

## UN NUEVO PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PLIEGUE EPICANTAL

*Dr. Antonio Fuente del Campo, F.A.C.S.\**

### RESUMEN:

Describimos el procedimiento quirúrgico que hemos desarrollado para el tratamiento del pliegue epicantal. Hacemos mención de sus diferentes indicaciones, destacando sus ventajas.

### SUMMARY:

We describe the surgical procedure that we have developed to treat the epicanthal fold. It's indications and advantages are presented.

### INTRODUCCION:

El pliegue epicantal es una aparente redundancia de la piel, de forma semilunar y dirección vertical, ubicada sobre la confluencia palpebral interna a la que cubre parcialmente. En realidad no existe tal redundancia ya que no sobra piel, es sólo que se encuentra anormalmente distribuida, de tal manera que forma un pliegue en lugar de la depresión natural que debe existir<sup>11</sup>.

Schon en 1828 fue el primero en referirse al pliegue epicantal congénito. Von Ammon en 1841 lo clasificó en palpebral, tarsal y ciliar, dependiendo del sitio de donde este partía en el párpado superior.

El pliegue epicantal puede acompañarse o no de telecanto (aumento de la distancia entre el canto medial y el sitio de implan-

tación de su ligamento en el hueso), o existir un telecanto sin pliegue epicantal (síndrome de Waardenburg<sup>3</sup>). También esta presente en los casos de blefarofimosis como pliegues epicantal invertido, descrito por primera vez por Braun en 1922<sup>4,5,12</sup>. Su origen puede ser congénito, post-trauma o post-quirúrgico, como se ve en algunos casos de hiperteleorbitismo (aumento de la distancia interorbitaria), tratados mediante la movilización de ambas órbitas hacia la línea media por vía intracraneana. Han sido propuestas diversas técnicas para su corrección, desde resecciones de piel en glabella (Von Ammon 1841<sup>2</sup>) o cerca del canto medial (Desmarres<sup>17</sup>, Berger<sup>6</sup>, Wicherkiewicz<sup>7</sup>). La V-Y descrita por Verwey (1909<sup>8</sup>), la

\* Médico adscrito a la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General del Sur "Dr. Manuel Gea González", S.S.A.  
Jefe de la Clínica de Cirugía Craneomaxilofacial.

Programa de post-gradó de la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro de la Asociación Médica del Hospital ABC.

“Z” plastia simple, “Z” plastias modificadas (Rogman<sup>9</sup>, Imre, Sheehan<sup>17</sup>) y “Z” plastias múltiples como las descritas por Blair (1932<sup>13</sup>), Barrett, Brown y Hamm (1932<sup>10</sup>) Spaeth (1948<sup>14</sup>), Mustarde (1959<sup>15</sup>) y Mulliken (1975<sup>16</sup>).

El tratamiento quirúrgico del pliegue epicantal tiene como finalidad eliminar el pliegue restableciendo la anatomía y el aspecto normal del canto interno con la menor cicatriz posible.

## MATERIAL Y METODO:

Hemos tratado un total de 45 pacientes con pliegue epicantal: 31 bilaterales y 14 unilaterales. 20 de origen congénito, 16 post-quirúrgicos y 9 post-trauma. Los pacientes han sido vigilados por períodos de más de cuatro años, haciendo mediciones antropométricas, pruebas de drenaje lacrimal y control fotográfico periódicamente.

## TECNICA QUIRURGICA:

El procedimiento consiste en la transposición de un colgajo tomado de la superficie posterior del pliegue epicantal, cuya base se encuentra en el canto medial. El primer trazo se hace a todo lo largo del borde del pliegue epicantal (fig. 1-a). Deslizándose la piel del dorso nasal hacia la línea media se plancha el pliegue epicantal y en estas condiciones se hace un segundo trazo curvo de concavidad inferior, ya que va del extremo inferior del primer trazo (punto A) hacia el borde palpebral inferior dos milímetros por debajo del punctum lacrimonasal (fig. 1-b).

El tercer trazo prácticamente horizontal parte del primer trazo a la altura del canto medial y se dirige hacia la línea media en la dirección y posición deseada, hasta un punto (A'), que corresponde aproximadamente al sitio donde deseamos ubicar el canto. Este último trazo puede tener algunas variaciones, recto, curvo, horizontal o

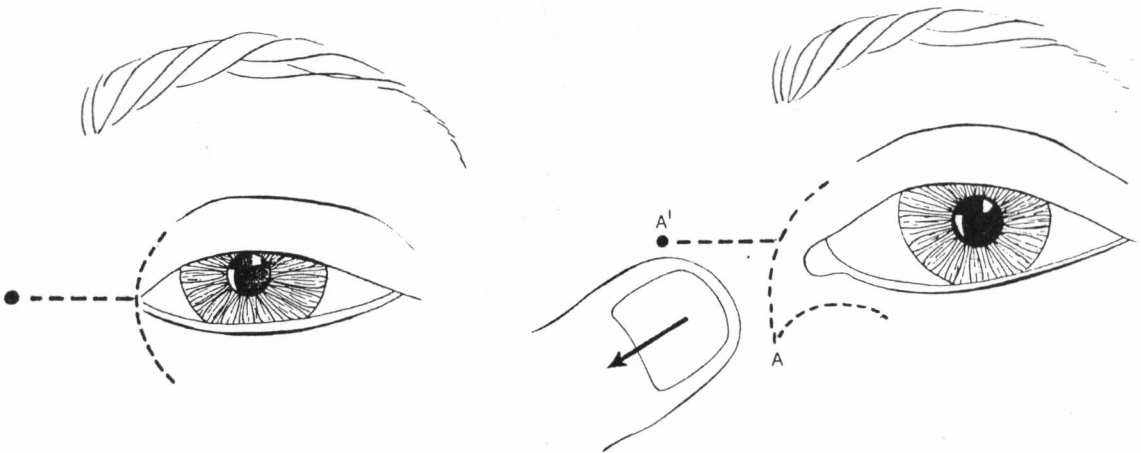


FIGURA 1:

Corrección quirúrgica del pliegue epicantal:

- El primer trazo es en el borde del pliegue.
- El segundo trazo se completa traccionando la piel hacia la nariz.
- Levantamiento del colgajo y sutura de plicatura del ligamento cantal.
- El aspecto final del colgajo suturado.

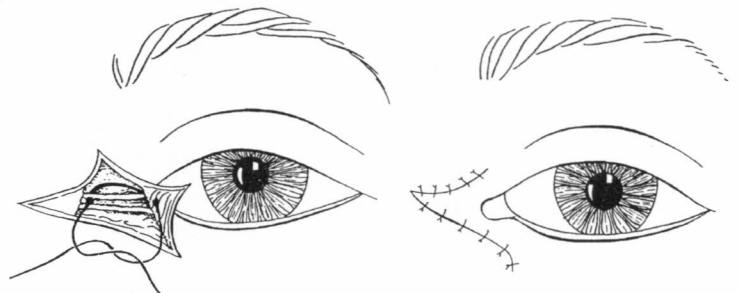
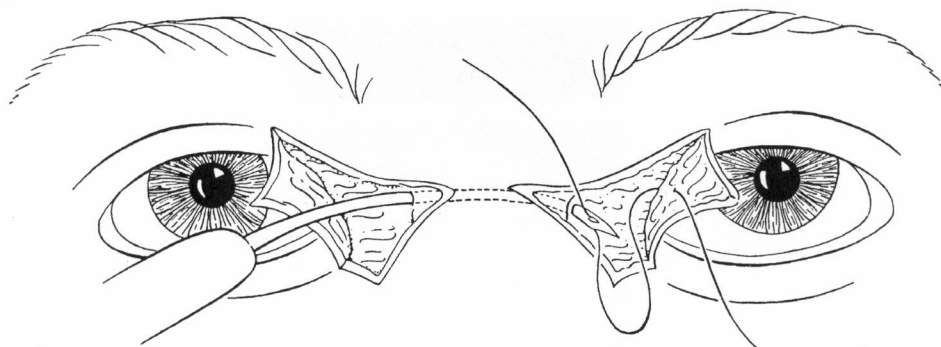


FIGURA 2: Esquema de la cantopexia medial bilateral.



inclinado, de tal manera que permite dar al canto medial un aspecto que armonice con las características étnicas de cada paciente. Esto es particularmente importante para obtener simetría, en las correcciones unilaterales. Se hacen las incisiones delimitando el colgajo y se levanta mediante disección roma para evitar lesionar las vías lacrimales. Su base debe ser más gruesa para asegurar su viabilidad. Una vez levantado el colgajo se puede observar el ligamento cantal interno (cuando existe), así como su sitio de inserción y la cresta lacrimal anterior.

El ligamento generalmente se encuentra íntegro, pero un poco largo por lo que es necesario acortarlo con un punto de sutura inabsorbible (nylon 4-0 (fig. 1-c).

En los casos de telecanto post-trauma frecuentemente no existe un verdadero ligamento cantal, por lo que es necesario crear uno a expensas del tejido fibroso de la misma zona y anclarlo a las estructuras óseas mediante una cantopexia transnasal convencional (fig. 2). Este anclaje debe hacerse llevando el ligamento cantal interno hacia la línea media, pero tan atrás como sea posible, de tal manera que obtengamos una hendidura palpebral curva de convexidad anterior más natural. Cuando el problema es unilateral es necesario hacer una pequeña incisión (1 cm) sobre el margen nasal contralateral que permita el acceso para efectuar el anclaje del ligamento del lado afectado. Un punto extra que tome la superficie interna del colgajo de su parte media y lo fije al periostio, nos asegura su posición y evita el defecto en cuerda de arco. Por último se

deja caer el colgajo sin tensarlo, sobre la concavidad natural de la vertiente nasal llevando el punto A al punto A', de tal manera que ascienda hacia la nariz de atrás hacia adelante.

Suturamos el resto de las heridas con seda 6-0 (fig. 1-d).

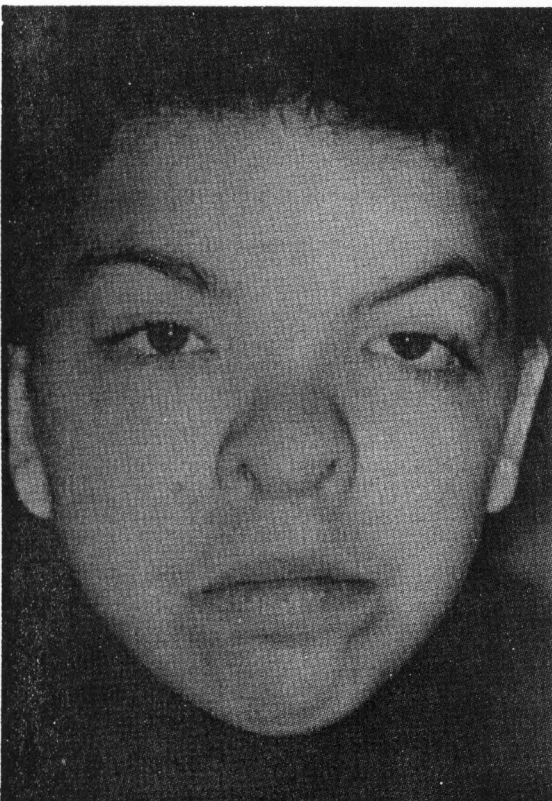
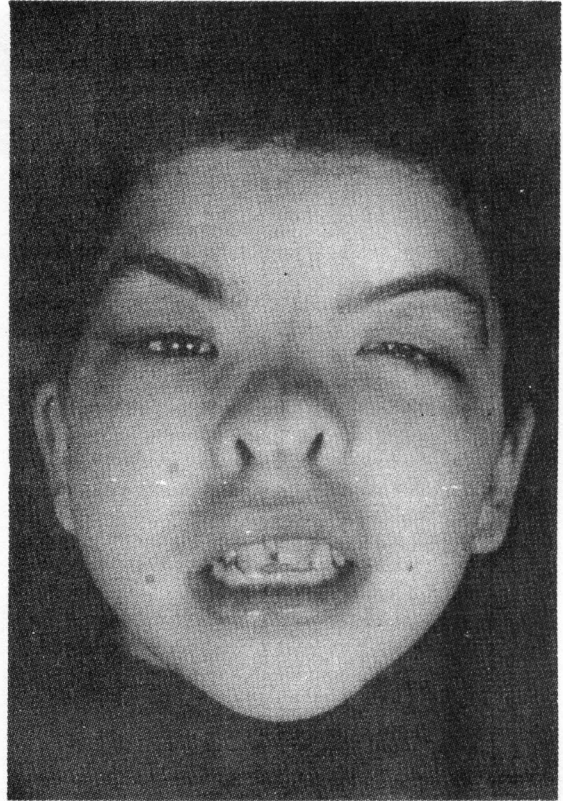
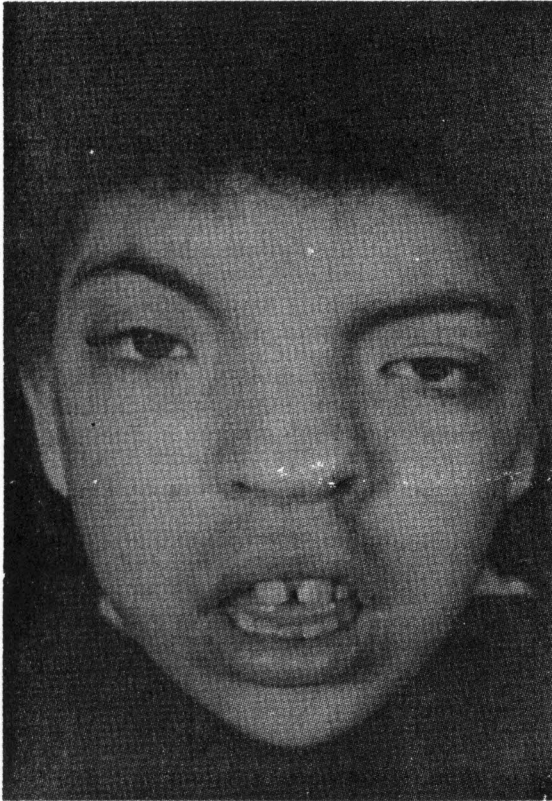
## RESULTADOS Y DISCUSION:

Nuestros pacientes han sido vigilados en el post-operatorio por más de cuatro años, con resultados satisfactorios. (figs. 3-4-5). En algunos casos apreciamos cicatrices discretamente hipertróficas durante el primer mes del post-operatorio, pero se aplanan posteriormente. En ninguno de ellos se ha observado residiva del pliegue epicantal o alteraciones en el drenaje lacrimal.

El procedimiento descrito es aplicable para la corrección del pliegue epicantal, sin importar su etiología. En los casos de telecanto sin pliegue epicantal, la reubicación del ligamento hacia la línea media, generalmente produce redundancia de piel muy semejante sobre el canto interno, que debe ser manejada como pliegue epicantal ordinario.

El realizar el abordaje para cantopexia mediante las incisiones descritas (fig. 1-b), nos ha permitido corregir en el mismo tiempo quirúrgico el pliegue epicantal secundario.

El procedimiento descrito produce mínima cicatriz, ubicada en tal posición que se confunde con las estructuras anatómicas normales. (fig. 6).



**FIGURA 3:** a) Paciente con hipertelorismo y nariz bifida.  
 b) Resultado obtenido con la movilización de ambas órbitas hacia la línea media (25 mm), por vía intracraneana. Pliegue epicantal bilateral secundario.  
 c) Resultado de la corrección del pliegue, en un segundo tiempo quirúrgico.

Permite proporcionar al canto interno la forma y dirección que se considere más adecuada, de acuerdo con las características étnicas de cada paciente.

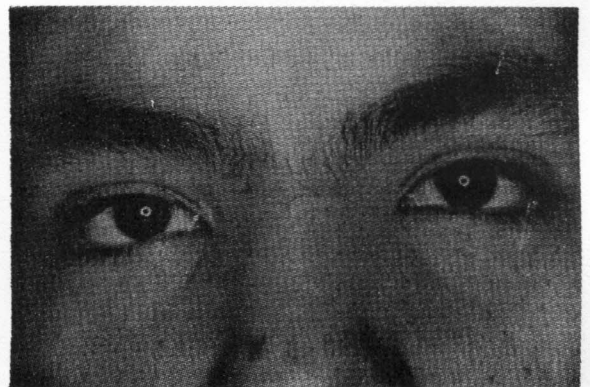
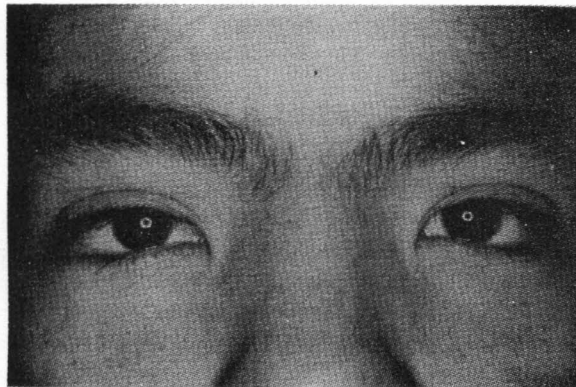
Esto es particularmente importante en los casos de corrección unilateral, para poder obtener un resultado simétrico con el lado no afectado.

No deja cicatrices cruzando el canto medial, por lo que no hay residivas cicatriciales. Es un procedimiento simple, fácil de realizar que no requiere de un planteamiento geométrico ni de experiencia.

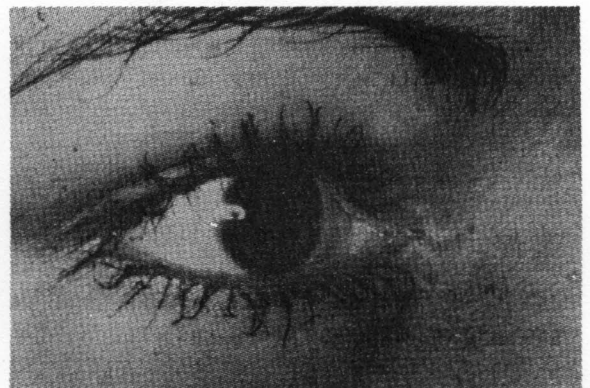




**FIGURA 4:** a) Paciente con hendedura facial media (nariz bifida), y pliegue epicantal bilateral.  
b) Resultado postoperatorio de: movilización de la pared medial de ambas órbitas hacia la línea media (18 mm), con cantoplastia interna bilateral en la forma descrita.



**FIGURA 5:** a) Paciente con pliegue epicantal bilateral.  
b) Resultado postoperatorio.



**FIGURA 6:** a) Acercamiento de pliegue epicantal.  
b) Aspecto postoperatorio, donde se puede apreciar la cicatriz resultante.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fox, S.A.- Blepharophimosis, Epiblepharon and Congenital Entropion in Plastic and Reconstructive Surgery of the Eye and Adnexa. Washington: Butterworth 1962. Pp. 174-177.
2. Von Ammon, F.A.- Klinische Darstellungen der angeborenen Krankheiten und Bildungsfehler des Menschlichen der Auges und der Augenlider. Berlin: G. Reimer, 1841. P.6.
3. Waardenburg, P.J., and Franceschetti, A.- Genetics and Ophthalmology. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1961. P. 236.
4. Braun, C.- Eine besondere form des Epicanthus mit kongenitaler Ptosis. Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 68: 110. 1922.
5. Edmund, J.- Blepharophimosis congenita. Acta Genet. Statist. Med. 7:279, 1957.
6. Berger, E., and Loewy, R.- Nouveau procédé opératoire pour l'epicanthus. Arch. Ophthalmol. 18: 453, 1898.
7. Wicherkiewichz, V.B.- Une nouvelle operation de l'epicanthus. Congres Internat. d'Ophth. d'Utrecht, Comptes Rendus, 1899. P. 583.
8. Verwey, A.- Over het maskergelast en zijn behandeling. Nederl. Tijdschr. J.: Geneesk. 1: 1596, 1909.
9. Rogman, M.- Nouveau procédé opératoire pour corriger l'epicanthus. Ann. Ocul. 131: 464, 1904.
10. Tessier, P.- L'epicanthus congenital simple ou indopathique, le blepharophimosis. In Chirurgie Plastique Orbito-palpebrale. Paris: Masson, 1977. Pp. 369-381.
11. Taylor, W.O.G., and Cameron, J.H.- Epicanthus and the inter-canthal distance. Trans. Ophthalmol. Soc. (U.K.) 83:371, 1963.
12. Hughes, W.L.- Surgical treatment of congenital phimosis: The Y-V operation. Arch. Ophthalmol. 54:586, 1955.
13. Blair, V.P., Brown, J.B. and Hamm, W.G.- Surgery of the inner canthus and related structures. Am. J. Ophthalmol. 15:498, 1932.
14. Spaeth, E.B.- Further consideration of the surgical correction of blepharophimosis and epicanthus, Am. J. Ophthalmol. 41:61, 1956.
15. Mustardé, J. C.- The treatment of ptosis and epicanthal folds. Br. J. Plast. Surg. 12:252, 1960.
16. Mulliken, J.B., and Hoopes, J.E.- W-Epicanthoplasty. Plast. Reconstr. Surg. 55-435, 1975.
17. Callahan, A.- Reconstructive Surgery of the Eyelids and Ocular Adnexa. Birmingham: Aesculapius, 1966. P. 359.