

## Evisceración en estafiloma escleral anterior gigante

### Evisceration of the giant anterior scleral staphyloma

**Irene Rojas Rondón<sup>I</sup>; Ileana Agramonte Centelles<sup>II</sup>; Susana Rodríguez Masó<sup>II</sup>; Pedro Luis Pacheco Ledesma<sup>I</sup>; Annelise Roselló Leyva<sup>I</sup>; Yanis Vásquez Adán<sup>III</sup>**

<sup>I</sup> Especialista de I Grado en Oftalmología. Instructor. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de II Grado en Oftalmología. Profesor Auxiliar. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de I Grado en Bioestadística y Computación. Profesor Instructor. Instituto Cubano de Nefrología. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

La evisceración es la técnica quirúrgica seleccionada para el tratamiento de muchas afecciones oculares graves como: endoftalmitis, ojo ciego doloroso por trauma crónico, glaucoma absoluto, desprendimiento de retina crónico, uveítis crónica, pthisis bulbi, buftalmos y por razones estéticas. Paciente de 21 años de edad que acude a consulta solicitando mejoría de su apariencia facial. Al examen ocular encontramos aumento de volumen localizado en toda la zona superior del globo ocular desde hora 9 hasta hora 3 del ojo derecho, donde se observaba adelgazamiento escleral con extensas zonas de coroides expuesta, leucoma corneal que ocupaba eje visual y exotropía 30° x Hirshberg, como secuela de trauma ocular. El diagnóstico fue estafiloma escleral anterior en el ojo derecho con riesgo de perforación escleral. La evisceración fue el proceder quirúrgico de elección en este tipo de afección, se colocó implante orbitario, sin complicaciones. Inmediatamente después de la cirugía se coloca conformador en la cavidad y luego de un mes se coloca prótesis ocular. De esta forma se logra mejorar el componente estético así como una adecuada rehabilitación y por ello la calidad de vida de nuestro paciente.

**Palabras clave:** Estafiloma anterior, Evisceración ocular, Prótesis ocular.

---

## ABSTRACT

Evisceration is the surgical technique selected for the treatment of many serious ocular illnesses such as endophthalmitis, painful blind eye due to chronic trauma, absolute glaucoma, chronic retinal detachment, chronic uveitis, pthisis bulbi, buphthalmos and for aesthetic reasons. A 21 years-old patient went to the doctor's office to request some assistance to improve her facial look. On ocular exam, increased volume located in the upper area of the eyeball from hour 9 to hour 3 of the right eye was observed; also scleral thinning with extensive areas of exposed choroid, corneal leukoma occupying the visual axis and 30° exotropia x Hirshberg, as ocular trauma sequel. The diagnosis was anterior scleral staphyloma with risk of scleral perforation in the right eye. Evisceration was the surgical procedure of choice in this type of disorder. An orbital implant was placed, without further complications. Immediately after the surgery, a conformator was placed in the cavity and after one month, an ocular prosthesis was added. In this way, the facial esthetics improved together with an appropriate rehabilitation that contributed to the quality of life of our patient.

**Key words:** anterior staphyloma, evisceration, ocular prosthesis.

---

## INTRODUCCIÓN

La extirpación del contenido ocular data desde los inicios del siglo XIX indicado como tratamiento en algunas enfermedades oculares graves. Este tipo de cirugía se realizaba de forma brutal y consistía en pasar una aguja enhebrada con hilo de seda a través del globo ocular, traccionar fuertemente hacia adelante y seccionar todas las adherencias del ojo (tejidos vecinos) con un instrumento cortante y luego se irrigaba la cavidad con agua fría con el fin de controlar la hemorragia, este procedimiento se realizaba sin anestesia, dicha técnica fue descrita en 1583 por *George Bartisch*. En 1841 *Ferrall, Boneey y Stoeber*, sugieren extirpar el globo ocular y conservar la cápsula de tennon. Esta cruenta técnica se mantiene por algunos años y no es hasta 1846 que con la introducción de la anestesia general la misma deja de ser un proceder doloroso.<sup>1,2</sup>

Con el prelude de la anestesia se da un paso de avance en las técnicas quirúrgicas en la oftalmología. En 1874 *Noyes* incorpora a la técnica la extirpación de la córnea antes de vaciar el contenido ocular y se consiguió un buen efecto cosmético y un menor número de complicaciones.<sup>1,2</sup>

No es hasta 1884 que el oftalmólogo inglés *P.H Mules* da uno de los pasos más importantes en la historia de la evisceración como técnica, aporta numerosos pasos a la técnica quirúrgica como: la peritomía 360°, curetaje del contenido ocular y plantea la realización de cortes en la esclerótica para facilitar el cierre, es el primero en colocar un implante orbitario al introducir una bola de cristal en la bolsa escleral y preconiza esta técnica como tratamiento profiláctico en pacientes con retracción orbitaria.<sup>1,2</sup>

Desde el siglo XVI ya existían prótesis oculares, sin implante orbitario. Se plantea que el primero en realizar un ojo artificial para sustituir un ojo perdido fue *Ambroise Paré* en 1579, las primeras fueron de metal luego continuó

desarrollándose la técnica de fabricación pero no es hasta principio del siglo XIX en Francia que se desarrollan las prótesis de cristal, la técnica se ha ido perfeccionando a tal punto que hoy se realizan de metilmetacrilato que es un material muy fácil de manipular y con magnífica aceptación estética.<sup>1-3</sup>

Posterior a *Mules* han sido muchos los que han mejorado la técnica quirúrgica y se han logrado cada vez mejores resultados, de esta misma forma los implantes orbitarios han evolucionado vertiginosamente. Actualmente existen muchos de muy buena calidad como esfera expansible de silicona e hidroxiapatita.<sup>1-3</sup>

No cabe duda de que el mejor resultado estético se obtiene cuando se preserva el globo ocular con una cascarilla escleral cosmética o un lente de contacto corneoescleral y estos se hacen cargo de un resultado estético halagador.<sup>4</sup>

Pero no siempre contamos con ojos ciegos de tamaño normal, no dolorosos, con córneas denervadas, sin riesgo de complicaciones. Cuando el cuadro es totalmente lo contrario o la anatomía ocular está muy deteriorada, es necesario un tratamiento más radical, indicamos entonces la evisceración la cual aporta algunas ventajas en relación con la enucleación.<sup>1-3</sup>

La evisceración consiste en la extracción del contenido del globo ocular y el sellado de la cápsula de Tenon, al tiempo que se conservan las inserciones de los músculos extraoculares, esclera y nervio óptico. Esta puede ser con implante o sin él, de elección la primera opción, pues dará mayor movilidad a la prótesis y reducirá el enoftalmo.<sup>1-3</sup>

Dentro de las indicaciones de la evisceración tenemos: endoftalmitis, ojo ciego doloroso por trauma crónico, glaucoma absoluto, desprendimiento de retina crónico, uveítis crónica, traumatismo ocular con conservación escleral, pthisis bulbi, buftalmos y por razones estéticas.<sup>1-5</sup>

Las contraindicaciones de la técnica surgen en los casos con sospecha o diagnóstico de tumor intraocular, en pacientes con destrucción escleral importante por traumas extensos y escleromalacia perforante; en las endoftalmitis de origen fúngico,<sup>5,6</sup> sigue siendo muy controversial.

Las ventajas de la evisceración si la comparamos con la enucleación son las siguientes: mayor conservación de la anatomía ocular, menos interrupción de la anatomía orbitaria, permite una mayor movilidad de la prótesis la que logra un mejor resultado cosmético, constituye el tratamiento de elección en la endoftalmitis, es un proceder quirúrgico técnicamente más simple y tiene una mayor aceptación psicológica por parte del paciente.<sup>1-8</sup> Como toda técnica tiene sus desventajas, el riesgo de oftalmia simpática es muy discutido, riesgo de extensión de un tumor intraocular maligno, al no extraer el contenido ocular en su totalidad por lo que el estudio histopatológico se hace más difícil.<sup>9-11</sup>

Nuestro trabajo pretende dar a conocer la evolución de un paciente con diagnóstico de estafiloma anterior gigante como secuela de un trauma ocular en su ojo derecho con riesgo de perforación escleral al cual se le realizó evisceración con implante orbitario con muy buena rehabilitación.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 21 años de edad, raza blanca que acude a consulta con diagnóstico de estafiloma escleral ojo derecho (OD) como secuela de trauma ocular por arma blanca, de 2 años de evolución que provocó herida perforante ocular para lo cual recibió tratamiento médico quirúrgico. Se pudo conservar el globo ocular pero no la función visual.

En el momento de la consulta refiere molestias oculares que mejoran con tratamiento médico pero no desaparecen y solicita mejoría de la apariencia facial.

Al examen físico se encontró en el ojo derecho: agudeza visual sin corrección (AVsc) No proyección de luz (PL), Ptosis palpebral, adelgazamiento escleral que ocupaba todo el sector superior, desde hora 9 hasta hora 3, con exposición de la corioide en toda esta área. Opacidad corneal desde hora 12 a hora 3, cámara anterior formada, midriasis media parálitica, sinequias 360 grados, exotropía 30 grados como se muestra en la figura 1 y 2 (ojo izquierdo sin alteraciones). Se realizó ecografía ocular, radiografía de órbita y TAC, en el ojo derecho. Se descartaron lesiones sospechosas de tumoración ocular.



**Fig. 1.** Paciente de 21 años a los 2 años del trauma ocular en ojo derecho.



**Fig. 2.** Estafiloma escleral anterior extenso con coroides expuesta, leucoma corneal y la desviación hacia afuera y abajo del globo ocular.

Se indica evisceración ocular OD, se realiza técnica de Mules modificada y se realiza cuadrisección escleral (Técnica de Yang). Las figuras 3 y 4 muestran algunos de los pasos realizados durante la cirugía.



**Fig. 3.** Peritomía 360°, se observa estafiloma anterior que ocupa todo sector superior con gran adelgazamiento escleral y exposición de la corioide a ese nivel.



**Fig. 4.** Visualización de los cuatro colgajos esclerales.

Luego de la colocación del implante de hidroxiapatita, cierre de la tenon y conjuntiva se procede a colocar conformador de la cavidad como muestran las figuras 5 y 6.



**Fig. 5.** Cierre de conjuntiva.



**Fig. 6.** Colocación del conformador inmediatamente terminada la cirugía.

Se realiza toma de muestra que es enviada a anatomía patológica para estudio histoquímico la cual informa: múltiples fragmentos de tejido intraocular con extensas áreas de edema, hemorragia y necrosis, fragmento de córnea irregular con notable edema intraestromal compatible con estafiloma.

Se le indica al paciente uso de conformador por un mes y luego evaluación para colocación de prótesis ocular individual. En la figura 7 observamos al paciente luego de 1 mes de la rehabilitación ocular.



**Fig. 7.** Al mes de operado.

## DISCUSIÓN

En este paciente nos decidimos a realizar evisceración ocular ya que nos encontrábamos frente a una de las indicaciones más frecuentes de este proceder quirúrgico como es el caso de un ojo ciego con un estafiloma anterior, secuela de un trauma que por su larga evolución y debilidad de la zona presentaba riesgo de perforación ocular y además el paciente solicita mejorar su estética.

En el manejo de estos casos es de gran importancia que el paciente sea valorado por el equipo multidisciplinario donde se encuentra además del oftalmólogo, el especialista y el técnico en prótesis.<sup>1,9,10</sup>

Inicialmente debe valorarse al paciente con el protesista quien evaluará y realizará las mediciones adecuadas para la realización del conformador que será colocado al final de la cirugía, lo cual conllevaría a obtener mejores resultados estéticos.

Existen múltiples técnicas de evisceración en las cuales se puede realizar queratectomía como son la técnica de Mules y Mules modificada. En el caso de evisceración sin queratectomía se describe la técnica de Burch, de Hughes, de inserción corneal entre otras. Una de las más utilizadas es la técnica de Mules mejorada en la cual se realiza queratectomía, generalmente se escoge esta técnica cuando se va a colocar implante ocular pero además esta reduce el riesgo del síndrome del posnucleado. La evisceración puede ser a su vez con esclerotomías (técnica de Stepherson, Kostick, yang y otras) o sin esta.<sup>1-5</sup>

Las complicaciones asociadas a esta cirugía con mayor frecuencia son: la hemorragia, infección orbitaria, secreción excesiva, el granuloma piógeno y con menor frecuencia tenemos el hematoma orbitario, el prolapso conjuntival y la extrusión precoz, más tardíamente pueden aparecer: Ptosis palpebral, enoftalmos, laxitud del párpado, síndrome de ojo seco y deformidad facial.<sup>1-3,5-8</sup>

La combinación de la técnica de Mules modificada y la de Yang donde se realizan cuatro colgajos esclerales nos permitió una cirugía segura en la cual no se presentaron complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias.<sup>1-8</sup>

Podemos concluir planteando que sigue siendo la evisceración ocular una técnica quirúrgica muy segura sobre todo en los pacientes con deterioro ocular por trauma (con diagnóstico confirmado a través de los diferentes medios diagnósticos), además, minimiza la aparición de complicaciones y es muy efectiva cuando se persigue un objetivo estético el cual no pudo lograrse con lentes de contacto cosméticos.

La combinación de las técnicas de Mules mejorada con la cuadrisección escleral y un posoperatorio donde se cumplan las indicaciones específicas para cada paciente garantiza una rápida recuperación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baromeu JP. Evisceración ocular con colgajos esclerales (tesis). Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona; 2002.
2. Ortiz H. Consideraciones Generales sobre las técnicas de evisceración y enucleación del globo ocular. Medisan. 2009;13(4):1-7. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_4\\_09/san11409.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san11409.pdf)

3. Manterga Rodríguez MB, Falcón Caballero J, Montesino Álvarez I, Soto Rodríguez G. Evisceración con doble cobertura escleral. Rev Cubana Invest Biomed (serie en Internet). 2006;25(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v25n2/ibi03206.pdf>
4. Garg A, Rosen E. Ophthalmology Oculoplasty and Reconstructive Surgery. New Delhi: Jaypee Brothers; 2009.
5. Lui D. Evisceration techniques and implant extrusion rates: A retrospective review of two series and survey of ASOPRS surgeons. Ophthal Plast Reconstruct Surg. 2007;23(1);16-21. Disponible en: [http://journals.lww.com/ops/Abstract/2007/01000/Evisceration\\_Techniques\\_and\\_Implant\\_Extrusion.4.aspx](http://journals.lww.com/ops/Abstract/2007/01000/Evisceration_Techniques_and_Implant_Extrusion.4.aspx)
6. Schellini Silvana A, Olivera Daniel A, Olivera Carlos A, Hoyama Erika, Pandonavi Carlos R. Evisceracao e enucleacao na Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP. Comparacao entre duos décadas. Salusvite. 2003;33(1)71-84
7. Rath S, Honavar SG, Naik MN, Gupta R, Reddy VA, Verruganti GK. Evisceration in unsuspected intraocular tumors. Arch Ophthalmol. 2010;128(3):372-9. Disponible en: <http://archophth.ama-assn.org/cgi/content/full/128/3/372>
8. Williams ZY, Richard M, Stinnett SS, Woodward JA. Eyelash growth after enucleation and evisceration surgery. Ophthal Plast Reconstruct Surg. 2010;26(1):50-2. Disponible en: [http://journals.lww.com/ops/Abstract/2010/01000/Eyelash\\_Growth\\_After\\_Enucleation\\_and\\_Evisceration.17.aspx](http://journals.lww.com/ops/Abstract/2010/01000/Eyelash_Growth_After_Enucleation_and_Evisceration.17.aspx)
9. Eagle RC J, Grossniklaus HE, Syed N, Hogan RN, Lloyd WC, Folberg R. Inadvertent evisceration of eyes containing uveal melanoma. Arch Ophthalmol. 2009;127(2):141-5. Disponible en: <http://archophth.ama-assn.org/cgi/content/abstract/127/2/141>
10. Bernardino CR. Evisceration vs enucleation. Ophthalmology 2007;114(10):1959. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908612>
11. Saeed MU, Chang BY, Khandwala M, Shivane AG, Clakrabarty A. Twenty year review of histopathological finding in enucleated/eviscerated eyes. J Clin Pathol. 2006;59(2):153-5. Disponible en: <http://jcp.bmj.com/cgi/content/abstract/59/2/153>

Recibido: 22 de noviembre de 2010.

Aprobado: 5 de diciembre de 2010.

Dra. *Irene Rojas Rondón*. Servicio de Oculoplastia, Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: [irojas@infomed.sld.cu](mailto:irojas@infomed.sld.cu)