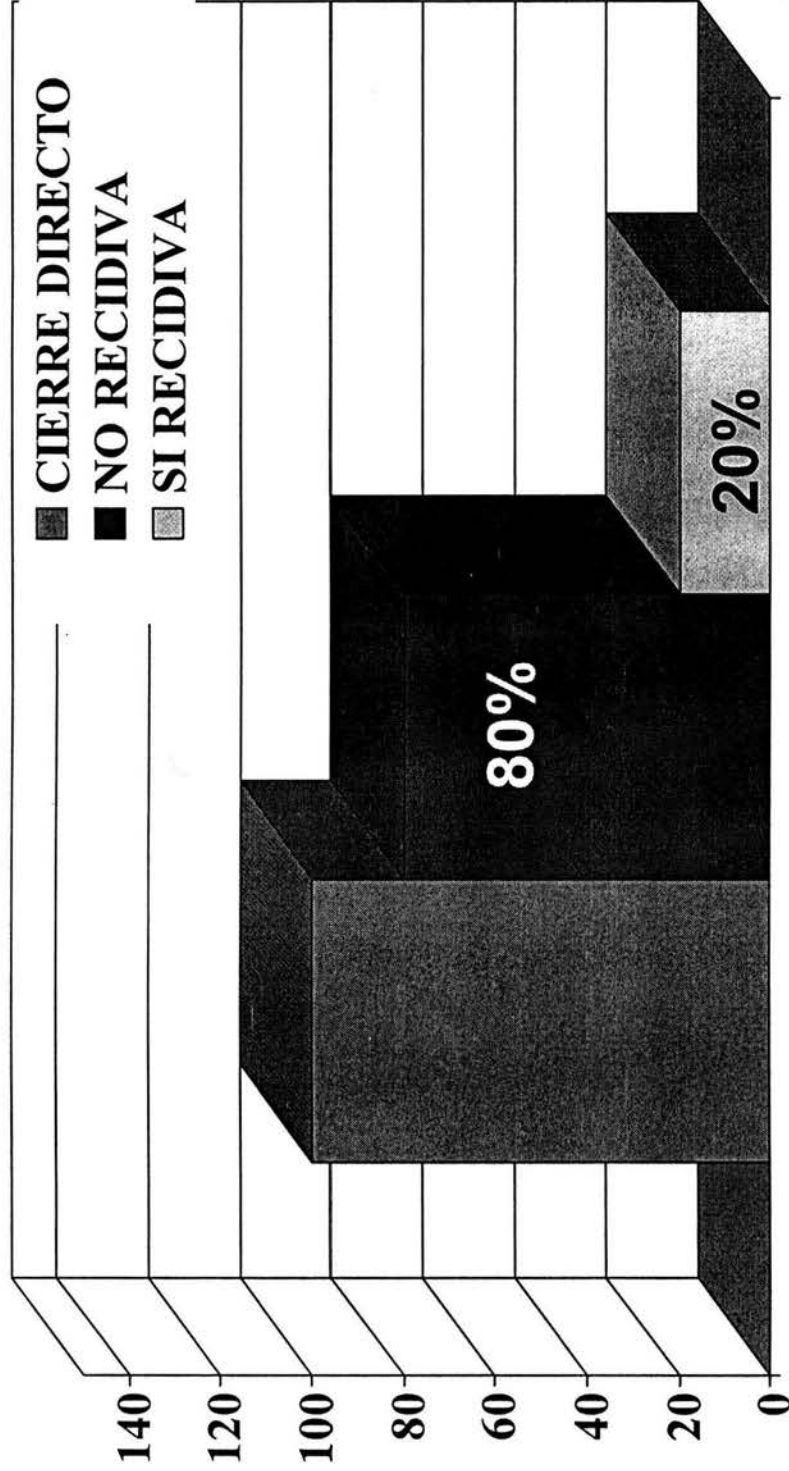
Gráfica 5

TECNICA



Gráfica 6

TECNICA



Gráfica 6