

Cicatriz elongada

Stretched scar

A. García Ortega, L. Fernández Estruch, R. Pascual Egea, FJ. Montañez Campos,
P. Pereira Nogueira, A. Castanera de Molina

Annals d'Oftalmologia 2025;33(4):240-242
doi: 10.18176/annalsoftal.0029

Resumen

Se describe el procedimiento quirúrgico para corregir estrabismos residuales o consecutivos causados por cicatrices elongadas. Consiste en la disección e identificación de la cicatriz y su escisión completa, restaurando la unión entre músculo y esclera.

Palabras clave: Cirugía de estrabismo. Estrabismo mecánico. Estrabismo no comitante. Cicatriz elongada.

Resum

Es descriu el procediment quirúrgic per a la correcció d'estrabismes residuals o consecutius causats per cicatrius elongades. Consisteix en la dissecció i correcta identificació de la cicatriu i la seva escissió completa restaurant la unió entre múscul i esclera.

Paraules clau: Cirurgia d'estrabisme. Estrabisme mecànic. Estrabisme no comitent. Cicatriu elongada.

Abstract

We describe the surgical technique for the correction of residual or consecutive strabismus secondary to a stretched scar. The procedure involves dissection and correct identification of the scar, followed by its complete excision to restore the union between muscle and sclera.

Key words: Strabismus surgery. Mechanical strabismus. Non-comitant strabismus. Stretched scar.

3.4. Cicatriz elongada

Stretched scar

**A. García Ortega¹, L. Fernández Estruch¹, R. Pascual Egea¹, FJ. Montañez Campos¹,
P. Pereira Nogueira¹, A. Castanera de Molina²**

¹Hospital Universitari Son Espases. Palma. Illes Balears. ²Instituto Balear de Oftalmología (IBO)-Miranza. Palma. Illes Balears.

Correspondencia:

Alberto García Ortega

E-mail: alberto.garcia@ssib.es

Introducción

La cicatriz elongada, descrita por Ludwig en su tesis de 1999, es una de las patologías a tener en cuenta en el diagnóstico etiológico de un estrabismo consecutivo o residual de aparición subaguda o de larga evolución.

Antes de operar un músculo virgen, es recomendable realizar la exploración intraquirúrgica de cualquier músculo intervenido anteriormente, si este es susceptible de haber causado o empeorado

el estrabismo por una elongación de la cicatriz que une músculo y esclera, especialmente si se desconoce lo que sucedió en la cirugía previa y aunque la limitación de la ducción en su campo de acción sea leve.

Abordaje quirúrgico

En el vídeo 1 se muestra cómo proceder ante esta complicación. Es útil empezar con una peritomía conjuntival amplia vía limbo,



Vídeo 1.

Cicatriz elongada.
A. García Ortega, L. Fernández Estruch,
R. Pascual Egea, FJ. Montañez Campos,
P. Pereira Nogueira, A. Castanera de
Molina.

disecando con cuidado las posibles áreas de fibrosis y adherencias hasta identificar el músculo. Traccionada la cicatriz elongada, esta presenta un aspecto perlado con fibras que se disponen paralelas entre la esclera y el músculo, sin embargo, una vez resecada adquiere un aspecto desorganizado. En ocasiones, la visualización de la línea de interfase que separa la cicatriz del músculo por el lado orbitario puede ser complicada, sobre todo en casos donde el tejido fibrovascular poscirugía es abundante. Es de utilidad visualizar la cara bulbar del músculo, ya que la interfase cicatriz-músculo es más clara.

Se recomienda colocar una sutura previa de poliglactina de 6/0 a nivel de la inserción de la cicatriz en la esclera, para poder manipular en bloque la cicatriz y el músculo con más seguridad; esto permite poder visualizar la cara bulbar con garantía. Una vez identificada la interfase cicatriz-músculo, se sutura el músculo 2 mm por detrás de la interfase, nuevamente con poliglactina de 6/0, con delicadeza, ya que esperamos un músculo contracturado, acortado y friable. Es importante además eliminar cualquier resto de la *fascia bulbi* para prevenir recurrencias. Posteriormente

se reseca la cicatriz en su totalidad y se sutura el músculo en la inserción originalmente prevista, o si la desviación prequirúrgica lo requiere, en un punto más adelantado.

Aunque se ha propuesto la utilización de suturas no absorbibles para prevenir o tratar las cicatrices elongadas, esta técnica no forma parte de nuestra práctica habitual. En caso de tener que tratar una cicatriz elongada en un paciente con una enfermedad de base (inflamatoria o del colágeno) o después de una recurrencia de la cicatriz, nos plantearíamos la utilización de suturas de poliéster de 6/0 para la sutura del músculo a la esclera.

Bibliografía recomendada

1. Ludwig IH. Scar remodeling after strabismus surgery. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1999;97:583-651.
2. Farid MF, Mahmoud MR, Awwad MA. Management of stretched scar-induced secondary strabismus. *BMC Ophthalmol.* 2020;20(1):58.
3. Dubinsky-Pertzov B, Einan-Lifshitz A, Pras E, Hartstein ME, Morad Y. Routine use of non-absorbable sutures in bi-medial rectus recession as a measure to reduce the incidence of consecutive exotropia. *Eye.* 2022;36(9):1772-6.