

Cirugía Plástica Reconstructiva de la Ptosis Palpebral



Dr. Manuel Paredes Maraví*

Cirugía Plástica Peruana
Vol I Núm 1
Julio-Diciembre 1995
Págs. 30 - 31

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la ptosis palpebral mediante la utilización de una cintilla de fascia utilizando el músculo frontal como músculo elevador del párpado.

SUMARY

We present our experience in the surgical treatment of palpebral ptosis by the use of a strip of fascia, employing the Frontalis muscle to elevate the Eyelid.

Palabras Clave: Ptosis Palpebral.
Keywords: Palpebral Ptosis.

1. INTRODUCCION

La ptosis palpebral es el resultado de una parálisis o debilidad del músculo elevador del párpado. Esta afección de gravedad variable puede ser genética o adquirida.

En 1963 Werb divulgó los detalles precisos de la anatomía palpebral que permitieron un abordaje por vía posterior con resección del músculo de Muller (Fox, 1980).

Bowman en 1857 reporta la resección del músculo elevador por vía posterior (Smith, 1987).

La variedad de resultados ha hecho que se desarrollen diversas técnicas; nosotros presentamos nuestra experiencia utilizando fascia temporal o fascialata.

MATERIAL Y METODOS

El trabajo fue realizado en el Servicio de Cirugía Plástica

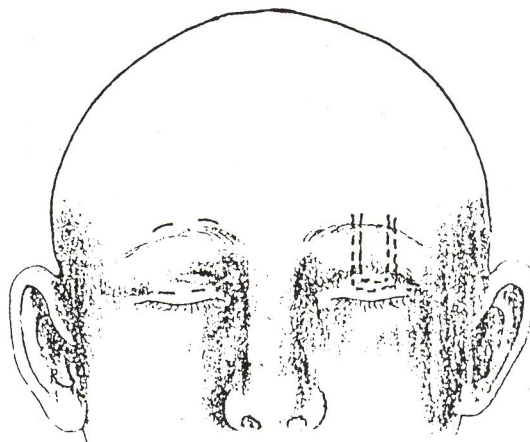


Fig.1 : Podemos apreciar la forma como se realiza la suspensión del párpado utilizando una cintilla de fascia temporal o de fascialata.

Fig.1 : We show the way how the eyelid suspension is done employing a strip of temporal fascia or fascialata.

* Cirujano Plástico, Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Nacional Guillermo Almenara, IPSS, Lima, Perú.
Profesor Principal de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

del Hospital Nacional Guillermo Almenara y en el Equipo Médico de Intervenciones Rápidas (EMIR). Se trataron 10 pacientes, 8 adultos y 2 niños.

La técnica de suspensión del párpado se realiza utilizando fascia temporal o fascialata. El asa de fascia debe ser suturada al músculo frontal, en tal forma que al contraerse este músculo eleva la frente y con ella el párpado.

Se obtiene una cintilla de fascia de 4 a 5 mm de ancho y una longitud de acuerdo al caso. Luego se practican 2 incisiones transversales de 3 mm cada una y a más o menos 4 cm del borde ciliar sobre la proyección de los bordes externos de la pupila.

Se hacen 2 pequeñas incisiones de 8 mm de largo justo por arriba de la ceja sobre la proyección de la pupila. Por estas incisiones se pasa subcutáneamente la cintilla de fascialata o fascia y se sutura al tarso (Fig. 1). Cada extremo superior de la cinta es traccionado hacia arriba hasta que el párpado es elevado a la posición deseada, suturándose al músculo frontal con nylon. Es mejor sobrecoregijir alrededor de 2 mm, quedando al margen palpebral a unos milímetros encima del limbo (Fig. 2).

RESULTADOS

De los 10 casos tratados en 8 se utilizó fascia temporal y en 2 fascialata. Un caso no respondió al tratamiento, los otros tuvieron evolución favorable.

COMENTARIO

Antes de iniciar la corrección quirúrgica de la ptosis uno debe conocer la posición normal del margen palpebral y el promedio de la apertura palpebral. Cuando el ojo está en posición primaria (mirando al frente) el borde palpebral debe hallarse a mitad de camino entre el margen

pupilar y el limbo corneal superior. La apertura palpebral tiene una altura vertical de 9 mm. Cualquier valor menor en el adulto es considerado ptosis. La distancia normal media en el adulto entre el margen del párpado superior y el arco de la ceja es de 15 a 18 mm, en la ptosis puede ser de 25 a 35 mm.

Otros autores propugnan el abordaje posterior y resección del músculo de Muller (Quintero, 1994). Nosotros utilizamos la suspensión del párpado utilizando al músculo frontal como elevador del párpado.

En toda técnica que se utilice la clave del éxito es el adecuado conocimiento de la anatomía.

El objetivo de la corrección de la ptosis palpebral es lograr un buen resultado funcional y cosmético.

Sólo un caso nuestro no respondió adecuadamente, se trató de una ptosis post traumática donde existía debilidad del músculo frontal.

Una de las complicaciones más severas es la exposición y ulceración corneal (Beard 1976), que nosotros no tuvimos.

Para lograr buenos resultados se debe realizar una buena evaluación del músculo frontal antes de planear la cirugía.

BIBLIOGRAFIA

1. **Fox S.A.:**
Surgery of Ptois. William and Wilkins Company, Baltimore 1980.
2. **Smith B.C.:**
Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. Mosby Co., St. Louis, 1987.
3. **Quintero A., Vera Cristo C.:**
Ptosis palpebral abordaje vía posterior. Revista del Instituto de Oftalmología. 1994; 13:149.
4. **Beard C.:**
Ptosis. Mosby Co., 2 Ed., St. Louis, 1976.



Fig.2a : Preoperatorio. Paciente que tenía imposibilidad de levantar los párpados
Fig.2a : Preoperative. Patient couldnt elevate his eyelids.



Fig.2b : Postoperatorio.
Fig.2b : Postoperative.