

Evisceración con colgajos esclerales independientes

M. Castany
J. Prat
MA. Arcediano
M. Sánchez-Gijón

Servei d'Oftalmologia
Ciutat Sanitària
i Universitària
de Bellvitge
L'Hospitalet
de Llobregat

Resumen

Se describe una técnica quirúrgica de evisceración con colgajos esclerales independientes entre sí y del nervio óptico. Esta técnica nos permite la colocación de implantes de 22 mm en cualquier tipo de cavidad escleral, incluso en casos de phtisis bulbi. No se ha encontrado ningún caso de exposición del implante.

Resum

Descripció d'una tècnica quirúrgica d'evisceració amb penjolls esclerals independents entre ells i del nervi òptic. Aquesta tècnica ens permet la col·locació d'implants orbitaris de 22 mm en qualsevol tipus de cavitat escleral, inclús en casos de phtisis bulbi. No s'ha trobat cap cas d'exposició de l'implant.

Summary

Description of an evisceration technique with two independents scleral flaps and with optic nerve release. This procedure allows placement of 22 mm orbital implant in any sized scleral shell, even in phtisical eyes. No implant exposure has been found.

El volumen medio del globo ocular es de 8 ml¹ y todo este volumen debemos reponerlo después de una evisceración con el fin de restaurar al máximo la anatomía de la órbita. El volumen mínimo necesario para fabricar una prótesis ocular externa de grosor suficiente para darle profundidad a la cámara anterior es de 1,5-2 ml, por lo tanto, el volumen del implante debe ser cercano a los 6 ml. La esfera de 22 mm de diámetro es la más adecuada pues proporciona 5,6 ml. El tamaño de la cavidad escleral después de la queratectomía sólo permite albergar un implante de 18 mm, y ocasionalmente de 20 mm, lo cual nos conduce irremediamente a una prótesis enoftálmica y un pliegue profundo en el párpado superior.

Se presenta una técnica de evisceración que permite colocar implantes grandes sea cual sea el tamaño de la cavidad escleral (*phtisis bulbi*). La técnica ha demostrado gran seguridad puesto que en las dos

series anteriormente presentadas no se han visto exposiciones^{2,3}.

La técnica quirúrgica es tal como sigue:

1. Bloqueo retrobulbar. Periotomía 360° perilímbica y disección subtenionana en cada cuadrante con tijera de Stevens. Queratectomía procurando no dejar restos conjuntivales adheridos a la esclerótica. Evisceración con cucharilla, aspiración del contenido y eventual cauterización de la arteria oftálmica o venas vorticosas.
2. Localización de los cuadrantes nasal inferior y temporal superior de manera que resulten dos mitades simétricas de esclerótica.
3. Corte anteroposterior en los dos cuadrantes citados hasta llegar a unos milímetros de nervio óptico. Conseguimos dos láminas esclerales de similar tamaño unidos en la parte posterior.

Correspondencia:
Joan Prat Bartomeu
Apartat de correos 156
08760 Martorell

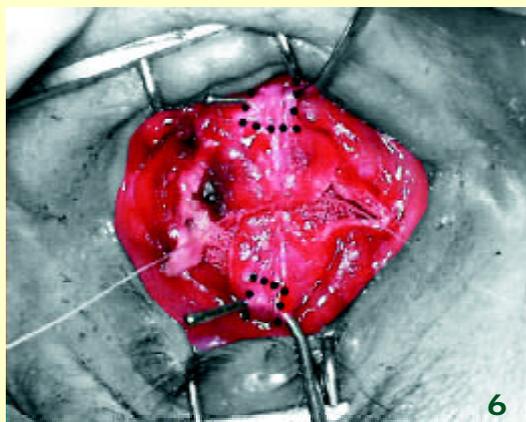
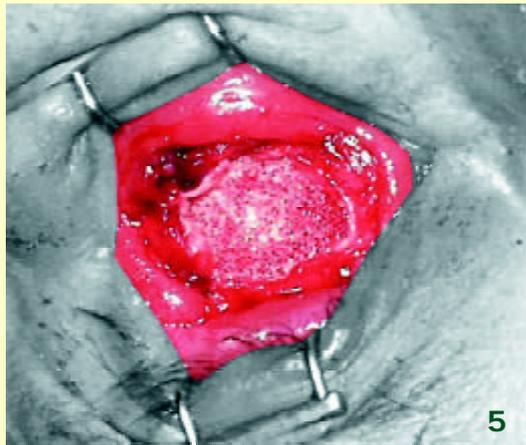
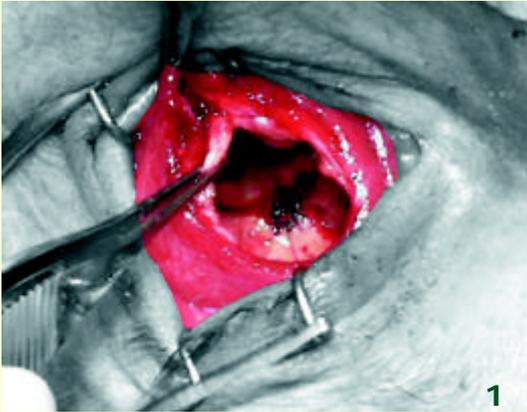


Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

Figura 4.

Figura 5.

Figura 6.

Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.



4. Se separan las dos láminas esclerales del nervio óptico cortando la esclerótica a su alrededor. Este paso proporciona dos colgajos independientes de esclerótica sólo sujetos a los músculos. El nervio queda aislado rodeado por una pequeña cantidad de esclerótica.
5. Elección del tipo de implante a colocar, bañándolo en gentamicina si es de polietileno o alumina. Introducción del implante con un inyector o bien envolviéndolo con dos cintas de plástico, especialmente en los de material poroso, para disminuir su adherencia a los tejidos. El ayudante separa y aguanta los dos colgajos de esclerótica para facilitar la entrada de la prótesis y evitar que nos quede la esclerótica por debajo de ésta.
6. Confrontación de los dos músculos verticales y sutura del primer punto en el centro. Se utiliza una sutura con doble aguja lentamente reabsorbible de 5/0.
7. Sutura continua hacia cada extremo anudándola sobre si misma lo más posteriormente posible. Los dos nudos laterales estarán lejos de las capas superficiales. Para facilitar la sutura se puede eliminar el fragmento de esclerótica demasiado angulado que hay en cada colgajo.
8. Disección entre la cápsula de Tenon y la conjuntiva hasta permitir la movilización suficiente de la primera. Cierre de la cápsula de Tenon con una sutura lentamente reabsorbible de 5/0.
9. Cierre de la conjuntiva con una sutura no reabsorbible de 5-6/0. Finalmente, se coloca un conformador y se inyecta metilprednisolona en el espacio subtenoniano inferior.

Bibliografía

1. Custer PL, Trinkaus KM. Volumetric determination of enucleation implant size. *Am J Ophthalmol* 1999;128 (4):489-94.
2. Prat J, Vidal V, Arruga J. Evisceration with two independent scleral flaps. Paper presented at: 17th Meeting of European Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery; September 16-18, 1999; Istanbul.
3. Massry GG, Holds JB. Evisceration with scleral modification. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2001;17 (1):42-7.