

# La ptosis palpebral. Nuestra experiencia

## *Ptosis palpebral. Our experience*

PÉREZ SILGUERO D<sup>1</sup>, MEDINA RIVERO F<sup>1</sup>, PÉREZ SILGUERO A<sup>1</sup>,  
GARCÍA DELPECH S<sup>1</sup>, JIMÉNEZ GARCÍA A<sup>2</sup>, BERNAL BLASCO I<sup>2</sup>

### RESUMEN

Nuestro objetivo es exponer la experiencia en la ptosis palpebral de la recién creada unidad de oculoplastia del H. Universitario Materno Infantil, H. Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Presentamos los casos intervenidos, desglosando los aspectos quirúrgicos, epidemiológicos y complicaciones.

**Palabras clave:** Ptosis palpebral, superficie ocular.

### SUMMARY

Our purpose is to show our experience about eyelid ptosis in the new Oculoplastic Service of H. Universitario Materno-Infantil, H. Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

We present the cases performed, showing the technics, epidemiology and complications.

**Key words:** Eyelid ptosis, ocular surface.

---

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la actividad desarrollada en nuestra unidad de oculoplastia con respecto a la ptosis palpebral.

A pesar de la actividad desarrollada en este campo en nuestro Servicio desde hace años, no ha sido hasta enero de 2002 cuando surgió la necesidad de crear la Unidad tal y como hoy la conocemos. La idea se gestó siendo Jefe de Servicio el Dr. Fco. Pérez

---

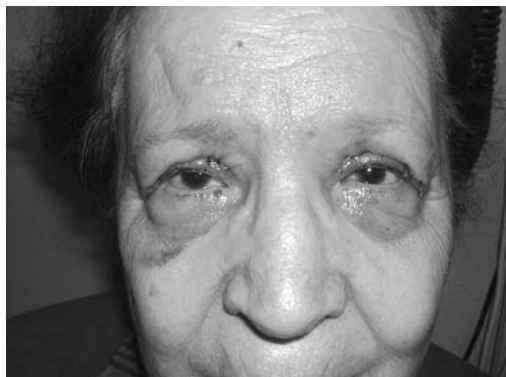
<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía.

<sup>2</sup> Licenciado en Medicina y Cirugía.

Hernández, afianzándose en su organización tras la jubilación del mismo, bajo la dirección del actual Jefe el Dr. Carlos Piñana Darias. Los responsables de la Sección son el Dr. David Pérez Silguero y el Dr. Fco. Medina Rivero, siendo consultor de órbita el Dr. Juan José Ramos.



*Fig. 1: Ptois aponeurótica (senil). Preoperatorio.*



*Fig. 2: Postoperatorio inmediato de paciente de figura 1.*



*Fig. 3: Ptois unilateral congénita, mala función, Bell defectuoso, preoperatorio.*

## MATERIAL Y MÉTODOS

En el transcurso del pasado año intervini-mos 13 ptosis: 4 aponeuróticas (figs. 1 y 2), 8 congénitas (figs. 3-6), y 1 miopática. Dos de las congénitas correspondían a reinterven-ciones de ptosis operadas en otros hospita-les con mal resultado estético.

Excepto una de las ptosis congénitas, la demás correspondieron a varones. Las ptosis aponeuróticas presentaron una relación 3:1 de mujeres sobre hombres.

El rango de edad de las ptosis congénitas iba desde los 3 a los 34 años, presentándose el 90% de las mismas por encima de los 18 años de edad. Las ptosis aponeuróticas fue-ron todas de carácter senil.

Con respecto a la función del elevador, destacar que:

Las ptosis congénitas presentaron función entre 2 y 6 mm de excursión, excepto una de ellas que fue secundaria a un problema de malformación facial derivado de complica-ciones infecciosas maternas durante la gesta-ción que presentó 11 mm de excursión pal-pebral (no hemos podido definir la naturale-za la dicha infección por imposibilidad de obtención de historia clínica, al acontecer el parto en otro país y no disponer de informes).

Con respecto al Bell, reseñar que en todas las congénitas era defectuoso, excepto en la malformativa; en las aponeuróticas, 3 mos-traban un Bell normal y la restante disminu-ido.

La técnica quirúrgica utilizada en las pto-sis aponeuróticas es la descrita por Anderson (1); en la suspensión al frontal realizamos la técnica de Crawford (2); para la resección aponeurótica en ptosis congénitas nos gua-imos por la técnica descrita por Salcedo (3), aunque preferimos buscar el tarso y a partir de ahí identificar las estructuras anatómicas, en vez de incidir directamente sobre el septo.

## RESULTADOS

Todas las ptosis seniles se resolvieron con la reposición de la aponeurosis a su lugar correspondiente (figs. 1 y 2). De las congéni-tas, 4 fueron sometidas a resección de la apo-

neurosis (figs. 3 y 4), 3 de ellas con buen resultado estético, y la cuarta requirió nueva intervención (suspensión al frontal). Todos eran adultos y con función del elevador entre 3 y 6 mm de excursión. Las otras 4 (más una quinta si contamos la reintervención), que presentaban una función menor de 3 mm, se solucionaron con suspensión al frontal (figs. 5 y 6).

De las 14 por nosotros realizadas, 2 precisaron reintervención: Una de ellas, congénita (en adulto), por la insuficiente elevación conseguida tras la resección de la aponeurosis, en un ojo con 3 mm de función del elevador. La reintervención, una suspensión al frontal con fascia lata, consiguió un excelente resultado. La necesidad de la segunda reintervención derivó de una retracción palpebral secundaria a cirugía de aponeurosis en una ptosis senil, que elevó el párpado 2 mm por encima del limbo, impidiendo el cierre palpebral y ocasionando erosión corneal (fig. 8). La reintervención consistió en liberación de la aponeurosis de sus anclajes en el tarso, momento en que observamos importantes tractos fibrosos en dichos puntos, permitiendo entonces una libre aposición de la aponeurosis, sin sutura. El resultado estético y funcional fue bueno, con resolución del cuadro corneal.

**Complicaciones:** 3 casos de erosión corneal (figs. 7 y 8), 2 de ellas en personas ancianas, mujeres, y secundarias a cirugía de aponeurosis por ptosis senil aponeurótica. Una de ellas requirió reintervención, tal y como explicamos en dicho apartado, mientras la otra respondió bien a lubricantes y oclusión nocturna. Esta última presentaba un Bell defectuoso, que provocó dicha complicación, a pesar de que intentamos ser precavidos optando por una elevación que colocaba el párpado superior 1 mm bajo el limbo esclero-corneal. La tercera de las erosiones ocurrió en una paciente con miopatía mitocondrial; la intervención fue una suspensión al frontal con fascia lata, y a pesar de estar programada para una incompleta elevación, como prevención para evitar problemas de exposición, aconteció la erosión bilateral. Mostraba 2 mm de función del elevador y Bell defectuoso. Respondió de manera tópi-



Fig. 4: Postoperatorio del paciente de la figura 3, resección de aponeurosis, una semana tras cirugía.



Fig. 5: Ptosis congénita unilateral, preoperatorio.

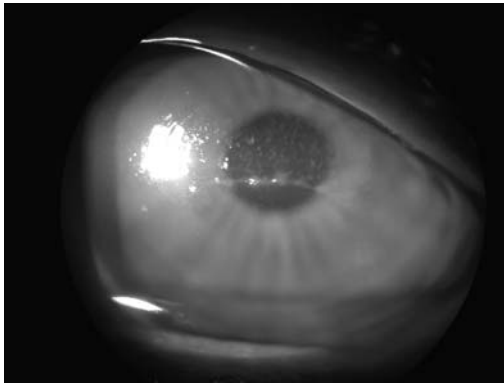
da al tratamiento ocluser y posteriormente lubricante intensivo, aunque lentamente fue recuperándose (fig. 7), por lo que no hizo falta reintervenir.

Un caso de extrusión del nudo frontal medial de la fascia lata, que no respondió al cierre cutáneo simple y requirió la formación de un nuevo bolsillo para reubicar el nudo y la revitalización y cierre por planos de los bordes quirúrgicos.

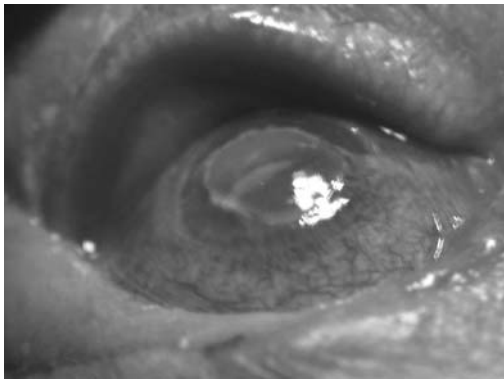


Fig. 6: Postoperatorio del paciente de la figura 5, suspensión al frontal, 7 días tras cirugía.

*Fig. 7: Lesión corneal epitelial en vías de resolución tras erosión corneal tórpida, en miopatía mitocondrial.*



*Fig. 8: Erosión corneal tras cirugía aponeurótica en ptosis senil. Requirió reintervención.*



## CONCLUSIONES

Destacamos los siguientes puntos, derivados de nuestra experiencia:

— Debemos abordar la ptosis como un problema funcional, y secundariamente estético.

— Debemos conseguir que las expectativas de la familia y del paciente con respecto a la cirugía sean lo más parecido posible a las nuestras, es decir, a la realidad.

— Poner especial atención en la superficie ocular en las primeras semanas tras la cirugía.

— No olvidar explicar la ley de Herring a los pacientes y familiares, ya que la ptosis nos podría parecer unilateral en una insuficiente exploración, y el otro párpado puede sufrir una pequeña caída tras la cirugía, con el consiguiente engorro de tener que explicar a los familiares la fisiopatología de la ley referida.

— Consideramos imprescindible la realización de fotos pre y postquirúrgicas. No nos fiemos de nuestra memoria, y mucho menos de la del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson RL, Dixon RS. Aponeurotic ptosis surgery. Arch Ophthalmol 1979; 97: 1123.
2. Crawford JS. Use of fascia lata in the corection of ptosis. Adv Ophthal Plast Reconstr Surg 1982; 1: 121.
3. Salcedo C. Técnicas Quirúrgicas. In: Salcedo C. Ptosis Palpebral, Diagnóstico y Tratamiento. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997; 96-114.