



## Procedimiento operativo estandarizado (POE) del **ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN PALPEBRAL**

POE -OFT-24 - V1

Fecha entrada en vigor: Junio 2018

FECHA	REALIZADO: 5 Mayo 2018	REVISADO: Mayo 2018	APROBADO: Junio 2018
NOMBRE	Cristina Romero Sánchez	Carmen Avilés Mora	Encarnación Ibarra de la Rosa
CARGO	FEA OFTALMOLOGIA	FEA OFTALMOLOGIA	Directora UGC Oftalmología
FIRMA			
Lugar de archivo SECRETARIA OFTALOMOLOGIA	Responsable del archivo Encarnación Ibarra de la Rosa	Fecha de revisión 2028	



## 1. OBJETO

La finalidad de este protocolo es concretar las normas de actuación que el cirujano oftalmólogo debe seguir para tratar las malposiciones del borde palpebral, desde su diagnóstico hasta su total tratamiento.

## 2. ALCANCE

Este protocolo afecta a todo el personal Médico y de Enfermería de la Unidad de Órbita y Anejos del Servicio de Oftalmología.

## 3. EQUIPAMIENTO NECESARIO

- Lámpara de hendidura
- Regla milimetrada
- Instrumental de quirófano para cirugía palpebral

## 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

### 4.1 Definición

Las malposiciones palpebrales conocidas como ectropión (eversión del margen palpebral) y entropión (inversión del margen palpebral) son las más frecuentes y similares en su etiología.

Su incidencia es muy variable en la población, dependiendo sobre todo de las diferencias raciales. En la población no asiática predomina el ectropión sobre el entropión (6,2% vs 3,7%), mientras en la población asiática predomina el entropión sobre el ectropión (11,4% vs 1,5%).

### 4.2 Clínica

El ectropión y el entropión son unas de las afecciones palpebrales más comunes que llegan al oftalmólogo general bajo una sintomatología inespecífica de discomfort ocular.

#### 4.2.1 Ectropión

Encontramos un ojo seco con lagrimeo reflejo, conjuntivitis crónica con cambios metaplásicos y queratinización, punto lagrimal estenosado o queratinizado y un aumento del riesgo de queratitis infecciosas debido a la exposición corneal crónica.

#### 4.2.2 Entropión

La mayoría de los enfermos desarrolla sintomatología recidivante de sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, escozor y fotofobia. Todo ello debido a la erosión del epitelio corneal por el roce de las pestañas.

### 4.3 Clasificación

4.3.1 Involutivos: son los más frecuentes y se producen por un exceso de laxitud de los ligamentos cantales y la debilidad de los retractores del párpado inferior. El que se produzca ectropión o entropión depende de la capacidad de la posición pretarsal del orbicular para contener o no, respectivamente la posición preseptal de dicho músculo, que emigra hacia arriba. Otros factores que influyen son la grasa orbitaria o la disparidad órbita-tarsal.

4.3.2 Cicatriciales: están causados por cicatrices o tumores que afectan al párpado o tejidos peripalpebrales. Las heridas y las quemaduras son causas frecuentes tanto de ectropión como de entropión. Otros factores etiológicos potenciales son las afecciones penfigoides.

4.3.3 Paralíticos: es debido a la inactividad del músculo orbicular por una parálisis facial, lo cual produce lagofthalmos y exposición corneal.

4.3.4 Espásticos: se deben a procesos inflamatorios conjuntivales en los casos agudos, o a espasticidad de las fibras preseptales del músculo orbicular en los casos crónicos.

4.3.5 Congénitos: con carácter hereditario. Tienden a presentarse antes de los 6 meses de vida, tanto en los párpados superiores como inferiores y con mayor proporción de bilateralidad. Se debe a que la unión entre el tarso y el músculo orbicular carece de conexión, que ocasiona que el párpado se malposicione. También pueden presentarse como una consecuencia del aumento de tamaño de las fibras musculares de las zonas marginales del músculo orbicular.

## 4.4 Diagnóstico y evaluación

### 4.4.1 Exploración oftalmológica básica:

- Anamnesis: incluyendo el estado funcional real del paciente, su estado médico general, sus condiciones psíquicas y físicas y todos los factores que pueden influir en el resultado de la cirugía como inmunosupresión, medicación concomitante, etc.
- Agudeza visual corregida lejana y cercana.
- Exploración de la motilidad ocular y palpebral.
- Biomicroscopía con lámpara de hendidura del segmento anterior.
- Medida de la presión intraocular.
- Examen con dilatación pupilar del cristalino, vítreo, mácula, nervio óptico y retina periférica.

### 4.4.2 Exploración de la dinámica palpebral:

- Valorar la laxitud palpebral inferior mediante:
  - \*Snap back test: se tracciona del párpado inferior hacia abajo y se suelta. En caso de laxitud palpebral del borde libre, quedará separado del globo.
  - \*Test de distracción: se tira del párpado inferior hacia afuera y se valora el grado de separación de éste con el globo: en condiciones normales debe ser de 2-3 mm.
  - \*Estabilidad de los tendones cantales: la distancia entre el canto externo y el reborde óseo orbitario externo está muy aumentada en los casos de desinserción cantal externa.
- Insuficiencia de retractores:
  - \*Ausencia de pliegue palpebral inferior.
  - \*Fondo de saco conjuntival estrecho y profundo.
  - \*Pérdida de excursión normal del párpado inferior en la mirada hacia abajo, que en condiciones normales es de 4 a 5 mm.
- Valorar la función del músculo orbicular y el cierre palpebral, observando si hay buen fenómeno de Bell.

## 4.5 Tratamiento

En todo momento se le explicarán al paciente los tratamientos médicos coadyuvantes si existieran: lágrimas artificiales, pomadas lubricantes, higiene palpebral, antiinflamatorios tópicos, precisando que el único tratamiento definitivo es el quirúrgico, a excepción del entropión espástico tras cirugía o inflamación ocular temporal, que puede tratarse con inyección de toxina botulínica.

El tratamiento quirúrgico variará en función del tipo de malposición palpebral.

### 4.5.1 Tratamiento quirúrgico del entropión:

- Cirugía de acortamiento horizontal o tira tarsal lateral: es el procedimiento de elección, al que se puede añadir una cirugía de reaplicación de retractores si hay una laxitud o desinserción de los mismos.
- Entropión del punto lagrimal: escisión de rombo tarso-conjuntival, frecuentemente asociado a un procedimiento de tira tarsal lateral.
- Entropión medial: reinsersión del tendón cantal medial a la cresta lagrimal posterior.

- Ectropión cicatricial: se trata de prolongar la lamela anterior acortada, mediante injerto libre de párpado superior o colgajos miocutáneos.

#### 4.5.2 Tratamiento quirúrgico del entropión:

- Entropión involutivo: acortamiento o re inserción de los retractores, que se puede realizar por vía anterior o cutánea, o por vía posterior o transconjuntival. Se puede asociar también cirugía de acortamiento, habitualmente con tira tarsal lateral, consiguiendo así mayor tasa de éxito.

- Entropión cicatricial:

\*Si afecta al párpado inferior, se utiliza la técnica de fractura tarsal con suturas eversoras. En casos severos es necesario recurrir a un injerto de lamela posterior.

\*Si afecta al párpado superior se utiliza la técnica de reposición de lamela anterior. En los casos más severos se puede asociar cuña tarsal, debilitamiento de los retractores del párpado superior, rotación de margen palpebral e injerto mucoso si la retracción palpebral es grave.

#### **4.6 Complicaciones de la cirugía**

- Hematoma y/o edema severo
- Pérdida de pestañas
- Lesión corneal
- Asimetría y malposiciones palpebrales
- Ojo seco

#### **4.7 Cuidados postoperatorios**

- Antibióticos y antiinflamatorios según valoración médica
- Lubricación ocular con geles, pomadas y lágrimas artificiales
- Frío local: 3 ó 4 veces al día durante periodos de 20 minutos
- Dormir con la cabeza ligeramente elevada los primeros 5 días
- No realizar ejercicio físico hasta pasadas 2 semanas
- Revisiones a las 24h, a la semana, al mes y a los 3 meses, valorando:
  - \*Estado de la herida y grado de inflamación.
  - \*Función muscular palpebral.
  - \*Posición del párpado y bordes palpebrales.
  - \*Localización del pliegue palpebral.
  - \*Lagoftalmos postoperatorio.
  - \*Patología de ojo seco.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Martínez A. Cirugía oculoplástica-entropión y ectropión (pag 48-51) en Martínez A. Protocolos de la Sociedad Española de Oftalmología. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología.
2. Alonso T. (2009) Tratamiento quirúrgico del entropión en Toledano N. Cirugía palpebral y periocular (pp 153-168) Madrid: Sociedad Española de Oftalmología.
3. Fernández E., Ayala E. (2009) Tratamiento quirúrgico del ectropión en Toledano N. Cirugía palpebral y periocular (pp 169-179) Madrid: Sociedad Española de Oftalmología.
4. Estean M., Cervera M. (2004) Cirugía del ectropión y entropión senil (pp 47-54) en Laiseca A., Cervera M., Laiseca D., Cirugía palpebral paso a paso. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología.

## 6.- LISTADO DE DOCUMENTOS ASOCIADOS.

No aplica

## 7. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA Y FIRMA
Facultativos especialistas	Oftalmología	
Enfermeras	Oftalmología	
Auxiliares de Enfermería	Oftalmología	
Filomena Aguilera	Supervisora hospitalización	
Inmaculada Pérez	Jefa de Bloque EEQQ	

