

Rejuvenecimiento periorbitario: blefaroplastia superior e inferior

Dres. Velia Elena Revelli; Ernesto Darío Desio**

Introducción

En el tratamiento del envejecimiento de la periorbita, el ORL entrenado en cirugía plástica facial debe tener en cuenta, fundamentalmente, dos estructuras: los párpados (exceso de piel y protrusión de bolsas grasas) y la posición de las cejas (ver criterios de evaluación diagnóstica).

La blefaroplastia es sumamente importante al momento de planear un rejuvenecimiento facial y muy frecuentemente se debe asociar una elevación de las cejas. Esta última se puede realizar a través del uso de técnicas endoscópicas o directas, la descripción de estas técnicas de suspensión ciliar escapa a los fines de este trabajo, sugerimos al lector revisar la extensa bibliografía sobre este tema.

Objetivo

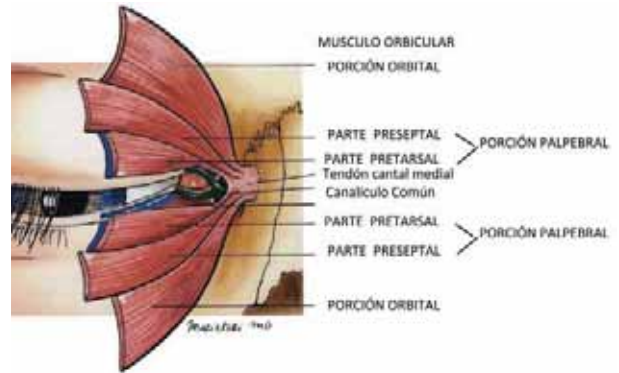
Describir la técnica de blefaroplastia superior e inferior transcutánea de colgajo músculo cutáneo, resección de piel redundante y bolsas grasas, cierre del septum orbitario, y suspensión del músculo orbicular del párpado inferior al periostio del reborde orbitario, para mejorar el envejecimiento periorbitario y evitar la aparición de complicaciones.

Consideramos muy importante mencionar la utilización de métodos de medición para el diagnóstico prequirúrgico (fotografía y perfilometría) y la clasificación en grados de envejecimiento periorbitario para lograr un planeamiento quirúrgico correcto que permita conseguir un resultado estético y natural.

Anatomía quirúrgica aplicada

El cirujano plástico facial debe esforzarse para crear "el ojo hermoso". Esto requiere una comprensión clara de belleza o la estética facial, tanto en términos subjetivos como objetivos.

La piel periorbitaria (piel palpebral) es la más delgada del cuerpo y no presenta vellos. En su aspecto estético, la piel palpebral debe ser lisa y sin defectos de contornos, como arrugas o pliegues redundantes.

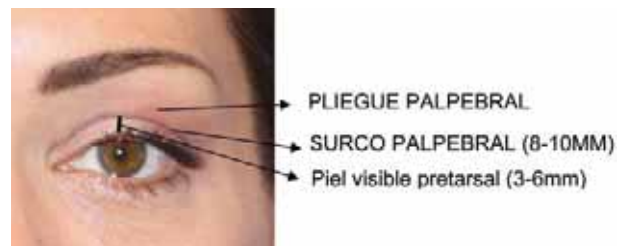


Ambos párpados presentan un pliegue transversal que señala la división de la porción palpebral del músculo orbicular en sus dos porciones, pretarsal y preseptal, dependiendo de la estructura anatómica sobre la cual se localicen.

Un párpado superior juvenil debe verse lleno, cubriendo 1 ó 2 mm el borde superior del iris; la parte medial del borde superior del párpado debería estar en un plano más oblicuo que la porción lateral del párpado superior.

El pliegue palpebral es la porción de piel del párpado superior que se encuentra por arriba del surco palpebral, el cual es más marcado en una persona anciana y debería ser paralelo a la línea de implantación de las pestañas en todo su recorrido.

El surco palpebral es la inserción de la aponeurosis del músculo elevador en la piel del párpado superior. Debería ubicarse a 8-10 mm desde el borde del párpado y la piel visible pretarsal debería medir de 3 a 6 mm.



** Médicos Otorrinolaringólogos Especialistas en Cirugía Plástica Facial.

Hospital Churruca-Visca, Área Rinología y Cirugía Plástica Facial /Bennice Cirugía Facial de Última Generación.

Email: velia@bennice.com / ernesto@bennice.com - Web: www.bennice.com

El párpado inferior estéticamente agradable tiene un aspecto liso, que se entremezcla con la mejilla superior sin irregularidades de contorno (concavidad o convexidades). La existencia de alguna de éstas produce aspecto de fatiga.

El septum orbitario es una estructura fibrosa, continuación del periostio de la órbita, que se encuentra debajo del músculo orbicular, divide a la órbita en un compartimiento anterior y posterior. Actúa como una barrera para las infecciones y hemorragias.

Existen bolsas grasas en compartimientos, que se dividen en el párpado superior, en medial y central, ya que el compartimiento lateral está ocupado por la glándula lagrimal. En el párpado inferior existen tres bolsas grasas (medial, central y lateral), y el músculo oblicuo inferior se puede encontrar entre los compartimientos medial y central.

Diagnóstico preoperatorio

Fotografía: usamos una cámara reflex digital con lente macro, manteniendo un metro de distancia con el paciente.

Se toman fotografías de: frente en reposo y sonriendo, perfil estricto derecho e izquierdo, tres cuartos derecho e izquierdo y base nasal. Luego se realiza un acercamiento al paciente para tomar imágenes sólo de la región periorbitaria en reposo y sonriendo.

Es importante prestar especial atención a los rasgos faciales, las asimetrías y verlos con el paciente previamente a la intervención quirúrgica.

Perfilometría: se realiza una medición de distintos parámetros faciales, para determinar principalmente la presencia de piel redundante, protrusión de las bolsas palpebrales, así como también la presencia de muestra escleral.

Clasificación en grados

Existen en la literatura varias formas de medición del envejecimiento periorbitario; consideramos de vital importancia para el planeamiento de la cirugía de párpados la utilización de un método de medición, el que sea más beneficioso y práctico para el cirujano. Nosotros utilizamos los Criterios de Evaluación Diagnóstica para Envejecimiento Periorbitario (*) descritos a continuación, que además de permitirnos valorar las alteraciones de envejecimiento anteriormente descritas, evalúan la ptosis de la ceja, y la presencia de surcos en la región glabellar (ver fotos antes y después).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA PARA ENVEJECIMIENTO PERIORBITARIO	
Protrusión de bolsas palpebrales	
En los párpados inferiores (Foto lateral)	
Se trazó una línea que va desde el borde del párpado inferior hasta el reborde orbitario inferior.	
- Grado I: Bolsas palpebrales que no llegan a la línea trazada. (Forma cóncava).	
- Grado II: Bolsas palpebrales que llegan a la línea trazada (Forma recta).	
- Grado III: Bolsas palpebrales que sobrepasan la línea trazada. (Forma convexa).	
Piel redundante de párpados	
En los párpados superiores (Fotos de frente y Perfil)	
- Grado I: Pliegue palpebral superior llega hasta la mitad del ancho del tarso.	
- Grado II: Pliegue palpebral superior llega al borde palpebral superior, pero no lo sobrepasa.	
- Grado III: Pliegue palpebral sobrepasa el borde palpebral superior.	
Ptosis de cejas (Foto de frente)	
Mujeres:	
- Grado I: Ceja por encima del reborde orbitario	
- Grado II: Ceja a nivel del reborde orbitario	
- Grado III: Toda la ceja cae parcial o totalmente por debajo del reborde orbitario	
Varones:	
- Grado I: Ceja a nivel del reborde orbitario	
- Grado II: Ceja cae parcialmente por debajo del reborde orbitario	
- Grado III: Toda la ceja cae totalmente por debajo del reborde orbitario	
Surcos en la región glabellar (Foto de frente):	
- Grado I: Ausencia de surcos en región glabellar.	
- Grado II: Presencia de uno o más surcos no profundos en región glabellar.	
- Grado III: Presencia de uno o más surcos profundos en región glabellar.	
Pedroza F, M.D., Marcos Quijse, Mirek M.D., Ponce Abarca Gustavo, M.D., Cjeda Portugal Enrique, M.D. Análisis de Resultados de la Blefaroplastia 2002-2007. Tesis de grado. Universidad CES. pp 39-45. 2009.	

Evaluación oftalmológica: es importante no olvidar una evaluación oftalmológica previa de la agudeza visual, el grado de sequedad ocular, test de retorno (snap back) y test de tracción.

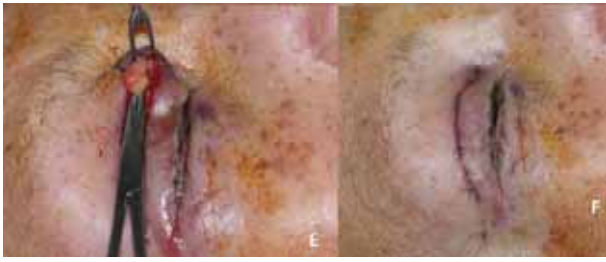
Técnicas quirúrgicas

Blefaroplastia superior:

Realizamos la marcación del paciente para determinar la cantidad de piel a reseca (A).

Luego se realiza una infiltración con xilocaína más epinefrina al 2% sobre el área marcada. Realizamos la incisión sobre la piel con bisturí frío (B), y decolamos la piel con tijera, la cual se retira (C).





Se realiza control de hemostasia con electrobisturí. Posteriormente se realiza la apertura del músculo y septum orbitario a nivel del compartimiento medial, en busca de la bolsa grasa medial, y se reseca, previo pinzamiento desde su pedículo y cauterización para evitar sangrados posteriores (E).



Se cierra el septum orbitario con Vicryl 5-0 y se realiza el cierre de piel con sutura intradérmica con Prolene 5-0. Se cubre con steristrip (Foto F).

Blefaroplastia inferior

Se realiza la marcación de las tres bolsas grasas inferiores, haciendo que el paciente mire hacia arriba y hacia los costados (Foto A).



Se realiza infiltración con xilocaina más epinefrina al 2% de todo el párpado inferior.

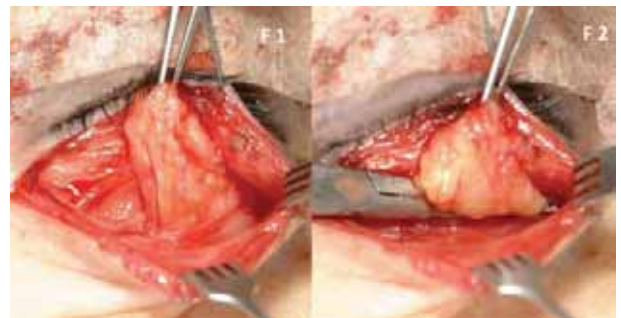
Posteriormente realizamos una incisión con bisturí de 5 mm horizontal siguiendo las líneas de pata de gallina, 2 mm por debajo del canto externo, incidiendo sólo a nivel de la piel; luego se coloca la tijera y se decola y corta a 2-3 mm por debajo del nivel del borde libre palpebral inferior (Foto B y C).



Se realiza con tijera un corte del músculo orbicular, a nivel preseptal. Se coloca un punto de Ethibond 5-0 en el borde libre de las pestañas inferiores y se evierte la porción superior del párpado inferior, para mejorar la exposición del campo quirúrgico (Foto D).

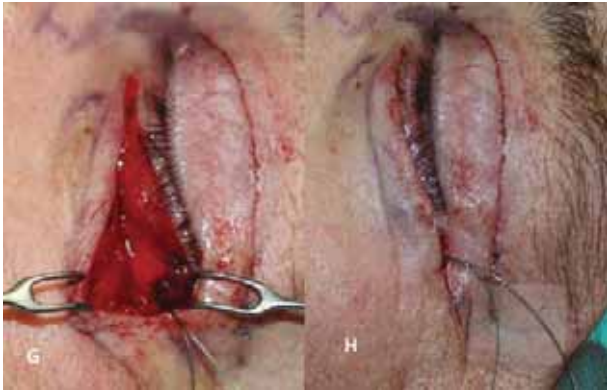
Se comienza con la disección roma por debajo del músculo orbicular y posteriormente se controla la hemostasia con electrobisturí (Foto E).

Se abre el septum orbitario en tres porciones, y se presiona suavemente el globo ocular para herniar las tres bolsas grasas (medial, central y lateral). Una vez que se localizan se clampean desde su pedículo y se resecan previa cauterización (Foto F 1 y 2).



Se debe tener mucha precaución en cuanto a no dañar el músculo oblicuo inferior si se visualiza en la cirugía; el mismo se encuentra entre los compartimientos medial y central. Se cierra el septum orbitario con Vicryl 5-0.

Se retira el punto que mantiene evertida la porción superior del párpado inferior, y se coloca un punto de suspensión cantal, desde el periostio del reborde orbitario lateral, con Ethibond 5-0 que posteriormente se anclará al músculo orbicular (Foto G y H).



Posteriormente se debe evaluar la cantidad de piel y músculo orbicular a resecar; ubicando el colgajo músculo cutáneo en posición lateral y superior, se reseca la porción sobrante (Fotos I y J).

Se procede al anclaje del punto de Ethibond del periostio al canto externo del colgajo musculocutáneo; de esta manera se previene el ectropión. Se realiza un cierre con puntos separados con Prolene 6-0 (Foto K).



Complicaciones

Se describen en la literatura múltiples complicaciones de una blefaroplastia, se describen las que nos parecen más relevantes:

Ojo seco: después de una blefaroplastia se puede tener la sensación de ojo seco. Puede producirse por el edema en el postoperatorio que interfiere en la producción de las lágrimas. Es autolimitado y se pueden usar soluciones oftálmicas durante el día y ungüento oftálmico por las noches.

Epífora: puede darse por una hipersecreción refleja de la glándula o una disfunción del sistema colector lagrimal. Es autolimitada.

Hemorragias / hematomas: pueden ir desde equimosis leves que son autolimitadas y pequeñas colecciones debajo de las zonas de sutura, hasta grandes hematomas retrobulbares.

Se previenen evitando el uso de aspirina o anti-coagulantes previamente a la cirugía, manteniendo una correcta y minuciosa hemostasia durante la cirugía (factor más importante), colocando compresas frías y elevando la cabecera de la cama durante el postoperatorio. En caso de hematomas se debe proceder a su evacuación.

Ectropión: es la más frecuente y seria complicación en una blefaroplastia inferior. Se debe a resecciones excesivas de piel del párpado inferior.

Puede ser temporal y se maneja con masajes, lágrimas naturales, ungüentos y cubriendo los ojos por las noches con parches. Si es permanente puede requerir liberación de la cicatriz hasta injertos de piel.

Millia: ocurre a lo largo de la línea de incisión como consecuencia de la oclusión de detritos epiteliales debajo de la piel cicatrizada. Se trata con la marsupialización de la lesión.

Sobre resección grasa: Puede producir asimetrías, retracciones o apariencia cadavérica de la órbita.

Resección incompleta o herniación de grasa orbitaria: se da por error en la técnica. Puede requerir una nueva intervención quirúrgica para su corrección.

Resultados

Las indicaciones para la realización de blefaroplastia fueron la presencia de exceso de piel y la protrusión de las bolsas grasas. Los pacientes consultaron por presencia de mirada cansada.

A cada paciente se le realiza un estudio facial y se clasifica el exceso de piel y la protrusión de bolsas grasas según los criterios de evaluación diagnóstica para envejecimiento periorbitario que se tomó como referencia.

Con el uso de estas técnicas se consigue una mejoría significativa en todos los pacientes tratados, los cuales presentan mejorías de su envejecimiento periorbitario.

Las complicaciones que se presentaron fueron ojo seco y equimosis, que se manejaron con lágrimas oftálmicas y fueron ambos autolimitados.

Conclusión

La técnica de blefaroplastia transcutánea con resección de piel y músculo orbicular, resección de bolsas grasas con cierre del septum orbital y la suspensión del músculo orbicular del párpado inferior al periostio del canto lateral inferior, es una técnica segura que evita la presencia de complicaciones, permitiendo un resultado de rejuvenecimiento periorbitario cosmético y natural.

Es de gran utilidad el uso de un método de medición del envejecimiento periorbitario, para lograr un diagnóstico adecuado preoperatorio y poder comparar los resultados obtenidos en el postoperatorio.

Casos clínicos

Caso 1: Envejecimiento periorbitario grado I de párpado superior e inferior. Mejorando significativamente en el postoperatorio. También se realizó rinoplastia y cervicoplastia.



Caso 2: Envejecimiento periorbitario grado II de párpado inferior y grado III en superior, pasando a grado I en el postoperatorio. También se realizó elevación de cola de ceja por frontoplastia endoscópica.





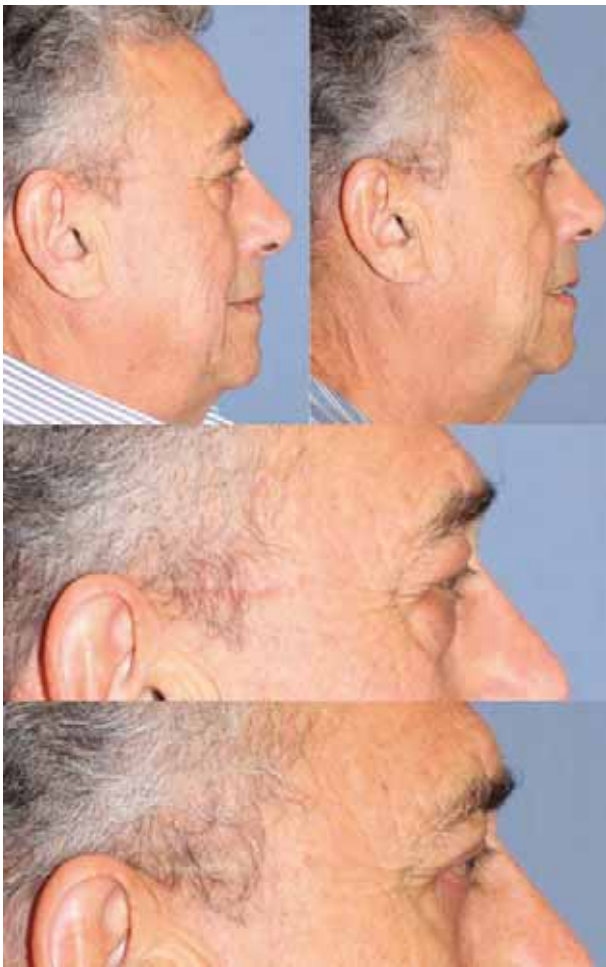
Caso 3: Paciente con grado II de envejecimiento periorbitario, pasando a grado I, tras la realización de blefaroplastía superior e inferior.

Caso 4: Paciente con grado de envejecimiento II en el preoperatorio, pasando a grado I en el postoperatorio. Se realizó blefaroplastía superior e inferior, rinoplastía y colocación de toxina botulínica.



Caso 5: Envejecimiento periorbitario grado III pasando a grado I en el postoperatorio. Se realizó una aplicación de toxina botulínica en el postoperatorio en frente, entrecejo y patas de gallo (60 UI).





Caso 6: Paciente con envejecimiento periorbitario grado III y presencia de muestra escleral fisiológico en el preoperatorio. Mejora a grado I sin modificar la expresión de su mirada en el postoperatorio. También se le realizó suspensión del tercio medio facial transtemporal.



Bibliografía

1. Pedroza F, M.D., Marcos Quispe, Mirek M.D., Ponce Abarca Gustavo, M.D., Ojeda Portugal Enrique, M.D. *Análisis de Resultados de la Blefaroplastia 2002-2007*. Tesis de grado. Universidad CES. pp 39-45. 2009.
2. Pedroza F, M.D., Berrio J, M.D., Correa X, M.D., Mendoza A, M.D., Monge W M.D. *Cirugía plástica facial técnicas quirúrgicas*. Tesis de grado. Universidad CES. Pp 17-35. 2005.
3. Puterman A. *The History of Cosmetic Oculoplastic Surgery. Cosmetic Oculoplastic Surgery*. Philadelphia: WB Saunders 1999, pp 3-10.
4. Puterman A, *Eyelid and facial anatomy*. Philadelphia: cosmetic oculoplastic surgery WB Saunders 1999 pp 55-58.
5. Richard C. Sadove, M.D: *Transconjunctival Septal Suture Repair for Lower Lid Blepharoplasty*. Gainesville, Fla. *Plast. Reconstr. Surg.* 120: 521, 2007.
6. Romo T., *Blepharoplasty a Facial Plastic Surgeon's Perspective*. *Aesthetic Facial Plastic Surgery*. NY 2000, Cap. 8, pp 261-288.
7. Carlo P. Honrado, MD; Norman J. Pastorek, MD. *Long term flower-lid suspension blepharoplasty*. *Arch Facial Plast Surg.* 2004; 6:150-154.
8. Hacker HD, Hollsten DA, *Investigation of automated perymetry in the evaluation of patients for upper lid blefaroplasty*. *Ophthalmic Plast Reconstr. Surg.* 1992;4:250-255.
9. Codner, Mark A. M.D.; Wolfli, James N. M.D.; Anzarut, Alexander MD, *Primary Transcutaneous Lower Blepharoplasty with Routine Lateral Canthal Support: A Comprehensive 10-Year Review*, Volume 121(1), January 2008, pp 241-250, *Plastic and reconstructive Surgery*.
10. Crumley RL, Arden RL. *Lower lid blepharoplasty*. *Facial Plast Reconstr surg.* 1992; 19: 169-178.
11. Andrew P. Trussler, MD. Rod J. Rohrich, MD. *Blepharoplasty*. *Plast. Reconstr Surg.* 121 : 1, 2008.
12. Theda C. Kantis, MD, Ira D. Papel, MD; F.A.C.S, and Wayne F. Larrabee, MD, F.A.C.S; *Surgical Anatomy of the Eyelids*. *Facial Plastic Surgery*. 1994: Vol. 10, Number 1, Págs. 1-5.
13. Ramírez, O. M., Novo Torres, A., Volpe, Ch. R, *The beautiful eye*.
14. Baylis HI, Goldberg RA, Groth MJ. *Complications of lower blepharoplasty* In: Putterman AM, editor. *Cosmetic oculoplastic surgery: eyelid, forehead, and facial techniques*. 3rd edition. Philadelphia: WB Saunders; 1999. pp. 429-56.
15. Paolo Persichetti, M.D., Ph.D., Filippo Di Lella, M.D. *Adipose Compartments of the Upper Eyelid: Anatomy Applied to Blepharoplasty*. Rome, Italy. *Plast.Reconstr. Surg.* 113: 373, 2004.