

**APORTACION QUIRURGICA PARA LA
TECNICA DEL PTERIGION**

TESIS

presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos

por

RICARDO ENRIQUE AGUILERA DIAZ

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1970.

PLAN DE TESIS

- I) Introduccion
- II) Anatomía de la Región (Conjuntiva-Esclerotica-Cornea)
- III) Tabajos realizados en Guatemala
- IV) Objetivos
- V) Material y Métodos
- VI) Técnica operatoria
- VII) Casos Clínicos
- VIII) Discusión
- IX) Sumario
- X) Conclusiones
- XI) Bibliografía

INTRODUCCION

El pterigión es una afección frecuente clasificada como un proceso proliferativo de la conjuntiva que ocurre en personas de ambos sexos y es motivo de un diagnóstico de consulta diaria.

Se considera que el mayor problema en el tratamiento del mismo lo constituye la "recidiva," y para la resolución de ésta se ha puesto en práctica innumerables procedimientos quirúrgicos, sin que hasta el momento se halla logrado un resultado del todo satisfactorio.

Dada la importancia de esta afección y tomando en cuenta de que el tratamiento es eminentemente quirúrgico, se expone en el siguiente trabajo una técnica que aporta una contribución al mejor conocimiento del problema, haciendo "énfasis" en la limpieza minuciosa sub-conjuntival, realizando una buena debridación y luego recubrimiento conjuntival del área operatoria.

En las técnicas usadas anteriormente no se insiste sobre lo anterior, por lo que creemos que de esta manera las recidivas podrían ser menos frecuentes.

ANATOMIA DE LA REGION

Tomando en consideración que el pterigión es una afección clasificada como un proceso patológico de la conjuntiva, con invasión secundaria a esclerótica y córnea, únicamente se describirá la anatomía de dichas regiones del globo ocular.

CONJUNTIVA

Es una membrana mucosa que une el globo del ojo a los párpados, revistiendo la cara posterior de los mismos y la cara anterior del globo ocular. Desde el punto de vista anatómico es importante estudiar en ella:

Configuración Exterior. Desde la cara posterior de los párpados se extiende por la cara anterior del globo ocular y lo cubre sin

interrupción formando en conjunto el llamado saco conjuntival, que a pesar de ser un todo continuo, ordinariamente se le divide en tres porciones: la primera, en relación con los párpados se le denomina conjuntiva palpebral; la segunda porción que corresponde al ojo se le denomina conjuntiva ocular o bulbar; la tercera, formada por el pliegue que une a las porciones anteriores entre sí, es la conjuntiva del fondo del saco.

La conjuntiva palpebral es una membrana sumamente delgada y transparente de color rojo o simplemente rosado, que se une a la piel en el borde libre de los párpados y presenta en su fondo de saco, unos pliegues transversales que se desarrollan después del nacimiento, cuando los párpados comienzan a desempeñar su función normal de cubrir y descubrir alternativamente el globo ocular.

La conjuntiva ocular o bulbar, es más delgada que la anterior y reviste la parte libre del globo del ojo. Se consideran en ella tres porciones importantes:

- a) Porción Esclerótica. Es delgada y completamente transparente dejando ver en toda su extensión el color blanco de la esclerótica.
- b) Porción Corneal. Cuando la conjuntiva llega a la cornea, se adhiere intimamente al contorno de ésta (en la unión esclero-corneal) unión circular que se le ha denominado limbo o anillo conjuntival.
- c) Porción del Angulo Interno. En esta porción, la conjuntiva presenta dos formaciones que tienen suma significación anatómica y que merecen analizarlas, a saber:

1. Carúncula Lagrimal. Es una pequeña eminencia rojiza y se encuentra situada en el espacio que dejan entre sí, las porciones lagrimales de los dos párpados.
2. Pliegue Semilunar. Es un pequeño pliegue de la conjuntiva bulbar situado por fuera de la carúncula y tiene forma de media luna vertical, haciéndose más pronunciado cuando el ojo se dirige hacia afuera, y se atenúa cuando el ojo se desvía hacia dentro.

La conjuntiva del Fondo de Saco. Este fondo llamado también óculo conjuntival y óculo palpebral, es más profundo en su parte superior que en su parte inferior, y más profundo en su parte externa que en su parte interna y prácticamente borrada en el ángulo interno del ojo que se encuentra ocupado por la carúncula lagrimal.

II. Estructura de la Conjuntiva. La conjuntiva como toda mucosa, se compone de dos capas: una profunda llamada el corión o dermis y otra superficial o epitelial.

- a) Dermis o Corión; formada por una capa superficial o adenoide, que contiene numerosos capilares y fibras elásticas. La capa profunda es más gruesa encontrándose en ella vasos, nervios y algunas glándulas.
- b) Capa Epitelial o Superficial; se caracteriza por sus variaciones celulares en los diferentes puntos de la conjuntiva, siendo el epitelio cilíndrico en la parte palpebral y pavimentoso estratificado en las otras regiones.

III. Glándulas de la Conjuntiva.

- a) Glándulas Tubulosas o de Henle. Se encuentran localizadas en el fondo de saco de la conjuntiva.
- b) Glándulas Acinosas o de Krause y de Ciaccio. Son formaciones aberrantes similares a las glándulas lagrimales.

IV. Vasos y nervios de la Conjuntiva. La circulación arterial de la conjuntiva es sumamente complicada, por lo que se tratará de analizar un tanto superficial y hacer el recordatorio de que dichas ramas proceden principalmente de las arterias palpebrales y accesoriamente de las ramas que circuyen el borde de la órbita; la lagrimal, la nasal, la supraorbitaria, la temporal superficial y la transversal de la cara. La distribución de las arterias de la conjuntiva, forma una red de mallas anchas en el tejido celular subconjuntival de donde salen cantidad de ramas ascendentes que penetran en el espesor del corion, formando una segunda red terminal de donde emergen las asas vasculares destinadas a esas eminencias dérmicas.

Venas de la Conjuntiva. Cada rama arterial va acompañada de una o dos ramas venosas que desembocan en la vena oftálmica y en las venas de los párpados y de éstas a la facial y temporal superficial.

Nervios de la Conjuntiva. Las ramas nerviosas sensitivas de la conjuntiva proceden: por fuera, del nervio lagrimal y por dentro del nervio nasal externo; por la parte central o corneal de la conjuntiva bulbar, de los nervios ciliares.

ESCLEROTICA

Es una membrana fibrosa que constituye la parte más externa de la primera membrana o túnica, que forma la pared del globo ocular, es la llamada córnea opaca por algunos autores.

Considerándola anatómicamente bajo el punto de vista de su forma, es un segmento de esfera hueca, cuyo radio mide de 11 a 12 mm. presentado en su parte anterior una abertura ancha donde encaja la cornea transparente y es atravesada en su parte posterior por el nervio óptico.

En cuanto a sus relaciones se consideran dos superficies, una exterior y otra inferior y dos aberturas, una anterior y otra posterior.

- a) Superficie Exterior. Es convexa y corresponde a la superficie anterior o cóncava de la cápsula de Tenon de la que está separada por una serosa por donde circula la linfa, también es llamado espacio supraesclerótico o espacio de Tenon. En esta superficie exterior se insertan los tendones de los cuatro músculos rectos y de los dos oblicuos.
- b) Superficie Interior. Esta superficie es cóncava y se relaciona en toda su extensión con la membrana coroides: la que está intimamente unida por vasos, nervios y una capa de tejido celular.
- a) Abertura Anterior. Destinada a recibir la córnea transparente. A nivel de la línea de la soldadura esclerocorneal y en la porción posterior de ésta misma se encuentra el conducto conocido con el nombre de conducto Shlemm, al que fisiológicamente se le considera

como un reservorio venoso en derivación de las venas próximas de la conjuntiva y esclerótica.

- b) Abertura posterior. Está destinada a permitir la entrada del nervio óptico; este conducto no está libremente abierto sino que se encuentra cerrado por membrana fibrosa atravesada por innumerables agujeritos, es la llamada lámina acribillada o cribosa.

Vasos Sanguíneos de la Esclerótica. Las arterias de la esclerótica proceden de las ciliares cortas posteriores y de las ciliares anteriores formando una red capilar de donde nacen las venillas que van a desembocar en las venas ciliares anteriores una parte y otra parte en las venas coroideas.

Nervios. Los nervios de la esclerótica proceden de los nervios ciliares existiendo entre ellos nervios sensitivos, tróficos y vasomotores.

CORNEA

La córnea es una membrana también fibrosa, considerada como la prolongación anterior de la esclerótica, diferenciándose de la misma por su transparencia que permite que los rayos luminosos la atraviesen. Para considerar anatómicamente sus relaciones se analizan dos caras: una anterior y otra posterior y una circunferencia.

Cara Anterior. Es convexa, ligeramente ovalada, con un radio de curvatura de 7.8mm en sentido horizontal, y 7.7mm en sentido vertical. Esta cara se encuentra en contacto directo con la atmósfera cuando los párpados están separados y con la conjuntiva palpebral cuando estos se ponen en contacto uno con otro.

Cara Posterior. Es de forma cóncava y se encuentra limitada por delante por la cámara anterior del ojo y constantemente bañada por el humor acuoso.

Circunferencia Limbo Corneal o Unión esclerocorneal. Por medio de la cual ambas membranas están intimamente unidas por fusión de tejidos, existiendo entre ellos contigüidad y

continuidad. La córnea transparente consta de cinco capas, que son de adelante atrás:

- a) La capa epitelial Anterior. Se continúa en su contorno con la capa epitelial de la conjuntiva y está formada como esta última, por un epitelio pavimentoso.
- b) Lámina elástica Anterior o de Bowmann. Es una delgada cinta hialina que mide de 8 a 12 u. de espesor.
- c) Tejido propio de la Córnea. Es sin duda la capa más importante de ésta membrana, ya que ocupa aproximadamente el 90o/o de su grosor.
- d) Lámina elástica Posterior. Más conocida con el nombre de membrana de Descemet, es sumamente elástica y tiene gran poder de regeneración.
- e) Capa epitelial Posterior.

Vasos Sanguíneos de la Córnea. Se ha señalado la presencia de éstos en córneas fetales pero según estudios realizados, éstos se atrofian ya que en el recién nacido y en el adulto estos faltan completamente.

Nervios de la Córnea. En su mayoría se originan de los nervios ciliares posteriores y yendo de atrás adelante en el espacio supracoroideo forman alrededor de la córnea el plexo anular pericorneal y de aquí penetran en la córnea recorriendo aproximadamente de 2 a 4mm formando el nuevo plexo, llamado plexo fundamental dividiéndose aquí en dos plexos; anterior y posterior.

- a) Nervios Corneales Anteriores. Se dirigen hacia la lámina elástica anterior.
- b) Nervios Corneales Posteriores. Se dirigen hacia la lámina elástica posterior o membrana de Descemet.

TRABAJOS REALIZADOS EN GUATEMALA

Después de haber hecho una revisión de los trabajos publicados sobre Pterigión, encontramos el del Dr. Rafael Pacheco Luna, titulado: "Tratamiento Quirúrgico del Pterigión".

Posteriormente en 1957, el Dr. Fernando Beltranena Valladares, versó su Tesis Doctoral sobre : "Estado Actual del Tratamiento del Pterigión" en la que aporta las siguientes conclusiones.

1. El problema mayor en el tratamiento del pterigión lo constituye, indudablemente la recidiva, y el tratamiento quirúrgico no por si solo la solución del mismo.
2. Consideramos que la operación de Mc. Reynolds puede considerarse como satisfactoria, en los casos operados en la sala de Oftalmología de Hombres del Hospital General.
3. La radiación beta y el aplicador "Sr. 90", han dado muy buenos resultados para el tratamiento del pterigión, y debe utilizarse en nuestro medio y someterse a un estudio de los resultados posteriormente.
4. Debe buscarse si la radiación beta constituye al "fin", la solución a la recidiva.

Se corrobora por lo anterior, que la literatura sobre el pterigión, es relativamente contada para nuestro medio, y debe anotarse que en Guatemala, ésta entidad nosológica es muy frecuente ya que las condiciones climatéricas, socio-economicas etc, que pudieran influir en la relatividad del pterigión hacen de este proceso un diagnóstico de consulta diaria.

OBJETIVOS

Técnica que utiliza la debridación subconjuntival, y el recubrimiento parcial de la región intervenida.

En este punto insistiremos únicamente sobre los pormenores y ventajas que se obtiene al realizar la limpieza subconjuntival de las bridas, y prolongaciones tendinosas de la capsula de Tenon y tejido neoformado que se encuentra por debajo del pterigión. Actualizando el aforismo del Dr. A. Torres Estrada (México) quien dice, "que si no se limpia lo que está debajo del pterigión, el pterigión repite". Se efectúa la resección de todo cuanto existe en la región donde se ejecuta la

intervención quirúrgica, inclusive si el cirujano lo prefiere, puede utilizar una fresa de alta velocidad, (Barraquer, José Ignacio, 1963, Colombia) para limpiar completamente la zona pericorneal intervenida.

La utilización del recubrimiento conjuntival, tiene por objeto implantar una sección de tejido sano, donde existía patología. Se insiste en la colocación de este fragmento sobre la región para evitar, en lo posible la recidiva.

MATERIAL Y METODOS

- 1) Pacientes de la sala de Oftalmología de Mujeres del Hospital General "San Juan de Dios".
- 2) Pacientes del Instituto "Rodolfo Robles".
- 3) Estudio Fotográfico de un caso clínico y de los pasos principales de la técnica operatoria descrita.
- 4) Estudio anatómo-patológico de las piezas extraídas en las intervenciones quirúrgicas efectuadas.
- 5) Uso de instrumentos oftálmicos tales como: Blefarostato, gancho de estrabismo, pinza de dientes finos, tijera, bisturí o porta gillette, cucharilla de chalazión y porta agujas.
- 6) Catgut semicrómico seis ceros (6-0) como material de sutura.
- 7) Novocaina, Spurocaina y procaina al 2 o/o como material anestésico.

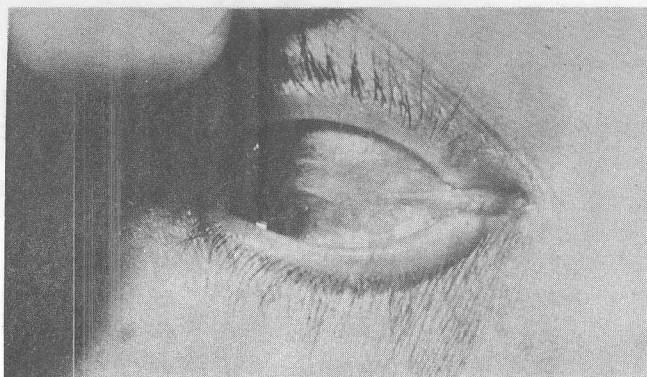
TECNICA OPERATORIA

- 1) Limpieza y antisepsia de la región orbitaria.
- 2) Separación mecánica de los párpados con blefarostato, y exposición del campo operatorio.
- 3) Anestesia local con novocaina, spurocaina, procaina etc, al 2 o/o, utilizando no más de 0.8 cc., interesando el area del pterigión y segmentos adyacentes.
- 4) Con la ayuda de un gancho de estrabismo se extiende la anestesia inyectada sub-conjuntivalmente, para obtener una area de fácil abordamiento quirúrgico.
- 5) Se sujeta el cuello del pterigión con una pinza de dientes finos, para exponer la cabeza del pterigión lo más visiblemente posible.
- 6) Con la ayuda del bisturí, porta-Gillette, o de la hoja correspondiente de una tijera, se incide la lamina más superficial de la cornea situada por dabejo de la cabeza del pterigión.
- 7) Se continúa la disección subconjuntival hasta llegar hasta la base del pterigión, con la ayuda de una tijera.
- 8) Se corta la conjuntiva por delante de la carúncula lagrimal, aproximadamente a unos 2 o 3 mm.
- 9) Disección y debridamiento "minucioso", hasta no dejar en lo posible, restos de la capsula de Tenon, o adherencias. Para éste tiempo se puede utilizar un "raspado" con bisturí, cucharilla de chalazión, o una fresa dental apropiada.
- 10) Disección para-limbar de un fragmento de conjuntiva que interese la parte supero-interna de aproximadamente 5 o 6

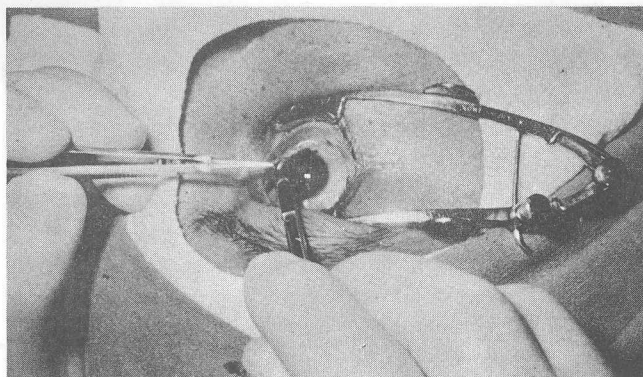
mm. Se corta la conjuntiva disecada hasta dejar una lengüeta que pueda cubrir aproximadamente el área debridada.

- 11) Se colocan dos puntos de catgut seis ceros, (6-0) semicromico, sobre los dos extremos del vértice de la conjuntiva anteriormente disecada.
- 12) Los dos puntos de sutura se aproximan a la esclerótica y se insinúan en la parte inferior, en forma horizontal por debajo y afuera de los límites inferiores del músculo recto interno, interesando la episclera y continuando la sutura para tomar la conjuntiva expuesta en la parte inferior. Se sutura borde a borde las aristas conjuntivales, recordando que se trata de una sutura conjuntivo-esclero-conjuntival.
- 13) Puntos de sutura y de unión en los bordes conjuntivales internos en número variable según las preferencias del cirujano.
- 14) Uso de pomada antibiótica local, y colocación de apósito.
- 15) Es preferible mantener vendados los dos ojos por 48 horas.

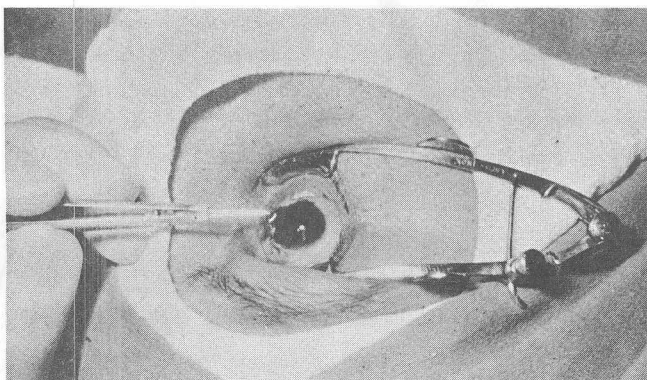
ESTUDIO FOTOGRAFICO DE LOS PASOS PRINCIPALES DE LA OPERACION



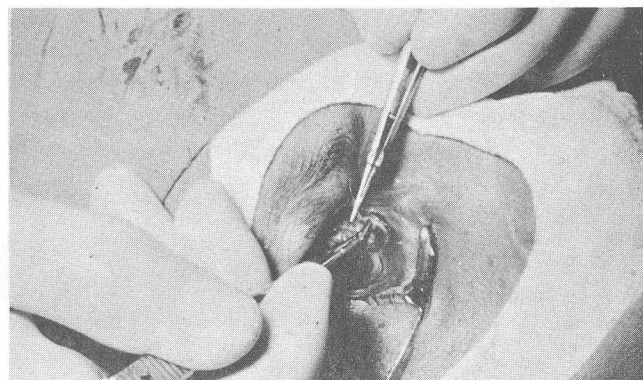
Exposición de un caso clínico



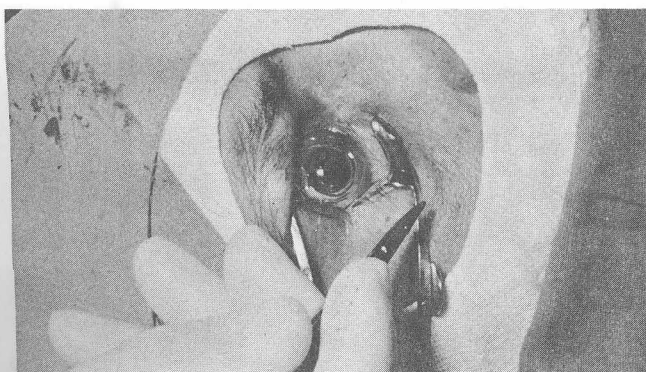
Incisión



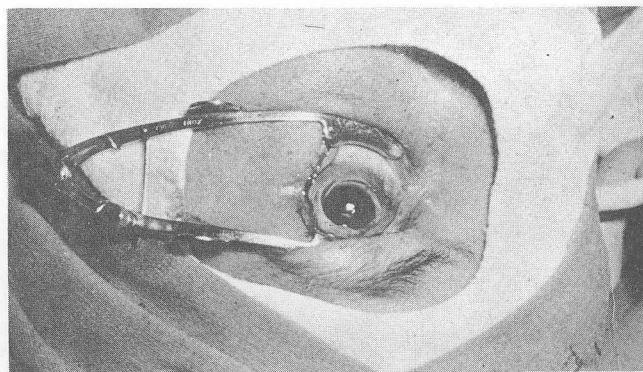
"Debridación"



Inicio de la sutura



Final de la sutura



Final de la operación

**CASOS CLINICOS DE PTES INTERVENIDOS
EN LA SALA DE OFTALMOLOGIA
DEL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"**

Caso No. 1

Fecha de Ingreso: 12-VIII-70

R. M. 06752-61

Nombre: M.H. T. E..

Edad: 35 años

Ocupación: Enfermera

Origen: Esta Capital

Historia Clínica: Presencia de carnosidad, prurito, y enrojecimiento en ángulo interno de ojo derecho de 3 años de evolución. Hace 6 meses fue intervenida quirúrgicamente, presentando recidiva del mismo proceso mes y medio después.

Dx: Pterigión interno O.D. Recidivante

Operación: Resección de pterigión interno O.D.

Fecha de Operación: 12 VIII-70

Fecha de egreso: 20-VIII-70

Caso No. 2

Fecha de Ingreso: 17-VIII-70

R. M. 09199-69

Nombre: M.M. de B.

Edad: 56 años

Ocupación: Oficios Domésticos.

Origen: Esta Capital

Historia Clínica: Presencia de "carnosidad grande", ardor y enrojecimiento de la misma, en ángulo interno de ojo izq. de 6 años de evolución

Dx: Pterigión interno O.I.

Operación: Resección de Pterigión interno O.I.

Fecha de Operación: 17-VIII-70

Fecha de Egreso: 24-VIII-70

Caso No. 3

Fecha de Ingreso: 17-VIII-70

R. M. 14959-70

Nombre: L. S. O.

Edad: 64 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Depto de Jutiapa

Historia Clínica: Presencia de carnosidad, ardor y lagrimeo en ángulo interno de ambos ojos, de 2 años de evolución

Dx: Pterigión interno A. O.

Operación: Reseccción de pterigiones internos A. O.

Fecha de Operación: 17-VIII-70

Fecha de Egreso: 24-VIII-70

Caso No. 4

Fecha de Ingreso: 19-VIII-70

R.M. 19899-66

Nombre: M. R. C.

Edad: 66 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Esta Capital

Historia Clínica: Refiere la paciente que hace 4 meses notó aparición de canocidad en ambos ojos, acompañado de enrojecimiento, ardor y disminución de la visión, siendo esta de carácter borrosa

Dx: Pterigión interno A. O.

Operación: Resección de pterigiones internos A. O.

Fecha de Operación: 19-VIII-70

Fecha de Egreso: 26-VIII-70

Caso No. 5

Fecha de Ingreso: 21-VIII-70

R. M. 15419-70

Nombre: V. E. M.

Edad: 46 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Depto. de Zacapa

Historia Clínica: Refiere la paciente que desde hace más o menos 1 año notó la presencia de carnosidad en el ojo derecho y que actualmente le afecta la visión ya que constantemente "ve" una sombra con dicho ojo

Dx: Pterigión interno O. D.

Operación: Resección de Pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 21-VIII-70

Fecha de Egreso: 28-VIII-70

Caso No. 6

Fecha de Ingreso: 29-VIII-70

R. M. 09660-69

Nombre: T. E. L. F.

Edad: 28 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Depto. de Zacapa

Historia Clínica: Presencia de carnosidad, enrojecimiento, ardor y escozor en el ojo derecho de 1 año de evolución

Dx: Pterigión interno O. D.

Operación: Resección de Pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 21-IX-70

Fecha de Egreso: 8-IX-70

Caso No. 7

Fecha de Ingreso: 4-IX-70

R. M. 16316-70

Nombre: D. B. de R.

Edad: 38 años

Ocupación: Técnica de Laboratorio

Origen: Depto. de Jalapa

Historia Clínica: Presencia de carnosidad lagrimeo, prurito y enrojecimiento en el ángulo interno del ojo izquierdo de 2 años de evolución

Dx: Pterigión interno O. I.

Operación: Resección de Pterigión interno O. I.

Fecha de Operación: 4-IX-70

Fecha de Egreso: 12-IX-70

Caso No. 8

Fecha de Ingreso: 16-IX-70

R. M. 16807-70

Nombre: M. C. de M.

Edad: 57 años

Ocupación: Oficinista

Origen: Esta Capital

Historia Clínica: Refiere que hace 4 años fue intervenida quirúrgicamente por presencia de carnosidad en ángulo interno de ojo derecho, que recidivó 2 meses después

Dx: Pterigión recidivante interno de O. D.

Operación: Resección de Pterigión recidivante Interno O. D.

Fecha de Operación: 16-IX-70

Fecha de Egreso: 24-IX-70

Caso No. 9

Fecha de Ingreso: 21-IX-70

R. M. 17092-70

Nombre: N. L. de B.

Edad: 35 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Esta Capital

Historia Clínica: Refiere que hace 9 meses notó presencia de carnosidad en ángulo interno de ambos ojos. Hace tres meses se inició enrojecimiento, ardor y dolor más marcado en ojo derecho.

Dx: Pterigión interno A. O.

Operación: Resección de pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 21-IX-70

Fecha de Egreso: 29-IX-70

Caso No. 10

Fecha de Ingreso: 21-IX-70

R. M. 16471-70

Nombre: Z. G. de la R.

Edad: 39 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Aldea los Cerritos Depto. del Progreso

Historia Clínica: Refiere irritación constante, escozor y lagrimeo, acompañado de presencia de carnicidad blanquecina en ángulo interno de ojo derecho, de 6 meses de evolución

Dx: Pterigión interno O. D.

Operación: Reseccción de pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 21-IX-70

Fecha de Egreso: 29-IX-70

CASOS CLINICOS DE PTES INTERVENIDOS EN EL INSTITUTO RODOLFO ROBLES.

Caso No. 1

Fecha de Ingreso: 8-VI-70

R. M. 29336

Nombre: C. A. de S.

Edad: 45 años

Ocupación: Maestra de Educ. Primaria

Origen: Esta Capital

Historia Clínica: Presencia de carnicidad, enrojecimiento y lagrimeo constante en ojo izquierdo de 1 año de evolución

Dx: Pterigión interno O. I.

Operación: Resección de Pterigión interno O. I.

Fecha de Operación: 8-VI-70

Fecha de Egreso: 16-VI-70

Caso No 2

Fecha de Ingreso: 22-VIII-70

R. M. 72460

Nombre: F.V.A.

Edad: 60 años

Ocupación: Comerciante

Origen: Escuintla

Historia Clínica: Desde hace 8 años presenta carnosidad en ángulo interno de ambos ojos. Actualmente hay enrojecimiento, lagrimeo y escozor constante.

Dx: Pterigión interno A. O.

Operación: Resección de Pterigión interno O. I.

Fecha de Operación: 22-VII-70

Fecha de egreso: 28-VIII-70

Caso No. 3

Fecha de Ingreso: 1-VII-70

R. M. 72390

Nombre: C. A. A.

Edad: 42 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Depto. del Progreso

Historia Clínica: Hace 5 años presenta carnosidad en ángulo interno de ojo derecho, desde hace 3 meses, enrojecimiento y lagrimeo constante

Dx: Pterigión interno O. D.

Operación: Reseccción de Pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 1-VII-70

Fecha de Egreso: 9-VII-70

Caso No. 4

Fecha de Ingreso: 1-VII-70

R. M. 70130

Nombre: L. N. M.

Edad: 25 años

Ocupación: Maestro de Educ. Primaria

Origen: República de Honduras

Historia Clínica: Refiere irritación constante, prurito, lagrimeo y presencia de carnosidad en ojo derecho de 1 año de evolución.

Dx: Pterigión interno O. D.

Operación: Resección de pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 1-VII-70

Fecha de Egreso: 9-VII-70

Caso No. 5

Fecha de Ingreso: 6-VII-70

R. M. 71736

Nombre: E. B. v. de R.

Edad: 51 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Depto. Quiché

Historia Clínica: Existencia de carnosidad en ojo derecho de 1 año de evolución. Hace 1 mes apareció enrojecimiento y lagrimeo constante en el mismo ojo.

Dx: Pterigión interno O. D.

Operación: Resección de pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 6-VII-70

Fecha de Egreso: 13-VII-70

Caso No. 6

Fecha de Ingreso: 13-VII-70

R. M. 72561

Nombre: D. T. G.

Edad: 68 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Depto. del Progreso

Historia Clínica: Hace 2 años notó presencia de carnosidad en ángulo interno de ojo derecho. En la actualidad hay prurito, enrojecimiento y lagrimeo eventual.

Dx: Pterigión interno O. D.

Operación: Resección de pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 13-VII-70

Fecha de Egreso: 20-VII-70

Caso No. 7

Fecha de Ingreso: 27-VII-70

R. M. 73033

Edad: 35 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Esta Capital

Historia Clínica: Hace dos años se le inició formación de car-
noidad en ángulo interno de ambos ojos.
Ahora refiere enrojecimiento, irritación y pru-
rito con más intensidad en el ojo izquierdo

Dx: Pterigión interno en A. O.

Operación: Resección de pterigión interno O. I.

Fecha de Operación: 27-VII-70

Fecha de Egreso: 3-VIII-70

Caso No. 8

Fecha de Ingreso: 27-VIII-70

R. M. 72561

Nombre: M. L. A.

Edad: 60 años

Ocupación: Agricultor

Origen: Depto. de San Marcos

Historia Clínica: Desde hace 5 años presenta carnosidad en
ambos ojos que últimamente ha crecido rá-
pidamente produciéndole lagrimeo y enro-
jecimiento mayor en O.D.

Dx: Pterigión Gigante interno O.D.

Operación: Resección de pterigión Gigante O. D.

Fecha de Operación: 27-VII-70

Fecha de Egreso: 3-VIII-70

Caso No. 9

Fecha de Ingreso: 17-VIII-70

R. M. 71927

Nombre: M. V. A.

Edad: 38 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Depto. de Jalapa

Historia Clínica: Refiere que hace 1 año se inició formación de
carnoidad en ojo derecho que posteriormente
se enrojeció produciéndole ardor, prurito y la-
grimeo.

Dx: Pterigión interno O. D.

Operación: Resección de Pterigión interno O. D.

Fecha de Operación: 17-VIII-70

Fecha de Egreso: 25-VIII-70

Caso No. 10

Fecha de ingreso: 24-VIII-70

R. M. 73927

Nombre: V. E. H.

Edad: 35 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Origen: Depto. de Cuilapa

Historia Clínica: Hace 2 años que presenta irritación, escozor, lagrimeo y formación de carnosidad en ángulo interno de ojo izquierdo; las molestias se han exacerbado en los últimos 2 meses

Dx: Pterigión interno O. I.

Operación: Resección de Pterigión interno O. I.

Fecha de Operación: 24-VIII-70

Fecha de Egreso: 1-IX-70

DISCUSION

Con la técnica operatoria propuesta, se insiste en tres hechos fundamentales.

1) Sección y eliminación de la cabeza del pterigión.

2) Debridación y limpieza del area operatoria.

3) Recubrimiento conjuntival.

Se particulariza la eliminación de la cabeza del pterigión, porque se ha encontrado con cierta frecuencia alteraciones epiteliales y ocasionalmente condiciones neoplásicas en el mismo sector. Con respecto a la debridación y limpieza, ya se ha explicado anteriormente éste detalle.

El recubrimiento conjuntival "siembra" tejido sano sobre la región intervenida, y es lógico que ésta manera de "proteger" la esclera tiene la ventaja de una autoplastia.

En las técnicas anteriores: Mc. Reynolds, Celcius etc., no se insiste sobre lo anterior por lo cual creemos que las recidivas podrían ser más frecuentes.

SUMARIO

Para la elaboración del siguiente trabajo, fueron realizadas diez operaciones de resección de pterigión en la Sala de Oftalmología de mujeres del Hospital General "San Juan de Dios", y diez casos más en el "Instituto Rodolfo Robles", bajo la supervisión de los Drs. Wellington Amaya y Carlos Enrique Alvarez respectivamente.

Estos procedimientos operatorios, fueron efectuados con la técnica anteriormente expuesta. Haciendo énfasis en la limpieza "minuciosa" sub-conjuntival, considerando que la causa principal de "recidiva" del pterigión estriba específicamente en la mala debridación de restos y adherencias de la región intervenida.

Las fases más importantes del acto quirúrgico se exponen en éste trabajo representadas en un estudio fotográfico tomado durante la ejecución del mismo.

Se realizó investigación anatomopatológica de la sección de conjuntiva proliferada extraída en los diferentes pacientes sometidos al procedimiento quirúrgico, para hacer un análisis histológico de la estructura verdadera del pterigión.

Descripción completa de la técnica operatoria usada, así como instrumental y material de sutura.

Enumeración de casos clínicos de los pacientes utilizados para el desarrollo del presente trabajo.

CONCLUSIONES

- 1o. El objeto principal es extirpar el pterigión en las mejores condiciones quirúrgicas.
- 2o. La limpieza y debridación de la región intervenida es fundamental para evitar en lo posible las recidivas.

- 3o. El recubrimiento conjuntival con tejido sano del area quirúrgica, proporciona mayor probabilidad de éxito post-operatorio.
- 4o. Es necesario el uso de suturas apropiadas para lesionar mínimamente los delicados tejidos oculares.
- 5o. Es aconsejable cubrir ambos ojos para evitar la movilización "en yunta" de ambos ojos.
- 6o. Debe observarse con períodos de cuarenta y ocho horas la región intervenida y hacer la cura local indicada.
- 7o. A partir de la primera curación local puede cubrirse únicamente el ojo intervenido.
- 8o. Dejamos constancia que es únicamente una contribución al tratamiento del pterigión, y no la resolución del problema.
- 9o. El estudio anatomo-patológico realizado reveló: que la estructura histológica del pterigión es tejido conectivo vascularizado con cambios degenerativos actínicos, fibrosis y reacción inflamatoria crónica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Amaya. A. Wellington. Guatemala, Hospital General. Técnica operatoria modificada. Comunicación Personal. 1970.
- 2) Arruga H. Cirugía de la conjuntiva. En su: Cirugía Ocular. Barcelona, Salvat Eds. 1963. pp 301-336.
- 3) Beltranena Valladares, Fernando. Estado Actual del Tratamiento del Pterigión. Tesis, Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1957. 16 p.
- 4) Guatemala, Hospital General San Juan de Dios. Archivos, Junio Agosto 1970.
- 5) Guatemala, Instituto Rofolfo Robles. Archivos, Junio Agosto 1970.
- 6) Pérez Lloarca J. Patología de la conjuntiva. En su: Elementos de oftalmología. 2a. Ed. Madrid, Alhambra, 1965. pp 86-106.
- 7) Testut. L y A. Latarjet. Tratado de anatomía humana, III: Meninges, sistema nervioso periférico, órganos de los sentidos. 9a. ed. Barcelona, Salvat Eds., 1954. pp 583-762.

Vo. Bo.

Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria

Br. Ricardo Enrique Aguilera Díaz

Dr. Wellington Amaya Abod
Asesor

Dr. Carlos Enrique Alvarez
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de la Fase

Dr. Carlos A. Benhard
Secretario

Vo.Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano