

TESIS :
PTOSIS CONGENITA

BIBLIOTECA CENTRAL

1987



DR. GUSTAVO VELA DELGADO
UNIDAD DE OFTALMOLOGIA,
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.A.

ANEXO
LIBRO
SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.A.

27

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11234

TESIS:
PTOSIS CONGENITA

BIBLIOTECA CENTRAL

1987



ATENCION
HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO, S.S.A.
UNIDAD DE OFTALMOLOGIA
MEDICA

DR. GUSTAVO VELA DELGADO
UNIDAD DE OFTALMOLOGIA,
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.A.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE: Título	1
Definición	1
Embriología	3
Anatomía	5
Histología	7
Antecedentes	8
Exploración	12
Tratamiento	14
Objetivos	24
Metodología	26
Resultados	27
Conclusiones	33
Bibliografía	34

Título: Ptosis Congénita

Definición: Ptosis; este término significa caída de "algo", en este caso ptosis se define como una caída del párpado superior (5), lo que da como resultado una posición anormal del mismo, en la cuál el márgen palpebral se encuentra anormalmente bajo, debido a una retracción insuficiente del párpado superior. En el caso de Ptosis Congénita ésta es debido a un desarrollo anormal del músculo elevador del párpado superior.(5)

Las causas de ptosis son múltiples, el diagnóstico etiopatogénico acertado es de suma importancia, ya que de él dependerá el tratamiento a seguir y los resultados del mismo.

La ptosis palpebral es básicamente un problema estético, no una patología que conlleve un riesgo para la vida, sin embargo si puede tener repercusiones en la función visual, como en el caso de Ptosis Congénita, la cuál puede dar lugar a anisometropía o ambliopía en el ojo afectado.

Como se mencionó antes, la ptosis es debida a una retracción insuficiente del párpado superior, esta función (retracción) del párpado superior está dada por la función de 3 números: Músculo Elevador de los Párpados, Músculo de Mueller y el Músculo Frontal.

El elevador del párpado superior inervado por el III Par es el elevador primario del párpado superior, una falla en su función produce ptosis. (14)

El músculo de Mueller mantiene la elevación pasiva del párpado superior, es un músculo liso, inervado por el simpático, sus fibras se originan del elevador del párpado superior. (14)

El músculo Frontal transmite su acción a través del septum orbitario en un intento consciente de elevar un párpado en ptosis.

Una vez aceptado por todos los autores (5,7,9,26) que la mayoría de los casos considerados como ptosis congénita son debidos a un desarrollo embriológico anormal, en mayor o menor grado del elevador del párpado superior, creo conveniente hacer a continuación una breve revisión embriológica, anatómica e histológica del elevador del párpado superior.

EMBRIOLOGIA

Músculo elevador del párpado superior: Los músculos extrínsecos del ojo derivan del mesodermo de los somitas preóticos, de los cuales existen 4 denominados: A, 1, 2 y 3. Es el somita No. 1 o premandibular el que da origen a los músculos recto superior, recto interno, recto inferior, oblicuo inferior y elevador de los párpados (músculos inervados por el III par). Del somita No. 2 o mandibular se origina el oblicuo superior, mientras que el número 3 da origen al recto externo (17).

Los primeros esbozos de los músculos extraoculares aparecen a los 7 milímetros como un cono de tejido muscular alrededor de la copa óptica, los músculos se empiezan a diferenciar de éste cono de tejido a partir de la inserción hacia su origen (17). A los 14 mm. de desarrollo embrionario ya se pueden distinguir los músculos extraoculares como 4 rectos y 2 oblicuos (17). A los 20 mm. (7ma. semana) pueden ser distinguidos plenamente (11). La individualización de los músculos extraoculares se completa a los 60 mm. (12ava. semanas).

A los 20 mm. no es posible aún encontrar vestigios del elevador del párpado superior (17), éstos aparecen poco después cuando se separan algunas fibras del borde interno del recto superior (a los 60 mm. según Man, 17. a los 55 mm. según Duke Elder, 11), en un principio ambos músculos están rodeados por un epimisio común (20), el elevador del párpado superior continúa creciendo y una vez separado (diferenciado) de éste, crece lateralmente y en un plano ligeramente superior de manera que a los 75 mm., se translapa del lado interno al externo del recto superior (17). Este crecimiento lateral continúa hasta el 4to. mes cuando el músculo ha alcanzado su posición final. (11,17).

La falla en la separación del elevador del párpado superior del recto superior es muy importante, ya que ésta conduce a la presencia de ptosis congénita (11,17), con función normal o anormal (hipofunción) del recto superior.

Sevel, estudiando embriones de 13 mm. hasta fetos de términos, encontró algunas diferencias con lo expuesto anteriormente, así menciona que los músculos extraoculares derivan de dos complejos mesodérmicos distintos (no de los somitas preóticos), uno superior y el otro inferior. El superior daría origen al recto superior, elevador del párpado y oblicuo superior, el complejo inferior, daría origen al recto inferior y oblicuo inferior, recto interno y recto externo derivarían de ambos complejos, menciona también que el elevador del párpado superior se desarrolla al mismo tiempo que el recto superior y no posteriormente, la separación de ambos múscu los es debida a la aparición de tejido mesenquimatoso entre ambos, los cuales en un principio tienen un epimysio común, dependiendo del grado de separación entre ambos músculos y la atrofia y desaparición del epimysio común durante el desarrollo se explicaría la pre sencia del ptosis con función normal o anormal del recto superior. (20).

ANATOMIA

El músculo del elevador del párpado se origina en el apex de la órbita, de la superficie del ala menor del esfenoides, sobre el anillo de Zinn, por medio de un tendón corto mezclándose (con fundiéndose) con el origen del recto superior. (16,25).

El elevador del párpado superior tiene una longitud aproximada de 56 mm., con una anchura en su origen de 4 mm. (16). Conforme se dirige hacia delante se situa entre el techo de la órbita y el recto superior. Cuando alcanza el plano del ecuador su anchura se incrementa rápidamente, se va transformando de muscular a membranoso formando la aponeurosis y al mismo tiempo va cambiando su dirección de horizontal (porción muscular) a vertical (porción aponeurótica (16,25). Aproximadamente a 10 mm. del borde tarsal superior el músculo (porción aponeurótica) se divide en dos hojas: anterior y posterior.

La hoja anterior se inserta en dos partes: En el tercio inferior, cara anterior del tarso y en la piel del párpado superior.

La inserción a la piel del párpado superior se realiza por numerosas fibras que se dirigen abajo y adelante atravezando los haces del orbicular de los párpados, para terminar en la cara profunda de la dermis del párpado superior (19). La zona de insercción dérmica tiene una altura de unos 10 mm. y se extiende a lo largo de todo el párpado, desde la base los bulbos pilosos hasta el pliegue palpebral superior (19). Es esta inserción a la piel la más importante ya que es la que ejerce la mayor fuerza cuando se requiere de elevar el párpado (16,25).

Las inserciones laterales son haces de fibras aponeuróticas que se insertan lateralmente en la pared orbitaria convirtiéndose en "frenos" (ligamentos frenadores) (19). Wolf considera que no son en sí las fibras sino las vainas que los envuelven los verdaderos ligamentos frenadores (25).

El haz o fasículo externo es fuerte y resistente, se dirige hacia fuera y se inserta en el malar, cerca de la sutura frontomalar en el tubérculo orbitario (16,25) y en el ligamento palpebral ex-

terno. En su trayecto atravieza la glándula lagrimal dividiéndola en una porción orbitaria y una palpebral.

El haz o fasfculo interno se inserta en la parte superior de la cresta lagrimal. En su terminación entra en contacto directo con las inserciones próximas al tendón reflejo del ligamento palpebral interno (19,25). Respecto a esto último, Jones niega ca tegóricamente que éste tenga relaciones con el ligamento palpebral (16).

La hoja posterior se denomina músculo de Mueller, es un conjunto de fibras lisas que se desprenden de la cara inferior del elevador del párpado superior a nivel del fórnix superior, se dirige al borde superior del tarso donde se inserta, hacia los lados sus inserciones: se realizan en común con la hoja anterior del elevador del párpado. (16,19).

HISTOLOGIA

A continuación se describen algunas características de los músculos extraoculares en general con la idea de que si bien, el elevador del párpado superior tiene algunas características particulares propias, comparte muchas otras con los músculos extraoculares.

Los músculos extraoculares derivados de los arcos branquiales son músculos altamente diferenciados, en algunos aspectos más que en ningún otro músculo del cuerpo, en vez de encontrarse agrupados en haces separados por tejido conectivo denso, éstas están separadas por escaso tejido fácilmente separables por disección. En los intervalos entre las fibras se encuentra un número inusual de fibras nerviosas. Cada músculo recibe un nervio, el cuál comparado con el tamaño del músculo que inerva contiene más fibra que cualquier otro nervio inervando un músculo del cuerpo. (25).

Cada fibra muscular está rodeada por un sarcolema, el cuál rodea a un sarcoplasma granular, en el cuál se encuentran las miofibrillas. Cada fibra muscular es multinucleada.

Estos músculos contienen por lo menos dos clases de fibras musculares: a) unas delgadas (9-11 m), también conocidas como fibras "lentas", éstas forman un grupo no muy numeroso, distribuidas periféricamente. b) otro grupo más numeroso de 11-15 m, con terminaciones nerviosas "como en placa".

El tejido conectivo alrededor de las fibras constituye el endomisio, el cual contiene gran cantidad de tejido elástico. El epimisio también de tejido elástico, rodea un número mayor de fibras, contiene además vasos y nervios.

Los músculos extraoculares contienen un gran número de fibras nerviosas y elásticas. Cada neurona motora inerva un número relativamente pequeño de fibras nerviosas.

(25)

ANTECEDENTES

La ptosis congénitas suman un alto porcentaje de la totalidad de los casos de ptosis palpebral, así Beard en su estadística personal encontró que éstas abarcan el 62% (5). A su vez Berke reportó una frecuencia del 88% (6).

Se puede decir que la mayoría de los casos de ptosis con los cuales se encontrará cualquier cirujano serán ptosis congénitas.(5)

Quizás la clasificación de ptosis congénita más aceptada es la de Beard, que las clasifica de la siguiente manera. (5)

Ptosis Congénita:

- Con función normal del recto superior
- Con función anormal del recto superior
con blefarofimosis

Ptosis Siquinéticas:

- Con fenómeno de Marcus Gunn
- Con inervación anómala del tercer par

Berke las clasificó de igual manera aunque no incluyó el último renglón. (6)

- Ptosis Congénita: Con función normal del recto superior
- Con función anormal del recto superior

Este tipo de ptosis no parecen obedecer un patrón hereditario, así la mayoría de los pacientes con ptosis clasificadas dentro de este renglón no tienen una historia de familiares con ptosis, sin embargo ocasionalmente se encuentran pacientes con antecedentes familiares de ptosis. (5,26)

La ptosis congénita puede ser uni o bilateral, así Berke en una clasificación de 200 casos consecutivos encontró, que esta condición era unilateral en el 72.5% y bilateral en el 27.5% (6). Estas cifras coinciden con las de Anderson en un estudio más reciente.

(2)

El que la ptosis congénita sea debido a un desarrollo embriológico anormal del elevador del párpado superior ha sido demostrado en varios estudios. Al parecer fué Heuck (1879), el primero en reportar en literatura sobre las alteraciones del elevador del párpado en los casos de ptosis congénita (7). Quizás el estudio más ilustrativo a este respecto sea el efectuado por Berke Wadsworth (7) en el cual estos autores llegan a hacer una correlación entre el grado de ptosis y el grado de desarrollo (subdesarrollo en este caso) del elevador del párpado). Así en ptosis de 2 mm., las piezas histológicas estudiadas por estos autores revelaron la presencia de fibras musculares del elevador del párpado de aspecto normal, pero disminuídas en número. En ptosis de 3 mm. encontraron algunas fibras de aspecto normal donde deberían encontrarse abundancia de ellas y en otros casos había ausencia completa de las mismas. En ptosis de 4 mm. o más, no encontraron en ningún caso fibras musculares del elevador del párpado. Debido al desarrollo embriológico tan íntimamente ligado entre el elevador del párpado superior el recto superior, es que se explica que el recto superior participe en ocasiones de la alteración en el desarrollo embriológico (11, 17,20) que se manifiesta como una hipofunción del mismo, estos casos abarcan el 17% de la ptosis congénita. (6)

Anisometropía, ambliopía y estrabismo son condiciones que se asocian con frecuencia a la ptosis congénita. Así Merrian y Forrest reportan una frecuencia de 29% en pacientes con ptosis congénita que se acompañan de anisometropía, estrabismo o ambliopía. (18)

Respecto a la ambliopía, Beard afirma que aún una ptosis severa probablemente no interfiera con el desarrollo de la función visual, y aún más, refiere no haber visto un solo caso de ambliopía que pudiera ser atribuído a la ptosis en sí. (5)

Otros autores, sin ser tan dogmáticos, restan importancia a la ptosis como causa primaria de ambliopía y atribuyen ésta a otras causas como son la presencia de anisometropía o estrabismo, pero aceptan que en raras ocasiones la ptosis congénita puede ser la causante de ésta (3,18,26), así Merrian en su estudio de todos

sus pacientes con ptosis y ambliopía, solo uno no se asociaba a estrabismo o anisometropía que pudieran explicar la ambliopía. Similares resultados obtiene Anderson en cuyo estudio, de 123 pacientes con ptosis congénita 25 casos (20%) presentaban ambliopía y solo en 4 de ellos (3.2%) ésta se aceptó como secundaria a la ptosis en sí, en el resto siempre se encontró estrabismo o anisometropía que explicaban la ambliopía.

Merriam (18) concluye en apoyo a otros autores (3,5,26) que la ptosis palpebral en sí rara vez causa ambliopía por oclusión, sin embargo acepta que en pacientes predispuestos a desarrollar ambliopía, debido a la asociación de ésta con estrabismo o anisometropía la presencia de un ojo ptótico puede contribuir a que el paciente desarrolle preferencia de fijación del otro ojo y quizás al desarrollo de anisometropía.

Un hecho indiscutible sin embargo, es que en los estudios de estos autores (3,18) todos los casos de ambliopía reportados se presentaron en el ojo afectado por la ptosis congénita.

La asociación de ptosis congénita y estrabismo es bien conocida también. Así Berke reporta 26.5% de pacientes con ptosis congénita asociado a imbalances en la movilidad vertical u horizontal (6). Anderson reporta un 32% de ptosis y estrabismo. Este autor concluye en su estudio, que en todos los casos a excepción de 4 (de un total de 20), el estrabismo se puede atribuir a otras causas y no a la ptosis en sí. Solo en los 4 pacientes mencionados no se encontraron causas que explicaran éste y se consideraron secundarias a la ptosis (3.5%). (2)

Al igual que con la ambliopía, los autores restan importancia a la ptosis en sí como causa primaria de estrabismo, sin embargo no hacen una evaluación satisfactoria de la ptosis y la anisometropía, si la primera origina la anisometropía y ésta a su vez da origen a estrabismo y ambliopía o ambos en cuyo caso no se puede menospreciar el efecto de la ptosis en la génesis de estas alteraciones.

Ptosis con Blefarofimosis

Este síndrome se caracteriza por ptosis, blefarofimosis, epican-

to inverso y telecanto.

Estos casos abarcan del 3 al 6% de la ptosis congénita (5). Se transmite en forma autosómica dominante pero puede ocurrir esporádicamente (26). Los pacientes afectados generalmente tienen una inteligencia normal. Este síndrome no encaja en el grupo de la distrofia musculares, pero es realmente congénito. (5)

Este síndrome generalmente se acompaña de una función pobre (inclusive nula) del elevador del párpado superior. (26)

PTOSIS SINQUINETICAS

Síndrome de Marcus Gunn (Jaw-Winking)

El primer reporte en la literatura de esta entidad corresponde a Gunn y fué hecho en 1883 (12). Este síndrome se caracteriza por ptosis, la cual disminuye o se sobrecompensa cuando el paciente hace movimientos de masticación (por estimulación del músculo pterigoideo), esto es más notorio cuando el paciente mueve el maxilar hacia el lado opuesto al ojo ptósico (5,12). Es debido a una inervación anómala del elevador del párpado superior (inervado normalmente por el III Par) por el nervio trigémino (V Par) debido a una anomalía en el desarrollo embrionario de este último en la cual se entremezclan fibras de este nervio y los del III Par (21), por lo que con los movimientos mandibulares se envían impulsos excesivos a un elevador del párpado pobremente inervado compensando o sobre corrigiendo la ptosis. (5)

Una condición similar puede ser adquirida durante la vida adulta después de una parálisis del III Par, con reinervación anómala del mismo, sin embargo a ésta se le denomina síndrome de pseudo Graefe, siendo la diferencia con el síndrome de Marcus Gunn en que éste es estrictamente congénito. (21)

No parecen existir factores hereditarios (5,12), sin embargo Kuder y Kirkham han reportado varios casos en una familia (bibliografía no incluida)

Algunos autores (5) mencionan una mayor frecuencia en el ojo izquierdo, mientras que otros encuentran una frecuencia casi idénti-

ca entre uno y otro ojo, así como entre uno y otro sexo. (12)

En este síndrome no parece haber alteración en cuanto al desarrollo del elevador del párpado, ya que se encuentran abundantes fibras musculares de aspecto normal. (7)

EXPLORACION

La exploración del paciente con ptosis congénita es fundamental ya que esta nos permitirá hacer el diagnóstico preciso y seleccionar el tratamiento adecuado.

Entre los datos a explorarse se encuentran;

Historia: Es importante determinar la edad de aparición del padecimiento, se deben descartar enfermedades neurológicas y sistémicas. (5,22)

Grado de ptosis: El grado de asimetría en mm. entre uno y otro ojo se clasifica en:

Moderada: Cuando la diferencia entre uno y otro párpado no es mayor de 2 mm.

Regular: Diferencia de 3mm.

Acentuada: Mayor de 4 mm.

Esta clasificación surgió del estudio de Berke en el cual correlaciona el grado de ptosis y el grado de atrofia del elevador del párpado superior. (7)

Cuando la ptosis es bilateral o el paciente es pequeño y no coopera, se puede determinar el grado de ptosis por inspección, recordando que la cornea tiene aproximadamente 11 mm. de diámetro y que el párpado cubre normalmente 2 mm. del limbo superior. (5,22)

Función del elevador del párpado superior: se determina con la cabeza del paciente derecha, fijando la ceja con el pulgar, se hace mirar al paciente hacia abajo, luego hacia arriba midiendo en mm. la elevación del párpado.

La función del elevador del párpado superior se clasifica de la siguiente manera. (5)

- Normal: Alrededor de 15 mm.
- 0 mm.: Ausencia de función
- 4 mm.: Función deficiente
- 5 a 7 mm.: Función regular
- 8 mm o+: Buena función

Movilidad de los músculos extraoculares

Debe de terminarse con exactitud cualquier imbalance en la movilidad de estos. Si este es en base a los músculos verticales, la ptosis con frecuencia puede cambiar después de la cirugía de los músculos verticales (22), particularmente si se trata del recto superior (5). A este músculo se le atribuyen 2 mm. de la elevación total del párpado.

Alteraciones en la movilidad horizontal tienen menos efectos sobre la ptosis, sin embargo, la elevación de un párpado en ptosis pueden hacer parecer un imbalance muscular horizontal mucho más obvio, es mejor corregir el estrabismo antes de practicar cualquier cirugía sobre la ptosis. (22)

Fenómeno de Bell

Este fenómeno consiste en la rotación hacia arriba de los ojos cuando se cierran los párpados. Se considera una protección importante de la cornea después de cualquier procedimiento quirúrgico, especialmente durante el sueño (22). Su presencia o ausencia nos indicará si es posible que una queratitis por exposición aparezca después del tratamiento quirúrgico (5). Este fenómeno esta ausente en el 10% de las personas sanas.

La vía destinada a este fenómeno es desconocida, se sabe que es diferente al de la mirada voluntaria hacia arriba ya que puede producirse aún en la parálisis supranuclear de la mirada hacia arriba. (1)

Algunos autores han restado importancia a este fenómeno desde que se ha demostrado que el ojo no permanece en elevación cuando estos se mantienen cerrados por largo tiempo o durante el sueño (26), y mencionan que si la sensibilidad corneal es normal, la presencia o ausencia de este fenómeno no es tan importante. (22,26)

Sensibilidad Corneal

La sensibilidad corneal es muy importante, se debe tener cuidado de no sobrecorregir un párpado en ptosis con sección corneal disminuida. Si esta está disminuida puede ser necesario el uso de lentes de contacto después de la cirugía. (22)

Sinkinesis o Jaw Winking

En estos casos se debe determinar el grado de sinkinesis entre el músculo pterigoideo y el elevador del párpado superior. La decisión quirúrgica es hecha en base al grado de ptosis en la posición primaria de la mirada y no al grado de sinkinesis. (22)

Refracción cicloplégica

Debe ser efectuada en todos los pacientes para determinar la presencia de anisometropía o ambliopía. (22)

Pliegue Palpebral

Debe ser anotada la presencia o ausencia de este. Aún un pliegue palpebral tenue cuando el paciente mira hacia arriba indica al gún grado de función del elevador del párpado. (5)

Fotografías

Es deseable contar con ellas, a menudo ofrecen información que no se obtuvo con el examen directo. Se toman con los ojos mirando hacia abajo, arriba y en posición primaria. (5,22)

Tratamiento

El tratamiento de la ptosis congénita es quirúrgico.

No se sabe cuando por primera vez el ser humano se interesó en tratar de corregir la ptosis palpebral, se tienen reportes de que los antiguos árabes y Cornelius Celsus en el primer siglo DC utili

zaron la excisión de la piel de los párpados para tratar de corregirla (5,9). Desde entonces se han descrito más de 200 procedimientos para tratar de corregir la ptosis palpebral (9). Así Dran sat utilizó en 1893 material no absorbible para unir los tejidos del párpado a la ceja, Koster en 1889, utilizó la sutura subcutáneamente de manera que estas fueran permanentes. En 1922 Wright introdujo la utilización de fascia lata como material de suspensión, variaciones a esta técnica fueron introducidos por Lexer (1923), Rosenberg (1940) y muchos otros. A Bowman, en 1857 se le acredita ser el primero en tratar la ptosis mediante el acortamiento del elevador del párpado, quizás sea Blaskovics quién en 1923 describió su técnica consistente en un acortamiento del tendón del elevador del párpado por vía conjuntival el que más haya influido en cuanto a técnica quirúrgica para el tratamiento de la ptosis palpebral. Muchos autores han descrito modificaciones a la técnica de Blaskovics (Agatston en 1942, en 1952 Iliff 1954. (5)

Haciendo una revisión de los procedimientos quirúrgicos utilizados a través de la historia para la corrección de la ptosis, Beard (5) las clasificó en 5 grupos:

- 1) Resección de la piel del párpado
- 2) Resección del tarso
- 3) Suspensión del frontal
- 4) Utilización del recto superior
- 5) Resección del elevador del párpado

Las técnicas que se basan en los incisos 2,3 y 5 son actualmente las más utilizadas.

Existen un sinnúmero de técnicas descritas para cada uno de los incisos anteriores, sin embargo el principio básico es el mismo; así por ejemplo para la técnica de suspensión se utilizan suturas no absorbibles, fibra de colágeno, fascia lata, las incisiones quirúrgicas y hasta la manera de anudar el material de suspensión puede variar de un autor a otro.

Selección de la Técnica Quirúrgica

La selección de la técnica se basa en los datos obtenidos por la exploración, de estos quizás los más importantes sean: la función del elevador y el grado de ptosis.

Como se mencionó, la función del elevador se clasifica como buena cuando este es de 8 mm. o más, regular cuando es de 5 a 7 mm. y mala si este es de 4 mm. o menos.

Una resección del elevador del párpado superior de 10 a 13 mm. se considera pequeña, de 14 a 17 mm. moderada, de 18 a 22 mm. grande, 23 mm. o más de resección se considera máxima.

Grado de ptosis según la asimetría palpebral

Moderada: 2 mm.

Regular: 3 mm.

Acentuada: 4 mm.

Ptosis pequeña: 2 mm. o menos. Este tipo de ptosis generalmente se acompaña de una buena función del elevador.

Se tratan por medio de procedimiento Fasanella-Servat (Tersectomía de 3 mm.) o bien por una resección pequeña (10-13 mm.) del elevador (5,15).

Ptosis moderada: 3 mm.

Generalmente tienen una función del elevador de buena a moderada. Si la función del elevador es buena se practica una resección moderada de éste, si su función se considera regular, se practica una resección grande (18-22 mm.). (5,23)

Ptosis severa: 4 mm. o más

En este tipo de ptosis se prefiere la técnica de suspensión debido a que la función del elevador es mala y prácticamente no existe músculo elevador. (5,7,8,10)

Si la ptosis es bilateral los resultados son buenos, sin embargo Beard, llama la atención de que cuando el problema es unilateral, la suspensión de un solo párpado no es satisfactoria cosméticamente pues en la mirada hacia abajo y hacia arriba se produce una asimetría muy notoria, sugiere entonces seccionar el elevador del párpado en el ojo sano produciendo así una ptosis bilateral y entonces practicar suspensión de ambos párpados. (4)

Callahan de acuerdo con Beard en lo que a la asimetría con suspensión de un solo párpado se produce y no deseando abolir la acción de un elevador del párpado superior normal, sugiere la suspensión de ambos párpados sin seccionar el elevador en el ojo sano con lo que se obtienen resultados similares.

Diferentes materiales se han usado en este tipo de operación (suspensión): fascia lata autógena, fascia lata almacenada, suturas no absorbibles (supramid, prolene), bandas de silicona, suturas de seda. La fascia lata autógena ha probado ser la mejor. (10)

En un estudio comparativo entre fascia lata almacenada y sutura no absorbible, se encontró con éste último una frecuencia de 12.4% de formación de granulomas. En el 28% de los pacientes se consideró malo el resultado debido a una posición palpebral inaceptable después de un buen resultado inicial. De los pacientes en los cuales se utilizó fascia lata, solo en dos de 24 pacientes se consideró el resultado no satisfactorio debido a una recurrencia de la ptosis. (24)

Respecto a la tarsectomía, existen también diversas técnicas, sin embargo parece ser el procedimiento de escrito por Fasanella y Servat (1961) el de mayor aceptación entre los diversos autores. Es la resección del músculo de Mueller, más que la tarsectomía el mecanismo de acción de esta técnica.

La resección del músculo elevador del párpado es el mejor procedimiento para la corrección de la ptosis cuando esta está indicada (5). No se indica en ptosis severas con mala función del elevador,

ya que en estos casos el grado de atrofia de este músculo es total, como lo demostró Berke en su estudio histológico. (7)

Ptosis con Blefarofimosis

La ptosis asociada con blefarofimosis generalmente se trata con técnica de suspensión (función del elevador mala) sin embargo se debe evaluar la función de éste y en base a los hallazgos seleccionar la técnica. (5)

Primero deben ser tratadas las otras alteraciones de este síndrome: Epicanto y telecanto. Estos se tratan por medio de colgajos y zplastias. Quizás sea Mustardé el que más haya influido en el tratamiento quirúrgico de estas anomalías.

Ptosis con fenómeno de Marcus Gunn

Si la ptosis es mínima, se puede tratar por resección del elevador del párpado un poco mayor (4-5 mm. más) que si fuera con ptosis congénita, aún así con frecuencia se obtienen hipocorrecciones.

Si la ptosis es severa con los movimientos mandibulares, la resección del elevador está contraindicada ya que esto exagerará el fenómeno, se prefiere entonces la excisión de ambos elevadores y suspensión bilateral. (4)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PTOSIS CONGENITA.

OBJETIVOS:

- 1) Determinar la frecuencia de la Ptosis Congénita en los pacientes que acuden a consulta a la Unidad de Oftalmología del Hospital General de México, S.S.A.
- 2) Determinar la frecuencia y tipo de complicaciones que acompañan a este padecimiento.
- 3) Evaluar el resultado del tratamiento quirúrgico de la Ptosis Congénita.
- 4) Comparar los resultados con los publicados en otras Instituciones.

PTOSIS CONGENITA.**DEFINICION DEL UNIVERSO.****DEFINICION DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION.**

En este estudio se incluyeron todos los pacientes que acudieron a consulta por primera vez a esta Unidad de Oftalmología, en el lapso comprendido entre los años 1980-85 y cuyo diagnóstico inicial fué el de Ptosis Congénita. También se incluyeron los pacientes con diagnósticos de padecimientos que durante su evolución se acompañan de ptosis (ptosis adquiridas). Esto último solo para determinar la frecuencia de la Ptosis Congénita en relación al total de los pacientes con ptosis por otras causas.

No existieron criterios de exclusión (edad, sexo, raza etc.) bas tó con que a el paciente se le haya diagnosticado Ptosis Congénita para que ingresara a el estudio.

PTOSIS CONGENITA.**METODOLOGIA:**

Este estudio se realizó en forma retrospectiva y fué básicamente observacional y estadístico.

Una vez que se detectó un expediente con Dx de Ptosis Congénita, se analizó y se recopilaron los siguientes datos:

- 1) Grado de ptosis (según clasificación de pag. 14)
- 2) Función del M. Elevador del Párpado Superior (según clasificación de pag. 14)
- 3) Alteraciones en la movilidad de los músculos extraoculares.
- 4) Existencia o no de Ambliopía.
- 5) Monocularidad o biocularidad de la ptosis.
- 6) Tratamiento quirúrgico (en su caso) y procedimientos utilizados.
- 7) Resultados del tratamiento quirúrgico.

De los datos obtenidos de los incisos anteriores se hicieron cuadros estadísticos en relación a la Ptosis Congénitas en general.

El resultado quirúrgico se trató de evaluar en base a una clasificación objetiva, es decir, en base a la medición en mm. de la ptosis pre y postoperatoria, sin embargo como regla general el dato postoperatorio de esta medición no se efectuó, sino que el resultado postoperatorio se reportó subjetivamente como bueno, regular o mal resultado por lo que en este estudio se siguió esa clasificación.

La determinación de la existencia o no de ambliopía, se hizo en base a la toma de AV y estenopeico, ya que esta no se investigó más a fondo en los pacientes.

PTOSIS CONGENITA.

RESULTADOS:

Frecuencia: De un total de 31,089 pacientes de primera vez que acudieron a consulta a esta Unidad en el lapso comprendido entre 1980-85, se detectaron 153 expedientes cuyo Dx inicial era de ptosis o de un padecimiento que en su evolución se acompaña de esta anomalía. Esto nos da una frecuencia de 1 paciente con ptosis por cada 200 pacientes que acuden a consulta por primera vez.

Del total de 153 pacientes con ptosis, 69 tuvieron un Dx de Ptosis Congénita y 84 de padecimientos que cursan con ptosis (ptosis adquiridas), esto representa un promedio de 45% para las Ptosis Congénitas y de 55% para las ptosis adquiridas.

Entre las ptosis adquiridas las neurogénicas y las miogénicas se manifestaron como las más frecuentes ya que entre ambas abarcaron el 80% de las ptosis adquiridas, de entre éstas destacaron las parálisis o paresias del III Par (37 casos) y las Traumáticas (18 Casos).

El promedio de Ptosis Congénitas (45%) y adquiridas (55%) obtenidas en este estudio, no concuerdan con los expresados por otros autores, Beard (5) refiere una frecuencia de 62% para las Ptosis Congénitas y Berke de 88%.

No sabemos (aunque es de dudarse), si en esta diferencia influya el hecho de que, de las ptosis adquiridas, un alto porcentaje en este estudio fueron secundarias a parálisis o paresias del III Par, las cuales en un promedio no determinado llegan a recuperarse, desapareciendo así el estado de ptosis.

A continuación se desglosan los datos obtenidos de la revisión de los expedientes de los pacientes con Dx de Ptosis Congénita.

PTOSIS CONGENITA.

DETERMINACION DEL GRADO DE PTOSIS:

	M	R	A	N D	TOTAL
No casos	18	10	27	14	69
%	32.72	18.18	49.09		100%

M: Moderada R: Regular A: Acentuada ND: No se determinó

NOTA: Las cifras incluidas en el inciso ND, no se tomaron en cuenta en la determinación de los porcentajes, en éste ni en los siguientes cuadros estadísticos.

No. casos	M	R	M	N D	TOTAL
	17	5	30	17	69
%	32.69	9.61	57.69		100%

B: Buena función R: Regular o mediana M: Mala o deficiente

La determinación de los dos factores anteriores es de suma importancia, ya que como se mencionó anteriormente, en base a éstos se se lecciona la técnica quirúrgica para la corrección de la ptosis.

Ambos (grado y función) están íntimamente ligados entre sí, una ptosis moderada (pequeña) normalmente se acompaña de una buena función del elevador y viceversa, una ptosis acentuada se acompaña de una mala o nula función del elevador. Los resultados de los cuadros anteriores confirman lo anterior.

PTOSIS CONGENITA.

DETERMINACION DE LA EXISTENCIA DE AMBLIOPIA:

	SI	NO	N D	TOTAL
No casos	15	40	14	69
%	27.27	72.72		100%

Merrian reportó una frecuencia de ambliopía de 14% en pacientes con Ptosis Congénita, (18) la frecuencia en este estudio fué de 27%, lo que está más de acuerdo con lo publicado por Anderson que encontró una incidencia de 20% de ambliopía en pacientes con Ptosis Congénita. Como se mencionó la ambliopía en este estudio se infirió en base a la toma de AV y estenopeico debido a que a la gran mayoría de los pacientes no se les practicó estudio refractométrico, es probable que alguno de esos pacientes en este estudio no tuvieran ambliopía sino anisometropía que como se sabe es una causa de ambliopía.

PTOSIS CONGENITA.

DETERMINACION DE LAS ALTERACIONES EN LA MOVILIDAD OCULAR:

	SI	NO	N D	TOTAL
No casos	11	36	22	69
%	23.40	76.59		100%

Endotropía	1			
Exotropía	3			
Estrabismo	2	(no se especificó que tipo de estrabismo)		
Mov. vertical	5			
Nistagmus	1			
Total	12	(un paciente con estrabismo y nistagmus)		

De los pacientes con alteraciones de la movilidad vertical, 3 pacientes se diagnosticaron parálisis de elevadores es decir 6.3%, Berke reportó a este respecto 12% de ptosis con hipofunción de los músculos elevadores (RS y OI).

La exploración de la movilidad ocular es difícil en pacientes pediátricos, como es el caso de los pacientes con Ptosis Congénita lo que puede explicar la diferencia entre lo reportado por Berke y este estudio.

PTOSIS CONGENITA.

	MONOCULAR	BIOCULAR	N D	TOTAL
No casos	61	7	1	69
%	89.70	10.29		100%

Berke (6) y Merriam (18) encontraron una frecuencia de ptosis unilaterales de 75%. En este estudio se encontró monocularidad de la ptosis en casi el 90%. Determinar si una ptosis es mono o biocular es generalmente sencillo, por lo que no se explica la diferencia.

Respecto a los casos de Ptosia Congénita asociada con Fenómeno de Marcus Gunn y blefarofimosis, en este estudio se encontraron dos pacientes con cada una de estas entidades, es decir una frecuencia de 3% para cada una.

Berke reporta 6% para ptosis con Fenómeno de Marcus Gunn (Jaw Winkin), y 3% para pacientes con blefarofimosis (6), Beard reporta cifras similares.

PTOSIS CONGENITA

CIRUGIAS PRACTICADAS:

Fasanella	11	28.2
Res. del elev.	6	15.38
Suspensión	39	56.4

RESULTADOS QUIRURGICOS:

	BUENOS	REGULARES	MALOS	N D	TOTAL
Fasanella	10	0	1	0	11
Res. del elev.	2	0	4	0	6
Suspensión	16	1	7	1	25
Total	28	1	12	1	42
%	71.79	2.5	30.1		100%

NOTA: Algunos pacientes fueron intervenidos dos veces

Resultados considerados adversos:

Fasanella: 1 caso hipocorrección

Res. del elev.: 4 casos hipocorrección

Suspensión: 7 casos 4 hipercorrecciones

3 hipocorrecciones

En caso del mal resultado con la técnica de Fasanella, el paciente ya había sido anteriormente en otra Institución, lo que dificultó la cirugía.

En dos de los pacientes con resección del elevador, se practicaron resecciones máximas, lo que nos puede hacer pensar que quizás estuvo mal elegida la técnica quirúrgica.

Respecto a la técnica de suspensión, solo en dos casos se utilizó fascia lata, en los restantes se utilizó material sintético (prolene), esto a pesar de que se ha demostrado que la fascia lata, es el mejor material, sin embargo, obtener la misma en pacientes pediátricos no es fácil, por otro lado no se cuentan con los recursos para contar con fascia lata almacenada.

PTOSIS CONGENITA.**CONCLUSIONES:**

En este estudio la Ptosis Congénita se mostró como un padecimiento de incidencia baja.

Estrabismo, ambliopía y anisometropía, son alteraciones que acompañan con frecuencia a la Ptosis Congénita, estas a su vez producen alteraciones de la función visual, por lo que los pacientes con este padecimiento deber ser estudiados minuciosamente, buscan brindarles el tratamiento más adecuado y oportuno.

B I B L I O G R A F I A

- 1) Adler: Fisiología del ojo. Panamericana 1980
- 2) Anderson: Strabismus in Ptosis. Arch Opth. 98: 1062, 1980
- 3) Anderson: Ambliopía in Ptosis. Arch Opth. 98: 1068, 1980
- 4) Beard: A new Treatment for severe unilateral ptosis and for ptosis with Jaw-Winking. Am J Opth., 59: 252, 1965
- 5) Beard: Ptosis, the CV Mosby CO .S. Louis. 1969
- 6) Berke: Congenital Ptosis: Arch Opth. 41: 188, 1949
- 7) Berke: Histology of Levator Muscle. Arch. Opth. 41 188, 1949
- 8) Callahan: Correction of Unilateral Blepharoptosis with Bilateral Eyelid Suspension. Am J Opth 74: 321, 1972
- 9) Crawford: History Of Ptosis Sugery. Ped Opth. vol 19,5: 245, 1982
- 10) Crawford: Frontalis Sling Operation. Pediatric Opth. Vol 19, 5, 252.
- 11) Duke Elder: Ther Development of the Ocular Adnexa. B5, 363, 1963
- 12) Doucet: The cuantification, natural course and surgical results in 57 eyes with M-G (Jaw-Winking) Sd. Am J Opth. 92: 702, 1981
- 13) Gutman: Sterilization with cobalt radiation of fascia lata for homotransplant
- 14) Iliff: Surgical anatomy, physiology and phatology of ptosis. Ped Opth and Strabismus. 19, 5, 246
- 15) Iliff: Treatment of small and moderate amount of Ptosis Ped Opth and Strabismus 19, 5, 250
- 16) Jones: The anatomy of the upper lid and its relation to ptosis surgery. Am J Opth 57:943, 1964
- 17) Man: The Development of the Human eye. Grune and Sinc 1969
- 18) Merriam: Congenital Blepharoptosis, Anisometropía and Ambliopía Am J Opth 89: 401, 1980
- 19) Saraux: Anatomía e Histología del Ojo. Masson 1985
- 20) Sevel: Ptosis and Underaction of the Sup Rectus Muscle. Ophthalmology 9a n9 Sep. 1984
- 21) Paeth: Marcus Gunn Phenomenon
- 22) Stasior; Ptosis: Preoperative Examination. Ped Opth and Strabismus 19, n5 1982
- 23) Stasior: The Treatment of Moderat Ptosis. Ped opth and Strabismus 19 n5 1982
- 24) Wagner: Treatment of Congenital Ptosis with Frontalis Suspension, ophthalmology Vol. 91 N3 March 1984
- 25) Wloff: The anatomy of the Eye
- 26) Blephorophthosis "ediatric Ophthalmology