

SECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Hiperplasia anoftálmica por prótesis ocular prefabricada mal ajustada. Caso clínico

Dr Raúl Sánchez Rubio Carrillo*, Dr. Roberto Verdugo Díaz*, Dra. Isabel Jankielewicz**

RESUMEN

Se describe la solución de un caso pocas veces abordado en la literatura como es la aparición de hiperplasia en la cavidad anoftálmica provocada por prótesis ocular prefabricada mal ajustada.

Palabras clave: Prótesis ocular, cavidad orbital, hiperplasia, anoftalmia.

SUMMARY

The solution of a not very often boarded case in literature is described, as it is the appearance of hiperplasia in the anophthalmic cavity due to a poorly adjusted prefabricated ocular prosthesis, is discussed

Key words: Ocular prosthesis, orbital cavity, hyperplasia, anophthalmia.

INTRODUCCIÓN

Las prótesis oculares prefabricadas son un buen recurso de tratamiento inmediato a la cirugía ocular de enucleación o evisceración pero no es recomendable mantenerlas por mucho tiempo, es necesario que se reemplacen por una prótesis hecha a la medida en cuanto sea posible.

El uso por tiempo indefinido de las prótesis prefabricadas que no han sido debidamente adaptadas por un protésista maxilofacial o un oculista, puede ser uno de los principales factores de daño al tejido conjuntivo o a la mucosa de recubrimiento, provocando un cambio fibrótico grave en toda la mucosa de recubrimiento de la cavidad, lo que reduce el espacio, al grado de no poder soportar una prótesis ocular (1). De la misma forma, puede provocar hiperplasias por el daño constante de una zona bien delimitada de la prótesis que no ha sido adaptada debidamente.

Dentro de los daños que pueda sufrir una cavidad anoftálmica congénita, adquirida (2) o un tejido circundante a un ojo eviscerado, la hiperplasia tisular es de lo más común, y sucede igualmente en tejidos del mismo origen como los de la cavidad bucal, ante daños causados por prótesis removibles totales o parciales mal ajustadas y elaboradas de acrílico o cualquier otro plástico, inclusive de metal oro o cromo-cobal-

to. La hiperplasia es una proliferación de tejido causada por irritantes químicos o mecánicos (3, 4) (Figuras 1-A y 1-B).

Este problema acarrea la dificultad de elaborar una prótesis conformada a la medida que cumpla con los requisitos estéticos que en otra situación más favorable las prótesis oculares deben cumplir; esa ventaja estética en muchas ocasiones se pierde para siempre y esta situación se refleja en el ánimo del usuario, preguntándose “¿Por qué no me dijeron que mi prótesis era provisional?”

CASO CLÍNICO

Una joven de 16 años con anoftalmia congénita del ojo izquierdo fue remitida por su oftalmólogo para la elaboración de una prótesis ocular nueva al departamento de Prótesis de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Baja California, presentando una hiperplasia de poco más de 12 mm de largo por 5 mm de ancho instalada en el fondo de saco del párpado superior.

Este agrandamiento de tejido empequeñecía la cavidad orbital y dificultaba el cierre total del párpado desviando al mismo tiempo hacia abajo y a la izquierda la orientación del centro pupilar (Figura 2).

* Departamento de Prótesis Removible de la Facultad de Odontología de Mexicali, Universidad Autónoma de Baja California.

** Departamento de prótesis buco-maxilo-facial de la Facultad de Odontología de la UDELAR.

Correspondencia: Dr Raúl Sánchez Rubio Carrillo. Zotoluca y Chinampas s/n Fracc. Calafia C.P 21040; Teléfono: 68655732 68, Correo E: raulsr@uabc.mx



Fig. 1-A y 1-B. Vista de hiperplasia entre arco superior del globo y párpado.

La madre de la paciente refiere que es la segunda prótesis prefabricada que usa, la primera de ellas fue colocada cuando la joven tenía tres años, la prótesis actual fue colocada seis años antes y siempre le quedó grande, sin poder cerrar su párpado, pero en los últimos años se ha desviado cada vez más y de manera gradual.

TRATAMIENTO

Cuando hablamos de tejido proliferado la primera instancia que se nos viene a la mente es la escisión quirúrgica, en la cavidad orbital a diferencia de la bucal (donde podemos comparar este tipo de tejidos). Una resección quirúrgica puede modificar la forma de la cavidad y, en algunas ocasiones, como cuando se encuentra en el fondo de saco inferior, la plastía de la cavidad es totalmente inútil o con poco margen de ganancia de espacio pues conduce a cicatrices y subsecuentemente constrictión del tejido (2).

Si se decide por la cirugía, es importante aconsejar que en el postoperatorio no se coloque la misma prótesis que ocasionó el daño y se opte inicialmente por un conformador duro de metilmetacrilato termocurable transparente.

La alternativa que se eligió en este caso fue más conservadora, pensando en la repuesta tisular regresiva que tiene en mucosa bucal cuando se elimina la causa, antes que hacer uso del bisturí y tener el riesgo de una cicatrización que modifique la cavidad.

Dos formas conservadoras pueden utilizarse:

1. La colocación de un conformador duro de acrílico termocurable transparente (Figuras 3-A y 3-B), diseñado de tal forma que alivie de presión sobre el área hiperplásica, hasta que ésta se reduzca por sí misma.



Fig. 2. Desviación del centro pupilar hacia la izquierda y abajo con falta de cierre palpebral.

La forma de alivio del conformador se realiza con una piedra montada cilíndrica en un motor de baja velocidad (10000-20000 rpm) utilizado comúnmente en un laboratorio dental. El corte se realiza en el borde correspondiente al contacto con el tejido hiperplásico (Figura 4).

Posteriormente se pule con arena pómex y se abrillanta con pasta blanca de estaño (Figuras 5-A y 5-B).

El tiempo de la reducción o eliminación de la hiperplasia no es predecible por lo que el paciente puede pasar buen tiempo con este conformador.

Es importante no confundir el uso de un conformador recortado para aliviar una zona específica de presión, con las alternativas del hidrogel osmótico o los balones de silicona rellenables (5) para expandir el espacio en las reducciones

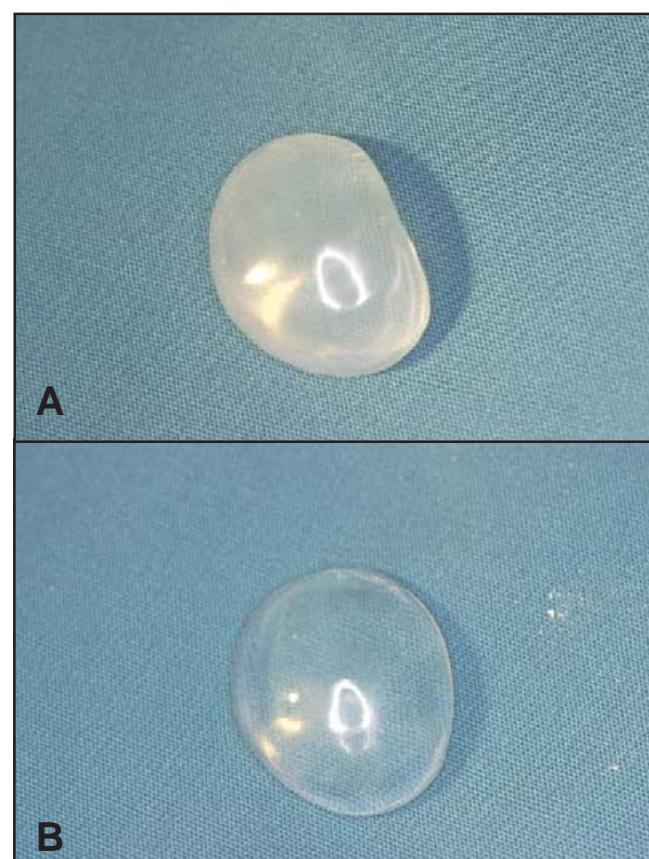


Fig. 3. Conformadores. A. Normal. B. Con modificación para el libramiento de la hiperplasia.



Fig. 4. Corte con piedra montada.



Fig. 6. Socavado de libramiento moldeado en cera.

provocada por otras causas, aunque una de ellas, como se dijo antes, es el mal ajuste general de la prótesis ocular.

2. Otra solución para eliminar la hiperplasia y dependiendo de las necesidades psicosociales del paciente es:

Prescindir del conformador y fabricar una nueva prótesis con perfecta adaptación a la cavidad que no presione la zona hiperplásica (6). La clave de esta nueva prótesis se encuentra en la elaboración inicial de un molde en cera que tenga un socavado en el punto de localización del tejido hiperplásico (Figura 6).

En el caso clínico que presentamos ésta fue la solución que se consideró viable, tomando en cuenta la edad y sexo

de la paciente, entorno social en que se desarrollaba y actitud mental. La prótesis elaborada de esta manera tendrá las siguientes ventajas:

1. No hará presión en la zona dañada.
2. Estará perfectamente adaptada en forma y volumen a los tejidos internos sin presionar otras zonas lo que aumentará su movilidad y se asemejará más al ojo sano
3. La prótesis puede estar orientada de manera correcta a pesar de la existencia de la hiperplasia.
4. El paciente nunca sufrirá del choque psicológico por no traer prótesis, situación a la que ya no está acostumbrado y que sí sucede con el uso de conformadores.

Cuando el tejido hiperplásico se reduzca con el tiempo, probablemente la prótesis cambiará de orientación y entonces tendremos la opción de corregir la prótesis o elaborar una nueva en una cavidad con mayor espacio y sana (Figuras 7 y 8).



Fig. 5. Pulido con arena pómex y blanco de estaño al alto brillo.

DISCUSIÓN

Es muy fácil provocar una lesión con este tipo de prótesis, dado que se presentan en el mercado con diferentes formas y tamaños que pretenden ser estandarizados, y casi siempre son colocadas por personal poco capacitado para su ajuste



Fig. 7. Arriba: prótesis antigua. Abajo: Prótesis nueva con la forma de alivio para la hiperplasia.



Fig. 8. Resultado final con prótesis centrada y cierre normal del párpado.

en la cavidad orbitaria, que termina siendo una prótesis mal adaptada, con bordes mal pulidos, burdamente recortados y en el peor de los casos colocada a presión sin ningún ajuste previo.

El problema no se termina con sólo cambiar a una prótesis ocular adaptada o fabricada especialmente para el paciente, ya que el daño llega a ser de tal gravedad que la consecuencia puede ser una pérdida de la estética facial permanente y, dadas las complicaciones quirúrgicas que se desarrollan al tratar de rehabilitar la deformación (1) no siempre puede resolverse por medio del bisturí, entonces se pierde el objetivo cosmético principal (6, 7) considerado al dejar una cavidad anoftálmica en condiciones para recibir una prótesis ocular, con el alto riesgo de desarrollar desadaptación

psicosocial y, en muchos casos, rechazo laboral hacia el individuo.

CONCLUSIÓN

Se debe considerar seriamente la situación cosmética de la anoftalmía congénita o adquirida para el desarrollo facial y psicológico normal del individuo, cuidando situaciones que pueden alterarlas.

La prótesis ocular debe ser fabricada especialmente para cada caso, que se adapte a los tejidos mucosos de la cavidad de manera suave y perfecta, evitando presiones deformantes. Esto parece ser el tratamiento más seguro en cuanto a rehabilitación cosmética de la anoftalmía.

REFERENCIAS

1. Talsma J, Holck DE. La cavidad anoftálmica es un reto para los cirujanos que evalúan procedimientos de rehabilitación. *Ophthalmology Times América Latina* 2007; 11(6):32-33.
2. Navas Aparicio MC, Hernández-Carmona SJ. Anoftalmía y microftalmía: descripción, diagnóstico y conducta de tratamiento. Revisión bibliográfica. *Rev Mex Oftalmol* 2008; 82(4):205-209.
3. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Contemporary oral and maxillofacial pathology*. Mosby 1997.
4. Kumar V, Path-Ramzi S. *Cotran SL. Robbins Basic Pathology*. 7^a Ed. USA: Elsevier Science, 2003.
5. Mazzoli RA, Raymond WR, Ainbinder DJ, Hansen EA. Use of self-expanding hydrophilic osmotic expanders (hyrogel) in the reconstruction of congenital clinical anophthalmos. *Curr Opin Ophthalmol* 2004; 15:426-31.
6. Jankielewicz I. *Prótesis bucomaxilofacial*. Barcelona, Ed Quintessence 2004.
7. Keith FT. *The art of clinical anaplastology*. Great Britain, Ed. S Thomas, 2006.