QUISTE CONJUNTIVAL DE INCLUSIÓN TRAS CIRUGÍA DE ESTRABISMO SEGÚN TÉCNICA DE RETROINSERCIÓN EN ASA

CONJUNCTIVAL INCLUSION CYST AFTER STRABISMUS SURGERY BY HANG-BACK RECESSION

PÉREZ-FLORES MI¹, ORTIZ-REY JA², ANTÓN-BADIOLA I², LORENZO-CARRERO J³

RESUMEN

Caso clínico: Mujer de 24 años con antecedentes de endotropía congénita más DVD operada en la infancia. Se realiza intervención quirúrgica y cuatro meses tras la cirugía presenta una lesión quística que recidiva tras drenaje y tratamiento médico. Se realiza exéresis completa de la lesión.

Discusión: El origen de los quistes de inclusión conjuntivales tras cirugía de estrabismo sería la implantación escleral de células epiteliales. Sugerimos la relación con la sutura escleral como mecanismo de formación, independientemente de la posición del músculo. El tratamiento de elección en los quistes de gran tamaño es la resección completa.

Palabras clave: Quiste conjuntival de inclusión, cirugía de estrabismo, sutura escleral.

ABSTRACT

Case report: A 24-year-old woman, with a history of infantile esotropia and DVD operated on in infancy, had strabismus surgery performed by us. Four months later she presented with a cystic lesion that recurred after drainage and medical treatment. Complete excision of the cystic lesion was therefore performed.

Discussion: The epithelial cells implanted on the sclera at the time of the most recent surgery may have been the origin of inclusion cyst which developed after the strabismus surgery. This suggests a possible relationship with the scleral suture as the mechanism of cyst formation, independent of the muscle position. Complete excision is the recommended treatment for large cysts (*Arch Soc Esp Ophthalmol* 2006; 81: 653-656).

Key words: Conjunctival inclusion cyst, strabismus surgery, scleral suture.

Recibido: 30/3/06. Aceptado: 17/11/06.

Servicio de Oftalmología. Hospital POVISA. Vigo (Pontevedra). España.

¹ Licenciada en Medicina.

² Licenciado en Medicina. Servicio de Anatomía Patológica.

³ Doctor en Medicina.

Los autores declaran que no tienen interés comercial ni han recibido apoyo económico.

Correspondencia:

María Inés Pérez Flores

Servicio de Oftalmología. Hospital POVISA

C/. Salamanca, 5

36211 Vigo (Pontevedra)

España

E-mail: mari-nes@eresmas.net

INTRODUCCIÓN

Los quistes conjuntivales de inclusión son el resultado de la implantación de epitelio conjuntival tras cirugía o trauma. Estos quistes son una complicación poco frecuente de la cirugía de estrabismo y pueden presentarse meses o años después de la cirugía (1). Ocasionalmente se produce su resolución espontánea, pero la mayoría requieren tratamiento quirúrgico. El tratamiento de elección es la resección completa del quiste en los de mayor tamaño y resección o cauterización en los más pequeños (1-3).

Se presenta un caso de quiste conjuntival de inclusión tras cirugía de estrabismo, su evolución clínica y su tratamiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años con antecedentes de endotropía congénita y cirugía de rectos medios a los 3 años de edad. En la exploración presentaba una endotropía residual y DVD. Se realizó cirugía según técnica de resección de rectos laterales y retoinserción en asa de ambos rectos superiores. A los 4 meses de la intervención presentó una lesión conjuntival de aspecto quístico y con signos de inflamación, en el sector nasal superior de su ojo izquierdo (fig. 1). Se drenó obteniendo un líquido de aspecto mucopurulento por lo que se diagnosticó de absceso subconjuntival. Se instaura tratamiento con ciprofloxacino y dexametasona tópicos y ciprofloxacino sistémico. Al mes la lesión recidiva sin signos inflamatorios y se observa crecimiento progresivo. Se realizó exéresis quirúrgica completa de la lesión, la cual se

Fig. 1: Biomicroscopía: Quiste conjuntival.

encuentra adyacente a la inserción primitiva del recto superior (fig. 2). El diagnóstico histopatológico es de lesión quística benigna. El estudio reveló la existencia de una formación quística de pared fibrosa que incluye vasos y algún agregado linfoide, parcialmente tapizada en su superficie interna por un epitelio plano estratificado, no apreciándose atipias ni mitosis significativas (fig. 3). Tras la cirugía la lesión no recidivó.

DISCUSIÓN

Los quistes conjuntivales de inclusión tras cirugía de estrabismo tienen su origen en la implanta-

Fig. 2: Pieza macroscópica. Escisión completa del quiste conjuntival.

Fig. 3: Estudio histopatológico. Pared quística: tejido fibroso revestido por epitelio estratificado plano (Hematoxilina-eosina, x200).

ción de células epiteliales en la esclera durante la intervención. El epitelio prolifera y da lugar a una cavidad de contenido fluido con restos de descamación celular y células inflamatorias (4). La aparición de estos quistes ha sido descrita desde meses hasta años después de la cirugía. Algunos pueden desaparecer espontáneamente pero con frecuencia son persistentes.

Durante la cirugía células epiteliales son capturadas por la sutura al arrastrar la conjuntiva. El origen de estos quistes sería la implantación de dichas células epiteliales a través de los túneles esclerales creados por la aguja. Han sido encontrados quistes entre el músculo operado y la esclera. En estos casos no hay adherencia entre el músculo y la esclera y en ocasiones se forma un pseudotendón que va de la zona escleral en que esperamos encontrar la inserción muscular, a la cara posterior del músculo. Al realizar la extirpación del quiste es necesario tratar de identificar la existencia del pseudotendón, para así evitar la escisión libre del quiste con pérdida del músculo (1).

En nuestro caso no se evidenció, ni en la exéresis ni en el estudio histopatológico una relación directa entre el quiste y fibras musculares. Durante la exploración y disección del quiste se comprobó que éste se encontraba separado del músculo recto superior, al cual se había realizado una retroinserción en asa. La posición del quiste era nasal superior, adyacente a la inserción anatómica del recto superior. Pensamos que su origen podría estar en el arrastre de células epiteliales a través del tunel escleral de la

sutura, a nivel del extremo nasal de la inserción primitiva del músculo.

Se han descrito otros tipos de quistes conjuntivales, como los de origen glandular, cuyo epitelio sería de tipo cilíndrico (1). El estudio histopatológico en nuestra paciente muestra un epitelio similar al de la conjuntiva, lo cual confirma el diagnóstico de quiste conjuntival de inclusión.

Se puede concluir que el mejor método de prevención frente a la aparición de los quistes de inclusión conjuntivales es una cuidadosa técnica quirúrgica, evitando el arrastre de la cápsula de Tenon y la conjuntiva con las suturas esclerales. No hemos encontrado descrito en la literatura, ningún caso de quiste conjuntival de inclusión explícitamente relacionado con la sutura de retroinserción en asa. Una vez instaurado el quiste y si éste es de gran tamaño, la exéresis completa es el tratamiento de elección (1,2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kushner BJ. Suconjunctival cysts as a complication of strabismus surgery. *Arch Ophthalmol* 1992; 110: 1243-1245.
2. Song JJ, Finger PT, Kurli M, Wisncki HJ, Jacob CE. Giant secondary conjunctival inclusion cyst: a late complication of strabismus surgery. *Ophthalmology* 2006; 113: 1049.
3. Hawkins AS, Hamming NA. Thermal cautery as a treatment for conjunctival inclusion cyst after strabismus surgery. *J AAPOS* 2001; 5: 48-49.
4. Panda A, Arora R, Mohan M. Cystic lesions of conjunctiva. *Ann Ophthalmol* 1987; 19: 60-62.