

Indicaciones actuales en cirugía oculoplástica, de la órbita y la vía lagrimal

Current indications in oculoplastic, orbital and lacrimal surgery

AYALA BARROSO E¹, MEDEL JIMÉNEZ R², GONZÁLEZ-CANDIAL M²,
PRADO JEANRONT E²

RESUMEN

La cirugía oculoplástica, de la órbita y de la vía lagrimal es una especialidad que ha experimentado una gran expansión en los últimos años, y que ha traspasado los límites más allá de los párpados para centrarse en la cara completa.

El conocimiento y la aplicación de la anatomía y fisiología órbita-facial, junto con el desarrollo de nuevos materiales e instrumentos, y la existencia de una población cada vez más demandante de la corrección de alteraciones tanto funcionales como estéticas, hacen que continuamente se estén renovando y utilizando nuevas técnicas.

Palabras clave: Cirugía oculoplástica, cirugía plástica oftálmica, cirugía orbitaria, cirugía lagrimal.

SUMMARY

Over the last few years oculoplastic, orbital and lacrimal surgery has been experiencing a continuous expansion. It has now overcome the eyelid boundaries to focus on the whole face. The acquired knowledge, and its use, of the orbito-facial anatomy and physiology, together with the development of new materials and instruments, as well as a population increasingly demanding the correction of both aesthetic and functional disorders, are the reasons of a continuous renewing and use of new techniques.

Key words: Oculoplastic surgery, ophthalmic plastic surgery, orbital surgery, lacrimal surgery.

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía. Hospital San Juan de Dios. Instituto Oftalmológico Amigó y Muiños. Tenerife.

² Licenciado en Medicina y Cirugía. Unidad de Cirugía Plástica Oftálmica y Orbitaria. Instituto de Microcirugía Ocular (I.M.O.). Barcelona.

HISTORIA

«Frunce un pliegue de piel del párpado entre dos dedos, o levántalo con un gancho, y colócalo entre dos pequeños palos de madera tan largos como el párpado y tan anchos como una lanceta. Ata bien apretados los extremos uno junto al otro. La piel que está entre estas dos piezas de madera, privada de nutrientes, muere en unos diez días y se desprende, sin dejar cicatriz alguna.»

Así describía Ali ibn Isa (940-1010) de Bagdad la técnica de escisión del exceso de piel de los párpados superiores, hace más de 1000 años (1).

La cirugía oculoplástica se beneficia actualmente de unos 2.000 años de desarrollo y refinamiento de instrumentos y técnicas quirúrgicas. Es una especialidad que ha experimentado una continua expansión en los últimos años, y que ha traspasado los límites más allá de los párpados hacia la cara completa.

HISTORIA CLÍNICA EN CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA

Como en todas las materias médicas, debemos desarrollar una rutina en la realización de la historia clínica y la exploración de los pacientes, de esta forma no olvidaremos preguntar ningún detalle importante ni omitiremos ninguna parte crucial de la exploración.

Un buen resultado en cirugía oculoplástica comienza con una evaluación preoperatoria completa, que nos permitirá realizar una selección adecuada del paciente para aplicar el procedimiento correcto (2).

FOTOGRAFÍA EN CIRUGÍA PLÁSTICA OFTÁLMICA

Es una herramienta esencial. Son de gran utilidad tanto las fotografías tomadas antes y después de la intervención, como las tomadas en el quirófano. Además, son un documento de valor médico-legal (2).

ANOMALÍAS CONGÉNITAS DE LOS PÁRPADOS, ÓRBITA Y VÍA LAGRIMAL

De este grupo de entidades tan numeroso, la obstrucción congénita del conducto nasolagrimal es la que observamos más frecuentemente. La obstrucción se produce por un fallo en el proceso de canalización de la cuerda epitelial que forma el conducto, y ocurre hasta en el 30% de los recién nacidos, sin embargo sólo el 5-6% tiene síntomas. En la mayoría de ellos, aproximadamente el 90%, la membrana situada en la válvula de Hasner se rompe de forma espontánea durante el primer año de vida.

No existe un consenso universal sobre el momento de la intervención. En general, se acepta un tratamiento conservador con masajes del sistema lagrimal y antibióticos tópicos hasta que la epífora se resuelva, el niño tenga un año de edad, si tiene infecciones recurrentes o requerimiento de los padres de un tratamiento más agresivo. Indicamos el sondaje del conducto nasolagrimal a partir del año de edad, y si éste falla indicamos intubación del sistema lagrimal bi o monocanalicular con tubos de silicona. Si falla todo lo anterior o el niño tiene más de 4 años, el siguiente escalón terapéutico es la dacriocistorrinostomía, que se realiza de igual forma que en los adultos (vía externa o intranasal con endoscopia) (3-5).

TUMORES PALPEBRALES

Los tumores palpebrales son lesiones comunes en los pacientes oftalmológicos, y pueden originarse de cualquiera de los tejidos de los que está constituido el párpado. El objetivo principal en la valoración de una lesión palpebral es descartar su malignidad, teniendo en cuenta que el carcinoma de células basales es con diferencia el tumor maligno más frecuente en nuestro medio.

El tratamiento quirúrgico de los tumores palpebrales incluye la escisión del tumor y la reparación del defecto. El objetivo de la reconstrucción es en primer lugar crear un pár-

pado funcional, y en segundo lugar proporcionar un aspecto lo más normal posible, sin olvidar que la intención primaria de la cirugía es erradicar el tumor completamente (6).

La afectación local se puede diagnosticar mediante examen histológico rutinario, secciones congeladas, secciones en parafina 48 horas o con la técnica micrográfica de Mohs. La afectación a distancia la diagnosticaremos mediante biopsia del ganglio centinela (7).

Según la localización y la extensión del defecto utilizaremos diversos procedimientos: cierre directo, cantolisis lateral, y una gran variedad de combinaciones de colgajos e injertos [injertos cutáneos, colgajos miocutáneos, colgajo semicircular de Tenzel (8), colgajo tarsoconjuntival de Hughes (9), técnica de Cutler-Beard, colgajo pediculado tarsoconjuntival, colgajo perióstico, colgajo tarsoconjuntival de deslizamiento, colgajo rotacional de mejilla, rotación del párpado inferior hacia el párpado superior, ...].

ECTROPIÓN

El ectropión es una malposición del párpado en la que el margen palpebral superior o inferior está rotado o traccionado hacia afuera, alejado de su posición normal sobre el globo ocular. Puede ser de etiología involutiva, debido a la laxitud excesiva de los tejidos palpebrales; cicatricial, debido a un déficit de tejido en la lamela anterior; o paralítico, secundario a la denervación del músculo orbicular.

El ectropión involutivo del párpado inferior es el tipo más frecuente, y está causado por una laxitud horizontal de los tejidos del párpado inferior debida al envejecimiento, especialmente del músculo orbicular y de los tendones cantales lateral y medial. El paciente refiere síntomas cuando el punto lagrimal inferior comienza a evertirse y a alejarse del lago lagrimal. La epifora resultante se agrava por el constante frotamiento, y a medida que progresa la relajación de los tejidos, el párpado completo puede evertirse, exponiendo la capa tarso-conjuntival, que se seca, se engruesa y posteriormente se queratiniza. El punto lagrimal inferior evertido puede llegar

a ocluirse, produciendo un aumento del lagrimeo y un círculo vicioso de síntomas cada vez más severos. Las opciones quirúrgicas más empleadas son: escisión de rombo tarsoconjuntival y tira tarsal lateral (10-12).

El ectropión cicatricial lo trataremos mediante Z- o V-Y- plastias, colgajo transposición de piel-músculo del párpado superior o injerto cutáneo de espesor completo.

El ectropión secundario a parálisis facial habitualmente se ha tratado mediante una tarsorrafia temporal, cantoplastia medial y/o tira tarsal lateral.

Una alternativa de tratamiento más moderna y eficaz en los casos de ectropión cicatricial y paralítico es la realización de un *lifting* de la mejilla transconjuntival, que proporciona un resultado más funcional y estético (13-15).

SÍNDROME DEL PÁRPADO FLÁCCIDO

Fue descrito por Cultberson y Ostler en 1981 en adultos varones obesos con una laxitud excesiva de los párpados superiores, en los que se producía una eversión nocturna de los mismos de forma espontánea. Esto produce una conjuntivitis papilar crónica con síntomas inespecíficos de irritación ocular.

La etiopatogenia de este síndrome aún no está clara, y se han involucrado factores mecánicos e isquémicos. Según la sintomatología ocular, el grado de reacción papilar y la citología de impresión conjuntival, clasificamos la severidad del cuadro. Y el tratamiento consiste en el acortamiento horizontal del párpado superior (fig.1.) (16).

ENTROPIÓN

Existe entropión del párpado cuando el margen palpebral se encuentra invertido o girado hacia dentro contra el globo ocular. Está causado por cambios involutivos que afectan a los tejidos de los párpados (entropión involutivo) o por cambios cicatriciales que afectan a la lamela posterior del párpado (entropión cicatricial).



Fig. 1: a: Varón con síndrome del párpado flácido.



b: Postoperatorio, tras acortamiento horizontal de ambos párpados superiores.

El entropión congénito es una entidad rara y está causado por un exceso de piel y de músculo orbicular subyacente, el cual está adherido débilmente a los retractores del párpado inferior.

El contacto entre la superficie ocular y el margen palpebral o las pestañas produce síntomas de irritación ocular, que se suelen exacerbar si existe una alteración de la superficie corneal o si el margen palpebral está queratinizado, como ocurre en el entropión secundario a enfermedad conjuntival cicatricial. Dicha alteración puede causar blefaroespasma secundario, el cual, a su vez, aumenta el grado de entropion debido al acalgamiento del orbicular preseptal.

El tratamiento quirúrgico del entropión se dirigirá directamente hacia la corrección de los factores que ocasionan tal malposición: corrección de la laxitud horizontal del párpado inferior (procedimiento de tira tarsal lateral), formación de una cicatriz de tejido entre las lamelas anterior y posterior (suturas palpebrales eversoras o transversas, incisión horizontal del párpado de espesor completo, separación y reaposición de las lamelas anterior y posterior), corrección de la insuficiencia de los retractores del párpado inferior (reinserción de los retractores), debilitamiento de la acción retractora sobre el tarso o elongación de la lamela posterior del párpado en el entropión cicatricial (fractura tarsal,

rotación del tarso terminal, injerto de mucosa). El abordaje transconjuntival en el tratamiento del entropion involutivo permite la corrección de los tres factores anatómicos principales responsables de la malposición (6,17).

TRIQUIASIS

La triquiasis es un término que se aplica de forma general tanto a las pestañas que se originan de un lugar anormal (pestañas metaplásicas, distiquiasis) como a las que están mal orientadas hacia el globo ocular (pestañas aberrantes).

Si la posición del párpado no es correcta, debemos actuar con el procedimiento quirúrgico apropiado. Si la posición del párpado es correcta, dependiendo del número de pestañas anómalas, utilizaremos electrólisis, láser de argón, escisión de un segmento de párpado de espesor completo, crioterapia o división de las lamelas anterior y posterior (6).

PTOSIS DEL PÁRPADO SUPERIOR

Cuando valoramos un paciente con ptosis del párpado superior debemos realizar las siguientes medidas: apertura palpebral, distancia margen-reflejo-1, función del músculo elevador, altura de la arruga cutánea, posición del párpado superior en la mirada hacia abajo y fenómeno de Bell. Asimismo debemos identificar el tipo de ptosis: congénita, miogénica, neurogénica, aponeurótica o mecánica, y descartar los casos de pseudoptosis. E indicaremos el procedimiento quirúrgico adecuado según la función del músculo elevador.

En general, en los casos con función del elevador menor de 4 mm se realizan procedimientos de suspensión frontal, mientras que la resección del músculo elevador está indicada en ptosis con función del elevador entre 4 y 10 mm; y el avance de la aponeurosis cuando la función del elevador es buena, mayor de 10 mm.

La Conjuntivo-Müllerectomía es una técnica que realizamos en pacientes con ptosis igual o inferior a 2 mm, con test de fenilefrina positivo y buena función del músculo elevador. El músculo de Müller del párpado superior se reseca y se avanza parcialmente, y se puede combinar con una blefaroplastia del párpado superior con o sin reconstrucción del pliegue cutáneo. Existe una correlación significativa entre el nivel del párpado superior tras la instilación de fenilefrina y el nivel alcanzado tras la resección quirúrgica.

Es una técnica sencilla y realizable en un tiempo quirúrgico corto, con la ventaja de que se conserva el tarso, lo cual induce un menor riesgo de queratopatía por la sutura. Además, los resultados son mucho más predecibles que en el avance de la aponeurosis del elevador, se mantiene un mejor contorno del párpado superior, y son excepcionales los casos en los que se precisa reintervenir para tratar la ptosis residual (fig. 2.) (18-20).

BLEFAROESPASMO ESENCIAL BENIGNO Y ESPASMO HEMIFACIAL

El blefaroespasma esencial benigno y el espasmo hemifacial son alteraciones en las que se producen espasmos constantes e involuntarios de los músculos faciales, que interfieren en mayor o menor grado con las actividades cotidianas del paciente.

El blefaroespasma esencial es una distonía del músculo orbicular orbitario, los espasmos son bilaterales y no se presentan durante el sueño. Los espasmos suelen aumentar gradualmente en frecuencia y habitualmente se desencadenan con la lectura, luz solar, polución ambiental, viento, ruido o estrés. Cuando además están afectos los músculos de la parte inferior de la cara, se conoce como Síndrome de Meige.

El espasmo hemifacial se caracteriza por el movimiento involuntario de un lado de la cara, suele afectar la parte inferior de la misma y persiste durante el sueño.

El objetivo del tratamiento en ambos cuadros es interrumpir la inervación de los mús-



Fig. 2: a: Niña de 9 años con ptosis del párpado superior izquierdo de 2 mm y test de fenilefrina positivo.



b: Resultado postoperatorio (4 semanas) tras conjuntivo-müllerectomía de 10 mm en el párpado superior izquierdo.

culos involucrados mediante la utilización de toxina botulínica A (21).

PARÁLISIS DEL NERVI FACIAL

La parálisis facial puede tener un efecto devastador sobre los pacientes que la sufren, debido a la apariencia alterada de la mitad de la cara, caída de alimentos y saliva por los labios, visión borrosa y dolor ocular secundarios a la exposición y sequedad, que hace que interfiera con su actividad social y profesional.

El tratamiento médico se basa en la lubricación de la superficie ocular. Los procedimientos quirúrgicos empleados son: cierre de los puntos lagrimales mediante cauterización, tapones lagrimales temporales o puntoplastia; corrección del ectropión paralítico; disminución de la exposición corneal mediante tarsorrafia o implante de pesos de oro; corrección de la ptosis de ceja. El *lifting* de la mejilla transconjuntival con múltiples puntos de fijación, como adelantábamos anteriormente, cada vez se utiliza más en las alteraciones resultantes de la insuficiencia de los tejidos del párpado inferior, como es el caso de la parálisis facial, con un mejor resultado funcional y estético (fig. 3) (13-15).

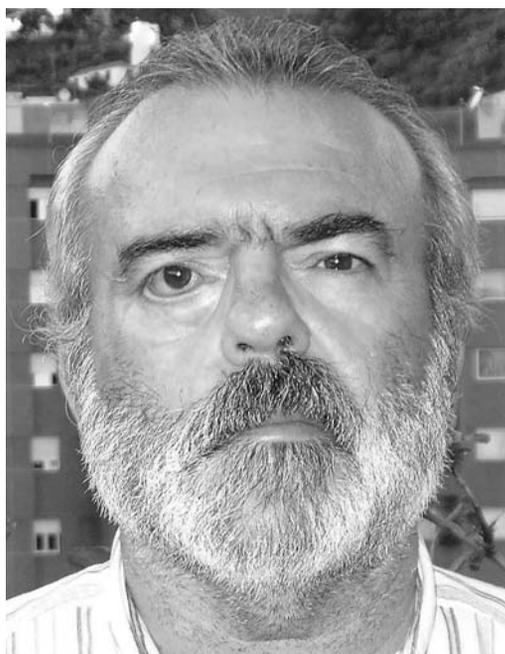
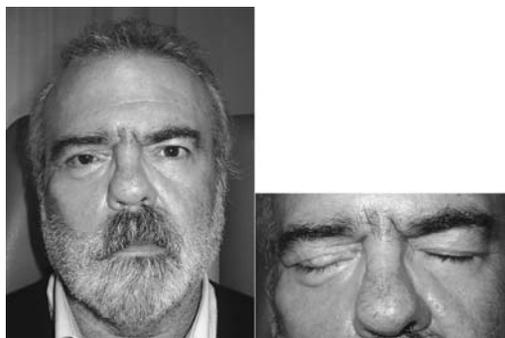


Fig. 3: a: Paciente con parálisis facial derecha de larga evolución.

b1: postoperatorio, tras cantoplastia lateral derecha. Persiste el scleral show y el lagoftalmos (b2).

c1: Postoperatorio, tras lifting de mejilla transconjuntival derecho e implante de peso de oro en párpado superior derecho. c2: Buen cierre palpebral.



EPÍFORA

El «ojo lloroso» puede estar relacionado con múltiples causas, que incluyen hiposecreción, hipersecreción y obstrucción del sistema de drenaje lagrimal.

La epífora se define como un flujo anormal de lágrimas que rebosan hacia la mejilla, y debe valorarse como un equilibrio entre la producción y el drenaje de la lágrima.

Las causas de alteración del drenaje lagrimal se pueden dividir en anatómicas y funcionales. Las causas anatómicas comprenden la existencia de un bloqueo parcial o total a nivel de los puntos lagrimales, canalículos, saco o conducto nasolagrimal. Y las funcionales abarcan un fallo de la fisiología del drenaje lagrimal: eversión de los puntos, malposiciones palpebrales o fallo de la bomba lagrimal secundario a debilidad del músculo orbicular.

La evaluación del paciente irá dirigida a descartar una verdadera epífora de las otras causas de «ojo lloroso». Utilizaremos los tests de desaparición de fluoresceína, irrigación lagrimal, sondaje canalicular y tests de Jones I y II. En raras ocasiones indicaremos una dacrioescintigrafía, tomografía computarizada o endoscopia nasal (22).

En los adultos, la causa más frecuente de epífora es la obstrucción adquirida primaria del conducto nasolagrimal, que se asocia a inflamación del mismo. En estos casos está indicada la realización de una dacriocistorrinostomía, así como en los casos de obstrucción funcional. La vía externa sigue siendo actualmente la más utilizada, con una tasa de éxitos del 80-95%, aunque cada vez más utilizamos la vía endoscópica intranasal, que posee las ventajas de evitar una cicatriz cutánea y de consumir menos tiempo quirúrgico. Ambas técnicas las realizamos bajo anestesia local.

ENUCLEACIÓN, EVISCERACIÓN Y EXENTERACIÓN

La extracción de un ojo y el manejo de una cavidad anoftálmica se han considerado siempre un desafío para el oftalmólogo general y el ocularista que trabajan en equipo con el cirujano oculoplástico.

Las características de una cavidad anoftálmica ideal son: implante integrado de tamaño adecuado, centrado y bien cubierto, fórnix

ces conjuntivales profundos, párpado y fórnix conjuntival inferior que puedan soportar adecuadamente la prótesis, párpado superior y pliegue palpebral superior simétricos con el lado normal, tejidos blandos de la cavidad anoftálmica sin desplazamiento inferior, pestañas en posición normal y movimiento del párpado y de la prótesis similar al lado normal. Evidentemente, para conseguir todos estos requisitos, en la mayoría de los casos no es suficiente con un sólo procedimiento.

Actualmente sólo indicamos la enucleación en los raros casos de tumores malignos del globo ocular no tratables mediante otros procedimientos. En el resto siempre realizamos evisceración, ya que actualmente no está demostrado el aumento teórico de la incidencia de oftalmía simpática mediante esta técnica en comparación con la enucleación. Además, la incidencia de extrusión del implante es mucho menor y se consigue una mayor motilidad del mismo, y por consiguiente de la prótesis, con un mejor resultado cosmético (23).

El injerto dermograso se suele utilizar en casos de extrusión o migración del implante, como expansor del volumen orbitario y de la cavidad anoftálmica sin implante, en el tratamiento de cavidades anoftálmicas retraídas y para aumentar el surco palpebral superior en pacientes anoftálmicos (24).

La exenteración de la órbita incluye la extracción de todos los tejidos de la órbita, incluyendo la periórbita, y en algunos casos la resección del hueso adyacente. Está indicada en lesiones malignas que amenazan la supervivencia del paciente, en las que las modalidades terapéuticas han fallado o no están indicadas. La lesión que con mayor frecuencia aparece publicada en las series de exenteraciones es el carcinoma de células escamosas de los senos paranasales, piel y conjuntiva con invasión orbitaria profunda (25).

ENFERMEDADES DE LA ÓRBITA

Las enfermedades orbitarias son raras y se pueden categorizar en cinco patrones fisiopatológicos: inflamaciones, neoplasias, anoma-

lías estructurales, lesiones vasculares y degeneraciones y depósitos.

La valoración del paciente comprende la historia clínica, el examen físico, pruebas de laboratorio y pruebas de imagen (tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía). Y en ocasiones, es necesario realizar biopsias orbitarias.

Los accesos quirúrgicos dependerán de la localización de la lesión: orbitotomía anterior a través de la piel del párpado o de la conjuntiva, orbitotomía lateral para acceder al espacio intraconal y lateral de la órbita, y orbitotomías combinadas (fig. 4).

Orbitopatía tiroidea

La orbitopatía tiroidea es probablemente la enfermedad orbitaria que el cirujano oculoplástico va a tratar con más frecuencia, ya que es la causa más común de proptosis uni y bilateral.

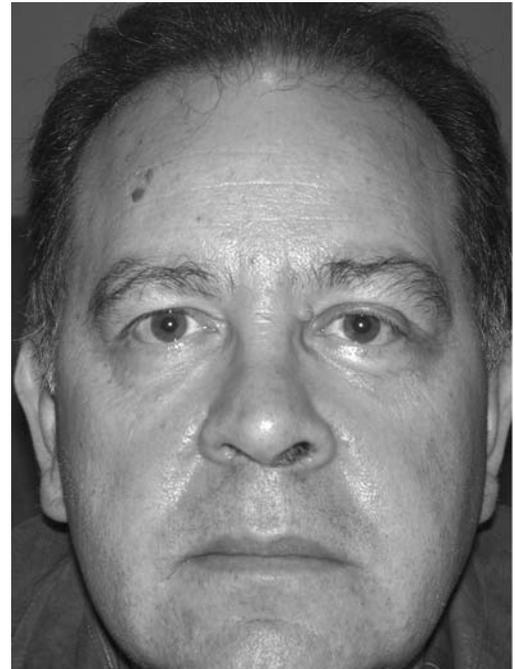
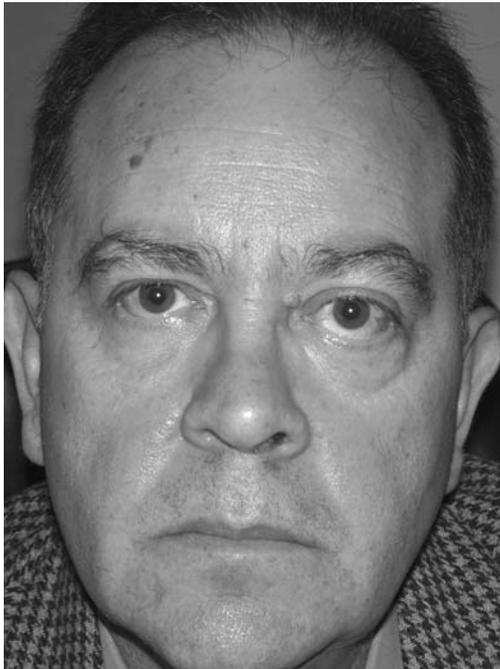
El paciente tiroideo requiere un abordaje multidisciplinar: endocrinólogo, oftalmólogo y radiólogo. Una adecuada historia clínica y exploración son pasos básicos en la evaluación de estos pacientes. Realizaremos una tomografía computarizada de las órbitas que incluya cortes coronales, lo que nos confirmará el diagnóstico y nos dará información anatómica muy útil en caso de que el paciente vaya a ser sometido a un tratamiento quirúrgico.

A continuación debemos establecer el estadio de la enfermedad, y una vez que ha pasado la fase inflamatoria se procede a la rehabilitación quirúrgica por este orden: 1. descompresión orbitaria, 2. cirugía sobre los músculos extraoculares, y 3. cirugía palpebral, con la finalidad de restaurar la apariencia del paciente previa al inicio de la enfermedad.

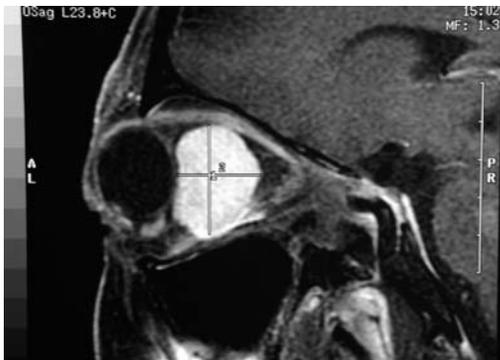
La presencia de queratitis por exposición o neuropatía óptica compresiva son las dos situaciones que exigen un tratamiento urgente por parte del cirujano oculoplástico.

Se han descrito numerosos accesos de descompresión orbitaria. Actualmente utilizamos la descompresión de la pared medial vía transcaruncular combinada con la descom-

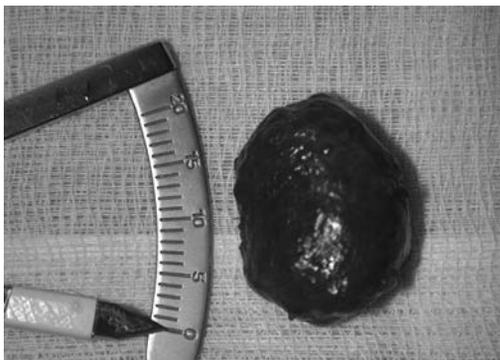
Fig. 4: a: Varón de 56 años con exoftalmos axial izquierdo lentamente progresivo y no doloroso de 8 años de evolución.



b: Imagen de RM que muestra una masa oval bien delimitada en el espacio intrazonal izquierdo.



c: Resección completa del tumor mediante orbitotomía lateral con osteotomía. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de hemangioma cavernoso.



d: Resultado postoperatorio a los 2 meses de la intervención.



e: Cicatriz cutánea imperceptible en el pliegue del párpado superior.

presión de la pared lateral a través de una incisión en el pliegue cutáneo lateral del párpado superior, que produce menor incidencia de diplopia postoperatoria (fig.5) (26,27).

CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA ESTÉTICA

La cirugía estética se está convirtiendo en una parcela que cada vez toma mayor importancia dentro de la cirugía plástica oftálmica.

En un extremo del espectro, contamos con procedimientos no invasivos como la toxina botulínica, rellenos y rejuvenecimiento cutáneo no ablativo. En la mitad del espectro encontramos los tradicionales procedimientos de cirugía plástica oftálmica como la blefaroplastia. Sin embargo, actualmente es impensable concebir la cirugía estética sobre los párpados de forma aislada del resto de la

cara, por lo que nos introducimos en la cirugía de la mejilla y la frente. En el otro extremo contamos con pacientes que demandan procedimientos más extensos, tales como los *liftings* de cuello y cara.

Los pacientes que demandan cirugía cosmética se presentan al cirujano oculoplástico con una amplia variedad de manifestaciones (28).

Ptosis de las cejas

Es el resultado de la migración inferior de la ceja por debajo de su posición natural a nivel del reborde supraorbitario. Causa una apariencia cansada y un pliegue cutáneo del párpado superior aumentado, y suele ser más notable a nivel lateral.

La valoración del paciente con ptosis de cejas es crucial, especialmente cuando estamos considerando una blefaroplastia, la cual podría empeorar la ptosis de ceja preexistente y produciría una apariencia más cansada y enojada.

Según el tipo de presentación de la ptosis de ceja, indicaremos el procedimiento quirúrgico adecuado: fijación interna de la ceja al mismo tiempo de la blefaroplastia, *lifting* de ceja directo a través de una incisión supra-ceja, *lifting* de cejas mediofrontal, *lifting* de cejas vía coronal o endoscópico o *lifting* de ceja temporal (29).

Dermatochalasis palpebral

Puede existir piel redundante en los párpados superiores y en los inferiores, aunque es mucho más frecuente en los párpados superiores, donde puede considerarse una alteración tanto funcional como cosmética. Según la exploración clínica decidiremos la escisión de sólo el exceso de piel, con o sin reconstrucción del pliegue cutáneo, escisión de grasa orbitaria o escisión de músculo orbicular redundante.

En la valoración preoperatoria del paciente debemos descartar la existencia de ojo seco y comprobar si existe un fenómeno de Bell adecuado, para planear la amplitud de la



Fig. 5: a: Paciente con exoftalmos bilateral secundario a orbitopatía tiroidea. b: Resultado postoperatorio, tras descompresión de la pared medial de ambas órbitas.

escisión de los tejidos, minimizando las posibilidades de complicaciones postoperatorias (queratitis por exposición y lagofthalmos).

La presencia de piel redundante en los párpados inferiores en ausencia de herniación de grasa orbitaria es rara. Se puede tratar escindiendo el exceso de piel lateralmente o en ocasiones puede ser una alternativa el rejuvenecimiento facial con láser (30).

Blefarochalasis

Es menos frecuente que la dermatochalasis, y habitualmente se observa en pacientes con ataques recurrentes de edema angioneurótico de los párpados. Estos pacientes pueden beneficiarse de una intervención mediante blefaroplastia con escisión de grasa orbitaria y el exceso de piel. A veces, también necesitan corrección de la ptosis y acortamiento horizontal del párpado.

Edema palpebral

El edema palpebral puede estar ocasionado por una reacción alérgica localizada o alteraciones sistémicas, y no debe ser tratado quirúrgicamente hasta que se controle la patología de base. Los pacientes con edema recurrente secundario a enfermedades sistémicas crónicas son malos candidatos para una blefaroplastia cosmética. Una vez que la condición sistémica esté tratada y el edema palpebral se haya resuelto, entonces el paciente sí se podrá beneficiar de una blefaroplastia superior y/o inferior.

Prolapso de la grasa orbitaria

Además del exceso de piel en los párpados superiores e inferiores, los pacientes también presentan bolsas, consecuencia de la herniación de la grasa orbitaria por atrofia o dehiscencia del tabique orbitario.

En la intervención quirúrgica de blefaroplastia es necesario visualizar las fotografías preoperatorias como guía durante la escisión de grasa, ya que una escisión excesiva de la misma podría provocar un surco superior profundo.

Asimismo es importante determinar la necesidad de escindir piel en el párpado inferior, ya que los pacientes sin piel redundante se pueden beneficiar de un acceso transconjuntival. Esta técnica no sólo elimina la posibilidad de cicatrices notables, sino también reduce la probabilidad de retracción postoperatoria del párpado inferior, al dejar el tabique indemne (31). En los pacientes en los que se requiera escindir piel del párpado inferior, se puede utilizar un acceso mediante una incisión subciliar con colgajo cutáneo o cutáneo-muscular tradicional o un acceso transconjuntival combinado con rejuvenecimiento cutáneo con láser.

La complicación más frecuente de la blefaroplastia del párpado inferior es la malposición palpebral: retracción del párpado inferior (*scleral show*), redondez del canto lateral, y ectropion, sobre todo cuando existe laxitud horizontal del párpado inferior. Por lo que en la valoración preoperatoria debemos hacer hincapié en los tests *distraction* y *snap*, y en los pacientes con test positivos debería realizarse un procedimiento de tensado del párpado inferior al mismo tiempo que la blefaroplastia para evitar dichas complicaciones (32).

Prolapso de la glándula lagrimal

Cuando evaluamos un paciente con bolsas palpebrales debemos recordar que una bolsa temporal en el párpado superior se debe probablemente a un prolapso de la glándula lagrimal, ya que no existe paquete graso temporal en el párpado superior.

El tratamiento quirúrgico adecuado es la fijación de la glándula lagrimal más atrás en la fosa temporal (33).

Ptosis de las pestañas

En algunos pacientes, las alteraciones del párpado superior incluyen ptosis de las pestañas, donde las pestañas se dirigen hacia abajo de forma aguda. Durante la cirugía de blefaroplastia o corrección de ptosis palpebral, la colocación de suturas desde el músculo orbicular hacia la aponeurosis del elevador durante la reconstrucción del surco palpebral hace rotar las pestañas hacia una posición más natural, produciendo un resultado cosmético mejor.

Bolsas malares

Las bolsas malares están causadas por la atenuación, degeneración e involución del músculo orbicular y la piel suprayacente, y la grasa también puede prolapsar dentro de estas bolsas. Debemos advertir a los pacientes que una blefaroplastia estándar no elimina este tipo de bolsas. Sin embargo, sí se pueden beneficiar en el momento de la blefaroplastia de una escisión de la piel de la mejilla y/o del exceso de músculo orbicular (34).

Hipertrofia del músculo orbicular

La hipertrofia del músculo orbicular suele causar un engrosamiento horizontal del párpado inferior inmediatamente por debajo del margen palpebral. Esto ocurre frecuentemente en pacientes que tienen una sonrisa exagerada. El *squinch test* es útil para distinguir las bolsas malares con prolapso graso de las áreas de hipertrofia del músculo orbicular. El tratamiento debe ir dirigido a la escisión del músculo orbicular prominente y de piel redundante (35).

Avances recientes

En los últimos años se han descrito y utilizado nuevos instrumentos y técnicas que han

tenido un impacto favorable en el arte de la cirugía oculoplástica cosmética: blefaroplastia con láser de CO₂ (36), toxina botulínica A en el tratamiento de las arrugas faciales hiperquinéticas y en la modificación de la posición de las cejas (37), rejuvenecimiento facial con láser de CO₂ (38) y erbio:YAG (39), rellenos (grasa autóloga, ácido hialurónico) para aumento de los tejidos blandos, y diferentes tipos de *liftings* faciales (40).

BIBLIOGRAFÍA

- Wood C (trans). The Tadhkirat of Ali ibn Insa of Baghdad, pp 98, 115, 118-119. Chicago, Northwestern University, 1936.
- Stewart WB. Surgery of the eyelid, orbit and lacrimal system. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 1993.
- Leone CR Jr, Van Gemert JV: The success rate of silicone intubation in congenital lacrimal obstruction. *Ophthalmic Surg* 1990; 21: 90-92.
- Baggio E, Ruban JM, Sandon K. Analysis of the efficacy of early probing in the treatment of symptomatic congenital lacrimal duct obstruction in infants. *Apropos of 92 cases. J French Ophthalmol* 2000 Sep; 23(7): 655-662.
- Mannor GE, Rose GE, Frimpon-Ansah K, Ezra E. Factors affecting the success of nasolacrimal duct probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. *Am J Ophthalmol* 1999 May; 127(5): 616-617.
- Collin JRO. A Manual of Systematic Eyelid Surgery. 2nd ed. Edinburgh and London: Churchill Livingstone; 1989.
- Mohs FE. Chemosurgery: microscopically controlled surgery for skin cancer. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1978.
- Tenzel RR, Stewart WB. Eyelid reconstruction by the semi-circle flap technique. *Ophthalmology* 1987; 85: 1164-1169.
- Hughes WL. Reconstructive surgery of the eyelids. 2nd ed. St Louis: CV Mosby Co; 1954.
- Jordan DR, Anderson RL, Thiese SM. The medial tarsal strip. *Arch Ophthalmol* 1990 Jan; 108(1): 120-124.
- Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979 Nov; 97(11): 2192-2196.
- Jordan DR, Anderson RL. The lateral tarsal strip revisited. The enhanced tarsal strip. *Arch Ophthalmol* 1989 Apr; 107(4): 604-606.
- Sullivan SA, Dailey RA. Endoscopic subperiosteal midface lift: surgical technique with indications and outcomes. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2002 Sept; 18(5): 319-330.
- Alford EL. The SOOF lift as an adjunct in rehabilitation of facial paralysis: help or hype?. *Facial Plast Surg* 2000; 16(4): 345-349.
- Olver JM. Raising the suborbicularis oculi fat (SOOF): its role in chronic facial palsy. *Br J Ophthalmol* 2001 Jul; 85(7): 888.
- Cultberson WW, Ostler HB. The floppy eyelid syndrome. *Am J Ophthalmol* 1981; 92: 568-575.
- Khan SJ, Meyer DR. Transconjunctival lower eyelid involuntional entropion repair: long-term follow-up and efficacy. *Ophthalmology* 2002 Nov; 109(11): 2112-2117.
- Putterman AM, Fett DR. Müller's muscle in the treatment of upper eyelid ptosis: a ten-year study. *Ophthalm Surg* 1986; 17: 354-360.
- Perry JD, Kadakia A, Foster JA. A new algorithm for ptosis repair using conjunctival Müllerectomy with or without tarsectomy. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2002; 18(6): 426-429.
- Mercandetti M, Putterman AM, Cohen ME, Mirante JP, Cohen AJ. Internal levator advancement by Müller's muscle-conjunctival resection. *Arch Facial Plast Surg* 2001; 3: 104-110.
- Harrison AR. Chemodervation for facial dystonias and wrinkles. *Curr Opin Ophthalmol* 2003Oct; 14(5): 241-245.
- Rose JD, Clayton CB. Scintigraphy and contrast radiography for epiphora. *Br J Radiol* 1985; 58: 1183-1186.
- Baylis H, Shorr N, McCord CD, et al. Evisceration, enucleation and exenteration. In: McCord CD, Tanenbaum M, eds: *Oculoplastic Surgery*. New York: Raven Press; 1987; 313-327.
- Nunery WR, Hetzler KJ. Dermis-fat graft as a primary enucleation technique. *Ophthalmology* 1985; 92: 1256-1261.
- Levin PS, Dutton JJ. A 20-year series of orbital exenteration. *Am J Ophthalmol* 1991; 7: 84-92.
- Rootman J. Diseases of the orbit. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Kazim M, Goldberg RA, Smith YJ. Insights into the pathogenesis of thyroid-associated orbitopathy: involving rationale for therapy. *Arch Ophthalmol* 2002; 120: 380-386.
- Putterman AM. Cosmetic oculoplastic surgery: eyelid, forehead, and facial techniques. Third edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999.
- Becker FF, Johnson CM, Smith O. Surgical treatment of the upper third of the aging face. In: Papel I, Nachlas N (eds): *Facial Plastic and Reconstructive Surgery*. St. Louis: Mosby-Year Book; 1992: 147-157.
- Putterman AM. Upper eyelid blepharoplasty. In: Hornblass A (ed): *Oculoplastic , orbital and reconstructive surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988; 1: 474.

31. Goldberg RA. Lower blepharoplasty is not about removing skin and fat. *Arch Facial Plast Surg* 2000 Jan-Mar; 2(1): 22.
32. Shorr N, Seiff S: Cosmetic blepharoplasty: An illustrated surgical guide. Thorofare, NJ: Slack; 1986.
33. Smith B, Petrelli R. Surgical repair of prolapsed lacrimal glands. *Arch Ophthalmol* 1978; 96: 113-114.
34. Furnas DW. Festoons of orbicularis muscle as a cause of baggy eyelids. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 540-546.
35. Furnas DW. The orbicularis oculi muscle: management in blepharoplasty. *Clin Plast Surg* 1981; 8: 687-706.
36. David LM. The laser approach to blepharoplasty. *J Dermatol Surg Oncol* 1988; 14(7): 741-746.
37. Keen M, Blitzer A, Aviv JE. Botulinum toxin A for hyperkinetic facial lines: results of a double-blind, placebo-controlled study. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94(1): 94-99.
38. Weinstein C. Ultrapulse carbon dioxide laser removal of periocular wrinkles in association with laser blepharoplasty. *J Clin Laser med Surg* 1994; 12(4): 205.
39. Kaufman R, Hibst R. Pulsed erbium:YAG laser ablation in cutaneous surgery. *Lasers Surg Med* 1996; 19: 324-330.
40. Shorr N, Fallor M. «Madame Butterfly» procedure: combined cheek and lateral canthal suspension procedure for post blepharoplasty «roun eye» and lower eyelid retraction. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 1985; 1: 229-235.
41. Nerad JA. *Oculoplastic Surgery. The requisites in Ophthalmology.* Harcourt Ed. 2002.