

# Algunas pautas en la blefaroplastia

Drs. Orlando Ramírez<sup>1</sup>, Marco A. Ramírez<sup>2</sup>

## INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es recomendar la revisión anatómica de la estructura palpebral que permita un acceso más preciso a fin de reseca o corregir lo indicado.

Por otro lado, sobre todo en el párpado superior, los procedimientos varían de acuerdo al tipo o forma anatómica. Es decir, la técnica usual en la que se reseca la piel redundante conjuntamente con las bolsas de grasa, es aquel párpado cuya piel es delgada, fácilmente plegable y que rebasa el surco palpebral, llegando muchas veces a dificultar la visión, mecánicamente.

En los párpados encapotados, su estructura es gruesa y compacta, que pareciera rechazar el surco palpebral hacia la hendidura. Los párpados hundidos presentan una piel bastante delgada impresionando como que se alejara del surco palpebral.

Finalmente, es importante que la incisión se realice por encima (a una distancia adecuada al criterio del cirujano) y paralelo al surco palpebral evitando que sus extremos se dirijan hacia la hendidura palpebral sino por el contrario mantener un discreto alejamiento.

Las incisiones no deben realizarse sobre el surco palpebral superior.

## ANATOMÍA PALPEBRAL

La estructura anatómica consta de siete capas (Figura 1):

1. Piel
2. Tejido celular laxo
3. Músculo orbicular de los párpados: orbitario, palpebral.
4. Tejido celular laxo.
5. Plano fibroelástico: tarso-septum orbitario.
6. Capa tendinosa del elevador, fibras musculares lisas.
7. Conjuntiva.

### La piel

Es fácilmente distensible, replegable, presentando el surco palpebral aproximadamente a 1 cm del borde libre palpebral.

### El surco palpebral

Es muy importante por que a este nivel las fibras tendinosas del elevador del párpado atraviesan al ligamento ancho o septum palpebral, para luego una parte de fibras adherirse a la cara anterior del tarso y otra parte atravesar al músculo hasta llegar a la piel. La porción dérmica palpebral por debajo del surco está adherida al tarso, lo que la hace compacta y muy consistente. Esta porción constituye el tercio inferior. El espacio comprendido a 1 cm, por debajo de la ceja es el tercio superior. Entre

1. Miembro Asociado de la Sociedad Peruana de Otorrinolaringología y Cirugía Facial  
2. Médico Cirujano

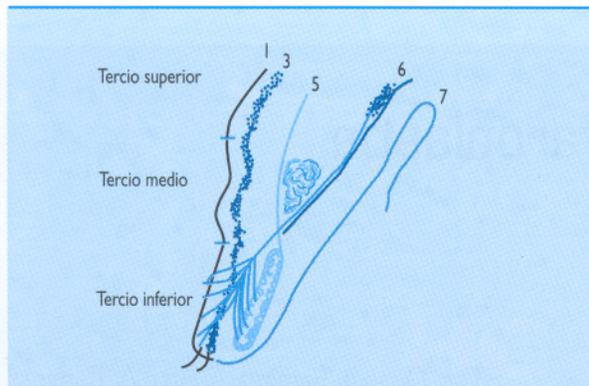


Figura 1. Anatomía palpebral de 7 capas

ambos, está el tercio medio, que es la zona quirúrgica; es decir, donde se encuentran las bolsas u otras estructuras a resear (tejidos muscular, graso) espacio que se hace más evidente o real con la infiltración anestésica, además no olvidar que en el extremo externo del párpado superior se encuentra la glándula lacrimal. En el párpado inferior, el acceso es más fácil y las bolsas de grasa son más evidentes y el surco palpebral es incipiente y más próximo a la hendidura.

### El músculo orbicular

Es ancho, plano, delgado y tiene dos porciones: la porción orbitaria, con inserción ósea alrededor de la órbita formando un anillo y la porción palpebral, corresponde a toda la extensión del párpado restante.

### El tarso

Es una estructura fibrosa, de forma semilunar que va desde el borde libre palpebral hasta aproximadamente 1 cm de altura en su porción central, disminuyendo en sus extremos; tiene una extensión

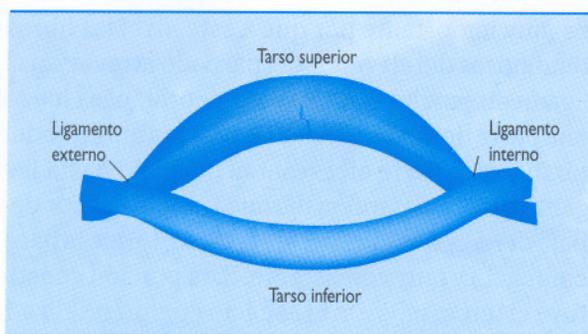


Figura 2. Ligamentos y tarsos palpebrales

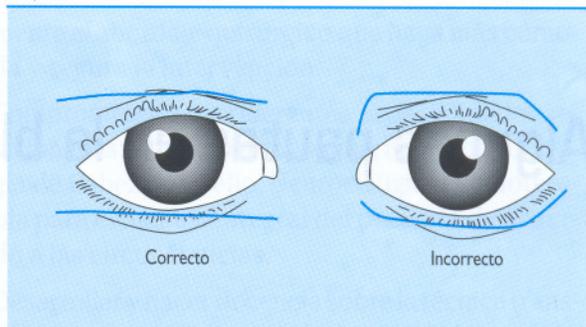


Figura 3. Lo correcto y lo incorrecto

de 3 cm de largo y 0,5 cm más en sus extremos, formando los ligamentos laterales internos y externos conjuntamente con los del tarso inferior.

El tarso inferior es rectangular y de 0,5 cm de altura aproximadamente.

Del tarso superior se extiende una lámina fibrosa que se inserta en el reborde orbitario en toda su extensión denominado ligamento ancho o septum orbitario, a las que se fusionan o atraviesan las fibras tendinosas del elevador del párpado a la altura de su nacimiento del tarso, formando entre ambos un espacio donde se localizan las bolsas de grasa.

### La conjuntiva

Última capa palpebral en contacto con el globo ocular.

## RECOMENDACIONES

Para los efectos quirúrgicos debe considerarse importante las incisiones, las que deben de realizarse paralelas al surco palpebral y jamás deben de invadir perpendicular ni oblicuamente hacia el tercio inferior, por las posibles retracciones que puede ocasionar.

El surco palpebral, por ser una estructura anatómica especial replegable y fácilmente distensible, debe ser respetada en toda su integridad. Además, las incisiones que se efectúan sobre él pueden ocasionar superficies cicatriciales evidentes.

El surco palpebral inferior es menos notorio y más cercano a la hendidura palpebral pero las incisiones siempre deben realizarse paralelas y nunca deben aproximarse los extremos hacia la hendidura.



Figura 4. Párpados delgados y redundantes

### Recomendaciones según la anatomía palpebral

Las principales variedades en aspecto y anatomía de los párpados y su relación con la accesibilidad y técnica quirúrgica están los delgados y redundantes, los encapotados y los hundidos.

#### Párpados delgados y redundantes

Son los más accesibles quirúrgicamente. La piel delgada y redundante sobremonta el surco palpebral y puede llegar a la hendidura palpebral y ocasionar dificultad mecánica a la visión. Lo frecuente es que entre el relieve del globo ocular y las cejas se aprecia un hundimiento discreto o moderado. En este tipo de párpados la corrección quirúrgica se realiza reseca la piel y las bolsas de grasa redundantes (Figura 4).

#### Párpados encapotados

Son rechonchos, compactos, consistentes, debido a mayor tejido muscular y grasa, que impresionan, como que rechazara el surco palpebral hacia la hendidura y su relieve superficial con respecto al globo ocular y las cejas es casi recta o discretamente abombada. En su corrección quirúrgica



Figura 5. Párpados encapotados



Figura 6. Párpados hundidos

aparte de la resección dérmica de los párpados y bolsas a veces es necesario reseca tejido muscular y tejido graso (Figura 5).

#### Párpados hundidos

Muestran una piel bastante delgada como que se alejan del surco palpebral, apreciándose entre el globo ocular y las cejas un espacio más profundo en cuyo fondo se demarca el relieve de las bolsas de grasa, las que hay que reseca a veces acompañada con una resección dérmica mínima o nula para evitar mayor hundimiento (Figura 6).

#### Otros tipos de párpados

Aparte existen muchas variedades palpebrales, como los párpados orientales, asimétricos, secuelas postraumáticas y los seniles, entre otros. Para estos tipos, las técnicas y procedimientos quirúrgicos son más específicos.

#### Otras recomendaciones

Tener mucha cautela en la amplitud de resección dérmica sobre todo del párpado inferior causante del ectropion u ojo redondo. Recordar que la glándula lacrimal está siempre en el extremo externo del párpado superior. Durante la historia clínica investigar si son portadores de enfermedades, como hipertensión arterial, diabetes; ingesta de medicamentos, como ácido acetilsalicílico; hábitos de tabaco, entre otros. Evitar los hematomas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blosniak SL, Zilkha MC. Blef consulta y rejuvenecimiento facial. Amolca 2004-2002.
2. Guerreissi J. Complicaciones en cirugía plástica. 2002.
3. Actualidades médico-odontológicas. 2002 Latinoamérica.
4. Pitangy F. Cirugía estética.
5. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Salvat, 1986.
6. Gardner. Anatomía. Salvat 1980.