

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

PRÓTESIS OCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Por:

Dra. Adelfa López de Castro Alonso¹, Dra. Mariluz González Hernández² y Dra. María Rosa Cabrera Obregón³

1. Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica.

Descriptor DeCS:
OJO ARTIFICIAL

Subject headings:
EYE, ARTIFICIAL

Las destrucciones de tejidos por enfermedades o agentes físicos han ido encontrando adecuada respuesta en la moderna cirugía reconstructiva, y dentro de ella surge el desarrollo de la prótesis máxilo-facial, encaminada a la rehabilitación morfofuncional y estética del sistema estomatognático y al restablecimiento de la salud general del individuo^{1,2}.

Las prótesis buco-máxilo-faciales se clasifican de acuerdo con el tipo de defecto que sustituyan, y dentro de ellas, las más frecuentes son las prótesis oculares, las cuales constituyen una sustitución artificial para el bulbo del ojo o globo ocular.

Los defectos oculares pueden originarse debido a causas traumáticas, oncológicas o neoplásicas, y la primera es la más frecuente³.

No existe procedimiento quirúrgico rehabilitador para el reemplazo del globo ocular; por lo tanto, siempre será necesario recurrir al tratamiento protésico, por medio de prótesis oculares comerciales o por prótesis oculares individuales⁴.

Precisamente, el objetivo de nuestro trabajo es presentar la rehabilitación de un paciente con prótesis individual, y comentar las ventajas que este tipo de tratamiento ofrece sobre la convencional.

Presentación del paciente

Paciente SAG de 26 años de edad, femenina, de la raza blanca, ama de casa y de adecuado estado general; acude a la consulta de la Clínica de Rehabilitación Buco-Máxilo-Facial de Santa Clara por pérdida del globo ocular derecho, ocasionado por un trauma hace aproximadamente 14 años, que evolucionó desfavorablemente hasta la decisión de su evisceración (Fig 1). La primera conducta fue colocarle prótesis ocular comercial, que fue necesario sustituir varias veces.



Fig 1 Paciente con ausencia del globo ocular.

Al realizar el examen físico se observó la cavidad ocular grande, párpados normotónicos y móviles, recubiertos por mucosa ligeramente hipercoloreada y presencia de secreción. El ojo izquierdo no presentaba signos patológicos, y el resto del rostro se encontró aparentemente simétrico y agradable.

En el método de rehabilitación se consideró:

1. Confección de Historia Clínica.

2. Valoración en consulta multidisciplinaria:

a) Oftalmológica: Se diagnosticó conjuntivitis bacteriana, la cual se trata con antibióticos.

b) Rehabilitatoria: Confección de prótesis ocular individual:

- Toma de la impresión de la cavidad ocular con alginato, utilizando la técnica de jeringuilla y cubeta ocular.
- Vaciado de la impresión con yeso piedra.
- Obtención de la almendra de cera.
- Prueba de la prótesis en cera y centralización del iris previamente seleccionado.
- Enflascado, empaquetado, rebajado y pulido de la prótesis.
- Instalación, recomendaciones del uso, cuidados e higiene.
- Control inmediato a los siete días.

El resultado estético fue favorable, valorado tanto por el equipo de trabajo, como por la paciente (Fig 2).



Fig 2 Paciente rehabilitada.

Este tipo de prótesis (individual), con respecto a la comercial, consta además de las siguientes ventajas:

- Adaptación mucho más precisa, lo cual confiere cierto grado de movilidad, en coordinación con el ojo sano y previene deformidades futuras de la cavidad ocular.
- Mejor apoyo para los párpados, que se traduce en un mejor efecto estético.

Comentario

La prótesis buco-máximo-facial encuentra en este tipo de rehabilitación las mayores posibilidades de éxito, sobre todo desde el punto de vista estético, porque este es un tipo de prótesis que queda contenida dentro de la cavidad, protegida por los párpados, los que le brindan retención suficiente como para no necesitar ningún tipo de fijación externa. Se exhibe poco material en sentido general, los que pueden reproducir con bastante exactitud la anatomía del ojo; ello redundará en una rápida reinscripción del paciente a la comunidad, y en el mejoramiento de su calidad de vida^{5,6}.

Referencias bibliográficas

1. Jahrlig RC. Essential in fitting ocular prostheses for complex congenital and acquire anomalies. J Am Omtom Assoc 1998;69(6):275-357.
2. Piif C. Body image: a patient's perspective. Br J Theatre Nurs 1998;8(1):3-9.
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades y daños a la salud. En: La salud en las Américas vol. 1. Washington: OPS; 1998. p. 185-7.
4. Vicent AI, Webbmc BL, Gallic BL, Heon E. Conformista de prótesis: un paso hacia la rehabilitación mejorada de enucleated en niños. Clin Exp Opthol 2000;30(1):58-9.
5. D' Urso PS. TFH. Custom cranioplasty using stereo lithography and acrylic. B J Plast Surg 2000;53(3):200-4.
6. Cabrera Obregón MR, Moya de Armas JM. Nueva esperanza. Rev Informac Cient Tecnol 2002; 7(1):35-8.