

Criocirugía en párpados

Cryosurgery in eyelids

Carlos Horacio González¹

La criocirugía en párpados es sencilla, ofrece un excelente resultado cosmético, preserva el conducto lacrimógeno y no produce perforación en la parte dorsal del párpado.¹ Todo esto hace que la criocirugía sea considerada de primera elección en muchas de las patologías, especialmente tumorales, propias de esta área.

¿Cómo hacerlo?

Aplique gotas anestésicas en el ojo y realice anestesia local o por bloqueo en el párpado a tratar.

Hay que congelar con la técnica cerrada o de contacto directo mediante la utilización de probetas del tamaño de la lesión.

La probeta permite que no se esparza nitrógeno, que el frente de congelamiento sea limpio y medible, lo cual hace que la medición del tiempo de descongelación del halo sea más precisa. Este no debe ser inferior a un minuto en cada ciclo cuando se tratan tumores malignos.

Independientemente de la naturaleza de la lesión, es decir, sea benigna o maligna, debe tenerse a la mano un spray de agua que lance un chorro fuerte para descongelar rápidamente una zona ocular diferente al objetivo de congelamiento, también es necesario un hisopo de algodón para secar las lágrimas o cualquier humedad que pudiera prolongar accidentalmente el frente de congelamiento y finalmente un bajalenguas de madera para delimitar el área congelada.

Cuando se congelen lesiones malignas de párpados debe hacerse doble ciclo de congelación-descongelación.

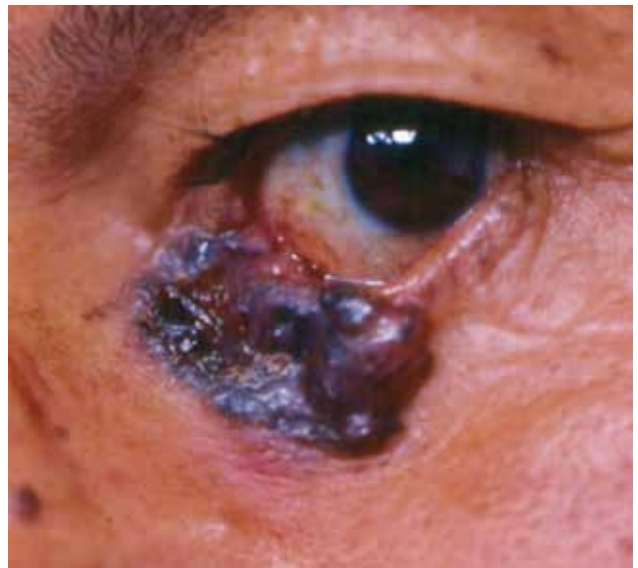


Figura 1. Carcinoma basocelular de párpado inferior.



Figura 2. Frente de congelación definido y protección.

1. Unidad de Criocirugía Armenia. Colombia.



Figura 3. Tracción con probeta y protección con bajalenguas.



Figura 4. Uso de probeta y aplicador de algodón para secar lágrimas o sangre y evitar accidentes.

Cuando se congelan párpados no debe precongelarse la probeta. El congelamiento se inicia desde el momento en que se hace el contacto con la lesión, cuando el tejido empieza a congelarse y la probeta está adherida es necesario traccionar para proteger las estructuras subyacentes. Si la lesión es maligna el borde de seguridad es de 3 mm en piel, y el tiempo de descongelación del halo mayor de 1 minuto. Es clásico el estudio de Biro.² Estudió, en un período de

20 años, 151 carcinomas basocelulares de párpados con seguimiento mayor de cinco años y una tasa de curación de 96 %. Las recaídas pudieron volver a ser tratadas. Las complicaciones fueron tres casos de ectropión y uno de entropión.

Los resultados cosméticos, terapéuticos y funcionales de la criocirugía en párpados hacen que este sea un método clásico que siempre se debe tener presente.



Figura 5. Carcinoma basocelular de párpado inferior.

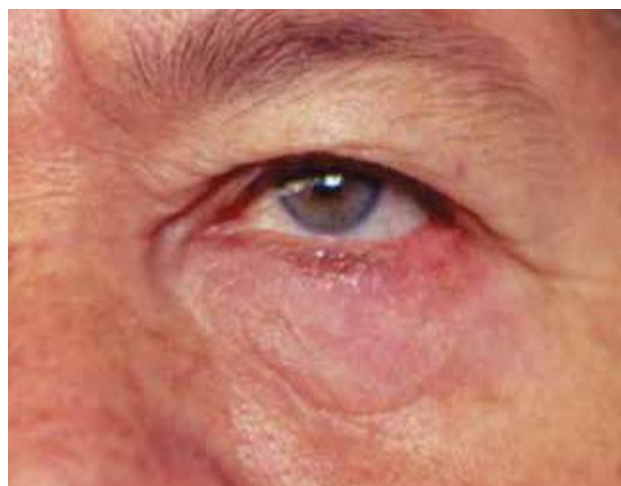


Figura 6. Evolución poscriocirugía con probeta dos ciclos, cinco años.



Figura 7. Hemangioma palpebral de dos semanas de evolución. Se hace un ciclo de congelación con probeta.

Hemangioma benigno de la infancia en párpado superior

Durante 35 años, Castro-Ron trató los hemangiomas 'en fresa' de los niños y enseñó su técnica por todo el mundo. Advertía que estos por su rápido e impredecible crecimiento, entre más temprano se congelaran más simple era su tratamiento y mejores los resultados.³

¿Cómo hacerlo?

Hay que congelar con la técnica cerrada o de contacto directo mediante la utilización de probetas del tamaño del hemangioma, si es esto posible, o por sectores cuando el tamaño del tumor es mayor que el de la probeta.

Una vez elegida la probeta, se precongela, para evitar que se adhiera al hemangioma, y prevenir accidentes si el niño se mueve bruscamente.

Presione el tumor para comprimirlo y desocuparlo. Al extraer la sangre, se logra conseguir un buen avance del frente de congelación, el cual debe llegar hasta el límite de la piel sana.

La congelación debe ser sólida. Castro-Ron afirmaba que era muy difícil sobretratar un hemangioma.⁴ Quería enseñar con esto que muchos casos requerían varias sesiones a pesar de lo agresivo de la congelación. Esta observación es también válida para los granulomas telangiectásicos y los linfangiomas.

Una regla de oro en el postoperatorio de la criocirugía en hemangiomas y otras lesiones vasculares es no descostrar. Las lesiones vasculares congeladas forman una costra dura, negra y firmemente adherida. Si se descostra, se puede provocar sangrado.



Figura 8. Control a los cinco años postcriocirugía. El párpado se conserva intacto y solo hay poliosis en cuatro pestañas.

La técnica abierta o de Spray, incluso con conos, no es útil en hemangiomas y malformaciones vasculares porque como no comprime el tumor, queda el fondo de la lesión.

El sangrado en la criocirugía de los hemangiomas ocurre generalmente en el descongelamiento inmediato, por la vasodilatación refleja, como mecanismo fisiológico de defensa contra la necrosis, o en el posdescongelamiento tardío, por el desprendimiento accidental de la costra. Si hay sangrado en el descongelamiento inmediato será pasajero y fácilmente controlado; si ocurre en forma tardía, por desprendimiento de la costra, se controla mediante presión con apósito durante 10 minutos continuos.

No congelar las malformaciones vasculares diferentes al lago venoso, pues la necrosis del vaso puede provocar sangrado después del cuarto día de la criocirugía. Esto es una emergencia que requiere atención médica inmediata. La criocirugía no ofrece resultados terapéuticos positivos en la mayoría de malformaciones vasculares arteriales.

La congelación sólida de los hemangiomas es dolorosa. Haga anestesia previa regional o local, sin balonamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zacarian SA. Criocirugía para carcinomas de los párpados. En: Zacarian SA. Cryosurgery for skin cancer and cutaneous disorders. Saint Louis: Mosby; 1985. p. 29.
2. Biro L. Carcinoma basocelular de los párpados. En: Perlas Frías. 1998; 4: p. 9-10.
3. Castro-Ron G. Cryosurgery of the hemangiomas and birth defects. En: Zacaryan SA. Cryosurgery for the skin cancer and cutaneous disorders. St. Louis: CV Mosby Company, 1985; p. 77-90.
4. Castro-Ron G. Criocirugía de tumores vasculares benignos. En: Lubritz RR, Castro-Ron G. Manual de criocirugía dermatológica. N. Orleáns; 1979. p. 50-53.

Correspondencia: Dr. Carlos Horacio González
cahora@yahoo.com

Fecha de recepción: 3 de junio de 2014

Fecha de aceptación: 18 de junio de 2014