

Marcado y retroceso conjuntival

Conjunctival marking and recession

A. Caballero Posadas, C. Miquel López

Annals d'Oftalmologia 2025;33(4):252-255
doi: 10.18176/annalsoftal.0032

Resumen

El manejo adecuado de la conjuntiva en la cirugía de estrabismo resulta esencial para prevenir restricciones posoperatorias. El marcaje con rotulador dermatográfico permite una incisión precisa y facilita la reposición del tejido. En casos con fibrosis o escasa elasticidad, el retroceso conjuntival puede ser necesario para liberar la restricción y optimizar el resultado quirúrgico.

Palabras clave: Marcado conjuntival. Restricción posoperatoria. Rotulador dermatográfico. Retroceso conjuntival.

Resum

Una manipulació adequada de la conjuntiva en la cirurgia d'estrabisme és essencial per prevenir restriccions postoperatòries. El marcaje amb retolador dermatogràfic permet una incisió precisa i facilita la reposició del teixit. En casos amb fibrosi o poca elasticitat, pot ser necessari el retrocés conjuntival per alliberar la restricció i optimitzar el resultat quirúrgic.

Paraules clau: Marcatge conjuntival. Restricció postoperatòria. Retolador dermatogràfic. Retrocés conjuntival.

Abstract

Proper management of the conjunctiva during strabismus surgery is crucial to prevent postoperative restrictions. Marking with a skin marker allows for precise incision and facilitates accurate tissue repositioning. In cases of fibrosis or poor elasticity, conjunctival recession may be necessary to release the restriction and improve the surgical outcome.

Key words: Conjunctival marking. Postoperative restrictions. Skin marker. Conjunctival recession.

4.1. Marcado y retroceso conjuntival

Conjunctival marking and recession

A. Caballero Posadas¹, C. Miquel López²

¹Clínica Vista Ircovisión. Murcia. ²Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Correspondencia:

Antonio Caballero Posadas

E-mail: doctorcaballero@estrabismo.es

Marcaje conjuntival en cirugía de estrabismo

La correcta manipulación y reposición de la conjuntiva es un aspecto fundamental en la cirugía del estrabismo, especialmente en reintervenciones o en casos de estrabismos de gran ángulo y larga evolución. Una reposición inadecuada puede dar lugar a restricciones posoperatorias y contribuir a hipocorrecciones quirúrgicas.

Fundamento del marcaje conjuntival

Para evitar complicaciones al reposicionar la conjuntiva, una técnica útil es el marcaje previo mediante rotulador dermatográfico. Este método, ampliamente utilizado en cirugía oculoplástica, permite realizar incisiones precisas y facilita la identificación y reposición adecuada de los bordes conjuntivales al término de la intervención. Aunque las marcas pueden atenuarse durante el procedimiento, la coloración violácea residual sobre la conjuntiva la distingue fácilmente de la cápsula de Tenon, lo cual ayuda a desenrollarla completamente y minimizar el riesgo de suturar accidentalmente el pliegue semilunar al limbo.

Técnica quirúrgica

El procedimiento (Vídeo 1) se inicia marcando el borde de la incisión conjuntival con rotulador dermatográfico. La disección

se lleva a cabo siguiendo esta marca. Para facilitar la reposición al finalizar la cirugía, puede marcarse también cada extremo del colgajo conjuntival, lo cual proporciona una clara referencia limbar y optimiza el campo quirúrgico.

Al terminar, es recomendable realizar una prueba de ducción forzada para comprobar que la conjuntiva no genera una restricción. En caso positivo, deben retirarse las suturas, limpiar posibles restos de cápsula de Tenon o grasa escleral, y recolocar la conjuntiva retroinsertándola tanto como sea necesario. Durante este paso, se debe mantener el ojo rotado en dirección opuesta a la zona retraída para valorar el grado de avance permitido (Figuras 1A y 1B).

Para evitar una nueva retracción posoperatoria, puede colocarse un punto de anclaje central a la esclera que fije la conjuntiva en la posición deseada y prevenga su cicatrización más adelantada, lo que podría generar una nueva restricción funcional.

Consideraciones especiales en reintervenciones y estrabismos restrictivos

En las reintervenciones, particularmente en la zona nasal, podemos hallar cicatrices engrosadas y un pliegue semilunar adelantado que generan una ducción forzada positiva (Figuras 2A y 2B). En estos casos, además del retroceso conjuntival, es necesario valorar la elasticidad residual de la cápsula de Tenon y disecar cuidado-



Vídeo 1.
Marcado y retroceso conjuntival.
A. Caballero.

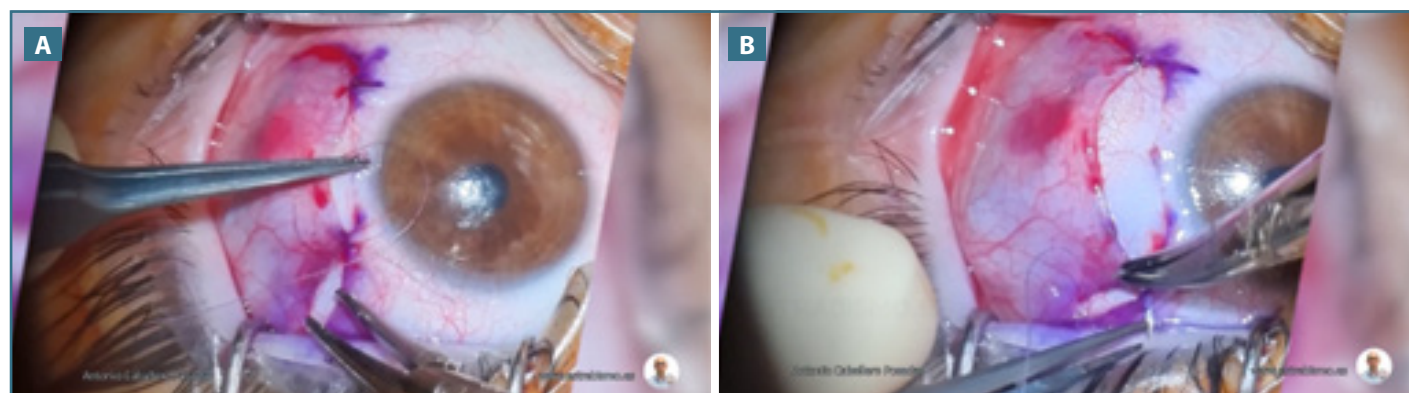


Figura 1. (A) Se aprecia restricción a la ducción forzada. **(B)** Se retrocede la conjuntiva lo necesario para eliminar la restricción.

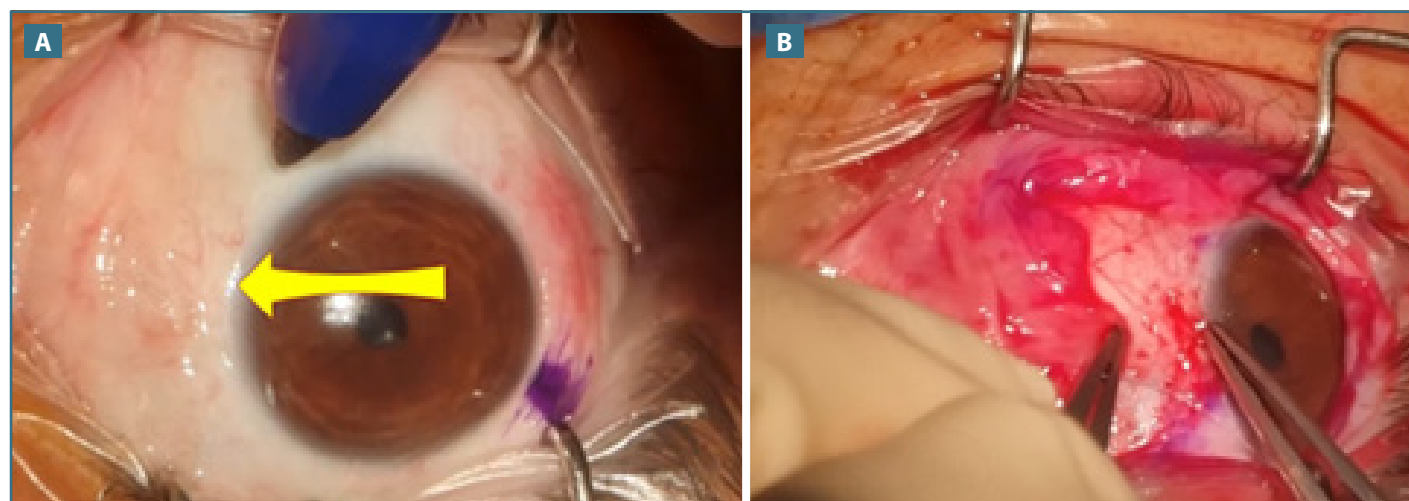


Figura 2. (A) Pliegue semilunar adelantado. **(B)** Punto de anclaje en la esclera para prevenir la cicatrización adelantada.

samente fibrosis, grasa o tejido cicatricial que puedan limitar la motilidad ocular. En grandes retrocesos conjuntivales, podemos utilizar membrana amniótica para cubrir la esclera, suturada a los bordes conjuntivales incisionales.

Incluso en ojos no operados previamente, pacientes con estrabismos de larga evolución pueden presentar una conjuntiva poco elástica y una cápsula de Tenon engrosada, que actúan como factores restrictivos. En estos casos también debe considerarse una

incisión limbar amplia y, si es necesario, retroinsertar la conjuntiva para evitar hipocorrecciones.

Bibliografía recomendada

1. Galán Terraza A, Visa Nasarre J, eds. *Estado actual del tratamiento del estrabismo*. Sociedad Española de Oftalmología; 2012. p. 111-8, 163-6.
2. Roth A, Speeg-Schatz C. *La chirurgie oculomotrice: Les données de base, les techniques chirurgicales, les stratégies opératoires*. París: Masson; 1995.