

S U P E R F I C I E O C U L A R
S U P E R F I C I E O C U L A R
S U P E R F I C I E O C U L A R
S U P E R F I C I E O C U L A R
S U P E R F I C I E O C U L A R

Ptosis Palpebral

exploración clínica y tratamiento

Dra. M^a C. Prada Sánchez

*Ofthalmóloga Oculoplástica. Centro Oftalmológico Moreiras.
Instituto Internacional de Órbita y Oculoplástica.
Santiago de Compostela.*

Dra. Cristina Hidalgo Landeros

*Feellow de la Unidad de Oculoplastica. Centro Oftalmológico Moreiras.
Santiago de Compostela.*

*Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción Chile.
Servicio de Oftalmología Hospital Guillermo Gran.*

Dr. J. V. Pérez Moreiras

*Prof. Titular de Oftalmología de la Universidad de Santiago de Compostela.
Centro Oftalmológico Moreiras.*

*Laboratorios Thea publica íntegramente los manuscritos recibidos de sus
legítimos autores, sin introducir modificaciones en los mismos, y por ello no se
hace responsable de las opiniones e informaciones contenidas en los artículos.*

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------|----|
| DEFINICIÓN | 3 |
| CONSIDERACIONES ANATÓMICAS | 3 |
| CLASIFICACIÓN Y FISIOPATOLOGÍA | 4 |
| EVALUACIÓN CLÍNICA | 7 |
| TÉCNICAS QUIRÚRGICAS | 9 |
| COMPLICACIONES | 12 |
| CONCLUSIONES | 14 |
| ■ Bibliografía | 14 |

I. DEFINICIÓN

Definimos como Ptosis Palpebral a la caída del párpado superior debajo de su posición normal, manteniendo la mirada en posición primaria. Se considera posición normal del párpado superior cuando éste cubre 1 a 2 mm el limbo esclero-corneal superior y posición primaria de la mirada la que localiza el punto de visión central en el mismo plano de los ojos. Puede afectar a un ojo o a los dos. (Figs. 1 y 2)



Fig. 1. Ptosis congénita bilateral



Fig. 2. Ptosis unilateral

II. CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

Desde un punto de vista quirúrgico, los párpados se pueden agrupar en una lámina anterior y otra posterior. La denominada “línea gris”, línea imaginaria que corresponde a la desembocadura de las glándulas de Meibomio en el borde libre palpebral, representaría la demarcación teórica entre las dos. La lámina anterior estaría formada por piel y músculo orbicular, quedando integrada la posterior por la conjuntiva, tarso y retractores. El septum orbitario y grasa palpebral completarían el resto de capas.

Los retractores de párpado superior corresponden al Músculo Elevador del Párpado Superior (EPS) y el Músculo de Müller (MM).

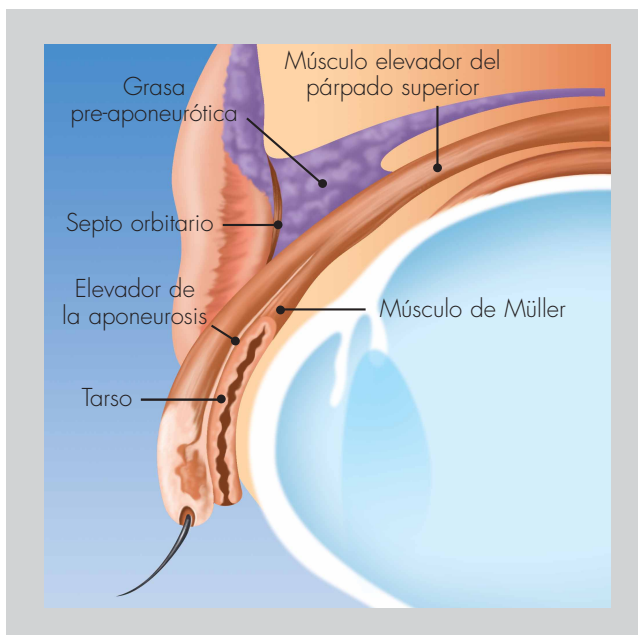


Fig. 3. Anatomía del párpado superior

El EPS, músculo estriado, inervado por el III par, se origina en el ala menor del esfenoides y dirigiéndose hacia el reborde orbitario anterior (40 mm), va perdiendo gradualmente el número de fibras musculares para convertirse en un verdadero tendón: es la denominada Aponeurosis del Elevador, que con una longitud de aproximadamente 15-18 mm se inserta en el tercio inferior de la cara anterior del tarso. Sus prolongaciones anteriores hacia el músculo orbicular y tejido subcutáneo dan lugar a la formación del surco palpebral. En la zona de transición entre el músculo y su aponeurosis se identifica una condensación de tejido fibroso denominado ligamento transversal orbitario o ligamento de Whitnall.

MM está formado por fibras musculares involuntarias no estriadas y de inervación

simpática. En el párpado superior presenta una longitud de 10 mm y una anchura de 15 mm, teniendo su origen en las fibras terminales del músculo elevador a nivel del fórnix conjuntival superior. Desciende en un plano retroaponeurótico y preconjuntival para llegar a insertarse en el borde tarsal superior. (Figs. 3 y 4)

III. CLASIFICACIÓN Y FISIOPATOLOGÍA

La ptosis es el resultado de la disfunción de los retractores del párpado superior, ya sea en forma parcial o total, lo que determinará el grado de la ptosis.

La ptosis puede ser clasificada como congénita o adquirida. Esta diferenciación se basa en edad de aparición de la patología.

Una clasificación más comprensiva se basa en la etiología e incluye ptosis miogénica, aponeurótica, neurogénica, mecánica y traumática.

La identificación del mecanismo fisiopatológico es esencial para la elección del tratamiento quirúrgico.

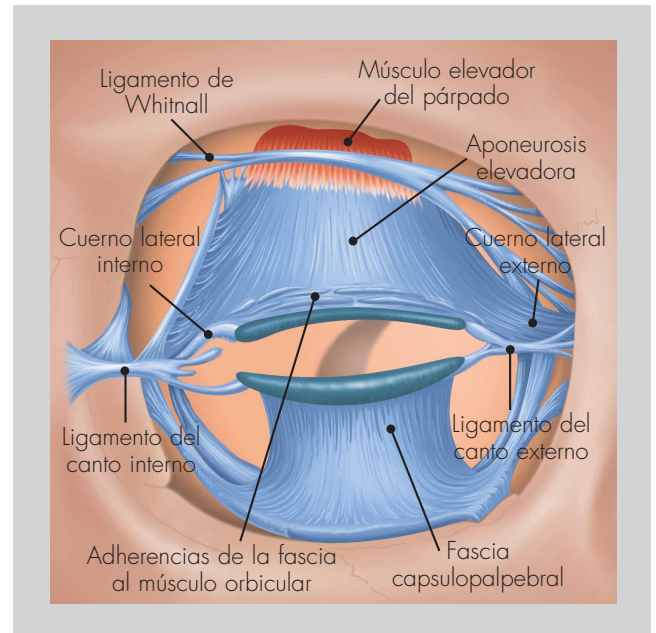


Fig. 4. Localización anatómica del EPS

Ptosis Congénita

A) Ptosis congénita aislada: la más frecuente (80-90 %). Es una distrofia aislada del músculo EPS de causa desconocida. En la ptosis congénita se observa un retraso en el desplazamiento del párpado hacia abajo ya que el elevador anormal no se contrae ni relaja adecuadamente. (Figs. 5, 6 y 7)

En nuestra experiencia el 75 % de las ptosis congénitas aisladas son unilaterales y un 25 % bilaterales.



Fig. 5. Ptosis congénita OI

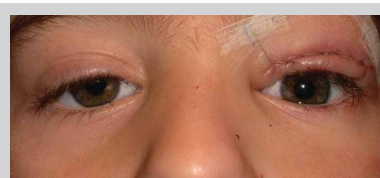


Fig. 6. Post-op. Inmediato



Fig. 7. Post Tardío (1 mes)

B) Ptosis congénita asociada a anomalías oculomotoras: como en la Parálisis de la Elevación y el Síndrome de Marcus Gunn. (Figs. 8, 9 y 10)



Fig. 8. Ptosis total OI

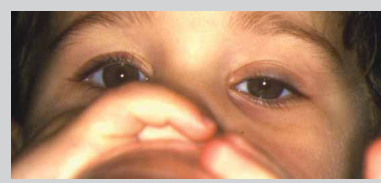


Fig. 9. Abertura palp. bebiendo



Fig. 10. Ptosis congénita asociada a parálisis III par

C) Ptosis congénita asociada a malformaciones faciales como en el Síndrome de Blefarofimosis, que presenta la triada clásica de ptosis, epicanto inverso y telecaneto. (Figs. 11, 12 y 13)

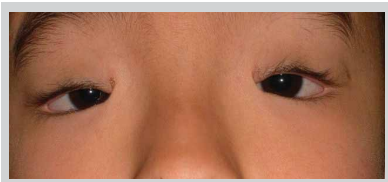


Fig. 11. Blefarofimosis



Fig. 12. 1ª Intervención



Fig. 13. 2ª intervención. Un año después. Post a los 15 días

Ptosis Adquirida

En la ptosis adquirida el párpado debe mostrar una excursión normal durante la mirada hacia abajo. Se clasifican en:

- A) Neurogénica:**
 Origen Central
 Origen Periférico
 Alteraciones del Nervio Simpático (Sd. de Horner)

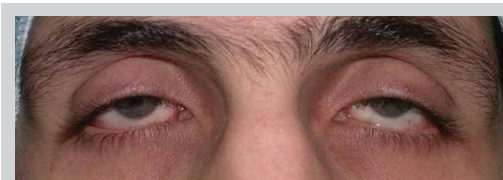


Fig. 13. Ptosis progresiva de párpado superior e inferior sin causa aparente

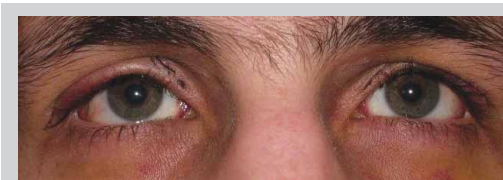


Fig. 14. Cirugía de EPS párpado superior e injerto de esclera de banco en párpado inferior, de etiología desconocido.

- B) Aponeurótica:**
 Aparece con los años
 Buena acción del elevador
 Pliegue palpebral alto



Fig. 15. Ptosis aponeurótica



Fig. 16. Desinserción del EPS. Se visualiza la córnea a través de la piel

C) Miogénica:

Miastenia gravis
 Oftalmoplegia progresiva (Figs. 17, 18 y 19)
 Enf. de Steinert.



Fig. 17. Oftalmoplegia progresiva



Fig. 18. Cirugía de Estrabismo y Suspensión al músculo frontal



Fig. 19. Buena oclusión palpebral

D) Traumática:

Heridas
 Lesión nerviosa
 Intervenciones quirúrgicas (Fig. 20)

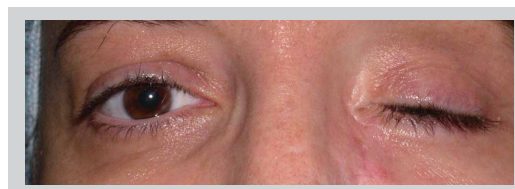


Fig. 20. Ptosis Total post-cirugía de tumor orbitario

E) Mecánica:

Excesivo peso de los párpados como consecuencia de cambios producidos por la edad (dermatochalasis) Pseudoptosis
 Tumores de los párpados (Fig. 21)

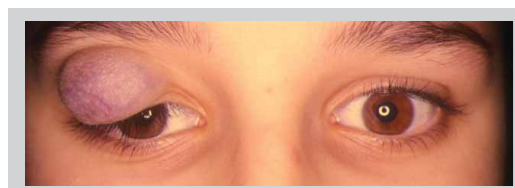


Fig. 21. Ptosis mecánica por angioma palpebral

Pseudoptosis

Por tirototoxicosis, enoftalmos y otras causas más raras.

IV. EVALUACIÓN CLÍNICA

En los niños la morbilidad en esta patología es debida a la obstrucción del eje visual, que puede conducir a la ambliopía debido a la depresión del estímulo visual en pleno período de desarrollo visual. Incluso sin la obstrucción del eje visual, el párpado puede inducir los errores refractivos, especialmente el astigmatismo, produciendo igualmente ambliopía.

En adultos, la morbilidad se asocia a la constricción de los campos visuales superiores. Los pacientes pueden quejarse de que se cansan fácilmente al leer y experimentan dolores de cabeza frontales mientras que levantan sus cejas en un esfuerzo de mantener los párpados abiertos. Los pacientes pueden indicar que los descontentan con su aspecto.

La cuantificación y la clasificación de la ptosis son esenciales para el tratamiento apropiado, por ello debe realizarse un examen oftalmológico completo que contemple:

Hendidura palpebral (HP): es la distancia vertical entre el párpado superior y el párpado, pasando por el centro de la pupila.

Grado de ptosis: La localización del párpado en posición primaria, que nos llevará a determinar el grado de ptosis. Así, en relación a la posición del margen palpebral superior, cubriendo el limbo esclero-corneal, tenemos:

Ptosis Leve: si cubre 2 mm (Fig. 22)

Ptosis Moderada: si cubre 3 mm (Fig. 23)

Ptosis Severa: si cubre 4 o más mm (Fig. 24)



Fig. 22. Ptosis leve OD



Fig. 23. Ptosis moderada



Fig. 24. Ptosis severa

Función del EPS: Se mide evaluando el recorrido del párpado desde la mirada extrema hacia abajo a la mirada extrema hacia arriba, bloqueando la acción del músculo frontal (Figs. 25 y 26), consideramos:

Normal 15 a 17 mm

Regular 8 a 10 mm

Mala < 5 mm



Fig. 25. Acción del EPS

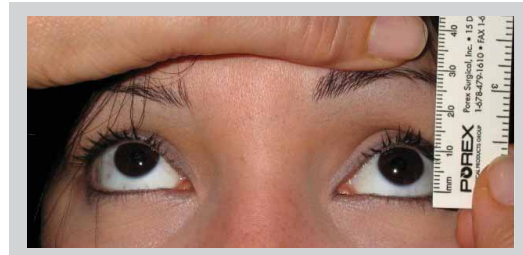


Fig. 26. Acción del EPS

Surco palpebral: Se encuentra situado a 8-10 mm del borde libre en su zona central y, por su configuración curvilínea, la región nasal y temporal del pliegue está a 2 y 1 mm respectivamente por debajo de la zona central. La falta de surco o su atenuación traduce distrofias del EPS (mala acción) en las ptosis congénitas y su borramiento o desplazamiento que es característico en la desinserción de la aponeurosis (ptosis senil).

Test de Neosinefrina (TNF): Instilación de una gota de fenilefrina al 10% y evaluación a los 10 minutos.

TNF positivo:

- párpado nivel normal y simétrico relación a contralateral sano
- caso de ptosis bilaterales se elevan cubriendo de 1 a 2 mm el limbo superior.

Fenómeno de Bell: Corresponde al recorrido ascendente del globo ocular sincrónico al cierre palpebral. Su ausencia, del mismo modo que la anestesia o hipoestesia corneal, son importantes de valorar para evitar lesiones corneales postquirúrgicas.

Fenómeno de Marcus Gunn: Se considera parte del síndrome de Marcus Gunn, que corresponde a una ptosis sincinética debida a una conexión aberrante entre las ramas motoras del trigémino que inervan el músculo pterigoide y las fibras de la porción superior del nervio oculomotor que inervan el músculo EPS. La mayor parte de las veces unilateral, produciéndose una elevación exagerada del párpado ptósico al mover la mandíbula. En algunos casos muy raros, la sincinesia se manifiesta entre el pterigoide interno y los músculos elevadores y, en este caso, el párpado se eleva al cerrar la boca y apretar los dientes.

Examen oftalmológico general: Evaluación de motilidad, polo anterior y posterior, test de Schirmer y examen de sensibilidad corneal, estos últimos de vital importancia para prevenir lesiones corneales postoperatorias.

V. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Podemos clasificarlas en:

- Reinserción de la aponeurosis del EPS.
- Resección del EPS.
- Resección bloque tarso conjuntival (Técnica de Fassanella Servat).
- Resección bloque conjuntiva músculo de Müller (Técnica de Putterman).
- Suspensión al Músculo Frontal.

En nuestra experiencia no realizamos actualmente las técnicas de resección tarsoconjuntival, ni de conjuntiva Müller, reservadas según la literatura de las Ptosis leves con función normal del EPS.

Ptosis congénitas

La técnica quirúrgica a elegir dependerá del grado de ptosis, función del EPS y la asociación a otras anomalías oculomotoras o faciales.

Ptosis congénita aislada con buena función del EPS

Acción de EPS mayor de 5 mm se planteará una resección del EPS, la cual se puede realizar por vía conjuntival o por vía externa. Nosotros reservamos en general la vía conjuntival a pacientes con buena función del EPS (mayor 10 mm) y sin alteraciones del surco palpebral y por vía externa a función EPS sobre 5 mm.

- Incisión: pliegue palpebral (de 7 a 9 mm).
- Disección de piel y M. Orbicular (horizontal) en el mismo bloque.
- Identificación de plano entre orbicular y aponeurosis hasta Tarso.
- Identificación aponeurosis-septum.
- Disección del septum.
- Disección de la aponeurosis desde Tarso hacia el ligamento de Whitnal, respetando el músculo de Müller, si es posible.
- Resecar el EPS en función de su acción.

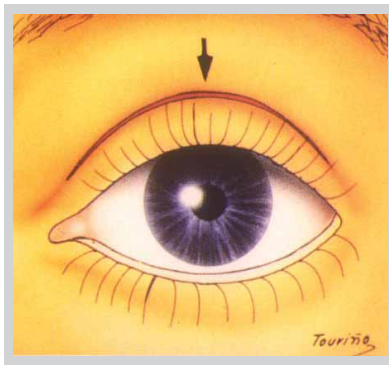


Fig. 27. Incisión entre 7-9 mm del borde libre

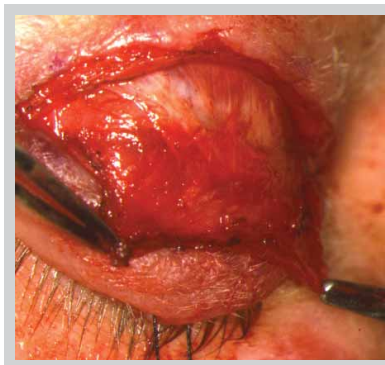


Fig. 28. Desinserción del EPS a nivel del tarso

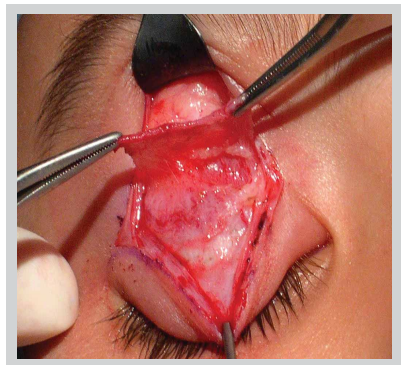


Fig. 29. Desinserción entre 15-20 mm del EPS a nivel del tarso

En general se recomienda que al término de la operación el párpado deba estar en una posición de hipercorrección, situándose el borde palpebral sobre el borde corneal superior. Nosotros recomendamos según acción del EPS:

Acción del EPS de 7-8 mm borde libre a nivel del limbo 0

Acción del EPS de 8-12 mm borde libre +1

Acción del EPS > 12 mm borde libre +2

Ptosis congénita aislada con mala acción de EPS

Nosotros realizamos una suspensión al músculo frontal: se han empleado distintos materiales, siendo actualmente los que utilizamos la fascia lata autóloga, la fascia lata de banco y la fascia lata deshidratada.

Técnica quirúrgica de Crawford: (Figs. 30, 31 y 32)

- Marcado de tres incisiones cutáneas a 3-4 mm del borde libre del párpado superior, una central, coincidiendo con la pupila, y dos laterales.
- Marcado de dos incisiones supraciliares, en línea con las 2 laterales del párpado.
- Marcado de 1 incisión central superior a 5 mm de las últimas.
- Se pasa la fascia lata a través de las incisiones cutáneas con aguja gruesa. Nosotros utilizamos la aguja de Reverdin, realizando dos triángulos isósceles que se unen en la incisión central situada en el frontal.
- Debe procurarse situar la fascia a nivel profundo del párpado debajo del músculo orbicular.



Fig. 30. Marcaje de las incisiones



Figs. 31-32. Paso de la fascia lata a través de las incisiones

Ptosis congénita asociada a alteraciones oculomotoras

Primero se realiza cirugía del estrabismo y en un segundo acto quirúrgico la corrección de la ptosis, que por lo general se realiza una suspensión al músculo frontal.

Ptosis congénita asociada a Síndrome de Marcus Gunn.

Se valora la acción del EPS, lo cual puede ser difícil en niños muy pequeños. Si la función

es mayor de 4 mm se realiza Resección del EPS y si es menor se debe realizar una Suspensión al frontal en forma bilateral, seccionando ambas aponeurosis.

Síndrome de Blefarofimosis

Propiciamos la cirugía en dos tiempos. En el primero se corrige el telecanto (cantoplastia) y la ptosis por medio de una suspensión al músculo frontal. En un segundo tiempo valoramos el canto externo y la posibilidad de corregir aún más la ptosis si es necesario. (Figs. 33 y 34)



Fig. 33. Marcado de las incisiones

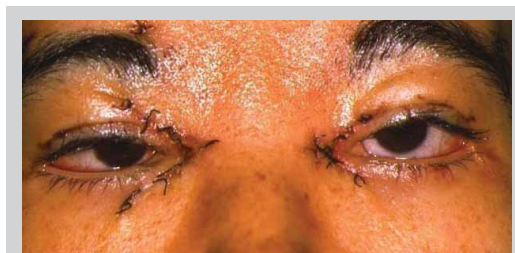


Fig. 34. Post-op inmediato

Ptosis adquiridas

Según la etiología de la ptosis se planteará la corrección quirúrgica, siendo así el principal criterio. Además debe considerarse la acción del EPS.

Ptosis aponeuróticas

Se realiza una reinserción de la aponeurosis al tarso por vía externa, corrigiendo muchas veces en forma asociada el exceso de piel o dermatochalasis por medio de una blefaroplastia. En muchas ocasiones debe, según el grado de ptosis, requerir igualmente una resección del EPS.

En la mayoría de los casos esta intervención la realizamos bajo anestesia local con sedación, por lo cual el resultado de la intervención viene dado por la posición del borde libre del párpado de la paciente, sentada en el quirófano, con lo cual no es necesario hacer hiper-correcciones.

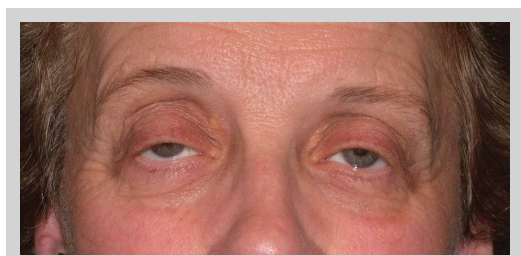


Fig. 35. Ptosis aponeurótica. Pre-op



Fig. 36. Post-operatorio

Ptosis miogénica

Según la etiología y la cuantía de la ptosis se planteará el tratamiento. Así un paciente con Miastenia Gravis debe ser tratado farmacológicamente. En caso de ptosis severas con mala función del EPS se realizará una Suspensión al músculo frontal, teniendo especial precaución en hipocorregir, para así evitar daño corneal por problemas de lagoftalmos (alteración igualmente del tono del orbicular).

Ptosis neurogénica, traumática y mecánica

Se valora el factor sobre el cual actuar para corregir la ptosis.

VI. COMPLICACIONES

Hipocorrección: es la complicación más frecuente tras el tratamiento quirúrgico de la ptosis palpebral, lo que suele asociarse con disconformidad por parte del paciente en cuanto al resultado estético obtenido.

Hipercorrección: el párpado operado se coloca más alto que el normal, y a menudo aparece exposición corneal, sobre todo durante el sueño, dando lugar a ojo seco y posible erosión corneal. Si la hipercorrección es ligera se puede intentar corregir realizando masajes y tracción intermitente de forma cuidadosa. En casos severos se tendría que reintervenir.

Asimetría: retocar para mejorar su aspecto (Fig. 37).



Fig. 37. Asimetría del párpado

Lagoftalmos: puede aparecer como resultado de reseca gran cantidad de aponeurosis, con la consiguiente aparición de adherencias que impedirían la movilización del párpado hacia abajo. Debe usarse de forma preventiva lágrimas artificiales en prevención de un cuadro de ojo seco.

Hematoma o edema severo: pueden comprometer el resultado al causar excesiva fibrosis, edema crónico, pérdida del surco palpebral o pérdida de la corrección quirúrgica. Hay que realizar una hemostasia cuidadosa para evitar estas complicaciones (Fig. 38).



Fig. 38. Hematoma intraoperatorio

Entropión o Ectropión puede ocurrir como resultado de resección excesiva de placa tarsal o bien tras una mala localización de las suturas, que llevará una tracción de la placa tarsal.

VII. CONCLUSIONES

La ptosis palpebral es una malformación relativamente frecuente con implicaciones estéticas, y en los casos congénitos graves puede ocasionar ambliopía. Salvo en estos últimos casos que requieren un tratamiento precoz, es conveniente saber esperar el momento más adecuado para su tratamiento, entre los cuatro y seis años de edad en el caso de las ptosis congénitas leves a moderadas o en el caso de ptosis posttraumática esperar el momento de menor inflamación. Una evaluación correcta de cada caso nos permitirá elegir la técnica quirúrgica más adecuada y darle al paciente la información necesaria en cuanto a resultados y expectativas de la posible corrección quirúrgica. Aconsejamos en el post operatorio inmediato, con el objetivo de evitar complicaciones corneales, la utilización de un punto de Frost las primeras 24 horas y el uso abundante de lubricantes oculares por el tiempo que sea necesario.

■ BIBLIOGRAFÍA ■

1. Allen M. Putterman: *Cosmetic Oculoplastic Surgery*. second edition. Philadelphia. 1993;140-184.
2. Richard R. Tenzel: *Orbit and oculoplastics Vol 4*. New York. 1993; 2.1- 2.14.
3. A.G. Tjers, J.R.O. Collin: *Colour Atlas Of Ophthalmic Plastic Surgery*.Oxford 1995: 131 – 160.
4. R.L. Anderson, D.R. Jordan, JJ Dutton: *Whitnall sling for poor function ptosis*. *Arch Ophthalmol* 108:1628 – 1990.
5. M. Callahan, C. Beard: *Ptosis*.Aesculapius Publishing Company, Birmingham,Alabama; 1990.
6. J.R.O. Collin: *A ptosis repair of aponeurotic defects by the posterior approach*. *Br J Ophthalmol* 63: 586;1979.
7. J.P. Adenis, S. Morax: *Pathologie Orbito – Palpebrale*. Paris 1998.Cap 6:227 – 260.