

11211  
203



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD  
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA  
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO



Curso Universitario de Especialización en:  
**Cirugía Plástica y Reconstructiva**

## “ ECTROPION DE PARPADO INFERIOR OTRA OPCION DE TRATAMIENTO ”

### Trabajo de investigación clínica

P r e s e n t a :

**Dr. Romualdo Cruz Cerecedo**

Para obtener el grado de:

**ESPECIALISTA EN: CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. ROBERTO CRUZ PONCE**

CIUDAD DE MEXICO  
Servicios de Salud



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1 9 9 3



## **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 está 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.

## Indice

INTRODUCCION .....	1
ANTECEDENTES.....	5
DEFINICION DEL PROBLEMA .....	8
JUSTIFICACION.....	10
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
CRITERIOS.....	13
ESQUEMAS DE PARPADO.....	14
DISENO DE LA MANIOBRA.....	17
RIESGO QUIRURGICO Y RECURSOS.....	18
ESQUEMAS DE LA TECNICA QUIRURGICA.....	19
PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.....	25
CASO NUMERO UNO.....	26
CASO NUMERO DOS.....	33
RESULTADOS.....	42
CONCLUSIONES.....	43
DISCUSION.....	44
RESUMEN.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46

## Introducción.

El ectropión, es la eversión del párpado hacia afuera, y es referido casi exclusivamente al párpado inferior, esto en base a la frecuencia de presentación, ya que encontramos más afectado el inferior que el superior.

Puede ser dividido en dos grandes grupos: El ectropion que ha sido causado o no por la cicatrización, de una pérdida de sustancia ( ectropion cicatrizal) Y el segundo se refiere a la anomalía de posición del párpado.

En general todos los procedimientos empleados para la corrección del ectropión no cicatrizal se funden en la producción de una tracción de carácter definitivo o pasajero.

Así mismo el ectropion no cicatrizal tiene 3 formas fundamentales:

- a) El ectropión espasmódico
- b) El ectropion por atonía
- c) El ectropión secundario

A su vez el ectropión por atonía, que es el tratado en este trabajo, puede dividirse como sigue; tomando en cuenta que bajo éste nombre pueden resumirse todas las variedades de ectropión producidos por la relajación de los tejidos del párpado:

1. Ectropión paralítico
2. Ectropión inflamatorio
3. Ectropión senil
4. Ectropión por blefaroadenitis

El caracter común de toda esta variedad de ectropión es que la atonía del borde palpebral es la causa inmediata de la eversión del párpado.

En realidad el párpado no gira en su totalidad hacia afuera como ocurre hacia adentro en el entropión, sino que es sólo el tarso el que al principio se separa del ojo casi siempre parcialmente.

En la génesis del ectropión paralítico, el punto de partida es la parálisis del nervio facial. Debido a la parálisis de las porciones orbicular y límbica, el borde del párpado pierde su elasticidad. Queda unicamente la adhesión caoilar, la cuál, no puede, sin embargo, contrarrestar de un modo duradero la acción depresora de la gravedad. Aunque prevalece la acción de la gravedad, el ectropión no se presenta inmediatamente después de la parálisis, ya que dicha fuerza es consumida en producir el alargamiento del párpado.

El lagrimeo, la secreción crónica de la conjuntiva, son causas de eczema de la piel del párpado, la cuál puede determinar, también una retracción de la piel. Todos estos factores contribuyen a agravar el ectropión y hacerlo total.

En la génesis del ectropión inflamatorio, la tumefacción del borde del párpado inicia el proceso, debido probablemente a que la infiltración determina una parálisis de la porción límbica del orbicular y una disminución de la elasticidad del borde del párpado, y además la secreción desecada tira hacia abajo dicho borde. La causa productora del ectropión reside en la perturbación de la función del orbicular motivada por la alteración de la posición estática del párpado. Los haces del orbicular poseen una doble curvatura. Una corresponde a la del globo ocular, la otra se halla situada en el plano frontal.

Por su curvatura, paralela a la superficie del ojo, las fibras musculares comprimen el párpado contra el ojo ( componente radial ); por la paralela al plano frontal levantan el párpado, es decir, cierran la hendidura palpebral , ( componente tangencial ). La porción límbica del orbicular posee una acción compresiva proporcionando una cierta elasticidad al borde palpebral. Por lo contrario, los haces más periféricos no tienen ninguna participación en la acción compresiva; su cometido consiste en cerrar la hendidura palpebral sobre todo del párpado superior.

Producido el alargamiento del borde del párpado inferior y su separación, queda perturbada la posición estática, ya que entonces los haces del orbicular forman en el borde del párpado, arcos cuyas cuerdas se desplazan en dirección del borde convexo del tarso.

La presión que ejerce sobre el borde convexo del tarso aumenta cada vez más ectropión hasta hacerlo total. A partir de este momento la acción del músculo se agota en producir única y exclusivamente la elevación del fondo de saco; que ha pasado a situarse en el plano frontal. La desecación y el engrosamiento de la conjuntiva sometida constantemente a la acción del aire, contribuyen a agravar el ectropión.

En el ectropión senil se comprueba una debilidad muscular, la porción límbica del orbicular a consecuencia de atonía senil se debilita por sí misma, pero es más probable que el ectropión sea debido a la distensión del rafe del orbicular, llamado ligamento palpebral externo. De éste rafe, tira durante toda la vida el músculo de Homer, que está constituido por la fibras del orbicular que van del borde posterior del hueso lagrimal, a la cara posterior de ambos párpados.

El rafe se halla situado en la parte externa, en la prolongación de borde palpebral. La relajación de éste rafe, frecuentemente observada en personas de edad, sería por tanto, la primera manifestación del ectropión. El proceso ulterior es ya más fácilmente comprensible : lagrimeo, conjuntivitis irritativa, frote del ojo hacia abajo y afuera, y finalmente perturbación de la función del orbicular.

## Antecedentes

Para el tratamiento del ectropión por atonía han sido recomendados y puestos en práctica algunos planes operatorios:

1. La elevación de la hoja anterior del párpado: De escasos resultados, ya que no corrige el alargamiento del borde del párpado.
2. El descenso de la hoja posterior del párpado: Tampoco corrige el alargamiento del párpado.
3. Elevación del borde palpebral: Resultados insuficientes.
4. La división del párpado en sus dos hojas: Posee cierta eficacia, aunque única intervención sus resultados son insuficientes.
5. La extirpación de un buen fragmento de tarso, ejerce una acción que se opone al ectropión, ya que mediante esta intervención, la musculatura que se acumula a nivel del borde convexo del tarso pierde su punto de ataque. Este procedimiento por si solo tampoco garantiza la corrección del ectropión.
6. Aumento de la tensión muscular.
7. Acortamiento del párpado.

Con lo expuesto de procedimientos operatorios es suficiente para comprender el motivo de que se empleen en la actualidad, casi siempre métodos combinados, ya que la tensión exclusiva del borde del párpado no proporciona una seguridad completa contra la recidiva. Toda tensión de los tejidos cede con el tiempo, por lo cual se debe escoger una combinación de procedimientos que garantice en la mayor parte de los casos un resultado definitivo.

En 1812 Adams, practicó el acortamiento del borde palpebral extirpando todo el espesor del párpado, realizandolo en forma cuneiforme.

En 1870 Szimanowsky, practicó la extirpación de un colgajo de piel en forma de triangulo de vertice inferior, junto a la comisura externa de los párpados. El lado superior del triangulo se hallaba en la prolongación del borde palpebral inferior, su dirección era por tanto, ligeramente descendente, extirpando en una cierta extensión la arista externa del borde palpebral.

En 1883 Khunt realizó la resección, limitada a la hoja posterior del párpado, extirpando un fragmento tarsoconjuntival triangular, cerrando la herida con sutúras colocadas exclusivamente en la hoja posterior del párpado. La tensión producida llevaría al párpado a su posición normal.

En 1912 La técnica de Khunt modificada por Szimanowsky, que en la actualidad sigue siendo vigente, y que consiste en separar el párpado en dos capas, una capa profunda que es tarsoconjuntival y la superficial constituida por piel y músculo. Realiza el acortamiento del párpado, reseca una cuña de la capa tarsoconjuntival de forma triangular, del tamaño necesario para que la conjuntiva tenga contacto nuevamente con el globo ocular, así los bordes tarsales son aproximados, la complicación media de esta operación es el entropión, en casos extremos puede ser necesario realizar la misma maniobra sobre el músculo para remover su exceso.

En 1957 Smith describe la técnica " Lazy T " que es una corrección vertical y horizontal, indicandola para el ectropión moderado y severo, llamado así por realizar una incisión en forma de T , La primera incisión realizada a nivel de la conjuntiva, en la porción interna del ojo tomado como referencia el borde del tarso, se incide hasta la porción media del párpado separando la conjuntiva del resto de la piel, músculo y tarso, posteriormente se realiza una incisión en forma vertical hasta donde se encuentra redundante el colgajo y finaliza desde la conjuntiva hasta la porción del colgajo de piel, músculo y tarso.

En los años de 1972 a 1980 Thomas Rees realiza estudios sobre el tratamiento del ectropión y prevención del mismo durante la blefaroplastia , realizando resecciones en cuña y cantoplastías junto con Anderson y Lisman en 1987.

En 1975 Mustarde publica una técnica parecida a las anteriores, consistente en resección en cuña de la porción lateral del párpado que incluía una capa tarsoconjuntival y músculo orbicular con cierre del mismo y compensación de piel posteriormente.

Hasta los años recientes de 1991 y 1992 las técnicas no han variado, ya que todas ellas han consistido en la realización de acortamientos del párpado, realizando resecciones y en su caso con suspensiones de fascia, donde estan añadiendo tejido para la corrección del ectropión.

## DEFINICION DEL PROBLEMA.

El término de ECTROPION denota una eversión del margen del párpado hacia afuera. Se refiere generalmente en base a su frecuencia casi exclusivamente al párpado inferior.

Constituye un problema de relativa frecuencia en la práctica del Cirujano Plástico ya que tiene sus bases en patología cotidiana como son: Traumatismos secuales de procedimientos quirúrgicos y como componente del complejo problema del envejecimiento facial.

Su trascendencia es variable, pudiendo ir desde, un grado leve que el Cirujano detecta pero que no preocupe al paciente, hasta grados severos, en los que, el paciente presenta sintomatología acompañante, e incluso ulceraciones del globo ocular y metaplasia conjuntival.

Existen alternativas quirúrgicas en la resolución de éste problema, los que podemos resumir en las siguientes :

- a) Injertos de piel.
- b) Cantoplastias con resección de tejidos.
- c) Resecciones en cuña.
- d) Manejo de músculo orbicular.
- e) Suspensiones.

Con lo cuál obtenemos resultados de calidad variable dependiendo de la habilidad del Cirujano que la ejecuta.

Este trabajo propone a su consideración otra opción en la corrección del ECTROPION , que no requiere de recursos adicionales para su realización diferenciandose de las anteriores en la forma de racionalizar el problema basado en leyes físicas, fundamentada en una palanca de primer género, en que el punto de apoyo se encuentra entre el sitio de la aplicación de la fuerza y el sitio de la resultante, esto ya trasladado a el párpado inferior correspondería en primer lugar : El sitio de aplicación de la fuerza a el borde inferior del tarso en toda su longitud, el punto de apoyo es la adhesión de la cara posterior del tarso a la conjuntiva y la resultante se manifestaría en el borde distal del tarso y del mismo párpado inferior. Todo esto buscando causar el mínimo daño a la anatomía propia del paciente.

## JUSTIFICACION.

La mayor parte de las técnicas para resolución del ECTROPION abordan el problema desde el punto de vista de exceso o falta de tejido.

En el primer caso se efectúa resección de tejido, que en algunas ocasiones puede ser valioso, llegando a presentar incluso resecciones excesivas dando como consecuencia un entropión.

En el segundo caso, se recurre a la toma y aplicación de injerto que aunque procedan de zonas donadoras afines, como la región retroauricular e incluso de los mismos párpados, existen cambios de coloración y textura que son comunes a los injertos cutáneos.

En ambos casos los resultados estético-funcionales, es inadecuado, por lo que proponemos otra opción de tratamiento al racionalizar el problema no como un exceso o falta de tejido, sino como una mala distribución del mismo, cuya resolución, fundamentada en la física, que trata de una palanca de primer género, la utilización de ésta técnica en esta patología, considera la resultante como el reposicionamiento de las estructuras del párpado inferior y la corrección estético-funcional del defecto.

## OBJETIVOS.

### Objetivo General.

Corregir el ectropión mediante la reposición armónica de los tejidos, utilizando sus propias estructuras anatómicas.

### Objetivos Particulares.

- a) Corregir la epífora.
- b) Favorecer la resolución de úlceras y metaplasias.
- c) Corregir la irritación conjuntival.
- d) Proporcionar un cierre palpebral adecuado.
- e) Proporcionar un resultado anatómico y estético-funcional adecuado.

## MATERIAL Y METODOS.

### DEFINICION DEL UNIVERSO.

Se tomaron los pacientes que llegaron a los Hospitales Generales de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, "Dr. Ruben Leffero" y " XOCO ", así como el Centro Dermatológico " Dr. Ladislao de la Pascual " con ectropión, excepto los pacientes con quemaduras y sus secuelas, en el periodo comprendido del mes de Agosto de 1991 a el mes de Enero de 1993, y que cuentan con 15 años de edad en adelante.

**CRITERIOS DE INCLUSION.**

- Pacientes mayores de 15 años de edad.
- Sujetos de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico clínico de ectropión.
- Individuos que autoricen el procedimiento quirúrgico.

**CRITERIOS DE EXCLUSION.**

- Pacientes con quemaduras y secuelas como bridas y retracciones cicatrizales.
- Sujetos menores de 15 años de edad.

**CRITERIOS DE ELIMINACION.**

- Individuos postoperados con pérdida en su seguimiento.
- Pacientes que no autoricen el tratamiento quirúrgico.

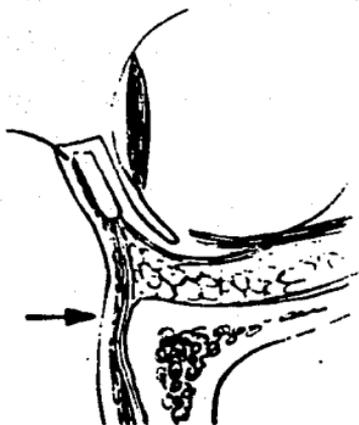


Fig. Nº 1. Esquema donde se observa la posición del tarso en un párpado normal, donde existe un equilibrio entre sus estructuras anatómicas.

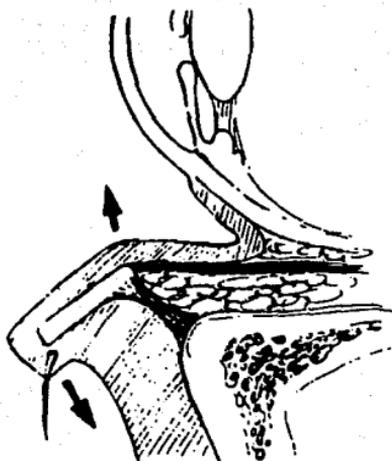


Fig. Nº 2. Es esta figura observamos la anómala posición del tarso inferior, el cuál se encuentra evertido y así mismo exposición conjuntival.

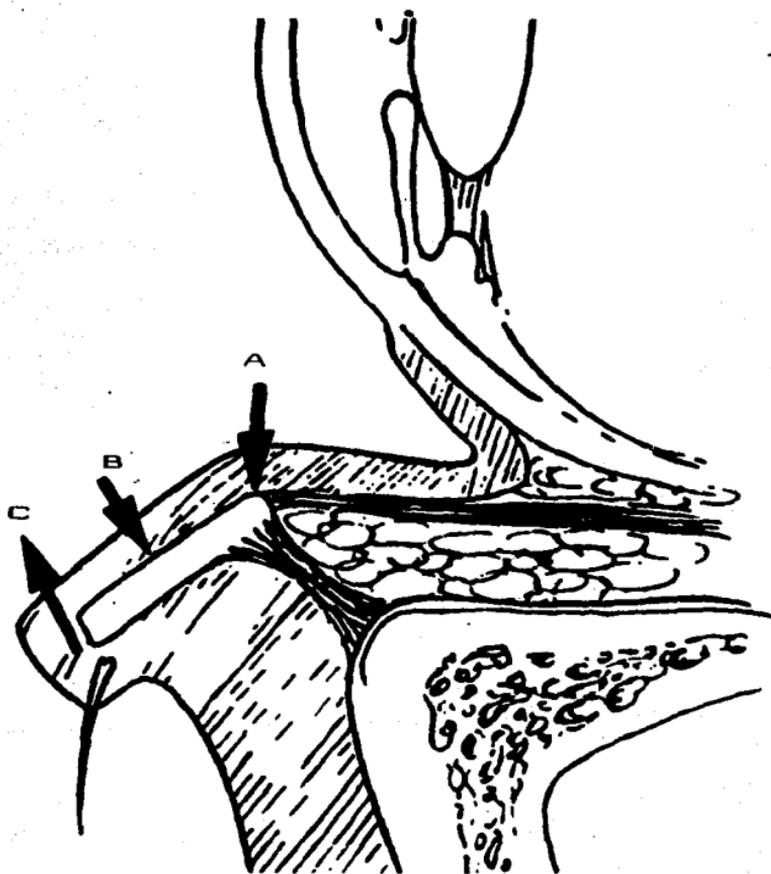


Fig. Nº 3. La plicación de fundamentos físicos sobre las estructuras anatómicas del carpo inferior, basados en una palanca de primer género.

A. Sitio de aplicación de la fuerza.

B. Lugar del punto de apoyo.

C. Sitio de la Resultante.

## DISEÑO DE LA MANIOBRA.

Con el paciente en decúbito dorsal, previa anestésia general o infiltración con anestésia local, asepsia de la región y la colocación de campos estériles, se procede a realizar una incisión a 2 milímetros por debajo de la inserción ciliar del párpado inferior, disección del colgajo musculocutáneo hasta el reborde orbital, hemostasia por electrocoagulación, se procede en seguida a la disección de la placa tarsal, descubriéndola en su totalidad por su cara anterior y liberando su borde inferior, separando de la conjuntiva, sólo esta porción, respetando totalmente la cara posterior, más tarde se procede a la compensación en dirección cefálica del colgajo musculocutáneo hasta la desaparición de la exposición conjuntival, ésta nueva posición del colgajo se fija con un punto de material inabsorbible ( Nylon 6-0 ), desde el borde inferior del tarso hasta el plano muscular orbicular, ésta maniobra se lleva a cabo en tres lugares a lo largo del párpado y corresponde el primer punto, a la porción central, el segundo y el tercero se fijarán, lateral y medial a una distancia de 6 a 8 milímetros a partir del primer punto. Se hace una leve tracción del colgajo avanzado, con resección de tejido si así se requiere, o simplemente se concluye la operación con la sutura convencional de una **blefaroplastia**.

Se coloca un apósito suave con leve compresión el cuál se deja por 24 horas.

### RIESGO QUIRURGICO.

Debido a se maneja un diseño de tipo clínico, en que la variable tarsopexia influirá sobre el paciente previamente clasificado, dicha variable está sujeta al Código Penal en sus artículos referentes a manejo de técnicas quirúrgicas sobre individuos.

### RECURSOS MATERIALES.

Trabajo realizado con el presupuesto destinado a las áreas hospitalarias donde se desarrolla este estudio.

### RECURSOS HUMANOS.

Médicos adscritos y Residentes del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, Médico Oftalmólogo del Centro Dermatológico " Dr. Ladislao de la Pascua ", personal de Enfermería y de Anestesiología.

### RECURSOS FISICÓS.

Áreas de consulta externa y quirófanos.

## Técnica quirúrgica



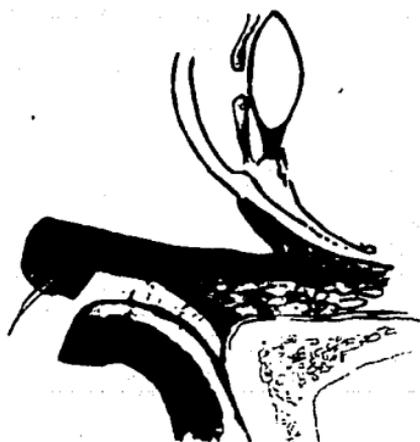
POSICIÓN DEL TARSO EN EL ECTROPIÓN

## Técnica quirúrgica



SE REALIZA UNA INCISION A 2 MM POR DEBAJO DE LA INSERCIÓN  
DE LAS PESTAÑAS ( SUBCILIAR )  
PARECIDA A UNA BLEFAROPLASTIA

## Técnica quirúrgica



SE REALIZA DESPEGAMIENTO DEL COLGAJO MUSCULOCUTANEO  
HASTA EL REBORDE ORBITARIO

## Técnica quirúrgica



SE HACE DISECCION DE LA CARA ANTERIOR DEL TARSO EN FORMA COMPLETA, Y LIBERACION DEL BORDE INFERIOR DEL MISMO EN TODA LA LONGITUD DEL PÁRPADO.

## Técnica quirúrgica



TRACCION EN DIRECCION CEFALICA DEL COLGAJO MUSCULOCUTANEO  
HASTA DESAPARECER LA EXPOSICION CONJUNTIVAL Y EN ESTA  
POSICION SE COLOCA UN PUNTO DESDE EL BORDE INFERIOR DEL  
TARSO HASTA EL PLANO MUSCULAR ORBICULAR FIJANDOLO EN TRES  
PUNTOS ( CENTRAL, MEDIAL Y LATERAL )

## Técnica quirúrgica



SE CORRIGE VA EL ECTROPION, Y SE CIERRA LA HERIDA COMO  
UNA BLEFAROPLASTIA CONVENCIONAL

PLAN DE TABULACION.

Y

ANALISIS ESTADISTICO.

Se describirá el reporte de dos casos manejados con tarsopexia y se determinarán los resultados a corto plazo ( 1 semana ), mediano plazo ( 1 mes y a largo plazo ( 1 año ).

Se presentarán fotografías clínicas, preoperatorias y postoperatorias.

Se analizarán con plicaciones si existieran.

**Paciente N° 1**

Es paciente de sexo femenino de 56 años de edad.

Con antecedentes de haber sufrido, traumatismo leve moderado sobre la región orbitaria derecha con 6 meses de evolución.

Que evolucionó posterior al edema a un ectropión

Presentando:

Epifora leve.

Conjuntivitis irritativa de moderada a severa

Exposición conjuntival evidente

Intervenida quirúrgicamente en el mes de Agosto de 1991

Para corregir su ectropión utilizando la técnica antes descrita.



Paciente N° 1



RESULTADO POSTOPERATORIO A UNA SEMANA DONDE  
OBSERVAMOS:

- LAGOFTALMOS POR EDEMA DE PÁRPADO.
- MINIMA EXPOSICION CONJUNTIVAL.
- AUN CONJUNTIVITIS IRRITATIVA

## Paciente N° 1



VISTA DE AMBOS OJOS A UNA SEMANA CON LOS  
HALLAZGOS ANTES MENCIONADOS.



CON LOS OJOS CERRADOS OBSERVAMOS QUE EL CIERRE PALPEBRAL  
AUN NO ES COMPLETAMENTE ADECUADO.

Paciente N<sup>o</sup> 1

FOTOGRAFIA CON RESULTADO A LOS 10 DÍAS  
DISMINUCION DE CONJUNTIVIS IRITATIVA



CON EL OJO CERRADO OBSERVAMOS EL CIERRE PALPEBRAL ADECUADO

Paciente N° 1



VISTA DE AMBOS OJOS AL MES



CIERRE PALPEBRAL NORMAL

Paciente N<sup>o</sup> 1



FOTOGRAFIA CON RESULTADOS A UN AÑO  
SIN CONJUNIVITIS IRRITATIVA . NO HAY EXPOSICION CONJUNTIVAL  
ARMONIA ANATOMICA, FUNCIONAL Y ESTETICA



CIERRE PALPEBRAL ADECUADO

Paciente N<sup>o</sup> 1



FOTOGRAFIA DONDE SE OBSERVAN AMBOS OJOS RESULTADO A 1 AÑO



FOTOGRAFIA DEL CIERRE PALPEBRAL ( un año de evolución )

**Paciente N° 2**

Es paciente de sexo masculino de 62 años de edad.

Su antecedente es de sufrir . edema importante en ojo izquierdo  
con 5 meses de evolución

Prodiéndose posterior al edema un ectropión

Presentó :

Conjuntivitis irritativa de moderada a severa

Exposición conjuntival evidente

Intervenido quirúrgicamente en el mes de Noviembre de 1991

Para corregir su ectropión utilizando la técnica antes descrita.



## Paciente N° 2



FOTOGRAFIA CON ACERCAMIENTO AL OJO ENFERMO DONDE  
OBSERVAMOS LA EXPOSICION CONJUNTIVAL.  
PREOPERATORIO



FOTOGRAFIA CON EL OJO CERRADO DONDE VEMOS QUE LA OCLUSION  
PALPEBRAL ES DEFECTUOSA Y NO SE HACE ADECUADAMENTE  
PREOPERATORIO

## Paciente N° 2



FOTOGRAFIA QUE MUESTRA RESULTADO POSTOPERATORIO  
A UNA SEMANA



VISTA CON EL OJO CERRADO. LA OCLUSIÓN PALPEBRAL  
MEJORÓ OSTENSIBLEMENTE, PERO AUN NO SE REALIZA  
ADecuADAMENTE.

Paciente N° 2



FOTOGRAFIA DE AMBOS OJOS. AUN OBSERVAMOS LA  
CONJUNIVITIS IRRITATIVA Y EDEMA DEL PÁRPADO  
UNA SEMANA DE EVOLUCION POSTOPERATORIA



FOTOGRAFIA DE AMBOS OJOS DONDE VEMOS EL CIERRE  
PALPEBRAL.

## Paciente N° 2



FOTOGRAFIA CON RESULTADOS POSTOPERATORIOS DE  
UN MES DE EVOLUCION.



CON LOS OJOS CERRADOS CORROBORAMOS EL CIRRE  
PALPEBRAL EL CUAL SE REALIZA YA SATISFACTORIAMENTE

Paciente N<sup>o</sup> 2



VISTA DE AMBOS OJOS A UN MES DE EVOLUCION  
POSTOPERATORIA.



FOTOGRAFIA CON CIERRE PALPEBRAL SATISFACTORIO

Paciente N° 2



FOTOGRAFIA CON RESULTADOS A UN AÑO DE EVOLUCION  
POSTOPERATORIA. NO HAY SIGNOS DE CONJUNTIVITIS POR  
IRRITACION. NO EXPOSICION CONJUNTIVAL  
ARMONIA ANATOMICA. ESTETICA Y FUNCIONAL



FOTOGRAFIA CON LOS OJOS CERRADOS OBSERVANDO UNA  
ADECUADA OCLUSION PALPEBRAL.

## Paciente N° 2



FOTOGRAFIA DE AMBOS OJOS.

UN AÑO Y DOS MESES DE EVOLUCION



CIERRE PALPEBRAL ADICUADO COMPARADO CON EL  
OJO CONTRALATERAL

UN AÑO Y DOS MESES POSTOPERATORIO

## Paciente N° 2



Preoperatorio



Postoperatorio

UN AÑO Y DOS MESES

## Resultados.

### CORTO PLAZO. ( 1 semana )

- Se presentó lagofthalmos temporal por edema de párpado.  
( que se resolvió a la 2ª semana )
- Oclusión parcial del cierre palpebral.

### MEDIANO PLAZO. ( 1 mes )

- Disminución de conjuntivitis irritativa.
- Disminución de epífora.
- Sin exposición conjuntival.
- Oclusión total en el cierre palpebral.

### LARGO PLAZO. ( 1 año )

- Desaparición de la conjuntivitis irritativa.
- Total restitución estético-funcional y anatómica.

**CONCLUSIONES.**

1. CORRIGE EL ECTROPION MEDIANTE LA REPOSICION ARMONICA DE LOS TEJIDOS UTILIZANDO SUS PROPIAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS.
2. ES UNA TECNICA DE FACIL REALIZACION.
3. EVITA COMPLICACIONES DE OTRAS TECNICA  
EPIFORA  
CONJUNTIVITIS IRRITATIVA  
EXPOSICION CONJUNTIVAL
4. NO REQUIERE PARA SU REALIZACION DE RESECCIONES O ADICIONES DE TEJIDO.

Discusión.

En base al estudio realizado, sobre el diseño y realización de esta técnica, que es personal, obtuvimos resultados muy satisfactorio, tal vez que no esperabamos, y constatado por los resultados a largo plazo, podemos mencionar que dicho procedimiento tiene resultados semejantes a otras técnicas utilizadas con la salvedad de que en esta operación por nosotros propuesta, no es necesario añadir o reseca tejidos del propio párpado.

El principio físico de una palanca de primer género utilizado por nosotros, y el hecho de tomar solo los elementos anatómicos de párpado es fundamental para considerale como una innovación dentro de la terapéutica de esta patología.

Consideramos que el estudio deberá ampliarse para así tener una mayor precisión en relación a esta enfermedad y así poder considerarla abiertamente como una opción más dentro del armamentario del Cirujano Plástico y Reconstructivo en la corrección de ectropión del párpado inferior.

### Resumen del proyecto.

Se propone en este trabajo una alternativa nueva en el tratamiento de el ectropión, en base a un estudio clínico, el autor desarrolla una nueva técnica quirúrgica, para manejar esta patología, que se presenta con relativa frecuencia en la práctica clínica del Cirujano Plástico.

Este estudio se realizó en los Hospitales de los Servicios de Salud del D.D.F. "Dr. Ruben Leñero ", "Xoco" y el Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua" Durante los meses de Agosto de 1991 hasta Enero de 1993.

Aunque existan técnicas descritas, en este estudio clínico se plantea una posibilidad fundamentada en leyes físicas, aplicadas a las estructuras anatómicas que constituyen el párpado. Este fundamento esta basado en una palanca de primer género la cuál se caracteriza por tener su punto de apoyo entre el sitio de aplicación de una fuerza y el sitio de la resultante. Donde la fuerza aplicada se traspole a la porción del borde inferior a todo lo largo del tarso inferior y que se unirá a el músculo orbicular que será el sostén de esa fuerza. El punto de apoyo, la adhesión de la cara posterior del tarso a la conjuntiva y la resultante se refleja al borde distal del párpado.

Se realizó esta cirugía en dos pacientes los cuales tuvieron seguimiento por más de un año, evaluando los resultados a corto, mediano y largo plazo, donde obtuvimos alteraciones palpebrales propias del postoperatorio inmediato como lagofthalmos y cierre parcial de la oclusión palpebral, resolviendose este el cabo de dos semanas. Los resultados a mediano (1 mes) y largo plazo (1 año), fueron muy satisfactorios resolviendose las complicaciones acompañantes como la conjuntivitis irritativa y lo más importante, la resolución en su totalidad del ECTROPION desde todos los puntos de vista. anatómico, funcional y estético.

## Bibliografia

- 1 . BENDER RS; FRUEH BR. INVOLUTIONAL ECTROPION: A REVIEW OF THE MANAGEMENT. OPHTHALMIC SURGERY 1987 FEB.; 18(2):136-9
- 2 . BOSNIAK S; SACHS ME; SMITH BC. RECONSTRUCTION OF THE HORIZONTAL PALPEBRAL APERTURE AFTER FAILED ECTROPION SURGERY WITH TEMPORAL MIGRATION OF PUNCTUM. OPHTHALMIC, PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY 1985; 1(4); p 277-81
- 3 . CARRAWAY A; MELLOW CG. THE PREVENTION AND TREATMENT OF LOWER LID ECTROPION FOLLOWING BLEPHAROPLASTY. PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY. 1990, JUN.; 85(6); 971-81
- 4 . DOSS RP; CONN H; TENZEL DP. CICATRIZAL ECTROPION IN LAMELLAR ICTHYOSIS OPHT. PLAST. RECONST. SURG. 1990;6(1); 38-41
- 5 . DRYDEM RM; EDELSTEIN JP. LATERAL PALPEBRAL TENDON REPAIR FOR LOWER EYELID ECTROPION. OPHT. PLAST. RECONST. SURG. 1988;4(2);115-8
- 6 . EDELSTEIN JP; DRYDEN RM. MEDIAL PALPEBRAL TENDON REPAIR FOR MEDIAL ECTROPION OF DE LOWER EYELID. OPHT.PLAST.RECONST.SURG.1990;6(1);28-37
- 7 . HORNBLASS A.; KASS LG. SURGICAL CORRECTION OF ECTROPION AND ENTROPION IN THE SAME LID. PLAST. RECONST. SURG. 1988 FEB.;81(2); 261-3
- 8 . KRISTAN RW; STASIOR OG. INTRACANALICULAR FULL-THICKNESS TRANSVERSE BLEPHAROTOMY FOR MEDICAL ECTROPION. OPHT.PLAST.RECONST.SURG. 1987 3(3); 127-9
- 9 . LEVIN ML; LEONE CR. BIPEDICLE MYOCUTANEOUS FLAP REPAIR OF CICATRIZAL ECTROPION. OPHT.PLAST.RECONST.SURG. 1990; 6(2); 119-21
10. MELTZER MA. MEDICAL ECTROPION REPAIR. A NEW PROCEDURE. OPHT.PLAST. RECONST.SURG. 1989; 5(3); 182-5

11. NEUHAUS RW. ANATOMICAL BASIS OF "SENILE" ECTROPION. OPTH.PLAST.REC. SURG. 1985; 1(2); 87-9
12. PARKASH S. THE USE OF PREPUTIAL SKIN TO REPLACE CONJUNCTIVA AND TO CORRECT ECTROPION. BRITISH J.PLAST. SURG. 1982 ABRIL; 35(2); 206-8
13. PUTTERMAN AM. COMBINED Z-PLASTY AND HORIZONTAL SHORTENING PROCEDUR FOR ECTROPION. AM.JOURN.OF OPHTALM. 1980 ABRIL; 89(4); 525-30
14. REES TD. PREVENTION OF ECTROPION BY HORIZONTAL SHORTENING OF THE LOWER LID DURING BLEPHAROPLASTY. ANN.PLAST.SURG. 1983 JUL.; 11(1); 17-
15. SCHMIDT I; LEIPERT KP; FELLBAUM C. TARSUS-PLASTY WITH CHONDROPLASTY FORTSCHR-OPHTALMOLOGY 1991; 88(3); 279-82
16. SILVERSTONE P. HISTORY OF SURGERY FOR INVOLUTIONAL ECTROPION. ADV. OPHTALMIC.PLAST.RECONST.SURG. 1986; 5; 97-123
17. SULLIVAN IJ; COLLIN JR. MEDICAL CANTHAL RESECTION: AN EFFECTIVE LONG-TERM CURE FOR MEDIAL ECTROPION. BRITH.J.OF OPHTALM. 1991 MAYO; 75(5) 288-91
18. TENZEL RR. COMPLICATIONS OF BLEPHAROPLASTY:ORBITAL HEMATOMA,ECTROPION AND SCLERAL SHOWL. CLIN.PLAST.SURG. 1981 OCT.; 8(4); 797-802
19. TSE DT; KRONISH JW; BLUS D. SURGICAL CORRECTION OF LOWER EVELID TARSAL ECTROPION BY REINSERTION OF THE RETRACTORS. ARCH.OF OPHTALM. 1991 MARZO; 109(3); 427-31
20. VAN DER MEULEN JC. RADICAL CORRECTION OF SENILE ENTROPION & ECTROPION PLAST.RECONST.SURG.; 1983 MARZO; 71(3); 318-25
21. VICTOR WH; HURWITZ JJ. CICATRIZAL ECTROPION FOLLOWING BLEPHAROPLASTY TREATMENT BY TISSUE EXPANSION. CAN.JOUR.OPHTALM. 1984 DIC.; 19(17)317/9