

HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL PTERIGIÓN

Por:

Dra. María Elena Rangel Hernández<sup>1</sup>, Dra. Teresa de los Ángeles Casanova Rodríguez<sup>2</sup> y Dra. María Elena Artilles Monteagudo<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: [mariara@hamc.vcl.sld.cu](mailto:mariara@hamc.vcl.sld.cu)
2. Especialista de II Grado en Oftalmología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM- VC. e-mail: [teresacr@capiro.vcl.sld.cu](mailto:teresacr@capiro.vcl.sld.cu)
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Especialista de II Grado en Oftalmología. Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. UCM-VC. e-mail: [mariartiles@yahoo.es](mailto:mariartiles@yahoo.es)

**Descriptor DeCS:**  
PTERIGION/cirugía

**Subject headings:**  
PTERYGIUM/surgery

La pinguécula y el pterigión son dos lesiones conjuntivales compuestas por material hialino acelular, cubierto por epitelio conjuntival y degeneración pseudoelástica. El pterigión invade la córnea, y se observa una intensa actividad fibroblástica en su vértice, con destrucción de la membrana de Bowman corneal. La localización es en la conjuntiva bulbar, cerca del limbo corneal<sup>1,2</sup>.

En un primer estadio, el pterigión aparece como una formación pequeña que invade unos pocos milímetros del limbo corneal; en su crecimiento posterior, puede afectar el eje visual debido a la extensión de tejido fibrovascular; en el vértice del pterigión se puede observar una masa de material gelatinoso, con un depósito de pigmento férrico en la córnea, enfrente de la cabeza del pterigión (línea de Stocker), su aparición indica cronicidad. Esta línea no aparece en caso de que el pterigión tenga un crecimiento rápido<sup>1</sup>. Existen diversas hipótesis sobre su origen: una de ellas alude a defectos de lágrima, que explicarían su mayor frecuencia en climas secos y calurosos; otra asocia su aparición a la exposición continuada a la luz ultravioleta, aunque se han sugerido teorías que demuestran su causa multifactorial<sup>1,3</sup>.

Algunos autores lo relacionan con diversas profesiones, como: labradores, albañiles, marineros, choferes, entre otras. Actualmente se le da cierta importancia a los antecedentes inmunoalérgicos; su incidencia y recidiva es mayor en países tropicales, por lo que se considera que influyen los factores climáticos. Muchos autores plantean que el pterigión puede ser agravado por microtraumas y procesos inflamatorios crónicos<sup>3</sup>.

El pterigión puede ser congénito o adquirido; la exposición a la luz y la reflexión desnaturaliza las proteínas, posiblemente en la membrana de Bowman y en el estroma superficial. Todo esto provoca alteraciones visuales, no solo por la invasión de la curvatura corneal, que altera su transparencia en el nivel del área pupilar, sino por el astigmatismo irregular que produce, y que

ocasiona, además, irritación conjuntival, molestias oculares y deformidad estética para el paciente<sup>3</sup>. Puede causar molestias oculares si se inflama, y producir sensación de cuerpo extraño<sup>2</sup>.

El cuadro clínico se caracteriza por episodios de ojo rojo, con sensación de cuerpo extraño, puede dar lugar a la aparición de astigmatismo; en los casos más agresivos, puede aparecer simblefaron, que dificulta la motilidad ocular y provoca diplopía<sup>1</sup>.

Respecto al tratamiento del pterigión, múltiples han sido los intentos terapéuticos ensayados, sin que se alcance éxito definitivo; se han aplicado diversas técnicas quirúrgicas, como la simple exéresis, dejando un triángulo de esclera desnuda, la aplicación de betaterapia y el autotrasplante conjuntival<sup>3</sup>. Además, otros tipos de estudios han determinado diversas terapéuticas encaminadas principalmente a evitar la recidiva; entre ellas, láser excímer, esteroides, gotas de tiotepa, betarradiación y, por último, los antimetabolitos, como la mitomicina C, tanto de forma intraoperatoria como en colirio<sup>4</sup>.

El tratamiento quirúrgico está indicado si se afecta la visión, en casos de irritación conjuntival importante y continuada, o en pacientes que presentan restricción de la motilidad ocular debida a las adhesiones creadas entre la conjuntiva bulbar y palpebral<sup>1</sup>. La autoplastia conjuntival es un procedimiento muy popularizado recientemente, que disminuye la recurrencia en diversos porcentajes, según diferentes estudios realizados<sup>3</sup>.

Es una técnica factible de realizar, por lo que hemos consultado la literatura sobre este tema y comparamos los resultados de dos técnicas quirúrgicas en el tratamiento del pterigión. Se realizó un estudio en 60 pacientes que presentaban pterigión: en 30 de ellos se empleó una técnica convencional, y en el otro grupo, de igual número, se realizó la autoplastia o autoinjerto conjuntival, para comparar los resultados postoperatorios, con el objetivo de tener criterios más definidos en cuanto a la elección de una técnica quirúrgica para los pacientes afectados de pterigión primario.

En relación con los grupos de edades fue frecuente el comprendido entre los 20 y 40 años de edad, y presentó un mayor porcentaje en el sexo masculino; el 85 % de ellos tenían factores de riesgo asociados, como el trabajar en zonas expuestas al sol; existieron mejores resultados en la evolución postoperatoria en los que se utilizó el autoimplante o autoinjerto, pues hubo mínimas complicaciones asociadas, menor índice de recidivas, y en este sentido, algunos autores plantean que con la técnica de la autoplastia han observado una disminución de su porcentaje al 5 %. En la literatura consultada fueron evaluados con igual grupo de edades en la segunda década de vida<sup>3</sup>.

Otros autores, como el Dr. Federico Serrano, en la Clínica Barraquer de Bogotá, Colombia, plantea que la técnica quirúrgica de resección de pterigión con plastia libre de conjuntiva bulbar superior, tomada desde el limbo, es una excelente alternativa para el tratamiento de esta afección, tanto para casos primarios como recidivados, con baja incidencia de recidivas y otras complicaciones asociadas, aspectos en los cuales parece presentar una amplia ventaja sobre procedimientos alternativos, como el uso de antimetabolitos tópicos o de la betaterapia. Asimismo, se confirma que los principales factores de riesgo para la recidiva del pterigión son la exposición solar y la aparición temprana en pacientes menores de 40 años<sup>5</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de acceso a la atención oftálmica hace que millones de personas estén privadas de la visión. La Operación Milagro nació de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA), gracias a Cuba y a Venezuela. Su objetivo es devolverle la vista a quienes sufren cataratas, pterigión y otras afecciones. Gracias a la Operación Milagro, han recuperado la visión 1 003 288 pacientes de 31 países de América Latina y el Caribe, Asia y África; este programa oftalmológico de cooperación humanitaria es completamente gratuito. Quienes agradecen el milagro de volver a ver han sido operados en centros oftalmológicos, y se espera llegar a seis millones de operaciones para el año 2016<sup>6</sup>.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Ibáñez-Hernández MA, Ramos-Espinoza K. Cirugía de pterigión: membrana amniótica vs autoinjerto de conjuntiva. Rev Mex Oftalmol. 2006 Ene-Feb;80(1):9-11.
2. González-Treviño JL, García-Guerrero J, Villarreal-Méndez G, Cantú Rodríguez OC. Cambio del estadio progresivo a estacionario en el pterigión con la inyección intracorpórea de bevacizumab. Rev Mex Oftalmol. 2008 Mar-Abr;82(2):75-8.

3. Díaz Alfonso LR, Machado HE, García Álvarez H, Alegre Núñez J. Estudio comparativo de 2 técnicas quirúrgicas para la cirugía del pterigión primario. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Hospital Universitario Clínico quirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Rev Cubana Oftalmol. 2000;13(2):84-92.
4. Pérez Silguero MA, Herrera Piñero R, Ayala Barroso E, Castellano Solanes J, Abreu Reyes P. Resultados en el tratamiento del Pterigión con Mitomicina C a dosis bajas. Arch Soc Esp Oftalmol [serie en Internet]. 1999 Feb [citado 22 Mar 2009];74(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/seo/archivos/articulo.php?idSolicitud=469&numR=2&mesR=2&anioR=1999&idR=18&SEO=767ea4da277dffecba316b6650cf00dc>
5. Rojas-Álvarez E. Cirugía del Pterigion: una historia que aún no termina. Arch Soc Esp Oftalmol. 2008;83(5):333-4.
6. Pérez Guerra A. Operación Milagro en Chile. Ver para creer. El Habanero [3 Mayo 2008] Disponible en: [http://www.elhabanero.cubaweb.cu/2008/mayo/nro2243-may08/inter\\_08may161.html](http://www.elhabanero.cubaweb.cu/2008/mayo/nro2243-may08/inter_08may161.html)

Recibido: 23 de febrero de 2009

Aprobado: 27 de marzo de 2009