

Autoavulsión espontánea de la cabeza de un pterigium

M. Jorge
P. Espallargas

Hospital General
de Castellón

Resumen

Presentamos el caso clínico de un paciente varón que acudió a urgencias por dolor ocular en su ojo derecho, que resultó ser consecuencia de la desinserción espontánea de un pterigium nasal primario de años de evolución en ese mismo ojo. La mejor alternativa terapéutica es discutible en estos pacientes porque existe muy poca literatura, ya que es sumamente infrecuente que se produzca una avulsión espontánea de la cabeza de un pterigium sin un antecedente traumático claro.

Resum

Presentem el cas clínic d'un pacient que va acudir a urgències per presentar dolor ocular a l'ull dret, que va resultar ser secundari a la desinserció espontània d'un pterigium nasal primari d'anys d'evolució en aquest mateix ull. La millor alternativa terapèutica és molt discutible en aquests pacients perquè existeix molt poca literatura al respecte, doncs és molt infreqüent que es produeixi una avulsió espontània del cap d'un pterigium sense que hi hagi un antecedent traumàtic clar.

Summary

Clinical case of a patient man who went to hospital because of ocular pain in the right eye, which ended being a consequence of a spontaneous desinsertion of a primary nasal pterygium with two years of evolution. The best therapeutic election is not clear for these patients due to the lack of literature, considering that it is very rare that a spontaneous desinsertion of the head of the pterygium occurs without a clear trauma injury.

Caso clínico

Paciente varón de 50 años que acude a nuestro servicio de urgencias por episodio de dolor ocular intenso de aparición súbita en OD de 6 horas de evolución. No refería antecedentes oftalmológicos ni sistémicos de interés.

Su agudeza visual fue de 10/10 en ambos ojos sin corrección. A la exploración biomicroscópica de su OD, presentaba un discreto gerontoxon, destacando la existencia de un pterigium nasal primario, con importante inyección conjuntival en superficie, así como una evidente desinserción de la cabeza del mismo. La córnea subyacente expuesta mostraba una desepitelización evidenciable mediante tinción con colirio de fluoresceína (Figuras 1 y 2).

Tras una historia más detallada, el paciente aseguró no haber recibido ningún tipo de traumatismo en



Figura 1.

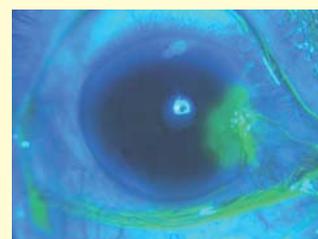


Figura 2.

Correspondencia:
Marta Jorge Vispo
Servicio de Oftalmología
Hospital General de
Castellón
Avda. Benicassim s/n
12004. Castellón
E-mail:
martajorgevispo@yahoo.es

OD. Refirió haber experimentado un intenso dolor de forma brusca y totalmente espontánea mientras veía la televisión.

Se decidió iniciar tratamiento con pomada epitelizante y colirio de cloramfenicol cada 8 horas a la espera de la resección del pterigium en los días próximos. Sin embargo, el paciente no acudió de nuevo a nuestra consulta, por requerir una intervención quirúrgica urgente tras episodio de sangrado intestinal esa misma semana.

El pterigium se localiza con mayor frecuencia en el sector nasal de la conjuntiva bulbar. Desde un punto de vista histopatológico se caracteriza por un crecimiento fibrovascular local invasivo del tejido conjuntival hacia la córnea¹.

Actualmente, un defecto focal limbar inducido por la radiación ultravioleta se considera el evento patogénico inicial en su desarrollo².

Se considera que las células madre limbares degeneradas migrarían hacia córnea, limbo y conjuntiva adyacente. La invasión corneal por parte del epitelio limbar degenerado iría seguida de los fibroblastos conjuntivales, degradando la membrana de Bowman y adoptando de esta forma la imagen clínica típica³.

El pterigium produce habitualmente una clínica de irritación, quemazón, fotofobia, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño. Sin embargo, en ocasiones con los pterigium que invaden la córnea más de 2-3 mm pueden aparecer auténticos astigmatismos inducidos, debido a una deformación estática de la curvatura corneal por el crecimiento de la cabeza^{1,4,5}.

En el caso que presentamos, ocurrió una autoavulsión espontánea de la cabeza de un pterigium. Existen muy pocos casos descritos en la literatura. De cualquier modo, este fenómeno sugeriría la existencia de fuerzas de tracción fibroblásticas muy importan-

tes que la córnea más superficial sería incapaz de resistir, originando un desprendimiento traccional del epitelio corneal⁶.

La técnica de la avulsión inducida de la cabeza del pterigium, fue propuesta por Zolli en 1974 como un método de queratectomía que permitía un mejor plano de disección y una epitelización más rápida en la cirugía del pterigium⁷. Nuestro paciente no ha vuelto a consulta hasta la fecha por lo que desconocemos su estado actual. La literatura habla de un pronóstico favorable en los pocos casos que existen descritos, con curación completa del defecto epitelial, quedando el pterigium residual confinado al limbo.

Bibliografía

1. Iradier MT. Cirugía del pterigión. Comunicación solicitada presentada en: *Congreso Nacional de la Sociedad Española de Oftalmología* 27-30; A Coruña.
2. Moran DJ, Hollows FC. Pterygium and ultraviolet radiation: a positive correlation. *Br J Ophthalmol* 1984;68:343-6.
3. Dushku N, Reid TW. Immunohistochemical evidence that human pterygia originate from an invasion of vimentin-expressing altered limbal epithelial basal cells. *Curr Eye Res* 1994;13:473-81.
4. Oldenburg JB, Garbus J, McDonnell JM, et al. Conjunctival pterygia. Mechanism of corneal topographic changes. *Cornea* 1990;9:200-4.
5. Amsler M. Pterygium causing corneal astigmatism. *Ophthalmologica* 1953;126:52-4.
6. Cook NJ, Dapling RB. Spontaneous resolution of pterygium by auto-avulsion. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1994;72:124-5.
7. Zolli CL. Experience with the avulsion technique in pterygium surgery. *Ann Ophthalmol* 1979;10:1569-76.