

Corrección del ectropión tarsal de párpado inferior mediante tira tarsal y tres rombos tarsoconjuntivales

Tarsal ectropion correction by tarsal strip and three tarsoconjunctival spindles

DÍAZ ARRIAGA J¹, PÉREZ ÁLVAREZ J¹, MEDINA RIVERO F²,
TOLEDO MONZÓN J¹, CARDONA GUERRA P³

RESUMEN

Objetivo: Presentar una técnica que permita solucionar el ectropión tarsal de párpado inferior debido a laxitud de los retractores.

Material y métodos: A partir de dos casos clínicos se muestra la situación previa, la técnica y el resultado de ésta.

Conclusión: La tira tarsal lateral asociada a 3 rombos tarsoconjuntivales con suturas inversoras es una técnica sencilla y resolutive para el ectropión severo con eversión del tarso secundario a la desinserción de los retractores.

Palabras claves: Ectropión tarsal, tira tarsal, rombos tarsoconjuntivales.

ABSTRACT

Purpose: We introduce a surgical procedure to correct lower lid tarsal ectropion originated by retractors laxity.

Methods: We report two cases showing previous status, surgical procedure and results.

Conclusion: Lateral tarsal strip associated to three tarsocconjunctival spindles is a simple and decisive surgical procedure for tarsal ectropion correction due to retractors deinsertion.

Key words: Tarsal ectropion, tarsal strip, tarsoconjunctival spindles.

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

¹ Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

³ Doctor en Medicina.

Correspondencia:

José F. Díaz Arriaga

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Secretaría de Servicio de Oftalmología

Avda. Marítima del Sur, s/n

Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCION

Una gran variedad de factores aislados o combinados influyen en la aparición del ectropión de párpado inferior. Han sido identificados seis factores a tener en cuenta: laxitud horizontal palpebral, laxitud del tendón cantal medial, eversión del punto lagrimal, desinserción de los retractores, acortamiento vertical de la lamela anterior y paresia orbicular (1-5). La eversión del punto lagrimal aislada suele ser causada por una dehiscencia o desinserción segmentaria de los retractores mediales.

En el caso del ectropión secundario a una desinserción de retractores existen una serie de datos que nos pueden ayudar a identificarlo. El fórnix inferior puede aparecer más profundo al perder las uniones con la fascia cápsuloparpebral. El párpado inferior puede aparecer en una posición de reposo más alta al perderse la unión entre los retractores y el tarso, lo cual se evidencia reposicionando manualmente el párpado

inferior invirtiendo el ectropión. Esta pérdida de unión también resulta en una menor excursión del párpado inferior desde la mirada superior a la inferior, e incluso el borde distal de los retractores puede visualizarse a través de la conjuntiva inferior al tarso siempre y cuando no esté muy inflamada. El ectropión tarsal es una forma extrema de ectropión en el cual la placa tarsal está totalmente evertida.

La técnica más extendida para la corrección del ectropión secundario a la laxitud horizontal es el acortamiento horizontal, generalmente realizada mediante una tira tarsal lateral.

Es frecuente encontrar una metaplasia escamosa asociada al ectropión, que puede solucionarse mediante masajes con pomada de corticoides. Sin embargo, cuando nos encontramos un caso de ectropión tarsal en el que la causa fundamental es la desinserción de los retractores, el acortamiento horizontal no sólo resulta insuficiente, sino que puede agravar la situación (6).



Fig. 1: Detalles de la cirugía.

- 1) Tallado de los rombos tarsoconjuntivales;
- 2) Suturas inversoras saliendo a la altura de surco inferior;
- 3 y 4) Tensado de suturas sobre almohadillas.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos dos casos de ectropión severo con eversión del tarso y metaplasia escamosa del borde libre y epífora.

Técnica

En ambos casos se realizó una tira tarsal lateral con fijación a la cara interna del reborde orbitario lateral a la altura del nivel de borde superior pupilar. Con anterioridad a la fijación de la tira se realizan tres rombos tarsoconjuntivales a 4 mm del borde libre, de un diámetro vertical entre 2-3 mm y horizontal de 3-4 mm distribuidos a lo largo del párpado inferior, realizando el nasal bajo el punto lagrimal. Se utilizó una sutura doble armada reabsorbible de 5/0 que incluía retractores-conjuntiva por el borde inferior del rombo, y por tarso-conjuntiva por el borde superior. Una vez pasada la sutura nos introducimos por el centro del rombo para salir a nivel del surco inferior del párpado inferior. En este momento fijamos la tira tarsal, y anudamos ambas terminaciones bien a una almohadilla o bien directamente a la piel para calcular la tensión de las suturas inversoras.

DISCUSIÓN

Podemos diferenciar las siguientes clases de ectropión: congénito, involucional, paralítico, cicatricial y mecánico (6).

El tratamiento de esta patología dependerá del tipo de ectropión. De esta forma, si el ectropión es cicatricial debemos realizar una restauración de la lamela anterior, con un injerto cutáneo o un lifting de la cara media (7). Recientemente se ha sugerido la utilización de rellenos como el ácido hialurónico (8) para tratar este tipo de ectropión.

Uno de los métodos más utilizados para la corrección del ectropión con cierta laxitud es la realización de la tira tarsal lateral (9). En los casos que nos ocupan, donde nos encontramos con una desinserción de los retractores hemos preferido realizar una reinserción de los mismos, acompañado de una fijación más firme

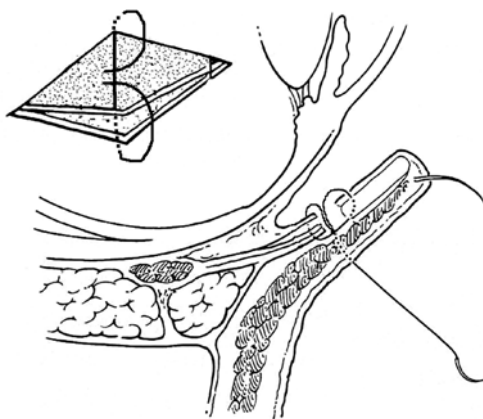


Fig. 2: Esquema de sutura inversora en el rombo tarsoconjuntival.



Fig. 3: Caso 1. Situación previa y 2 semanas posteriores a la cirugía.

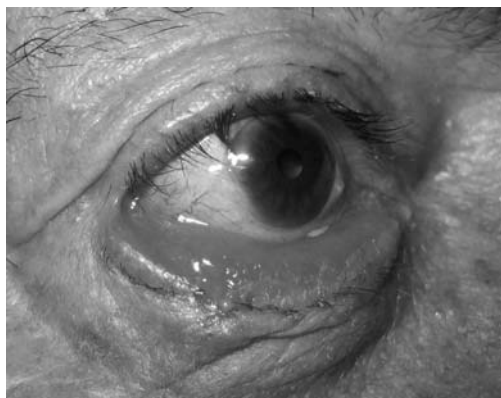


Fig. 4: Caso 2. Situación previa a la cirugía.

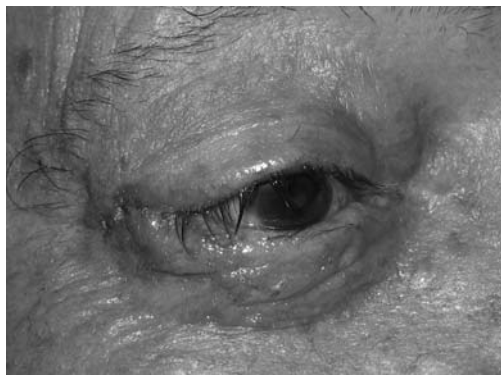


Fig. 5: Caso 2. 2 semanas postcirugía.

del tendón cantal lateral. Esta re inserción la practicamos a través de un huso conjuntival nasal (10), y ampliamos esta técnica repitiendo el huso en la región medial y temporal.

Los resultados obtenidos con esta técnica son satisfactorios, consiguiendo que el párpado vuelva a su posición normal, mejoría del aspecto del borde libre del mismo y corrección de la epífora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neuhaus RW: Anatomical basis of «senile» ectropión. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 1985; 1: 87-89.
2. Shore JW: Changes in lower eyelid resting position, movement, and tone with age. *Am J Ophth* 1985, 99: 415-423.
3. Ousterhout DK, Weil RB: The role of the lateral canthal tendon in lower eyelid fascia detachment. *Am J Ophthalmol* 1978; 85: 814-817.
4. Stefanyshyn M, Hidayat AA, Flanagan JC. The histopathology of involuntional ectropión. *Ophthalmology* 1985, 92: 120-127.
5. Putterman AM. Ectropión of the lower eyelid secondary to Müller's muscle-capsulopalpebral fascia detachment. *Am J Ophthalmol* 1978; 85: 814-817.
6. Vallabhanath, Prashanth MD; Carter, Susan R. MD Ectropión and entropion. *Current Opinion in Ophthalmology*, 2000; 11(5): 345-351.
7. Chung, Juliet E. MD; Yen, Michael T. MD Mid-face Lifting as an Adjunct Procedure in Ectropión Repair. *Annals of Plastic Surger*, 2007; 59(6): 635-640.
8. Fezza, John P. M.D. Nonsurgical Treatment of Cicatricial Ectropión with Hyaluronic Acid Filler. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 2008; 121(3): 1009-1014.
9. Anderson RL, Gordy DD: The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979; 97: 2192-2196.
10. Nowinski TS, Anderson RL. The medial spindle procedure for involuntional medial ectropión. *Arch Ophthalmol* 1985; 103: 1750-1753.