

## 7.- PTERIGIÓN

### **CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ACUERDO AL CIE 10:** Pterigiión: H11.0

El término Pterigiión deriva del Griego “pterigium” diminutivo de pterux, ala. Es una zona de crecimiento triangular de tejido conjuntival bulbar fibrovascular degenerativo que cruza el limbo e invade la cornea. Se presenta en el área de la fisura interpalpebral, nasal y temporal. Siendo la primera la más frecuentemente afectada, suelen ser bilaterales y asimétricos.

A menudo es precedido y acompañado por la presencia de una pingüecula.

Se desconoce por qué, algunos pacientes desarrollan un pterigiión mientras que otros tienen solamente una pingüecula, sin que esta evolucione. Sin embargo, la prevalencia de pterigiión aumenta en zonas próximas al ecuador.

Por lo que, al parecer, el principal factor para su desarrollo es la exposición a rayos ultravioleta y se ha documentado una fuerte relación causal. La controversia respecto a la etiología, patogénesis y tratamiento aún continúan.

Histológicamente es similar a la pingüecula, sin embargo, en el pterigiión los cambios histopatológicos consisten en la degeneración elástica del colágeno y la aparición de tejido fibrovascular subconjuntival que se extiende desde la conjuntiva hasta invadir la córnea periférica, con penetración y destrucción de la membrana de Bowman, por crecimiento fibrovascular con presencia de cambios inflamatorios moderados. El epitelio, puede variar en grosor y presentar disqueratosis.

Clínicamente, el pterigiión inicia con pequeñas opacidades conjuntivales, grisáceas cercanas al limbo nasal (localización más frecuente), la conjuntiva crece por encima de ellas y progresivamente invade la córnea en forma triangular. Es en esta etapa cuando se puede hacer visible un depósito de hierro (línea de Stoker) en el epitelio corneal, por delante de la cabeza de avance del pterigiión.

### **CLASIFICACIÓN:**

Según la extensión:

- Grado I: No llega al limbo.
- Grado II: Invade la córnea.
- Grado III: Llega al borde pupilar.
- Grado IV: Rebasa borde pupilar.

En este punto la sintomatología, implica irritación crónica (enrojecimiento), astigmatismo inducido, disrupción de la película lagrimal corneal, con el consecuente adelgazamiento de ésta (Dellen) y cuadros de inflamación localizada e intermitentes.

El tratamiento médico, tiene poco valor como terapia única y a menudo es esencial asociarlo a la resección quirúrgica del mismo. Pulsos cortos de esteroides tópicos suelen ser de utilidad para cuadros de inflamación aguda, así como el uso de lubricantes para mejorar la película lagrimal y con ello evitar adelgazamientos corneales y mayor invasión del pterigiión.

Indicaciones de resección quirúrgica:

- Interferencia del eje visual
- Astigmatismo importante
- Inflamación crónica
- Limitación de movimiento
- Cosmético

La resección quirúrgica, está indicada por cosmesis, irritación constante o invasión del eje visual. Aun cuando diversas técnicas quirúrgicas y métodos adyuvantes se han desarrollado, la cirugía de pterigión se ve complicada por la alta tasa de recidivas (rango del 5 al 60%), las cuales suelen ser más graves que la lesión primaria.

Actualmente, la técnica quirúrgica con trasplante de superficie ocular, ofrece amplios beneficios para el tratamiento del pterigión primario y recidivante. Hoy día se prefiere el injerto libre de conjuntiva bulbar, como tratamiento de elección, logrando con ello disminuir la incidencia de recidiva a menos del 5%.

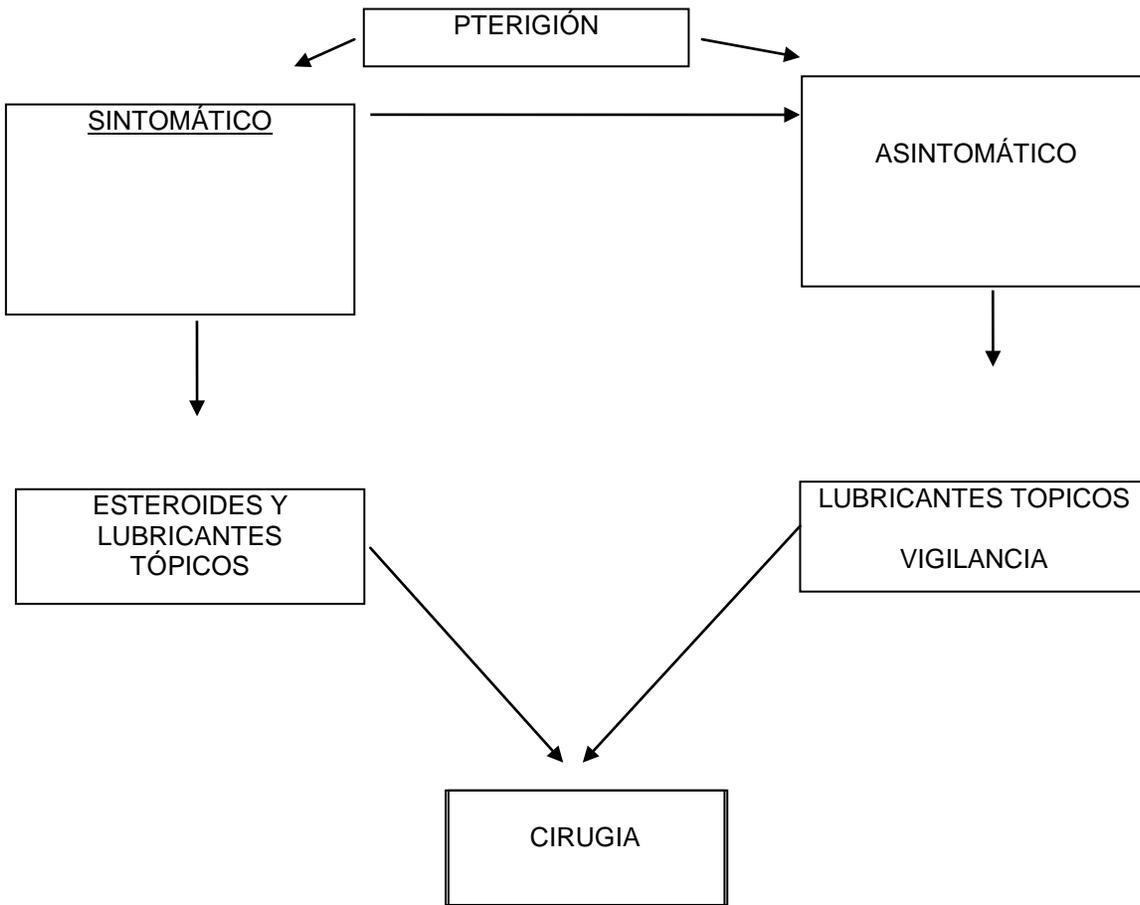
Recidiva

- Células residuales
- Respuesta cicatrizal exagerada
- Pérdida irrecuperable de limbo ocasionando conjuntivalización
- Modulación inadecuada de la inflamación postqx
- Generalmente primeros 2 meses

La invasión de fibroblastos, debe ser quirúrgicamente detenida empleando una técnica lo más cuidadosa posible, atendiendo a cuatro principios básicos: evitar la pérdida de tejido corneal, excisión del tejido subconjuntival en una área mayor que la ocupada por el pterigión, recubrimiento de la esclera expuesta con un injerto de conjuntiva absolutamente libre de tejido subconjuntival y preservación de una zona de esclera descubierta de 2 mm contigua al limbo corneoescleral.

Las complicaciones que se pueden presentar por el procedimiento quirúrgico:

- Simbléfaron
- Escleromalacia
- Endoftalmitis
- Quistes epiteliales
- Dehiscencia de sutura
- Granuloma piógeno
- Dellen
- Necrosis del injerto
- Infección
- Perforación



**BIBLIOGRAFIA**

1. Kansky JJ: Oftalmología Clínica, Barcelona, España: Ediciones Doyma; 5º ed.; 2004.
2. Jaros PA, deluise VP: Pinguecula and pterigium. *Surv Ophthalmol* 33:41-49, 1988.
3. Chandler JW, Sugar J, Edelhauser HF; *External Diseases: Cornea, conjunctiva, sclera, eyelids, lacrimal system*, London, England. Mosby; 1994.
4. Hampton Roy F. *Master Techniques in Ophthalmic Surgery*. USA: Williams & Wilkins; 1995.
5. Spalton DJ. *Atlas de Oftalmología Clínica*. Madrid, España. Mosby-Doyma Libros, 2ª ed. 1994.
6. Jay H. Krachmer, MD, Mark J. Mannis, MD, FACS and Edward J. Holland, MD. *Cornea*, 2nd Edition, Elsevier Mosby, Philadelphia 2005. Part IX, sección 1