

PROTOCOLO DE MANEJO Y DERIVACIÓN DEL PTERIGION PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

2021

Sociedad Chilena de Oftalmología y
Ministerio de Salud
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento Enfermedades no Transmisibles



CONTENIDOS

OBJETIVOS	3
.....
GENERAL	3
.....
ESPECÍFICOS	3
.....
OPERACIONALES	3
.....
ALCANCE	3
.....
POBLACIÓN OBJETIVO	3
.....
INTRODUCCIÓN	4
.....
FACTORES DE RIESGO	4
.....
SÍNTOMAS	4
.....
DIAGNÓSTICO	5
.....
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	5
.....
PINGÜECULA	5
.....
PSEUDOPTERIGION	6
.....
CARCINOMA ESPINOCELULAR	6
.....
CLASIFICACIÓN	6
.....
MANEJO TERAPÉUTICO DEL PTERIGION	7
.....
TRATAMIENTO	7
.....
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	7
.....
MANEJO DE COMPLICACIONES	8
.....
BIBLIOGRAFÍA	9
.....
ANEXO	10
.....
GRUPO DE TRABAJO	12
.....

El documento se basa en el *Protocolo de Manejo y Derivación Pterigion Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, 2019*, así como en la *Orientación Técnica de Salud visual del adulto, 2018*, elaborada por la Sociedad Chilena de Oftalmología y el Ministerio de Salud.

OBJETIVOS

GENERAL

1. Definir criterios de manejo y derivación de pacientes portadores de la patología oftalmológica del pterigion.

ESPECÍFICOS

1. Definir los criterios de manejo en el nivel primario de atención de pacientes portadores de la patología oftalmológica del pterigion.
2. Establecer criterios de derivación estándar hacia la especialidad de Oftalmología, como una forma de contribuir a la pertinencia de la derivación.

OPERACIONALES

1. Optimizar la pertinencia en la derivación a la especialidad oftalmológica.
2. Reducir listas de espera de oftalmología ante una mayor y mejor resolución de casos en Atención Primaria de Salud (APS).

ALCANCE

Este protocolo está dirigido a los equipos de salud, particularmente a médicos no especialistas en oftalmología y tecnólogos médicos en oftalmología, responsables de la atención de personas en los diferentes niveles de atención:

- Centros de Salud Familiar
- UAPOS
- Centros de Salud Urbanos y Rurales
- Hospitales de Baja y Mediana Complejidad
- Hospitales de Mayor complejidad
- Postas de Salud Rural
- Servicios de Atención Primaria de Urgencia

POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo son personas con pterigion o sospecha de este que consultan en la red de atención.

INTRODUCCIÓN

Pterigion deriva del griego pterygos que significa ala pequeña, y corresponde a un tejido fibrovascular de forma triangular que crece en el meridiano horizontal nasal y/o temporal, se dirige desde la conjuntiva y sobrepasa el limbo hacia la córnea. Su presentación es más frecuente en el sector nasal, y puede comprometer el área pupilar y la visión del paciente (1,2).

Su ápice invade a la córnea y se dirige hacia el eje visual, lo que causa en algunos casos de crecimiento excesivo una distorsión corneal generando un astigmatismo irregular y pérdida visual secundaria que no se corrige con lentes ópticos (3).

Un meta análisis reciente estima una prevalencia del 12% en la población (IC 11-14%), y 19.5% (IC 14.3-24.8%) en mayores de 80 años. Entre los factores demográficos más relevantes destacan: edad, sexo masculino, personas que residen en zonas rurales y aquellas que desempeñan sus actividades laborales en el exterior (4).

Se ha encontrado con mayor frecuencia en grupos de población de campesinos y obreros asociado a una mayor exposición solar. En una población rural de China, se estimó que la prevalencia de esta condición fue de 33% en personas mayores de 50 años (5).

La mayoría de los pacientes no requiere tratamiento por ser asintomáticos. En rara ocasión está indicado su tratamiento quirúrgico por ser activos, invasores o de crecimiento rápido.

El presente documento tiene por objetivo proporcionar las directrices generales para que el médico y el personal de salud de atención primaria maneje o derive de forma pertinente a las personas que requieran de evaluación en el nivel secundario, por diagnóstico de pterigion.

Estas directrices constituyen una guía de orientación que establece criterios de prioridad para el manejo y derivación del pterigion, no obstante, cada situación en particular debe ser evaluada.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de desarrollar un pterigion son los siguientes (2,4,6):

- Exposición prolongada a luz solar, constituye el principal factor de riesgo para el inicio y progresión
- Sexo masculino
- Edad
- Antecedente familiar
- Exposición crónica a irritantes (ej: polvo, arena, viento)
- Clima seco

SÍNTOMAS

La presencia o ausencia de síntomas, se relaciona en gran medida con el grado de actividad de la lesión. El pterigion puede ser asintomático con poca vascularización, sin observar crecimiento de la lesión o, estar activos, sintomáticos, con alta vascularización y rápido crecimiento, donde es posible observar (1):

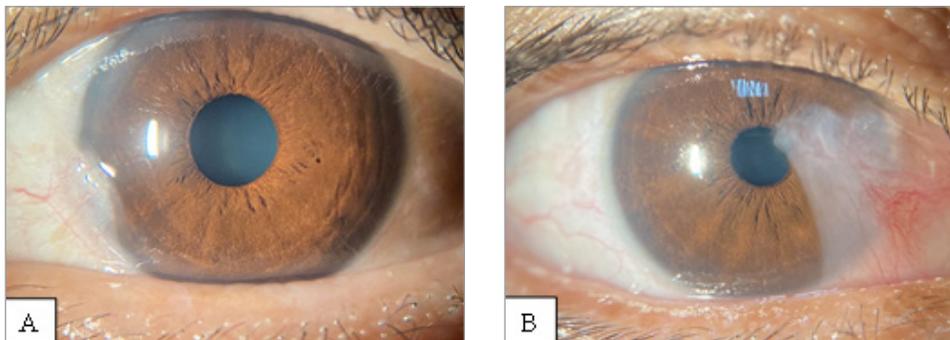
- Irritación ocular persistente (quemazón, ardor, lagrimeo)
- Ojo rojo (persistente, apariencia congestiva)
- Fotofobia
- Sensación de cuerpo extraño
- Ojo seco
- **Disminución de la visión* por compromiso del eje visual o astigmatismo irregular**
- **Diplopía* por compromiso del músculo recto horizontal**

***Estos dos últimos síntomas corresponden a signos de alerta y requieren derivación.**

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es principalmente clínico, en la exploración física se evidencia crecimiento de tejido fibroso desde la conjuntiva bulbar hacia la córnea, de forma triangular, con vértice en dirección a la córnea (1,7). De acuerdo con su aspecto, puede encontrarse en estadios iniciales (Figura 1A) o, en raros casos, puede aumentar de volumen hasta el centro visual siendo un estadio avanzado (Figura 1B).

FIGURA 1: PTERIGION INICIAL (A) Y AVANZADO (B)



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (1)

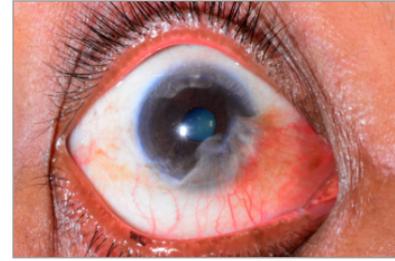
Pinguécula

Lesión amarillenta, elevada, cercana al limbo, que cuando se inflama se parece al pterigion. La diferencia radica en que el pingüecula no sobrepasa al limbo, no tiene forma triangular, ni desplaza el pliegue semilunar. Es un crecimiento de tejido fibrovascular de la conjuntiva bulbar que no compromete la córnea. Su manejo es solo conservador.



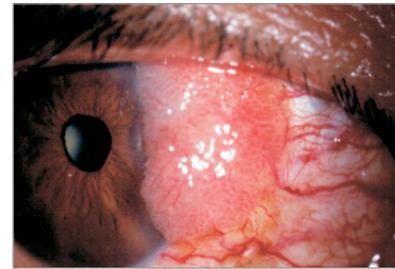
Pseudopterigion

Se denomina así a todas las lesiones corneales periféricas de etiología inflamatoria, infecciosa, autoinmune, de exposición o degenerativa que inducen el crecimiento de tejido conjuntival hacia la córnea que tiende a cubrir la lesión. Se diferencia del pterigion verdadero, porque puede aparecer en cualquier lugar alrededor del limbo y usualmente progresa sobre la lesión corneal en un eje oblicuo al horizontal, en cambio el pterigion se presenta únicamente en el eje de 0 a 180° (eje horizontal). La otra diferencia es la forma de la cabeza, en el pterigiión termina en punta y en el Pseudopterigion se encuentra un leucoma cornea.



Carcinoma espinocelular

Suele desarrollarse en el área del limbo en la apertura palpebral, de localización similar al pterigion. Se diferencia porque no tiene forma triangular, sino que crece en forma irregular, teniendo como centro de crecimiento al limbo; su patrón de vascularización es diferente y la superficie tiende a ser irregular y cruenta, no lisa y uniforme como el pterigion. En caso de sospecha, debe ser referido de urgencia para su tratamiento quirúrgico.



CLASIFICACIÓN

Para su clasificación, se utilizan parámetros descriptivos que consideran las distintas partes del pterigion, grado de invasión y actividad, Tabla 1.

TABLA 1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL PTERIGION

VARIABLE	TIPO PTERIGION	SÍNTOMAS	SIGNOS
SEGÚN ACTIVIDAD	ACTIVO (tener síntomas y crecimiento)	Dolor, ardor, sensación cuerpo extraño o molestias persistentes	Lesión congestiva (hiperémica) y/o inflamada persistente
		Historia de crecimiento	Lesión engrosada hiperémica Lesión irregular en ápex que precede al resto del tejido, lo que indica crecimiento
	INACTIVO	Lesión asintomática	Lesión plana Sin cambios inflamatorios Blanca
		Sin historia de crecimiento	Sin vascularización Sin signos crecimiento
GRADO DE INVASIÓN CORNEAL DESDE EL LIMBO	C1		Invade la córnea entre 1 y 3 mm.
	C2		Invade la córnea de 4 mm y más
			Alteración visual (Astigmatismo)

MANEJO TERAPÉUTICO DEL PTERIGION

Dado el impacto nocivo de la exposición a la luz solar en el desarrollo del pterigion, es necesario educar con el objetivo de protegerse de la exposición excesiva a la luz solar, viento y polvo, incentivando el uso de sombreros y lentes de sol con filtro UV, en todas las edades y especialmente los primeros 10 años de vida (8), así como también en quienes se encuentren expuestos a la luz solar debido a su trabajo u otra situación (4).

TRATAMIENTO

Lo primero a destacar es que no existe tratamiento médico que revierta la lesión y en general se trata de manera conservadora con control anual en el primer nivel de atención.

Las características de los pterigions de **manejo médico** a nivel primario por médico no especialista o de UAPO son las siguientes:

- a. Lesiones inactivas asintomáticas, de aspecto atrófico y avascular.
- b. Sin evidencia de crecimiento.
- c. Lesiones con escasa sintomatología.

Las medidas para su manejo son:

- Uso de lentes de sol con filtro UV para prevenir la progresión de la lesión, así como uso de gorro con visera.
- Uso de lágrimas artificiales: 1 gota 3-4 veces al día o según necesidad.
- Colirio vasoconstrictor en caso de reacción inflamatoria menor. Debe usarse por períodos reducidos (1 semana), hasta 2 veces al día, considerando efecto de rebote.
- Si no cumple con criterios de derivación, se sugiere controlar en 2 años.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Frente a la presencia de actividad o crecimiento acelerado de la lesión, podría estar indicado el tratamiento quirúrgico (1). Las personas con pterigion que deben derivarse a nivel terciario para manejo quirúrgico son:

- Pterigion que cubre o sobrepasa el eje visual, (clasificado como C2, ≥ 4 mm desde limbo).
- Disminución de agudeza visual por opacidad o astigmatismo irregular secundario a la lesión.
- Causa astigmatismo importante (>2 cil.).
- Lesión restringe movimientos oculares asociado a diplopía (reparación habitualmente).
- Si el pterigion compromete el mismo ojo simultáneamente por el lado nasal y temporal que se acerca al jefe de visión central.
- Síntomas irritativos con ojo doloroso asociado a daño corneal (ej: dellen).
- Recidiva del pterigion posterior a su resección quirúrgica.
- Sospecha de carcinoma espinoceleular.

La interconsulta debe incluir los siguientes puntos: presencia de actividad y tamaño del pterigion, agudeza visual con o sin corrección y con agujero estenopeco. Asimismo, debe consignar la solicitud de tratamiento quirúrgico. **No corresponde** derivar al policlínico de choque de especialidad oftalmológica.

INDICACIÓN ABSOLUTA DE CIRUGÍA

- Lesión restringe movimientos oculares asociado a diplopía (reparación habitualmente), o
- Sobrepasa eje visual que compromete la pupila disminuyendo visión (pterigion invasor).

Hay que destacar que, en menores de 40 años la intervención quirúrgica del pterigion es controversial, particularmente si es por motivos estéticos o de irritación, debido a la alta probabilidad de recidiva, situación que debe ser informada a la persona.

En las comunas que dispongan, la derivación se realiza a la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) y si cumple los criterios de derivación se deriva al nivel terciario.

MANEJO DE COMPLICACIONES

La recidiva es la complicación más frecuente. En la literatura internacional se ha descrito una frecuencia que puede ir desde el 2% al 80% dependiendo de la técnica quirúrgica utilizada (2,9-11) y la mayor recurrencia se presenta en los primeros 9 meses postoperatorios (11-13).

En caso de recidiva, que cumpla criterios de derivación se debe derivar a través de una nueva interconsulta al Servicio de Oftalmología donde se realizó la operación primaria. La derivación por esta causa incluye todas aquellas personas que, dentro del plazo de 3 a 9 meses, manifiestan un nuevo pterigion en el mismo ojo. El documento debe incluir los siguientes antecedentes:

- Datos del paciente: nombre, Rut, edad.
- Datos del establecimiento que refiere.
- Confirmación diagnóstica.
- Tratamiento realizado.
- Plan o indicaciones para APS.
- Datos del especialista que refiere: nombre, Rut y especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

El documento se basa en el *Protocolo de Manejo y Derivación Pterigión Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, 2019*, así como en la *Orientación Técnica de Salud visual del adulto, 2018*, elaborada por la Sociedad Chilena de Oftalmología y el Ministerio de Salud, lo que se complementa con la bibliografía que se menciona a continuación:

1. Ministerio de Salud. Salud visual en adultos, orientaciones técnicas para el primer nivel de atención. 2018.
2. Iradier MT, Palmero L, Bañeros P. Protocolo de práctica clínica preferente: Cirugía de Pterigión. [Internet]. Sociedad Española de Oftalmología; 2017 Feb p. 45. Available from: https://www.ofthalmoseo.com/documentacion/nuevos_protocolos/Cirugia-del-pterigium.pdf
3. Cea M. Pterigión. Protocolo de manejo y derivación en establecimientos de menor complejidad a nivel de especialidad. [Internet]. Servicio de Salud Coquimbo; 2016 Aug p. 8. Available from: www.scoquimbo.cl/gob-cl/reglas/files/2012/PTERIGION.doc
4. Rezvan F, Khabazkhoob M, Hooshmand E, Yekta A, Saatchi M, Hashemi H. Prevalence and risk factors of pterygium: a systematic review and meta-analysis. *Surv Ophthalmol*. 2018 Sep;63(5):719-35.
5. Wu K, He M, Xu J, Li S. Pterygium in aged population in Doumen County, China. *Yan Ke Xue Bao*. 2002 Sep;18(3):181-4.
6. Shahraki T, Arabi A, Feizi S. Pterygium: an update on pathophysiology, clinical features, and management. *Ther Adv Ophthalmol*. 2021 Jan 1;13:25158414211020150.
7. Chui J, Coroneo MT, Tat LT, Crouch R, Wakefield D, Di Girolamo N. Ophthalmic Pterygium. *Am J Pathol*. 2011 Feb;178(2):817-27.
8. Treating Pterygium: Innovation from Australia [Internet]. American Academy of Ophthalmology. 2006 [cited 2021 Aug 17]. Available from: <https://www.aao.org/eyenet/article/treating-ptyerigium-innovation-from-australia>
9. Kumar S, Singh R. Pterygium excision and conjunctival autograft: A comparative study of techniques. *Oman J Ophthalmol*. 2018;11(2):124-8.
10. Clearfield E, Muthappan V, Wang X, Kuo IC. Conjunctival autograft for pterygium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 11;2:CD011349.
11. Ti SE. Analysis of variation in success rates in conjunctival autografting for primary and recurrent pterygium. *Br J Ophthalmol*. 2000 Apr 1;84(4):385-9.
12. Alpay A, Uğurbaş SH, Erdoğan B. Comparing techniques for pterygium surgery. *Clin Ophthalmol Auckl NZ*. 2009;3:69-74.
13. Hirst LW, Sebban A, Chant D. Pterygium Recurrence Time. *Ophthalmology*. 1994 Apr 1;101(4):755-8.

ANEXO

ILUSTRACIÓN 1. PTERIGION BILATERAL QUE COMPROMETE SECTOR NASAL DE AMBOS OJOS.



ILUSTRACIÓN 2. PTERIGION C2 QUE MIDE CON REGLA MÁS DE 4 MM DESDE EL LIMBO.

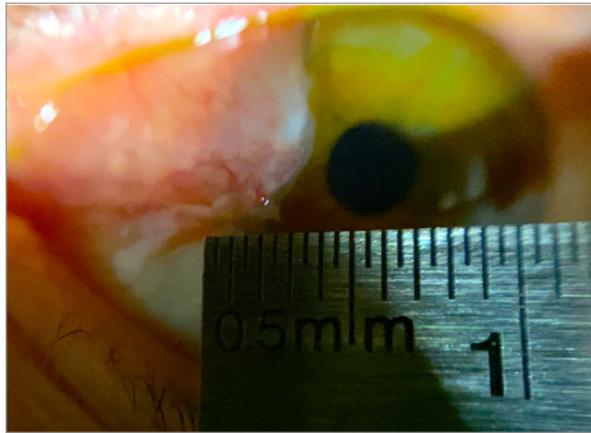


ILUSTRACIÓN 3. PTERIGION C1, CON REFERENCIA DE DISTANCIA LIMBO A LIMBO DE 12 MM Y 3.26 MM RESPECTIVAMENTE.



ILUSTRACIÓN 4. PTERIGION AVANZADO DEL OJO DERECHO CON COMPROMISO NASAL Y TEMPORAL.



ILUSTRACIÓN 5. PINGÜECULA CON COMPROMISO NASAL DE OJO DERECHO.



ILUSTRACIÓN 6. CAUSTICACIÓN CORNEAL DE OJO IZQUIERDO.



ILUSTRACIÓN 7. TUMOR LIMBAR DE OJO DERECHO.



GRUPO DE TRABAJO

Responsables técnicos Ministeriales

Dra. Sylvia Santander	Médico Cirujano. MSc. Psicología de la adolescencia. PhD en Ciencias de la Educación. Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud
Dra. Mélanie Paccot	Médico Cirujano. Magíster en Salud Pública. Magíster en Administración y Gestión en Salud. Jefa del Departamento Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

Autores

Dr. Fernando Barría	Presidente Sociedad Chilena de Oftalmología.
Dr. Dennis Cortés	Past-president Sociedad Chilena de Oftalmología.
Dr. Gonzalo Vargas	Sociedad Chilena de Oftalmología.
Klga. Paula Silva	Kinesióloga, Magíster® en Salud pública, Departamento Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

Revisores

Dra. Mélanie Paccot	Médico Cirujano. Magíster en Salud Pública. Magíster en Administración y Gestión en Salud. Jefa del Departamento Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Sra. Ana María Merello	Jefa Depto. GES y Redes de Alta Complejidad, DIGERA. División de Gestión de la Red Asistencial
EU. Lisset Slaibe	Jefa Depto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, División de Gestión de la Red Asistencial.
Dra. Marcela Rivera	Medicina familia, Encargada Programa de Salud Cardiovascular, Depto. Gestión del Cuidado, División de Atención Primaria.

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de interés que declarar.

