

Recubrimiento con membrana amniótica y adhesivo biológico tras exéresis de gran tamaño de un nevus conjuntival

E. Esteve
J. Torres
C. Esmerado

Servicio
de Oftalmología
Hospital de Viladecans
Barcelona

Resumen

El uso de la membrana amniótica está cada vez más aceptado y presenta un amplio abanico de indicaciones en la cirugía ocular.

Presentamos un caso en el que, por motivos estéticos, utilizamos este tejido como recubrimiento tras la exéresis de un nevus conjuntival usando un adhesivo biológico como sutura. Con los márgenes de resección, la zona a cubrir tenía un tamaño de más de un cuadrante, por ello decidimos emplear la membrana amniótica en vez de la propia conjuntiva del paciente.

Describimos con detalle la maniobra quirúrgica particular y sus buenos resultados estéticos y funcionales.

Resum

L'ús de la membrana amniòtica està cada vegada més acceptat i presenta un ampli ventall d'indicacions en cirurgia ocular.

Presentem un cas en el que, per motius estètics, utilitzem aquest teixit com a recobriment posterior a l'exèresi d'un nevus conjuntival mitjançant un adhesiu biològic com a sutura. Amb els marges de ressecció la zona per cobrir tenia un tamany superior a un quadrant, per tant vam decidir usar la membrana amniòtica enlloc de la pròpia conjuntiva del pacient.

Es descriu amb detall la maniobra quirúrgica particular i els seus bons resultats estètics i funcionals.

Summary

The use of amniotic membrane is increasingly accepted and has a wide range of indications in ocular surgery.

We report a case of a patient with a conjunctival nevus. For esthetic reasons, we used amniotic membrane as a patch after the excision, fixed with fibrin glue instead of sutures. Including resection margin, the size of the wound we wanted to cover was too large. So we decided to use amniotic membrane instead the own conjunctiva of the patient.

We describe with details the surgical procedure in order to show the excellent results functionally and esthetically.

Introducción

Los nevus conjuntivales son un tipo de lesiones pigmentadas del tejido conjuntival y uno de los tumores benignos más frecuentes de la superficie ocular¹⁻³.

Son de origen neuroectodérmico y raramente malignizan. No obstante, en el tratamiento de los

nevus conjuntivales, en general se prefiere la total extirpación quirúrgica de la lesión sospechosa a la observación prolongada, sobre todo si hay un crecimiento, aumento de vascularización, fijación a esclera, inflamación persistente o por motivos estéticos^{4,5}. En los casos juveniles se clasifican aparte y existe una mayor dificultad para diferenciarlos de las lesiones premalignas^{3,6,7}.

E-mail:
elisabetesteveariasol@
yahoo.es

Tras la extirpación quirúrgica no suele ser necesario ningún tipo de recubrimiento si el nevus es pequeño. En el caso de que sea medio o grande se suele recubrir con la propia conjuntiva del paciente. No obstante, muchas veces el resultado estético puede no ser el esperado por una excesiva fibrosis de la conjuntiva que dificultaría posibles cirugías futuras (trabeculectomías, estrabismos, vitrectomías, etc.).

Para disminuir la inflamación y mejorar la cicatrización se puede usar la membrana amniótica como recubrimiento o injerto en la escisión de los nevus de medio o gran tamaño^{3,8}.

La membrana amniótica tiene varios usos dentro de la cirugía ocular. En 1940, Roth y Sorsby la utilizaron por primera vez en casos de causticaciones oculares severas⁹. No existen más publicaciones sobre este tema hasta que a finales de la década de 1990 resurgió con Tseng, Kim y Tsubota¹⁰.

Entre sus propiedades podemos encontrar que facilita la epitelización, inhibe la fibrosis, disminuye la cicatrización y la inflamación, mantiene el fenotipo epitelial del tejido subyacente, disminuye la neovascularización, limita el crecimiento bacteriano y tiene muy escasa inmunogenicidad.

Presentamos el caso de un varón adolescente que acudió a nuestro servicio por un crecimiento importante y un aumento de pigmentación de forma irregular de pocos meses de evolución de un nevus conjuntival temporal paralimbar en el ojo derecho.

Maniobra quirúrgica

Se describe la técnica personal de exéresis de un nevus conjuntival de aspecto sospechoso de atipia celular debido a un crecimiento rápido e irregular (Figura 1), y el posterior recubrimiento con membrana amniótica sin suturas de la resección final.

En primer lugar, se procede a la exéresis del nevus conjuntival teniendo en cuenta unos márgenes de resección superiores a 2 mm (tamaño total del tejido a escindir superior a un cuadrante) mediante unas tijeras de disección de Wescott (Figura 2).

A continuación, tras limpiar bien el lecho de la herida, se procede a preparar el parche de membrana amniótica que viene congelada. Mediante suero templado se descongela, y se despega de la base de papel a la que viene adherida por su cara estromal (Figuras 3 y 4).



Figura 1.



Figura 3.



Figura 2.



Figura 4.

Se coloca sobre la zona a cubrir, con dicha cara estromal hacia abajo, para determinar el tamaño de tejido necesario (Figura 5). Posteriormente se levanta la membrana amniótica para exponer la superficie (estroma) que irá en contacto con la base de la herida sobre la que se deja caer una gota de uno de los dos compuestos del adhesivo biológico. A posteriori, se coloca una gota del segundo compuesto del adhesivo en el lecho de la herida (Figura 6). Al unirse ambas superficies se ponen en contacto los dos diferentes compuestos del pegamento, y las dos superficies se adhieren de forma casi inmediata. Por ello, tras aplicar el adhesivo, se debe ser muy rápido al colocar la membrana amniótica sobre la herida que se quiere cubrir.

Es muy importante que el recubrimiento de membrana quede bien estirado y sin restos de sangre en la interfase para evitar una adhesión insuficiente. Para ello se puede usar un gancho de estrabismo, con la que se aplana cuidadosamente (Figura 7). Se comprueba su movilidad con una hemosteta y si el tejido

se mueve o cede en algún punto se puede reforzar con puntos sueltos de nailon de 10/0.

Una vez bien adherida la membrana amniótica al lecho conjuntival se procede a recortar el tejido sobrante (Figura 8). El aspecto postoperatorio inmediato se muestra en la Figura 9.

La membrana se reabsorbe totalmente en 3 o 4 semanas, con un excelente resultado estético y funcional. Las Figuras 10-12 muestran la evolución postoperatoria a la semana y al mes de la cirugía, ya totalmente curado.

La anatomía patológica determinó que se trataba de un nevus conjuntival de tipo mixto sin atipia celular.

Conclusión

El recubrimiento conjuntival sigue siendo la opción más utilizada en la exéresis de lesiones pigmentadas



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.

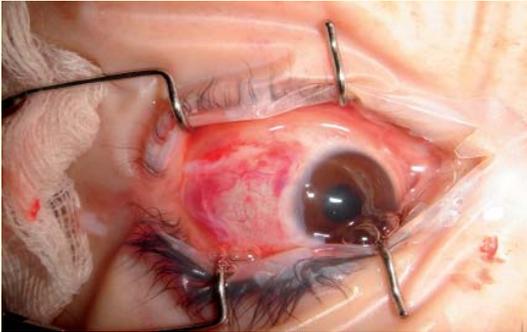


Figura 9.



Figura 10.

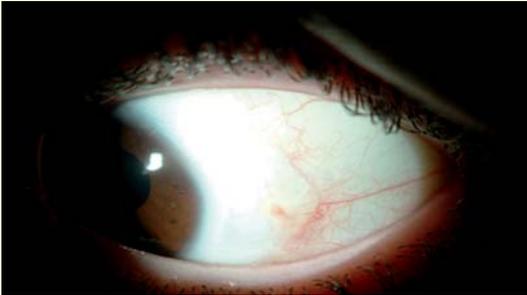


Figura 11.

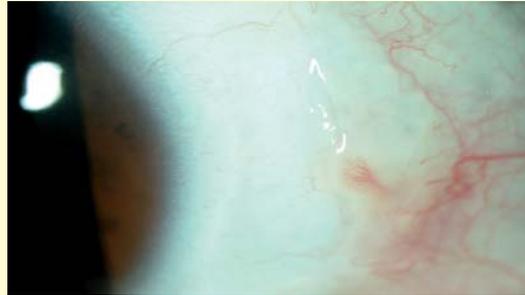


Figura 12.

conjuntivales grandes. Pero si se prevén futuras cirugías, existe un componente de inflamación aumentada o simplemente por estética, el uso de la membrana amniótica como recubrimiento mediante un adhesivo biológico es sencillo y eficaz, de fácil obtención y con un gran resultado estético y funcional final.

Bibliografía

1. Novais GA, Fernandes BF, Belfort RN, Castiglione E, Cheema DP, Burnier MN Jr. Incidence of melanocytic lesions of the conjunctiva in a review of 10675 ophthalmic specimens. *Int J Surg Pathol* 2008;Jul 8.
2. Furdova A, Pesko K, Strmen P, Kobzova M. Conjunctival nevus and melanoma. *Bratisl Lek Listy* 2007;108:287-91.
3. Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ. *Cornea: Surgery of the cornea and conjunctiva*. London, 2005.
4. Holbach LM, Pogorelov P, Kruse FE. Differential diagnosis and treatment options for conjunctival tumors. *Ophthalmologe* 2007;104:521-38.
5. Amoli FA, Heidari AB. Survey of 447 patients with conjunctival neoplastic lesions in Farabi Eye Hospital, Tehran, Iran. *Ophthalmic Epidemiol* 2006;13:275-9.
6. Thiagalingam S, Johnson MM, Colby KA, Zembowicz A. Juvenile conjunctival nevus: clinicopathologic analysis of 33 cases. *Am J Surg Pathol* 2008;32:399-406.
7. Lommatzsch PK, Willerding G, Nenning H, Taubert G. Inflammatory juvenile conjunctival nevus. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2007;224:422-6.
8. Tomita M, Goto H, Muramatsu R, Usui M. Treatment of large conjunctival nevus by resection and reconstruction using amniotic membrane. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2006;244:761-4. Epub 2005 Nov 29.
9. Dua HS, Gomes JA, King AJ, Maharajan VS. The amniotic membrane in ophthalmology. *Surv Ophthalmol* 2004;49:51-77.
10. Tseng SC. Amniotic membrane transplantation for ocular surface reconstruction. *Biosci Rep* 2001;21:481-9.