

Eliminación de ojos, ojos artificiales y cuencas de ojos



*Dr David H Verity, MD MA FRCOphth
Consultant Ophthalmic Surgeon*

Introducción:

La extracción de un ojo o del interior de un ojo, puede ser necesaria por varias razones. Independientemente de la enfermedad subyacente, y si el ojo ve o no ve, la decisión de tener un ojo extirpado puede ser difícil y emocionalmente dura. Sin embargo, la cirugía y la rehabilitación posterior pueden llevar a un resultado estético muy satisfactoria y en muchos casos la simetría y la coincidencia de color entre los ojos artificiales y naturales puede ser muy buena.

P: ¿Cuáles son los tratamientos posibles de un ojo que no ve?

En general, es mejor no hacer cirugía y, por tanto, llevar lentes de contacto de colores o una prótesis (ojos artificiales acrílicos) encima de un ojo ciego que resultan muy parecidas a un ojo real. Sin embargo, si los ojos empiezan a doler cada vez más a pesar del uso de gotas o no mejora el ojo con una lente de contacto (a menudo debido a la contracción del ojo), la cirugía debe ser considerada para tratar las molestias e introducir un ojo artificial (prótesis) que se pone sobre la nueva "superficie" creada con la cirugía.

P: ¿Hay alguien con quién pueda hablar que haya tenido esta operación?

Sí. Existe un número de pacientes ya operados anteriormente que ha tenido la amabilidad de ofrecerse para dar asesoramiento y apoyo; sus datos se pueden obtener previa solicitud.

P: ¿Cómo se quita un ojo?

Esencialmente, hay dos maneras. La primera, llamada la enucleación, consiste en la extirpación de todo el 'globo' (esto incluye la parte blanca del ojo o 'esclerótica'). En su lugar, un implante sólido esférico permanente (o "bola") se coloca dentro de la cuenca para compensar la pérdida de volumen y los músculos que mueven los ojos se vuelven a unir a este implante. Las membranas superficiales (incluidas las de la conjuntiva) se suturan por encima de la superficie frontal de este implante (o la bola, que se mantiene permanentemente cubierta), y una vez que la inflamación de la superficie se ha reducido (en pocas semanas), un ojo artificial o "prótesis" (similar a la cáscara) se puede poner en la parte anterior. Ésta se mantiene por los párpados y se

quita fácilmente para la limpieza diaria. La bola de implante se mantiene de por vida y por lo general no requiere mayor atención.

El segundo método se llama una evisceración, en el que la parte blanca del ojo (esclerótica) no se elimina, sino que se utiliza como material de envoltura natural para cubrir el implante. Esta cirugía tiene la ventaja de ofrecer una recuperación más rápida para el paciente y, debido a que las inserciones de los músculos de la esclerótica no se alteran, el movimiento del implante tiende a ser mejor.

P: ¿Cuánto tiempo debo permanecer en el hospital y cuándo se instala el ojo artificial por primera vez?

Durante la cirugía, el implante se coloca en la cuenca de la órbita y esto tiende a resultar en un suave estiramiento de los tejidos. Ya que esto puede dar lugar a un cierto malestar y náuseas durante las primeras 12 - 24 horas después de la cirugía, a los pacientes se les ofrece una cama durante la noche suministrándose la analgesia habitual y antieméticos. Únicamente cuando el paciente se siente listo para ser dado de alta, éste se puede ir a casa. Una revisión está programada al cabo de una semana, cuando se retira el apósito.

P: ¿Qué problemas pueden ocurrir con el uso de un ojo artificial (prótesis)?

La prótesis debe limpiarse varias veces por semana, siendo más eficaz el uso de agua fría. Si con el tiempo la forma de la cuenca cambia, el ajuste de la prótesis puede no ser óptimo y el roce del borde de la prótesis en la cavidad puede dar lugar a irritación y / o a la producción de mucosidad. Esto puede requerir un tratamiento corto de gotas esteroides tópicas, el pulido de la prótesis o incluso otra cirugía para la mejora del revestimiento y / o el contorno de la cuenca.

P: ¿Qué aspecto tendré después de la cirugía, y cuando puedo usar un ojo artificial?

El ojo artificial o prótesis está diseñado y equipado por compañeros especializados llamados protésicos. Estos tienen una experiencia considerable tanto en el desarrollo y adaptación de un ojo artificial a medida como en el control de la forma siguiente y la salud de la toma.

Durante la fase de curación después de la cirugía, el paciente lleva una cubierta de plástico transparente insertada debajo de los párpados para mejorar la cicatrización de la cavidad. Durante este intervalo, la inflamación desaparece de forma gradual y la primera prótesis, la que es temporal, pero del mismo color que el otro ojo, se lleva aproximadamente durante 4 semanas después de la cirugía. La prótesis es diseñada, con el color y las características del otro ojo normal y está lista una o dos semanas más tarde.

P: Después de esta cirugía, ¿puede requerirse alguna futura operación?

Con estas simples medidas mencionadas anteriormente, la mayoría de los ojos artificiales darán durante muchos años un buen servicio. Sin embargo, hay ciertas situaciones que pueden requerir gotas o cirugía adicional para permitir que una prótesis se adapte bien.

P: ¿Por qué la cuenca del ojo puede a veces parecer "hueca", a pesar de llevar el ojo artificial?

La lesión en un ojo, o su eliminación, también puede conducir a la pérdida de una parte del volumen de la cuenca del ojo, con una apariencia hueca de los párpados. Esto se debe a la atrofia (encogimiento) de los cojines de grasa profunda dentro de la cuenca, y puede ocurrir incluso si el implante grande se ha colocado después de la extirpación de un ojo. El 'hueco' aparente (conocido como '*síndrome post enucleación de la cuenca*') puede ser resuelto con el aumento del volumen de profundidad en el zócalo, permitiendo el uso de una prótesis más delgada (y por lo tanto más ligera). Esto se puede hacer ya sea mediante el intercambio del implante de la bola por una más grande (o la colocación de un "implante orbitario secundario" cuando no se hayan insertado los implantes anteriores), o mediante la colocación de otro implante, más plano, a lo largo del suelo de la cavidad. Si se requiere más volumen, una transferencia de grasa al párpado superior también puede ser considerada.

P: ¿Se supone que un ojo artificial más grande ayuda a mejorar un déficit de volumen?

En efecto, el aumento del tamaño de la prótesis para compensar la deficiencia de volumen puede compensar cierto "vaciamiento", y en muchos pacientes es más adecuado o preferible someterse a una cirugía mayor. Sin embargo, con el tiempo, una gran prótesis tiende a pesar sobre el párpado inferior (lo que provoca laxitud) y no puede moverse tan bien como una prótesis ligera. Aunque la laxitud del párpado se puede tratar apretándolo, si el principal problema es la deficiencia de volumen, éste también debe ser tratado.

P: El ojo artificial es inestable - ¿Por qué?

Para que un ojo artificial este cómodamente situado en la cuenca, es necesario que haya una gran 'bolsa' (fondo de saco) detrás de los párpados inferior y superior. La disminución de la profundidad de estos fondos de saco puede conllevar a molestias (debido a la irritación de la mucosa), secreción de moco, ojo artificial inestable y la dificultad de inserción del ojo artificial. Con esto se trata de asegurar que haya suficiente volumen en el zócalo, y se realiza una ampliación de los fondos de saco, ya sea por la redistribución del tejido local, o mediante la colocación de un injerto de mucosa oral en el zócalo.

P: He oído que la eliminación de un ojo puede causar inflamación del otro ojo. ¿Cómo se denomina y por qué ocurre esto?

Una forma excepcionalmente rara de inflamación, llamada 'oftalmitis simpática', puede ocurrir en el ojo sano en cualquier momento después de una lesión u operación en el otro ojo. Esto se debe a que los contenidos expuestos de un ojo lesionado pueden activar el sistema inmune del cuerpo contra los mismos tejidos en el ojo sano. A pesar de tratarse, la inflamación puede conducir a la pérdida de visión en el ojo bueno.

La extracción de un ojo utilizando el método de evisceración (que no es la enucleación) conlleva el riesgo teórico de este tipo de inflamación. Cabe señalar, sin embargo, que esos ojos por lo general han tenido una lesión previa o cirugía, y el otro ojo normal está por lo tanto en riesgo, incluso antes de que el ojo sea extraído. La verdadera probabilidad de desarrollar oftalmitis simpática en el ojo bueno después de una evisceración es muy difícil de determinar, pero se considera que es del orden de 1: 50.000. Sin embargo, ésta es tratable, y en general, muchas más evisceraciones se realizan ahora en vez de enucleaciones por las razones expuestas anteriormente. Este autor nunca ha visto un paciente con oftalmitis simpática debido a una cirugía de evisceración.

P: ¿Dónde puedo obtener más información sobre este tema?

Proceder con la eliminación de un ojo es una decisión difícil para todos los pacientes y plantea muchas cuestiones prácticas y emocionales en la mayoría de las personas. El personal y los pacientes en Moorfields Eye Hospital han desarrollado un DVD de información denominado "Eliminación de un ojo", que explora muchas de estas cuestiones y las preguntas más frecuentes. El DVD está disponible gratuitamente bajo petición, pero se agradece una pequeña donación a la Liga de Amigos de la Caridad del Hospital.

P: ¿Puedo conducir después de la eliminación de cualquier ojo?

Para los conductores de vehículos privados o motocicleta, si la visión es normal en el otro ojo y no hay otras condiciones médicas, la DVLA no requiere ser informada.

Extracto de la página web de DVLA:

"Monocularidad y conducción: Monocularidad es una condición que debe informarse al Vehicle Licensing Agency (DVLA).

Para los titulares de licencias de conducir de coche y moto: Si usted tiene un coche o una motocicleta con licencia de conducir - no será necesario avisar a la DVLA sobre su condición médica".

Si usted tiene alguna duda sobre su capacidad para conducir, por favor póngase en contacto con la DVLA, en el siguiente enlace:

http://www.direct.gov.uk/en/Motoring/DriverLicensing/MedicalRulesForDrivers/MedicalA-Z/DG_185682