

Estudio de las características epidemiológicas de las enucleaciones y evisceraciones realizadas en nuestro centro hospitalario durante el periodo 2007-2012

Review of the enucleations and eviscerations that were performed in the Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria in the period 2007-2012

PÉREZ MUÑOZ DC¹, GIL HERNÁNDEZ MA², ACOSTA ACOSTA B³ ABREU REYES P⁴

RESUMEN

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de las evisceraciones y enucleaciones que se han realizado en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, valorando sus causas y si hay un cambio de actitud quirúrgica en la técnica efectuada.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes a los que se les realizó enucleación o evisceración entre los años 2007 y 2012, teniendo en cuenta los datos demográficos de los pacientes, el diagnóstico preoperatorio y el tipo de cirugía realizada.

Resultados: En el periodo estudiado, en un total de 69 pacientes, se realizaron 20 enucleaciones (28,57%) y 50 evisceraciones (71,42%). Con respecto al sexo, 23 eran mujeres y 46 varones. La edad media en el momento de la cirugía era de 60,7 años, con un rango entre 18 y 95 años. En 59 pacientes (84,29%) se colocó un implante orbitario (Medpor[®]). La principal causa de la cirugía fue la ptisis bulbi (45,71%), seguida de proceso infeccioso/panoftalmia (22,86%), la perforación corneal espontánea (12,86%), los tumores malignos (11,43%), el glaucoma absoluto (4,28%) y, tras traumatismo ocular (2,86%).

Conclusiones: Durante el periodo de tiempo estudiado la causa principal de evisceración fue la ptisis bulbi. Excepto ante la presencia de tumor maligno intraocular y panoftalmia, el procedimiento realizado con mayor frecuencia fue la evisceración debido a los beneficios postquirúrgicos que ésta aporta, como la mejor movilidad del implante y menor número de complicaciones.

Palabras clave: enucleación, evisceración, diagnóstico preoperatorio.

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

¹ Licenciada en Medicina. Residente de Oftalmología.

² Doctora en Medicina y Cirugía. Adjunto F.E.A. de Oftalmología. Jefe de sección.

³ Licenciada en Medicina. Adjunto F.E.A. de Oftalmología.

⁴ Licenciado en Medicina y Cirugía. Jefe de Servicio de Oftalmología.

Correspondencia:

Dácil Pérez Muñoz dácilpmu@hotmail.com

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Ctra. Rosario nº 145. 38010. Santa Cruz de Tenerife.

ABSTRACT

Purpose: To identify the number of eviscerations and enucleations that were performed in the Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria in the period 2007-2012 together with what the causes were and to evaluate if there has been an attitude change in the choice of evisceration versus enucleation.

Method: We performed a retrospective study of medical records from all patients who were identified as having undergone enucleation or evisceration between the years 2007 and 2012, we determined the demographic data, the pre-operative diagnosis and the kind of surgery that was performed.

Results: In the study period, 20 enucleations (28,57%) and 50 eviscerations (71,42%) were performed in 69 patients, 23 patients were women and 46 patients were men. Mean age at the time of the surgery was 60,7 with a range between 18 and 95 years. An orbital implant (Medpor®) was inserted in 59 patients (84,29%). The primary cause of eye removal was the phthisis bulbi (45,71%), followed by infectious processes/panophthalmitis (22,86%), spontaneous corneal perforation (12,86%), malignant tumors (11,43%), absolute glaucoma (4,28%) and after ocular trauma (2,86%).

Conclusions: During the study period the primary cause of evisceration was the phthisis bulbi. Except for the presence of malignant tumors and infectious processes, the most frequently procedure performed was the evisceration due to its postoperative benefits, like the better mobility of the implant and fewer complications.

Key words: Enucleation, evisceration, pre-operative diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La controversia sobre la realización de enucleación frente a la evisceración ha persistido en la literatura durante más de 100 años (1). La técnica de evisceración fue introducida por Bear en 1817, consiste en la resección del contenido intraocular dejando intacta la esclera y los músculos extraoculares (2). La enucleación consiste en resecar todo el globo ocular (3).

Para decidir el procedimiento más adecuado se deben tener en cuenta varios factores que se mencionan a continuación:

– **Presencia de tumor maligno intraocular.** La evisceración está contraindicada ante la presencia o sospecha de éste (1,3).

– **Infeción intraocular.** Ante la endoftalmitis, algunos cirujanos prefieren realizar evisceración, pues se extirpa el contenido ocular sin invadir la órbita reduciéndose el riesgo de contaminación (3).

– **Dolor ocular con amaurosis.** Los ojos dolorosos sin visión útil se pueden tratar mediante la enucleación o la evisceración, pues ambas técnicas son efectivas para controlar el dolor (1,3).

Las ventajas de la evisceración frente a la enucleación incluyen: una menor alteración de la anatomía orbitaria, mejor movilidad de

la prótesis puesto que no se altera la función de los músculos extraoculares, tratamiento más efectivo de la endoftalmitis al reducir el riesgo de contaminación de la órbita, la intervención es más sencilla y hay menor frecuencia de migración y extrusión del implante (3).

Las principales desventajas de la evisceración son la diseminación de un tumor maligno intraocular no sospechado y el incremento teórico del riesgo de oftalmía simpática (4). Se ha estimado la incidencia de oftalmía simpática después de un traumatismo ocular en 0,1% a 0,3% y después de la cirugía ocular en 0,02%. (1).

La pérdida del globo ocular produce un trauma psicológico en el paciente (5) por lo que se deben realizar esfuerzos para que el resultado estético sea el mejor posible (1). La discusión de los riesgos y beneficios de cada procedimiento, como parte del consentimiento informado, ayudará al cirujano y al paciente a decidir el procedimiento quirúrgico más adecuado (1).

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes a los que se

les realizó enucleación o evisceración desde el 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2012. Se tuvo en cuenta los datos demográficos de los pacientes, el diagnóstico preoperatorio y el tipo de cirugía realizada. Cuando un paciente presentaba más de una patología ocular se seleccionó la que dio lugar a la decisión

de realizar enucleación o evisceración. En la evisceración se realiza queratectomía completa con secciones esclerales, radiales, en 2 o 4 fragmentos y colocación de un implante orbitario poroso de polietileno (Medpor®).

Dependiendo del estado general del paciente y del estado ocular se decide colocar el implante en el mismo acto quirúrgico, posponerlo o no colocarlo en este caso. En la enucleación se aíslan los cuatro músculos rectos, se recubre el implante orbitario con esclera y se suturan a ésta los músculos rectos en sus localizaciones anatómicas normales.

RESULTADOS

En el periodo de 2007 a 2012 se realizaron un total de 20 enucleaciones (28,57%) y 50 evisceraciones (71,42%) en 69 pacientes, de los cuales 23 pacientes eran mujeres (33,33%) y 46 pacientes eran varones (66,66%). La edad media de los pacientes en el momento de la cirugía era de 60,7 años, con un rango entre 18 y 95 años.

La principal causa de la cirugía fue la ptisis bulbi (45,71%), seguida de procesos infecciosos/panofalmitis (22,86%), la perforación corneal espontánea (12,86%), los tumores malignos (11,43%), el glaucoma absoluto (4,28%) y el traumatismo ocular (2,86%) (fig. 1).

La ptisis bulbi fue secundaria, de mayor a menor frecuencia, a glaucoma absoluto (40,63%), seguido por los procesos infecciosos (21,88%), traumatismos (15,63%), desprendimiento de retina total con proliferación vitreoretiniana (9,38%), perforación corneal (3,13%), patología inflamatoria (3,13%) y sin causa especificada (6,25%) (fig. 2).

Los tumores malignos fueron siete casos melanomas de coroides, y un melanoma de iris-cuerpo ciliar.

En los casos en los que se realizó evisceración o enucleación por perforación corneal espontánea, ésta se realizó como última opción quirúrgica en ojo ciego, después de hacer recubrimientos conjuntivales, esclerales o trasplante de córnea, tras los cuales se produjo nuevamente perforación ocular con pérdida del contenido ocular y desestructuración ocular.

No se han realizado enucleaciones ni evisceraciones por enfermedades perinatales.

Fig. 1: Gráfico en el que se muestran las causas de la realización de la enucleación/evisceración.

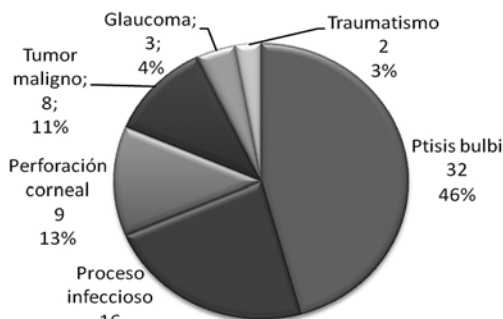


Fig. 2: Causas de la ptisis bulbi.

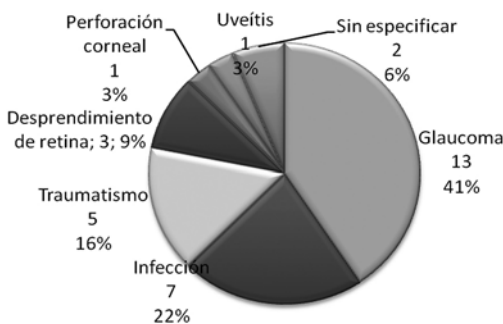


Fig. 3: Número de evisceraciones y enucleaciones realizadas en cada grupo de edad.

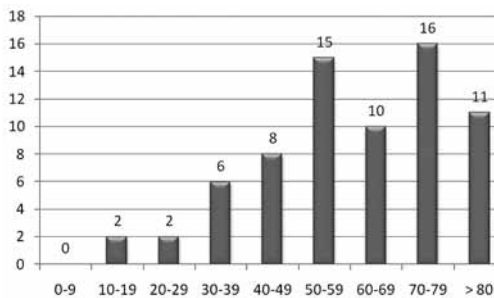
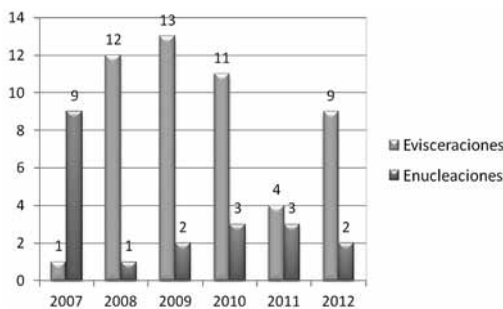


Fig. 4: Número de evisceraciones y enucleaciones realizadas en cada año estudiado.



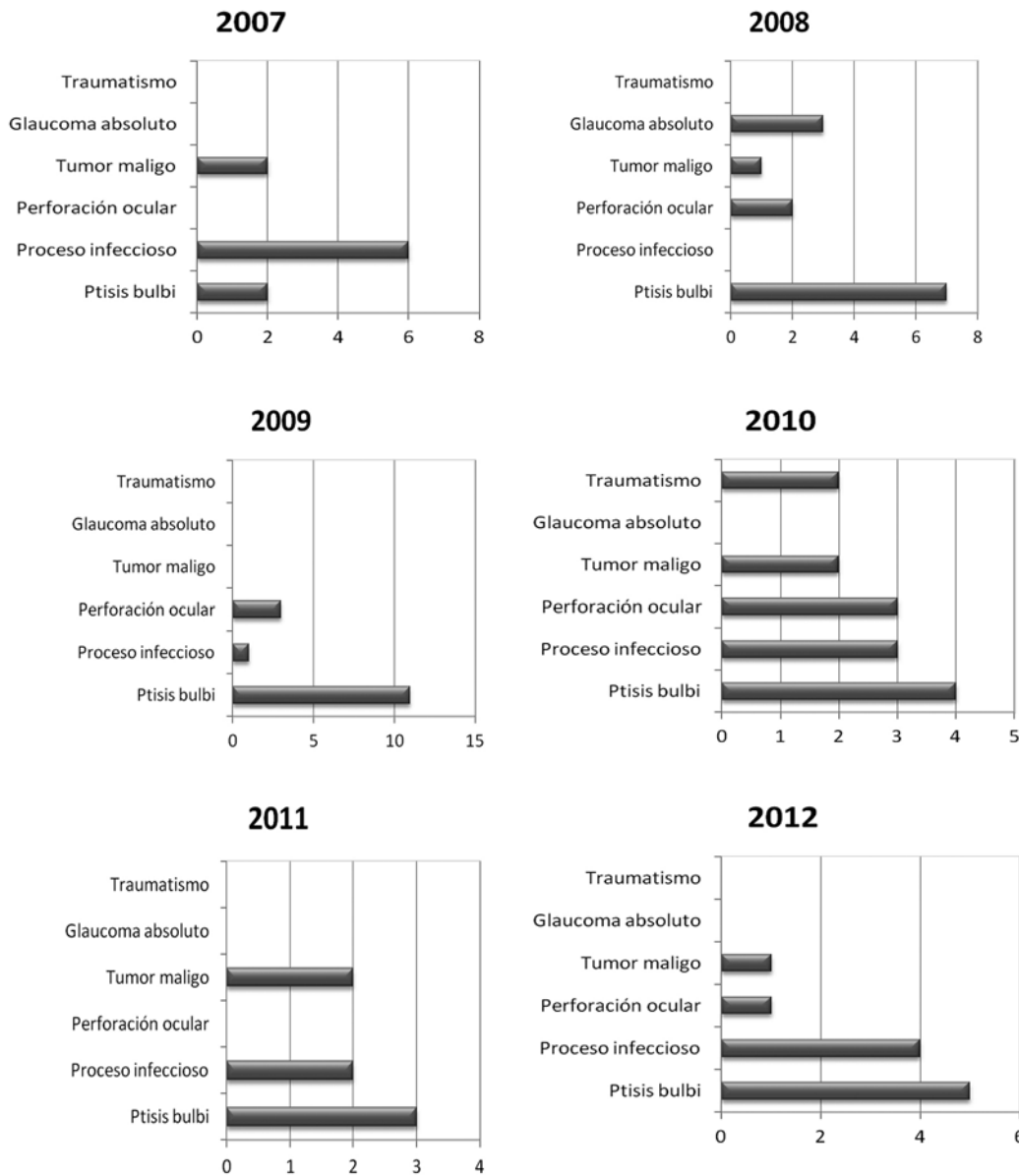


Fig. 5: Gráficos en los que se muestran las causas de la cirugía en cada año estudiado.

Valorando el número de evisceraciones y enucleaciones realizadas teniendo en cuenta la edad de los pacientes (fig. 3) se observa que es mayor a partir de los 50 años de edad. Sólo cuatro pacientes tenían menos de 30 años en el momento de realizar la cirugía ocular, los diagnósticos de estos pacientes fueron 1.º ptisis bulbi secundaria a traumatismo ocular, 2.º ptisis bulbi secundaria a glaucoma con antecedente de traumatismo ocular en la infancia, 3.º melanoma de coroides y 4.º endoftalmitis.

Con respecto a la técnica efectuada en cada año (fig. 4), observamos una diferencia

entre el número de enucleaciones realizadas en el año 2007 con respecto a los siguientes años, donde predomina la técnica de evisceración coincidiendo con la patología que presentaban los pacientes (fig. 5).

Al considerar el tipo de procedimiento realizado según el diagnóstico (fig. 6) en todos los casos de melanoma se realizó enucleación. En nueve de dieciséis casos de procesos infecciosos/panoftalmia el procedimiento fue la enucleación, la tendencia actual es a realizar evisceraciones. En el resto de patologías se realizó con mayor frecuencia evisceración.

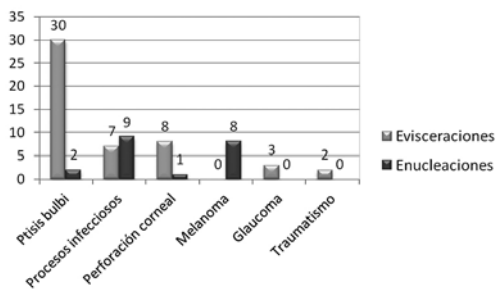


Fig. 6: Tipo de cirugía realizada según el diagnóstico.

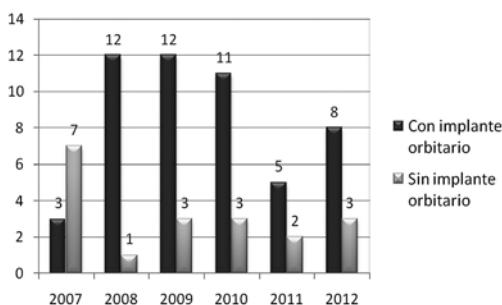


Fig. 7: Número de implantes orbitarios colocados en cada año estudiado.

En 59 pacientes (84,29%) se colocó un implante orbitario (Medpor®). Se aprecia un incremento en el número de implantes orbitarios empleados, pues en el año 2007 se colocó en el 30% de los pacientes, siendo este porcentaje mayor en los siguientes años (fig. 7). Con respecto a las complicaciones de dichos implantes, durante el periodo de tiempo estudiado solo se han detectado dos extrusiones, en una de ellas se empleó injerto dermograso y en la otra se colocó una nueva prótesis sin requerir injerto dermograso.

CONCLUSIONES

En general, los motivos que llevan a extraer el globo ocular van desde traumatismos severos donde es imposible reconstruir el globo ocular (esta causa es cada vez menos frecuente), ojos que han perdido su visión y producen dolor, o globos oculares sin visión que han quedado severamente desestructurados.

Efectuar hoy en día la enucleación o evisceración depende de la indicación específica y de la preferencia del oftalmólogo. Está bien

establecido que la evisceración reporta mejores resultados estéticos al conservar la movilidad ocular, disminuye el riesgo de enoftalmía posquirúrgica y posibles complicaciones de la cirugía. Los resultados cosméticos después de una enucleación, aun en el caso de inclusión de un implante orbitario, serán peores que cuando se ejecuta una evisceración.

En nuestra revisión, durante el periodo de tiempo estudiado, la causa más frecuente de extracción del globo ocular fue la ptisis bulbi, y la menos frecuente la secundaria a traumatismo ocular. Dentro de la ptisis bulbi son los glaucomas absolutos los que presentan un mayor porcentaje.

Con respecto a las complicaciones posquirúrgicas, a pesar de aumentar el número de implantes orbitarios no apreciamos un aumento de las mismas.

Excepto ante la presencia de tumor maligno intraocular y procesos infecciosos, el procedimiento realizado con mayor frecuencia fue la evisceración debido a los beneficios posquirúrgicos que ésta aporta, como son: mejor estética orbitaria al respetar más la anatomía y presentar menos migraciones, mejor movilidad del implante y menor número de complicaciones como la extrusión. Por ello, creemos que la evisceración es la técnica de elección, siempre y cuando se pueda preservar el tejido escleral y no exista un tumor intraocular.

BIBLIOGRAFÍA

- Migliori ME. Enucleation versus evisceration. *Curr Opin Ophthalmol.* 2002; 13(5): 298-302.
- Timothy NH, Freilich DE, Linberg JV. Evisceration versus enucleation from the ophthalmologist's perspective. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2003; 19(6): 417-420.
- Curso de ciencias básicas y clínicas. American Academy of Ophthalmology. Órbita, párpados y aparato lagrimal. Elsevier. 2008. 123-127.
- Bilyk JR. Enucleation, evisceration, and sympathetic ophthalmia. *Curr Opin Ophthalmol.* 2000; 11: 372-385.
- Soares IP, França VP. Evisceration and enucleation. *Semin Ophthalmol.* 2010; 25(3): 94-97.