

Pterigium

Presentación y manifestaciones clínicas

María Jesús Dargel Morales - Carmen Díaz Gandía - María Jesús Cuervo Cascos - Laura Mayo Antoranz - Javier de la Cruz Leiva

Estudiantes de Óptica y Optometría de la Universidad Complutense de Madrid

Se describe la patología del pterigium, su morfología, clasificación, histología, epidemiología, así como los principales factores de riesgo y tratamiento. Esta descripción va acompañada del caso clínico de una paciente intervenida en tres ocasiones de pterigium, en la que se observa recidiva en la zona nasal del ojo izquierdo, que ha sido tratada y seguida en la Clínica Universitaria de la Escuela de Óptica y Optometría de la Complutense de Madrid.

PALABRAS CLAVE

Pterigium, Pterigion, Pterigiión, uña, palmera.

INTRODUCCIÓN

El pterigium es una degeneración de conjuntiva de etiopatogenia desconocida. La definición clínica más común es la que lo describe como una proliferación fibrovascular de tejido conjuntival que crece desde conjuntiva bulbar y que accede al tejido transparente corneal a través del limbo.

Generalmente se presenta de forma triangular con su base localizada en la periferia y su ápex dirigido hacia la córnea. Su localización exacta en el globo ocular, de gran ayuda desde el punto de vista clínico, se sitúa dentro del área interpalpebral en el eje horizontal (Figura 1). Puede ser unilateral o bilateral, unipolar o bipolar.



Figura 1.

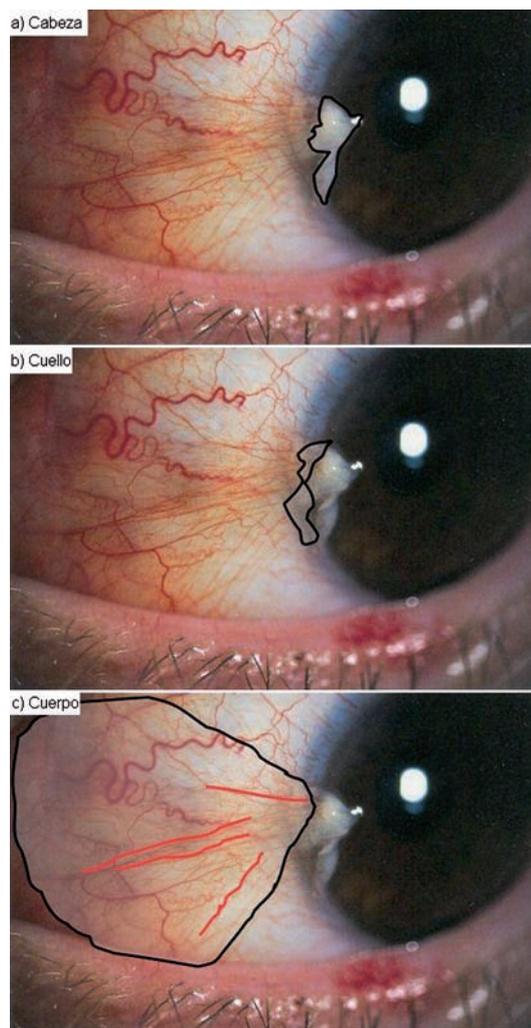
Morfología

En su observación con biomicroscopio se aprecian 3 áreas bien diferenciadas dentro de la lesión, que son: cabeza, cuello y cuerpo.

- La cabeza corresponde con el ápex de la lesión, es plana, grisácea y avascular (Figura 2a).
- El cuello de la lesión conecta la cabeza con el cuerpo. En él se hallan finos neovasos y vasos anastomósicos. (Figura 2b).
- El cuerpo es la zona de mayor extensión, que se sitúa sobre la conjuntiva bulbar. Presenta vasos nutricios que son rectos y radiales respecto al ápex (Figura 2c).

Histología

El análisis histológico de la lesión refleja la formación de un tejido de degeneración elastótica que avanza hacia la córnea, a modo de placa, provocando la colagenolisis del estroma periférico. A nivel superficial se pueden evidenciar áreas de hiperplasia epitelial así como zonas de atrofia del mismo, lo que explica el patrón de teñido positivo que se observa cuando se instila fluoresceína durante la exploración con lámpara de hendidura¹ (Figura 3).



Figuras 2a, 2b y 2c.



Factores de riesgo. Epidemiología

La prevalencia es mayor en países tropicales y subtropicales, ya que la radiación ultravioleta es el principal factor de riesgo. Así, mientras en climas templados avanza lentamente y rara vez causa problemas visuales, en climas tropicales y subtropicales representa una seria amenaza para la visión. Su aparición está también relacionada con otros factores tales como la sequedad ocular, la escasa humedad ambiental, evaporación rápida de la película lagrimal, tendencia familiar, ametropías y vientos, ya que producen microtraumatismos con partículas de polvo o hielo².

Si bien no hemos encontrado datos epidemiológicos actualizados de la población española, parece admitido que la prevalencia es mayor en países tropicales y subtropicales, dato que ayuda a suponer que, debido a la gran afluencia de población emigrante dentro de nuestro país, su incidencia se debe de haber visto incrementada notablemente en los últimos años.

Clasificación

La clasificación del pterigium se hace atendiendo a su morfología o a su actividad.

Según su morfología encontramos pterigium atrófico, pterigium carnoso y pterigium intermedio.

- El *atrófico* es aquel que permite ver los vasos episclerales que quedan bajo el cuerpo de la lesión (Figura 4)³.
- El *carnoso* es grueso y los vasos que hay por debajo de la lesión están totalmente escondidos bajo el cuerpo del pterigium (Figura 5)³.
- El *intermedio* presenta zonas de pterigium atrófico, donde se distinguen los vasos episclerales, y de carnoso, donde los vasos episclerales quedan escondidos bajo el cuerpo de la lesión (Figura 6)³.

Es el grado de vascularización del ápex y del cuello de la lesión el que diferencia

entre *pterigium activo* (Figura 7) e *inactivo* (Figura 8). Así, el *inactivo* presenta vasos fantasma o poco engrosados, la lesión tiene una apariencia blanquecina y es asintomático. Mientras que en el *activo* los vasos nutricios están muy dilatados y llegan al ápex, ya que la lesión está en pleno crecimiento. Es sintomático⁴.

TRATAMIENTO

Según las características de la lesión, el tratamiento es médico-optométrico o quirúrgico.

Las opciones para tratar las lesiones moderadas en las que la cirugía no es necesaria son la protección frente a la radiación ultravioleta y evitar agentes irritantes. También está demostrado que los colirios antiinflamatorios, sustitutos lagrimales y lubricantes alivian los síntomas.

Las indicaciones del tratamiento quirúrgico se dividen en *relativas* y *absolutas*.

Las *relativas* son aquellas en las que se trata de un problema estético, de inflamaciones periódicas pero muy sintomáticas o existe crecimiento documentado.

Y las *absolutas* son aquellas en las que el pterigium es grande y activo, limita la motilidad ocular o provoca alteraciones visuales, como astigmatismo y diplopía monocular causados por la tracción que

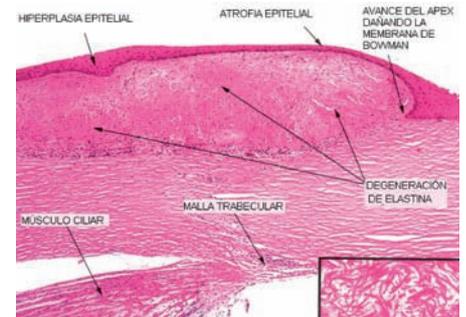


Figura 3.

la lesión ejerce sobre la córnea, o pérdida visual cuando el ápex alcanza el área pupilar³.

RECIDIVA

La recidiva es la complicación más común de la escisión del pterigium primario.

En casos leves y no inflamatorios el pterigium suele ser asintomático, mientras que en casos de recidiva la zona elevada produce lagrimeo reflejo, fotofobia, sensación de cuerpo extraño y ardor, síntomas que acaban siendo crónicos⁵.

El tiempo óptimo de seguimiento tras la cirugía de la lesión es de un año, ya que si se interrumpe dicho seguimiento prematuramente se puede pasar por alto la posibilidad de recidiva. Puesto que la recidiva aparece a los pocos meses de la cirugía, lo cual no se puede explicar

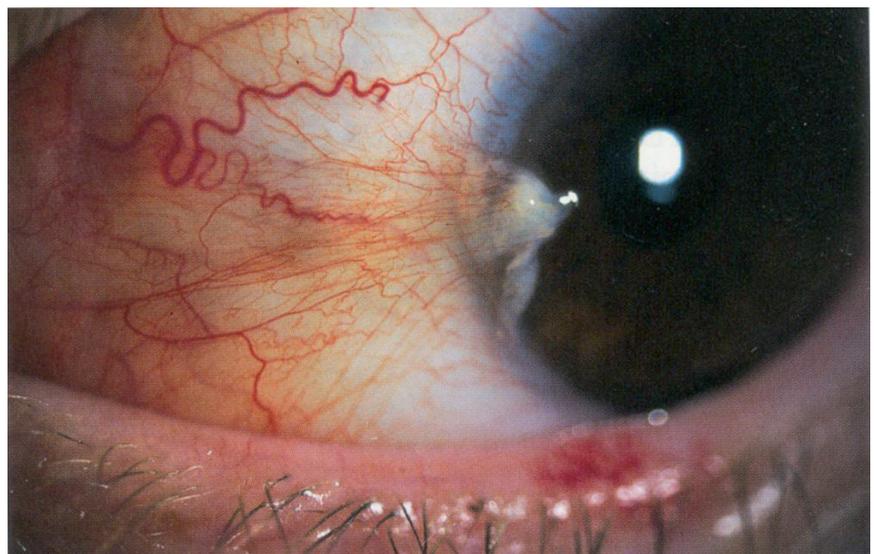


Figura 4.

con la simple exposición solar, se están proponiendo nuevas teorías³.

La técnica más usada actualmente y con la que se obtienen mejores resultados es la resección del pterigium y la cobertura del defecto con autoinjerto de conjuntiva o membrana amniótica. Y el tratamiento adjunto con 5 fluoruracil, mitomicina C y betairradiación, ya que minimizan la recidiva⁶.

CASO CLÍNICO

Mujer latino-americana de 43 años que viene a consulta el 14 de enero de 2008 por sensación de incomodidad y ardor postcirugía de pterigium en zona temporal de ojo izquierdo.

Según refiere, ha sido intervenida en su país de origen a causa de esta patología en tres ocasiones: la primera hace 10 años, en la que se extirpó pterigium en ojo derecho, la segunda hace 7 años, en la que se trató el de la zona nasal del ojo izquierdo, y la última, de la zona temporal del ojo izquierdo, hace 4 meses. No se ha sometido a más cirugía.

La paciente no está sometida a ningún tratamiento médico ni tiene alergias. No sufre hipertensión sistémica ni otras enfermedades sistémicas. Sólo cabe destacar afectación diabética por parte

de la rama paterna de su familia y que usa gafas desde que tenía 13 años.

La prescripción que lleva en su gafa y la agudeza visual que alcanza con ella es la siguiente:

OD: -3'75esf -5'50cil x 5°
AV: 0'9
OI: -4'00esf -6'00cil x 155°
AV: 0'75

Sus pupilas son isocóricas y normoreactivas sin defecto pupilar aferente relativo. La evaluación del estado motor mediante *cover test* revela un leve grado de endoforia en PPM tanto en VL como en VP. No presenta desviaciones verticales, ni limitaciones en posiciones secundarias ni terciarias de mirada, y los movimientos son suaves, precisos, extensos y completos.

Al hacer retinoscopia la compensación apenas varía, pero sí se consigue mejorar su AV en ambos ojos:

OD: -4'00esf -5'50cil x 5°
AV: 0'95
OI: -4'50esf -6'00cil x 60°
AV: 0'9

La presión intraocular medida con tonómetro de aire a las 18:30 horas es de 9'07 mmHg en el ojo derecho y de 11 mmHg en el ojo izquierdo.

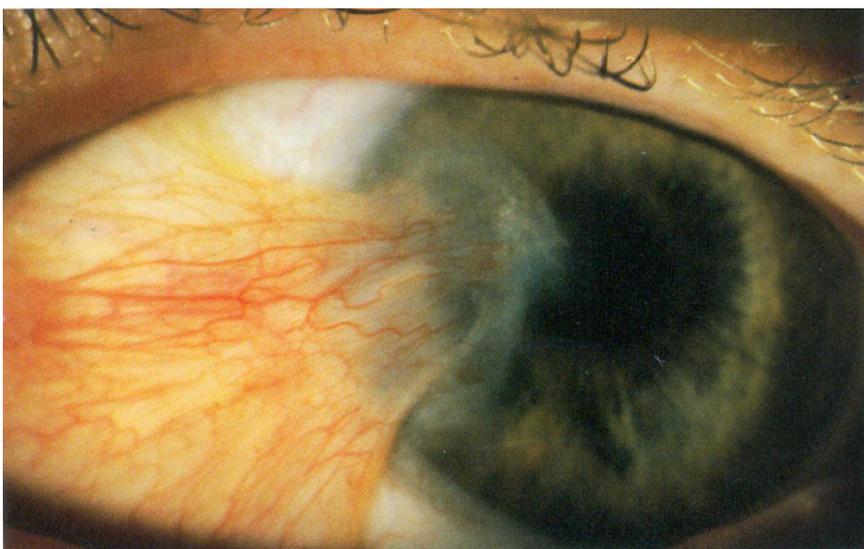


Figura 5.

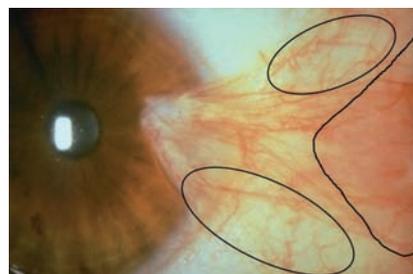


Figura 6.

La exploración del polo anterior con biomicroscopio revela queratitis puntata superficial fluoropositiva en limbo a las 3 horas en OI, junto con leve elevación conjuntival en la zona del pterigium extirpado y leve hiposfagma asociado. El examen del polo posterior (sin dilatación) muestra nervios ópticos de apariencia sana con excavación fisiológica del 20% en ambos ojos, tronco vascular estructurado y reflejo foveal presente en ambos ojos.

Diagnóstico y tratamiento

Tras las pruebas realizadas y la valoración, se diagnostica a la paciente macroastigmatismo miópico compuesto en ambos ojos, leve ambliopía isométrica en ambos ojos, extirpación de pterigium en ambos ojos, hiposfagma y recidiva pterigium en zona temporal del ojo izquierdo.

No es preciso cambiar la graduación de la gafa. Se informa al paciente de la recidiva que sufre en el pterigium extirpado en zona temporal del ojo izquierdo. Para esa recidiva se recomienda tratamiento lubricante a demanda, alta protección UV con sombreros, gafas con filtros solares, etc., y revisiones frecuentes para controlar dicha recidiva.

Diagnóstico diferencial

Las lesiones de apariencia similar que tenemos que considerar para el diagnóstico diferencial son:

- *Pseudopterigium*. Usualmente progresa en un plano oblicuo al horizontal y no está adherido por completo al globo ocular, tan sólo su ápex, mientras que un verdadero pterigium está

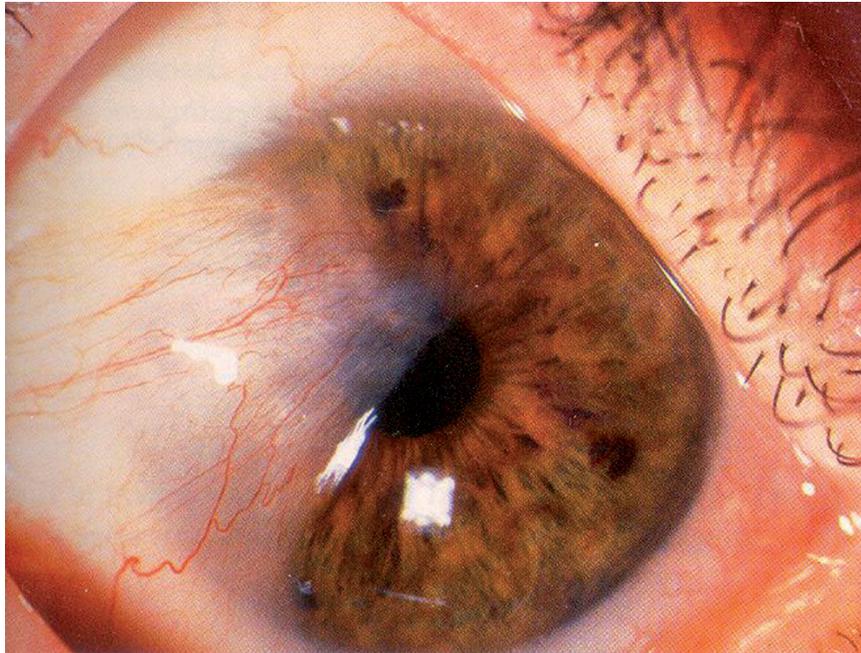


Figura 7.

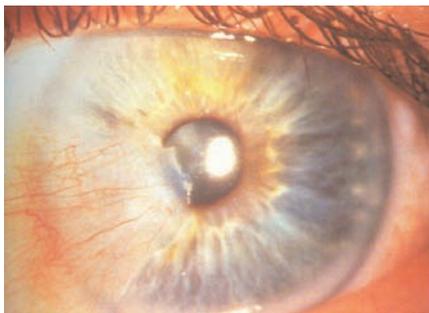


Figura 8.

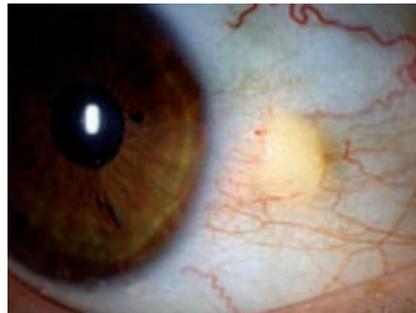


Figura 9.

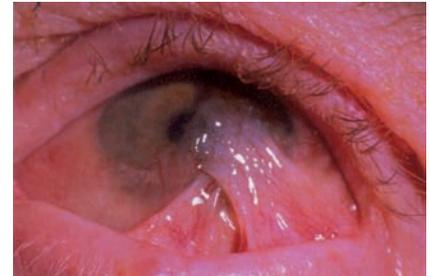


Figura 10.

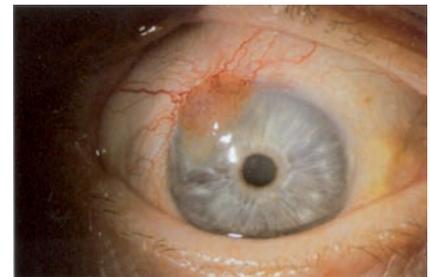


Figura 11.

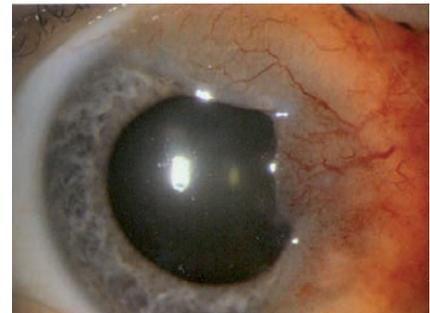


Figura 12.

adherido por completo a las estructuras subyacentes (Figura 10).

- *Pinguécula*. La pinguécula no sobrepasa el limbo, no presenta forma triangular ni vascularización (Figura 9).

- *Carcinoma conjuntival*. No tiene forma triangular, su superficie es rugosa e irregular y no lisa y uniforme como la del pterigium. Además, su patrón de vascularización es diferente al del pterigium (Figura 11).

- *Neoplasia intraepitelial conjuntival en placa*. Su patrón de vascularización es también diferente al del pterigium y puede aparecer en cualquier lugar alrededor del limbo y no sólo en el eje de horizontal. Tampoco presenta forma triangular (Figura 12).

CONCLUSIONES

El pterigium es una patología de la superficie ocular que provoca una

sintomatología muy incómoda para el paciente y problemas estéticos. Es cada vez más frecuente en nuestra población.

Su identificación y manejo temprano puede ayudar a mejorar la calidad visual y, por tanto, la calidad de vida del paciente. Por ello es importante realizar un seguimiento minucioso para evitar complicaciones serias en una patología que es leve desde su inicio. ●

REFERENCIAS

- 1 Weng K. and Lee W. *Ophthalmic pathology*.(USA). 1st ed. 2005 ISBN: 0 772791779 X
- 2 David J. Spalton; Roger A Hitchings; Paula Hunter (2005), *Atlas of clinical ophthalmology*, Elsevier. 0-3230-3656-2
- 3 Denis Espinal Guillén (1995): "Pterigium. Una guía práctica de diagnóstico y tratamiento" en *Revista Médica Hondureña* - Vol. 63- No.3.
- 4 Jack J. Kansj (2004), *Oftalmología Clínica*, Elsevier. 84-8174-758-0.

- 5 L. Ernández-Vega Sanz; Mb. Baamonde Arbaiza; J. Fernández-Vega Sanz (2003): "Tratamiento del pterigium recidivante con injerto de membrana amniótica. A propósito de un caso" en *Arch. Soc. Canar. Oftal.* 2003 - N° 14
- 6 Bekibele CO et al. 5-fluorouracil vs. beta-irradiation in the prevention of pterygium recurrence. *Int J Clin Pract* 2004 Oct; 58(10):920-3.