

# Simbléfaron en ojo único

## Autores:

Dres. Andrea Ávila, Susana Gamio, Esteban Santiago y Pía Trevisan

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Contacto: Dra. Andrea Ávila: Afap82@hotmail.com

Recibido: 20/7/2019

Aceptado: 20/9/2019

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2019; 14: 30-32



## Resumen

Reportamos un caso clínico de un paciente de 10 años del HNRG con antecedente de anoftalmía del ojo derecho y simbléfaron severo del ojo izquierdo. Luego del tratamiento antiinflamatorio prequirúrgico, la cirugía y el tratamiento médico postquirúrgico el paciente presenta 18 meses después de la cirugía un fórnix formado y profundo.

## Abstract

We report a case of a 10 year old patient from HNRG with history of anophthalmia of the right eye and severe symblepharon of the left eye. After presurgical antiinflammatory treatment, surgical intervention and post operative medical treatment was performed the patient still has a deep formed fornix 18 months post surgery.

Palabras clave/Keywords: simbléfaron, reconstrucción de superficial ocular/ symblepharon, ocular surface reconstruction.

## Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 10 años con antecedentes de anoftalmía OD, coloboma de párpado inferior OI, fisura facial. A los pocos años de vida el servicio de cirugía plástica infantil hace una reparación de la fisura de cara y en el año 2014 le realizan el cierre del coloboma del párpado inferior izquierdo, cirugía que se complica con el desarrollo de un simbléfaron del OI poco tiempo después. A finales del 2017 nos es derivado para reconstrucción del simbléfaron. Al examen oftalmológico se observa AV: OD anoftalmía OI VL; BMC: OI simbléfaron severo de párpado inferior que recubre la totalidad de la córnea con áreas de conjuntiva bulbar normal superior y temporal. (figura 1). Ecografía OI normal. Se comienza tratamiento con Doxiciclina VO 100mg día, Ciclosporina tópica 2 veces al día, corticoides tópicos, Fluorometolona 4 veces al día, lágrimas artificiales cada 3 horas y Tacrolimus ungüento por la noche. Luego de 4 meses de tratamiento médico se procede a la reconstrucción realizando la lisis del simbléfaron con reconstrucción de fórnix y superficie ocular. Se

controla a las 24, 72 horas y luego semanalmente. Se indica antibiótico más corticoides tópicos, se continúa con la Doxiciclina VO por 3 meses, Ciclosporina 2 veces al día y lágrimas artificiales cada 2 horas.

### Discusión

Simbléfaron es la adhesión parcial o total de la cara interna del párpado al globo ocular. La obliteración del fórnix por tejido cicatrizal tiene efectos negativos en la superficie ocular como lo serían ojo seco por alteración en la producción y reservorio lagrimal, bloqueo por fibrosis de conductos lagrimales, micro trauma por irregularidad tarsal, entropión cicatrizal, dirección anómala de las pestañas, exposición ocular, parpadeo y cierre palpebral inadecuado, produciendo ceguera en el peor de los casos.

Existen causas endógenas y exógenas de simbléfaron. Las causas exógenas como lo son las lesiones térmicas, químicas, iatrogénicas etc., y causas endógenas como Steven Johnson, Pemfigoide ocular cicatricial, necrosis epidérmica tóxica, etc. La patogénesis de la cicatrización varía según la causa del simbléfaron, pero en todos los casos existe una proliferación excesiva de fibroblastos, alteración epitelial, pérdida de células de goblet y células madre.

No hay un consenso en la estadificación del simbléfaron, ya que generalmente se lo estadifica según la enfermedad causal. En el año 2008 Kheirkhah y col. proponen una estadificación en forma independiente del mecanismo causal, basándose en el largo, ancho y actividad inflamatoria del simbléfaron en el momento del diagnóstico <sup>1</sup>.

Tampoco existe un consenso en la técnica quirúrgica que debe utilizarse debido a la gran variedad de mecanismos causales, esto explica la gran variedad en tasas de éxito reportada en la literatura. Sabemos que el mejor momento para realizar la cirugía reconstructiva es cuando el ojo está tranquilo basándonos en actividad inflamatoria, y si falla una reconstrucción es aconsejable esperar aproximadamente 6 meses para realizar otro intento quirúrgico. Si existe deficiencia de células madre lo ideal es reconstruir primero el fórnix para lograr un ambiente óptimo y tratar la deficiencia de células madre más adelante.

La cirugía se inicia colocando suturas de tracción palpebral, luego se realiza la lisis del simbléfaron y se reseca la mayor cantidad de fibrosis posible

respetando conjuntiva sana. Cuando ya limpiamos toda la fibrosis y reformado el fórnix aplicamos Mitomicina C (MMC) 0,04% por 3 minutos seguido de un profuso lavado, luego recubrimos el área desnuda con membrana amniótica adhiriéndola con adhesivo tisular o suturas<sup>2,3,4,5</sup>. Se realiza una sutura de anclaje en fondo de saco y al finalizar se coloca una lente de contacto y un anillo de simbléfaron. Otras opciones para restituir el tejido faltante son el autoinjerto conjuntival, la utilización de mucosa bucal o nasal y las nuevas técnicas de amplificación celular por laboratorio como lo es la técnica COMET<sup>6,7</sup>.

El tratamiento antiinflamatorio es un pilar esencial en la reconstrucción del simbléfaron ya sea durante el periodo prequirúrgico como postquirúrgico. En el periodo prequirúrgico, según la severidad,



Figura 1



Figura 2

se puede utilizar la Doxiciclina vía oral, los corticoides tópicos, la ciclosporina tópica, lubricación con lágrimas artificiales, y en casos necesarios se puede realizar la oclusión del punto lagrimal y la depilación periódica de las pestañas <sup>8,9</sup>. En casos severos se puede requerir inmunosupresión sistémica.

El paciente que presentamos, luego de 18 meses de la cirugía y de haber cumplido con el tratamiento antiinflamatorio todavía presenta un fórnix formado y profundo. (figura 2) En nuestro hospital la mayoría de los casos de simbléfaron son por lesiones térmicas o químicas. Es importante enfatizar en la prevención del desarrollo del simbléfaron mediante el tratamiento adecuado durante el episodio agudo <sup>10</sup>. Las tasas de éxito en la reconstrucción de fondo de saco conjuntival y superficie ocular han mejorado en los últimos años debido a nuevas técnicas quirúrgicas, nuevas medicaciones y el advenimiento de las expansiones celulares.

#### Bibliografía

1. Kheirhah A., Blanco G., Casas V. Surgical Strategies for Fornix Reconstruction Based on Symblepharon Severity. *Am J Ophthalmol.* 2008 Aug; 146(2): 266-275.
2. Intraoperative Mitomycin C and Amniotic Membrane Transplantation for Fornix Reconstruction in Severe Cicatricial Ocular Surface Disease. Tseng SC., Di Pascuale MA., Liu DT., et al. *Ophthalmology.* 2005;112(5):896-903.
3. Amniotic Membrane Transplantation in Children With Symblepharon and Massive Pannus. Goyal R., Jones S., Espinosa M. et al. *Arch Ophthalmol.* 2006;124:1435-1440.
4. A Combined Approach of Amniotic Membrane and Oral Mucosa Transplantation for Fornix Reconstruction in Severe Symblepharon. Kheirhah A., Ghaffari R., Kaghazkanani R., et al. *Cornea* 2013;32:155-160.
5. Comparison of fibrin glue and Vicryl sutures in conjunctival autografting for pterygium surgery. Wang X., Zhang Y., Zhou L. *Molecular Vision* 2017; 23:275-285.
6. Ocular surface reconstruction: recent advances and future outlook. Yiu S., Thomas P., Nguyen P. *Curr Opin Ophthalmol* 2007 18:509-514.
7. Ocular Surface Reconstruction by Cultivated Epithelial Sheet Transplantation. Satake Y., Yamaguchi T., Hirayama M. *Cornea* 2014;33(Suppl): S42-S46.
8. Tacrolimus for Ophthalmic Use: An update. Tinwala S., Shekhar H., Gupta S. *Del J Ophthalmol* 2012;23(3):211-215.
9. Doxycycline as an anti-inflammatory agent: updates in dermatology. Henehan M., Montuno M., de Benedetto A. *JEADV* 2017; 31: 1800-1808.
10. Prevention and treatment of symblepharon. Kaufman H., Thomas E. *Am J Ophthalmol* 1979; 88:419-423