

# Protocolo de adaptación de una prótesis ocular

F. Peláez

Ocularista

## Resumen

Después de la pérdida de un globo ocular tenemos que sustituirlo por una prótesis ocular que deberá ser lo más parecida posible a su ojo adelfo para mejorar el aspecto tanto físico-estético como psicológico del paciente a fin que reinicie su vida socio-laboral con el mínimo trauma posible.

## Resum

Després de la pèrdua d'un globus ocular hem de substituir-l'ho per una pròtesis ocular que haurà de ser el més semblant possible al seu ull "adelfo" per a millorar l'aspecte tant físic-estètic com psicològic del pacient per tal que reiniciï la seva vida socio-laboral amb el mínim trauma possible.

## Summary

After the loss of an eyeball we have to substitute it with an ocular prosthesis which must be as alike as possible to the adelphos eye to improve both the physical- esthetical and psychological aspects of the patient allowing him to restart his social- working life with the least trauma possible.

## Introducción

El objetivo de este artículo es un acercamiento al mundo protésico ocular y está dirigido tanto para el médico oftalmólogo como al generalista así como a otros profesionales de la sanidad.

Las prótesis oculares están destinadas a cubrir la cavidad anoftálmica u otras anomalías relacionadas con el ojo, colocadas en dicha cavidad y sujetadas por los párpados superior e inferior.

Están fabricadas con polimetil-metacrilato (PMMA) que ofrecen ante las de vidrio una serie de ventajas como pueden ser: mayor resistencia a traumatismos directos (y por lo tanto, menor riesgo de rotura) y mayor resistencia también a los cambios bruscos de temperatura. Otra de las grandes ventajas es que la posibilidad de modificar la prótesis (agregar o reducir material) según nos interesa, sin necesidad de

realizar una de nueva. El aspecto estético también es mejor, pues el iris se pinta a mano de manera que buscamos una copia lo más exacta posible al ojo contralateral.

Es un trabajo de pura artesanía en la que intervienen al 50% la técnica y la expresión artística.

## Cuando adaptar una prótesis ocular

Se puede adaptar una prótesis ocular (Figura 1) cuando se dan los siguientes casos:

- Enucleación.
- Evisceración.
- Ptisis Bulbi.
- Exanteraciones.

Correspondencia:  
Francisco Peláez Martín  
Centro Protésico Ocular  
Multiópticas Florit  
Diputación, 262  
08007 Barcelona

- Microftalmos.
- Quemaduras.
- Etc.

## Protocolo de adaptación de una prótesis ocular

### Filiación

Se tomarán los datos personales del paciente, como pueden ser: nombre, dirección, edad, teléfono, profesión...

### Anamnesis

Ya en la sala de adaptación se debe empezar la anamnesis que puede incluir la siguiente información:

- Remitido por...
- Antecedentes personales...
- Antecedentes familiares...
- Motivo de la pérdida del globo ocular.
- Alergias...
- Aceptación psicológica...
- Intervención quirúrgica/Ptisis bulbi...
- Ojo contralateral...
- Estado órbita: cavidad anoftálmica, fórnix, párpados, entropión, etc.

En función de lo que veamos en la entrevista haremos una valoración psicológica del paciente e intentaremos que todo el proceso sea lo menos traumático posible para él y las personas cercanas.

### Adaptación de la prótesis

Ésta se puede dividir en dos fases:

#### Valoración de la prótesis a adaptar

Después de valorar todo lo expuesto anteriormente buscamos en la caja de pruebas un conformador o prótesis previamente adecuada en la cual observaremos todos los detalles como la apertura palpebral, centrado, movilidad... una vez escogida la prótesis idónea, pasamos a perfeccionar el molde de la prótesis a realizar.

Existen tres técnicas de adaptación:

- Técnica de impresión con elastómero de silicona por condensación o alginato.



Figura 1.

- Técnica empírica con cera rosa.
- Mixta: combinación de ambas.

Después de realizar el molde exacto pasamos a los datos de medidas: centrado, radio corneal, diámetro y color del iris, diámetro de pupila (a tener en cuenta las condiciones fotópicas y escotópicas), color de la esclera, vascularización, así como casos particulares; como pterigion, arco senil, pigmentos, etc.

Mientras realizamos las pruebas oportunas hablamos con el paciente explicando lo que realizamos y contestando todas sus preguntas. Es importante que se sienta cómodo y seguro. Le enseñaremos con el espejo y con fotografías-vídeo en TV la imagen facial-ocular, escuchando sus objeciones.

### Adaptación

Si se trata de un primer caso ¿cuándo debemos adaptar la prótesis ocular tras una enucleación o evisceración?

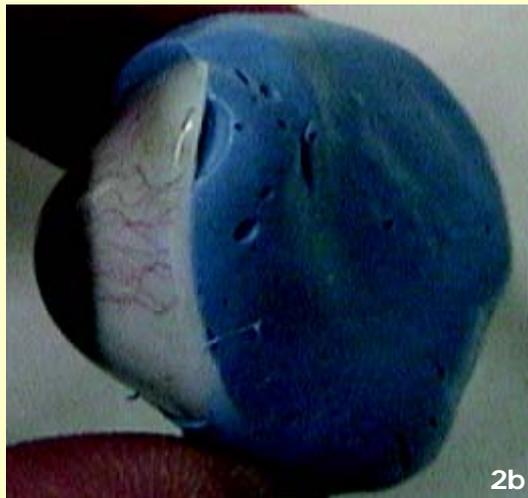
Lo ideal sería la colocación de un conformador postquirúrgico que es aconsejable para disminuir el riesgo de simblefarón, evitar la retracción conjuntival, aliviar las molestias por roces de los puntos de sutura y mejorar la adaptación protésica en el gabinete.

Dependiendo del grado de inflamación la adaptación normal será entre 15 a 20 días y de 7 a 10 si no usa conformador. En este último caso adaptaremos una cascarilla provisional a modo de conformador. Después de 10 días aproximadamente tomaremos los datos y medidas, mientras fabricamos la prótesis continuará con la cascarilla o prótesis provisional para que se sienta estéticamente mejor.

*Figura 2.*

*Figura 3.*

*Figura 4.*



Al cabo de unos días entregaremos su prótesis siempre que ésta sea aceptable, pues hay que tener en cuenta que durante este espacio de tiempo puede

haber cambiado la morfología de su órbita. Aprovecharemos el cambio de prótesis para mejorar, si cabe, los datos.



Figura 5.

Si hemos repetido la prótesis la entregaremos con un cierto período de tiempo; aclarando sus dudas y quedando para próximas revisiones, que por norma general y dependiendo del caso, será: de uno, tres, seis meses y finalmente, cada año.

El cambio de prótesis deberá ser aproximadamente cada tres años por las variaciones producidas en la órbita así como en el deterioro de la prótesis.

### **Manipulación**

Enseñaremos la colocación y extracción así como todo lo referente a la higiene tanto de la prótesis como de la cavidad anoftálmica. La limpieza de la prótesis se realizará frotándola con jabón desengra-

sante neutro y seguidamente aclarándola con agua, quedando prohibido alcoholes o productos agresivos, los lavados de la órbita se realizan bajo irrigación a presión con suero fisiológico para la extracción de los fluidos acumulados. La periodicidad con la que se tiene que realizar la higiene de forma generalizada y dependiendo del paciente será aproximadamente cada 15 días.

### **Técnicas de adaptación**

#### **Técnica molde por impresión**

Consiste en rellenar la cavidad anoftálmica con material de impresión que puede ser de alginato o

Figura 6.



elastómero de silicona por condensación que junto a un conformador o prótesis de prueba nos dará la impresión de la cavidad así como el volumen de la próte-

sis a fabricar, este método es idóneo para el centraje de la hendidura a realizar en la cara posterior de la prótesis con implante de vástago de titanio (Figura 2).

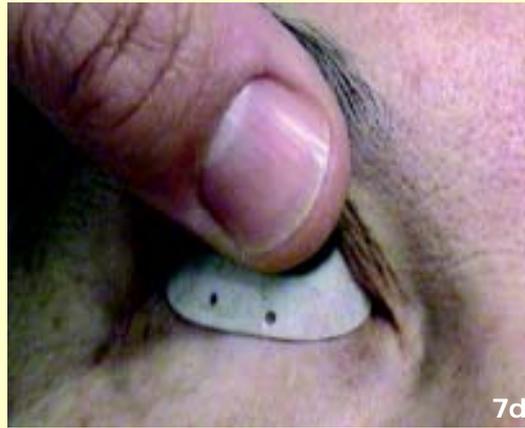
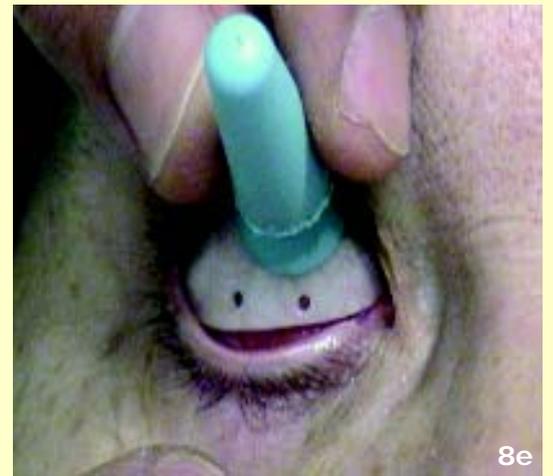


Figura 7.



Figura 8.



### **Técnica empírica**

Se realiza a base de ir moldeando una prótesis de prueba previamente adecuada con cera rosa (Figura 3).

### **Técnica mixta**

Es la combinación de ambas técnicas (Figura 4).

## **Colocación y extracción de prótesis**

Existen ventosas y varillas que nos ayudarán en la extracción y colocación de la prótesis.

### **Colocación**

La primera norma es saber la posición de la prótesis; la parte superior y/o nasal. Con el dedo índice o pulgar de la mano izquierda levantar el párpado superior, con los dedos índice y pulgar de la mano derecha (si se es diestro), coger la prótesis por los lados nasal y temporal e introducirla por debajo del párpado superior, una vez alojada, soltar el párpado superior y bajar el párpado inferior y hacer un ligero movimiento para colocar la parte inferior de la prótesis.

- Sin ventosa (Figura 5).
- Con ventosa (Figura 6).

### **Extracción**

Para la extracción de la prótesis: posición de mirada superior, con la punta del dedo índice de la mano derecha bajar el párpado por la parte nasal a medida que deslizamos el dedo hacia la parte temporal presionando el párpado, al mismo tiempo que bajamos la mirada si no sale por sí sola la ayudaremos con el



dedo índice de la mano izquierda empujándola hacia abajo.

- Sin ventosa (Figura 7).
- Con ventosa (Figura 8).
- Con varilla (Figura 9).

## **Bibliografía**

- Laiseca Negro J, Laiseca Rodríguez D, Laiseca Rodríguez A, Laiseca Martínez J. *Prótesis oculares y cirugía de las cavidades*. Madrid: Editorial Hispanoamericana, 1991.
- Grande Baos C. *Cirugía mutilante del globo ocular*. Madrid: AJL S.A, 1998.
- Laiseca Rodríguez MD. Estudio estadístico de las causas de pérdida del globo ocular. Lab.Chibret. *Arch Soc Esp Oftalmol* 1986;50:547-53.
- Toledano Fernández N, Prada Sánchez MC. *Manejo de la cavidad anoftálmica*. AJL Ophthalmic S.A.
- López-Sánchez E, España Grégori E, Roda Marzal V, Bueno I, Francés Muñoz E, Menezo JL. Estudio microbiológico de la conjuntiva en portadores de prótesis esclero-corneales. *Archivos de la sociedad española de oftalmología* 2001;11.