

Trabajo del Centro de Cirugía Plástica del M. de S. P.

LA ENUCLEACION DEL OJO EN NUESTROS DIAS (*)

Dr. Raúl Rodríguez Barrios

La Enucleación en nuestros días.

Con relativa frecuencia en la práctica oftalmológica y quirúrgica en general, se encuentra el cirujano frente a la necesidad de enuclear un ojo. Las causas que obligan a ello son múltiples, algunas son de indicación absoluta e imperativa, otras son electivas y no urgentes y finalmente otras sólo son de orden estético.

Cualquiera que sea la causa que nos obliga a enuclear un ojo, es evidente que debemos tratar de dejar al paciente en las mejores condiciones posibles, por lo menos desde el punto de vista de su apariencia exterior, ya que funcionalmente ello nos está vedado.

Durante muchos años la cirugía se limitaba a hacer la enucleación simple extirpando el ojo afectado y teniendo como única preocupación el conservar la cantidad suficiente de conjuntiva como para permitir el uso de una prótesis. Si bien en muchos casos con este tipo de operación se obtienen excelentes resultados estéticos, en su gran mayoría el ojo artificial no se desplaza conjuntamente con el otro de modo que el defecto es completamente visible. Es por esto que se han buscado distintos medios de modificar esta operación para obtener una movilidad, en el ojo artificial, similar a la del ojo sano.

Se han realizado para ello, implantes de cuerpos extraños en cápsulas de Tenon empleando para hacerlo esferas de oro o material plástico, trozos de cartílago o de hueso, obtenido del mismo enfermo, injertos de grasa, etc.

Todos estos procedimientos permiten llegar a resultados, a

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 11 de mayo de 1949.

veces, bastantes satisfactorios pero nunca la movilidad del ojo es perfecta. Ello se debe a dos causas: 1º) los músculos no se fijan en el implante y por lo tanto les falta el apoyo para actuar correctamente y 2º) se utiliza la conjuntiva para cubrir la zona que normalmente está cubierta por la córnea, disminuyendo por esto la profundidad de los fondos de sacos conjuntivales.

En los últimos años motivado, especialmente, por la intensa práctica desarrollada en la segunda guerra mundial, se han ideado una serie de procedimientos con el objeto de subsanar este inconveniente.

Han sido, sobre todo, los trabajos de Ruedemann y Cutler, en los Estados Unidos, que han alcanzado un más elevado nivel de perfeccionamiento.

Cutler, en sus primeras comunicaciones, propuso emplear implantes de material plástico con una parte central ahuecada, donde se hundía la conjuntiva quedando al cicatrizar, una depresión en el centro, en la cual se calzaba un perno ajustado a la cara posterior de la prótesis. De este modo la movilidad era mayor, porque el ojo de vidrio se adaptaba más firmemente al implante y no se deslizaba sobre él, como sucede en las esferas de oro y material plástico.

Esta técnica se ha usado mucho en las diversas partes del mundo y muchos autores tienen modelos especiales de implantes y prótesis. Sin embargo, los resultados no eran perfectos, por lo cual últimamente se usan implantes con anillos o más recientemente los implantes con una red de tantalio.

No hemos encontrado descrito aún el procedimiento que usa actualmente Cutler, pero lo hemos visto utilizar en Estados Unidos y lo hemos aplicado en la práctica con buen resultado.

Creemos que es un método que necesariamente debe usarse en todas aquellas personas jóvenes a las cuales se les debe enuclear un ojo.

Describiremos el método:

El implante: Reproduce más o menos la forma del ojo en material plástico, constituido por una sola pieza, pero en su parte anterior, la que corresponde a la córnea, es plano y presenta allí un orificio de sección cuadrangular donde se introduce un perno.

El implante está recubierto por una red de tantalio. Además se fabrica el implante con un agregado en forma de lente cóncavo-convexo que reproduce el aspecto del ojo de vidrio y sostiene una saliente en su parte posterior que se introduce en el orificio central del implante.

Indicaciones: Este tipo de inclusión se puede utilizar en todos aquellos casos en que son necesarias las enucleaciones, y también se puede emplear, aunque los resultados no son tan seguros, en aquellas personas a las que se les haya sacado un ojo tiempo atrás.

Pre-operatorio: Si no se trata de un caso de urgencia el ideal es hacerlo con el ojo en las mejores condiciones posibles, libre de inflamación.

Anestesia: Lo hemos realizado con anestesia local, pero lo prolongado de la intervención y el dolor que se provoca al tirar de los músculos hace aconsejable el empleo de anestesia general.

Intervención: Se secciona la conjuntiva lo más cercanamente que sea posible al limbo, como en la enucleación clásica.

Con una tijera de puntas romas se disecciona la conjuntiva hasta los fondos de sacos.

Luego abordamos cada uno de los músculos rectos, seccionando primero la cápsula de Tenon a cada lado de aquéllos y cargamos el músculo con un gancho de estrabismo, pasando el hilo Nylon (Zitor), en su extremo.

Es preferible el hilo "000" de Nylon, pero nosotros lo practicamos con "catgut 000", "mild chromic", con aguja atraumática por no haber podido obtener el primero en nuestro medio.

Se seccionan los músculos bien al ras de la esclerótica y se corta el óptico, como habitualmente.

En la Figura 1 se ve como quedan los músculos y la cavidad que ocupaba el ojo.

Colocamos allí el implante (Fig. 2), con el perno en el hueco central para poder desplazarlo cómodamente y suturamos cada músculo recto en la parte media de la red de tantalium (Figs. 3 y 4). Fijados bien cada uno de los rectos, se sutura la cápsula de Tenon en un plano más adelante a la red de tantalium y finalmente la conjuntiva en la parte más anterior, de modo

que quede bordeando la parte blanca central del implante que quedará al descubierto (Fig. 5).

La Figura 6 nos muestra como queda el implante terminada la operación.

Se saca el perno central y se pone el molde similar al ojo artificial, cuidando que la pequeña elevación que tiene en su cara posterior, se introduzca en el hueco central del implante.

Vendaje compresivo.

Se deja el vendaje durante 3 días y al cabo de los cuales se cambia, dejándolo aproximadamente 8 días y luego de su transcurso, ya puede, el paciente, empezar a usar el ojo artificial.

Este será de material plástico y con un orificio posterior que permita colocar el perno. Será necesario adaptarlo bien.

Hemos obtenido un resultado bastante satisfactorio en el Sr. P. que fué necesario enuclear por un ojo atrófico rojo y doloroso.

Las fotografías adjuntas nos muestran la excursión de que es capaz el ojo artificial.

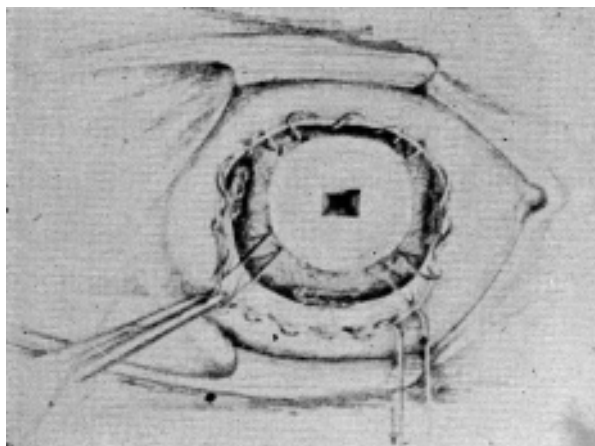


Fig. 1

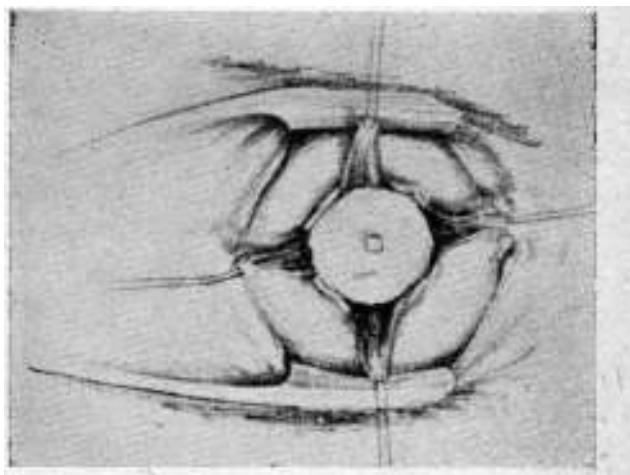


Fig. 2

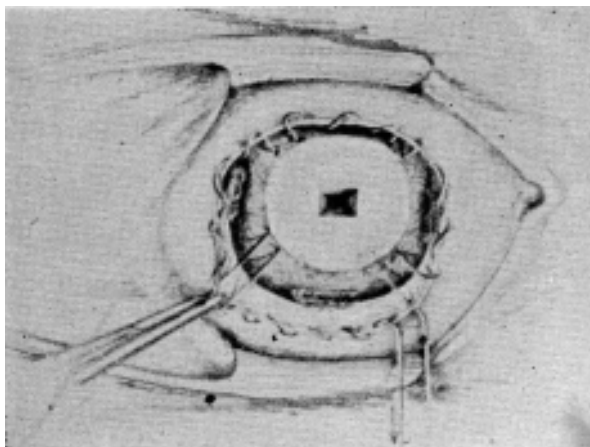


Fig. 3

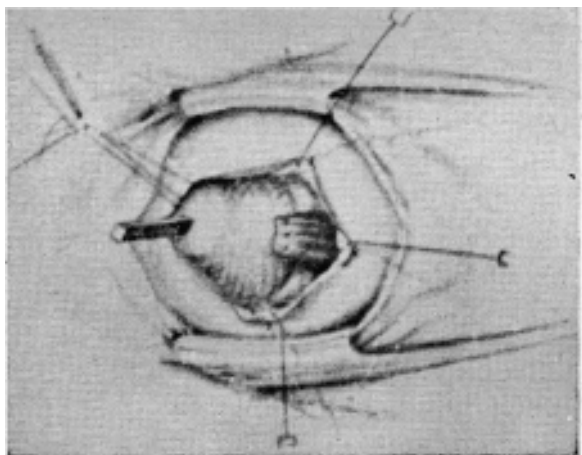


Fig. 4

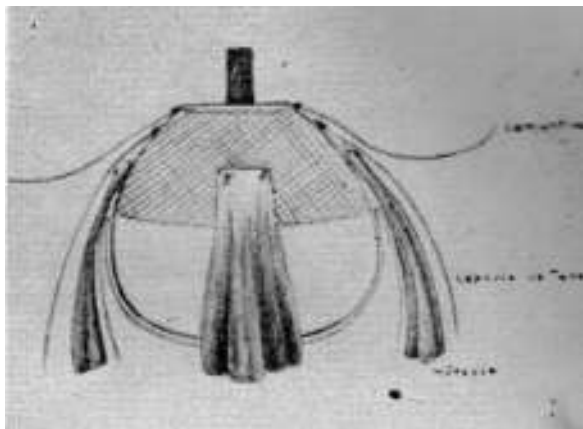


Fig. 5

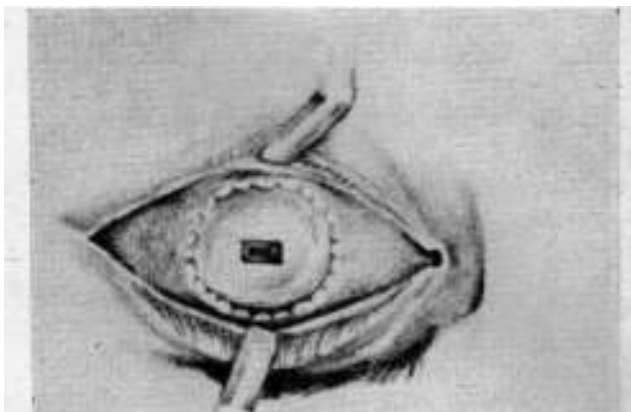


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11