



11211 20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:
DR. JHON CÉSAR GÓMEZ FLÓREZ

RESIDENTE DEL 3ER AÑO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
ASESORES

DR. JAVIER CARRERA GÓMEZ

MAESTRO TITULAR DEL CURSO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

DR. EDUARDO GUTIÉRREZ SALGADO

MAESTRO ADJUNTO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
Y RECONSTRUCTIVA

DR. LUIS E. RAMOS DURÓN

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

MÉXICO, D F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002 1



Universidad Nacional
Autónoma de México

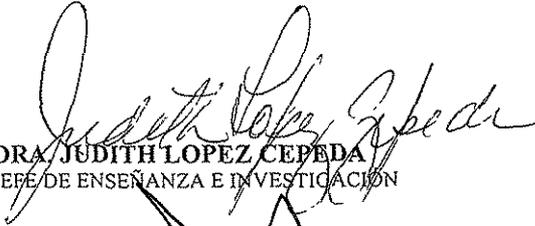


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

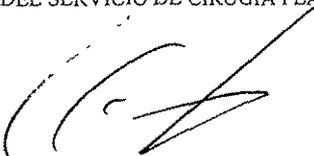
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

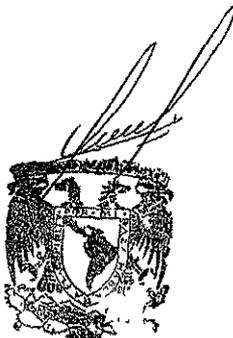

DRA. JUDITH LOPEZ CEPEDA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION


DR. JAVIER CARRERA GÓMEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
ASESOR DE TESIS


DR. EDUARDO GUTIERREZ SALGADO
MAESTRO ADJUNTO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA


DR. LUIS ERNESTO RAMOS DURON
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA


DR. JESÚS ARTURO C. BALLERO HERMOSILLO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M**



AGRADECIMIENTOS

A Dios que en todas épocas ha sido mi amparo

A mis maestros

Dr. Javier Carrera Gómez

Dr. Eduardo Gutierrez Salgado

Dr. Luis E. Ramos Durón

Dra. Teresita Silva

Dr. Cuauhtémoc Márquez

Por haber guiado mi formación quirúrgica

A mi hijo Angel David orgullo de mi vida y motivo de mi esfuerzo

A mis padres Oscar y Amanda por su cariño y estímulos continuos

A mis hermanos por su comprensión y apoyo en todo momento

A Alejandra por el amor y la confianza que me ha brindado

A todos mis compañeros por haber compartido su amistad, tiempo y experiencia

Gracias

INDICE

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

MARCO TEORICO

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

HIPÓTESIS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Se han descrito muchos procedimientos para el tratamiento de ptosis palpebral congénita. La técnica que presentamos en este artículo consiste en un colgajo muscular del orbicular en su porción preseptal y dividido en tres segmentos, manteniendo su viabilidad y fijándolos al músculo frontal. De esta manera podemos obtener una elevación dinámica del párpado superior en los casos de ptosis palpebral congénita sin función del músculo elevador.

Un número de cinco pacientes con ptosis palpebral congénita a quienes se les confirmó distrofia aislada del músculo elevador unilateral o bilateral, que afectan la contracción y relajación de las fibras fueron operados con esta técnica observándose buenos resultados postoperatorios.

Palabras claves: Blefaroptosis, colgajo del músculo orbicular, suspensión frontal

SUMMARY

Many procedures have been described for the treatment of congenital eyelid ptosis. The technique we describe, consists on an orbicular muscle flap in their preseptal portion and dividing it in three segments, maintaining their viability and fixing them to the frontal muscle. This way we can obtain a dynamic elevation of the superior lid in the cases of congenital eyelid ptosis without function of the elevator muscle.

A number of five patients with congenital eyelid ptosis were confirmed with isolated dystrophia of the elevator muscles that affect the contraction and relaxation of the fibers, were operated with this technique being observed good postoperative results.

Keywords: Blepharoptosis, orbicular muscle, front suspension

INTRODUCCIÓN

Como es bien conocido a través de estudios anatómicos y publicaciones, el músculo frontal tiene una fascia que se conecta con el músculo orbicular en la región de la ceja.¹

El párpado superior es una estructura compleja con importantes componentes anatómicos en un espacio pequeño. El músculo orbicular está dividido en tres porciones pretarsal, preseptal y orbitaria, innervado por el VII par craneal y actúa voluntariamente en el cierre del párpado superior.

El septum orbital es una capa fibrosa debajo del músculo orbicular que se extiende del perostio del Rin orbital hasta fusionarse con la aponeurosis del músculo elevador de 2 a 3mm por encima de la placa tarsal. El complejo elevador incluye el músculo elevador del párpado y la aponeurosis fibrosa distal. El elevador está innervado por el III par craneal y actúa voluntariamente levantando el párpado superior.

El músculo de Müller es un músculo no estriado con innervación simpática y su función primaria es mantener el tono del párpado superior, puede producir 1 a 2mm de elevación del párpado superior en completa estimulación y permitir un cierre adicional cuando el párpado está relajado.^{1,2}

Se define el término Blefaroptosis o ptosis palpebral como el nivel anormalmente bajo del párpado superior durante la mirada directa hacia adelante, este signo sugiere que en posición de reposo el párpado superior está más bajo que lo normal e interfiere con el campo visual.

El tratamiento de la Blefaroptosis esta basado en la aplicación de diversos procedimientos para su corrección. relacionado con el grado de ptosis , la función del músculo elevador del párpado y la del músculo frontal (Tabla 1)

Cuando la función del músculo elevador es superior a 10 mm y el grado de ptosis es mínimo o inferior a 2 mm se puede utilizar con buenos resultados las operaciones de Fasanelia -Scrvat o sus modificaciones. ³

Cuando hay buena función del elevador y el grado de ptosis es mayor a 2 mm e inferior a 4 mm se obtienen los mejores resultados si se explora la aponeurosis del elevador para luego proceder a su avance, plegamiento o reaproximación ⁴ Cuando la función del elevador es débil (4 a 10 mm) se utilizan ascenso del elevador. ⁵ Y cuando la función del elevador es menor a 4 mm se utiliza la técnica de suspensión frontal ⁶

Por décadas, la suspensión frontal ha sido la técnica más popular cuando la función del músculo elevador es menor a 4 mm, sin embargo la suspensión frontal con injerto Autólogo de fascia lata^{7,8}, palmar menor ⁹, sutura no absorbible o malla de mersilene ¹⁰ , han mostrado desventajas, tales como incremento de la morbilidad en el sitio donador, cierre incompleto del párpado durante el sueño, ptosis en mirada hacia arriba y lagofthalmos en mirada hacia abajo . ^{11,12}

El trasplante directo del músculo frontal al tarso ha sido realizado para Blefaroptosis severa ^{13,14} , pero este procedimiento ha mostrado desventajas , tales como pérdida de las arrugas frontales, dificultad técnica, depresión de la frente y sobre corrección ¹⁵

ANTECEDENTES

El tratamiento de la blefaroptosis esta basado en la aplicación de diversos procedimientos para su corrección, en concordancia con el grado de ptosis, y la función del músculo elevador del párpado y el músculo frontal

Numerosos tratamientos han sido descritos para la corrección de la ptosis, tales como la operación de Fasanella – Servat (3), la cirugía de la aponeurosis (4), el ascenso del elevador (5) y el procedimiento de suspensión frontal transconjuntival.(6)

Por décadas la suspensión frontal ha sido la más popular cuando la función del músculo elevador es menor a 4 mm, sin embargo la suspensión frontal con injerto autógeno de fascia lata (9,10), palmar menor (11), sutura inabsorbible o malla de mersilene (12), han mostrado desventajas, tales como el incremento de la morbilidad en el sitio donador, incompleto cierre del párpado durante el sueño, ptosis en mirada hacia arriba y lagofタルmo en mirada hacia abajo (11,12)

El transplante directo del músculo frontal al tarso ha sido realizado para la corrección de blefaroptosis severa, (13,14) pero este procedimiento ha mostrado desventajas, tales como la pérdida de las arrugas, dificultad técnica, depresión en la frente y sobrecorrección (15,16)

Como esta bien conocido a través de estudios anatómicos y publicaciones el músculo frontal tiene una fascia que se conecta con el músculo orbicular en la región de la ceja (1)

La separación de colgajos del músculo orbicular con fijación al músculo frontal, nos puede permitir una adecuada corrección de la ptosis.

MARCO TEORICO

- Planteamiento del Problema

La ptosis palpebral sin función del músculo elevador representa una dificultad terapéutica

Numerosos procedimientos han sido descritos para la corrección de la blefaroptosis, pero es muy difícil obtener un resultado satisfactorio en casos severos

Las técnicas utilizadas en la actualidad presentan inconvenientes en cuanto al material utilizado para la suspensión el cual debe ser fácilmente accesible, permanente y debe producir poca reacción. Además se reportan un gran número de complicaciones.

La corrección de la ptosis palpebral con nula función del elevador es un procedimiento realizado con tejido autólogo, de fácil realización en manos experimentadas y de pocas complicaciones

JUSTIFICACION

Las técnicas que se han utilizado para corregir la ptosis palpebral presentan inconvenientes en cuanto al material utilizado para la suspensión por el costo y dificultad de obtención de los materiales aloplásticos y por las complicaciones que se presentan cuando estos se utilizan.

Cuando la reparación es con injertos de tendón o fascia se presentan desventajas por la morbilidad en el sitio donador.

Por lo anterior el planteamiento es realizar la corrección con tejidos autólogos locales

OBJETIVOS

- Mostrar una nueva técnica para la corrección de Ptosis palpebral congénita con función del músculo elevador menor a 4 mm
- Demostrar que el músculo orbicular puede ser donador muscular o movilizado en segmentos para realizar una suspensión dinámica.

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula. El músculo orbicular del párpado superior es un donador seguro como medio de suspensión dinámica para corregir la ptosis palpebral congénita, y es un procedimiento que brinda resultados satisfactorios y un bajo índice de complicaciones

Hipótesis alterna El músculo orbicular del párpado superior no es un donador seguro como medio de suspensión dinámica para corregir la ptosis palpebral congénita, tampoco es un procedimiento que brinda resultados satisfactorios y un bajo índice de complicaciones

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio clínico, transversal en el departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, de marzo del 2001 a julio 2002

Se incluyeron en el estudio cinco pacientes con diagnóstico de ptosis palpebral congénita con pobre función del músculo elevador, se descartaron todos los pacientes que presentaban tratamiento quirúrgico previo o aquellos que tenían una función mínima o moderada del músculo elevador.

Todos los pacientes fueron sometidos a la técnica quirúrgica que se describirá a continuación

TÉCNICA

- 1) Se realiza marcaje de la línea de incisión a nivel del borde cefálico del tarso, de 8 a 10 mm del borde libre del párpado superior en caso de ptosis bilateral o a la altura del pliegue supratarsal tomando como referencia el lado sano en casos de ptosis unilateral. Se marcan las líneas de referencia a nivel de los bordes esclerocorneal medial, esclerocorneal lateral y la pupila para las incisiones supraciliares (Fig 1)
- 2) Se realiza despegamiento moderado hasta visualizar la porción preseptal del músculo orbicular en toda su extensión y se hace el marcaje de los tres colgajos a utilizar (Fig 2)
- 3) Se tallan tres colgajos musculares de la porción preseptal del músculo orbicular, dos laterales y uno medial. El colgajo medial se libera hasta el borde esclerocorneal medial y los laterales, el superior se libera medialmente hasta el nivel de la pupila y el inferior

hasta el borde esclerocorneal lateral. Posteriormente se realiza miorrafia del musculo orbicular remanente

4) Se realizan tres incisiones cutáneas supraciliares perpendiculares a las líneas de referencia esclerocorneal medial y lateral y a la línea pupilar y mediante tunelización del espacio subcutáneo palpebral se rotan los colgajos

5) Se da la tracción necesaria a cada colgajo de acuerdo al grado de ptosis, dejando libre el limbo esclerocorneal con una sobre corrección de 1mm, posteriormente se fijan los colgajos al músculo frontal con sutura no absorbible (Fig. 3)

Se realiza sutura del párpado fijando la dermis al musculo orbicular para simular el pliegue tarsal

6) Cuidados postoperatorios: Ojo ocluido por 24 horas, antimicrobianos profilácticos, y analgésicos, Retiro de sutura cutánea en 5 días

RESULTADOS

La técnica propuesta, basada en colgajos del músculo orbicular y fijación al músculo frontal para corrección de la Blefaroptosis con pobre función del músculo elevador ha producido buenos resultados, todos los pacientes obtuvieron una corrección satisfactoria y en ella la función del músculo orbicular y frontal estuvo conservada, hubo menos de 1 mm de asimetría en la altura del margen del párpado superior en casos unilaterales y menos de 2mm debajo del borde superior del limbo en la posición primaria en casos bilaterales

La apertura y cierre de la fisura palpebral fue normal en todos los pacientes. La pupila quedó descubierta en posición primaria, y se mantuvo simetría de las cejas en todos los casos

El seguimiento se ha realizado en un período con un rango de 6 a 24 meses con un promedio de 15 meses (Fotos 1,2)

DISCUSIÓN

El tratamiento de la ptosis palpebral congénita sin función del músculo elevador representa una dificultad terapéutica ¹⁶

Numerosos procedimientos se han descrito para la corrección de la Blefaroptosis pero es muy difícil obtener un resultado satisfactorio en casos severos. La resección del músculo elevador está limitada a casos de ptosis de leve a moderada ^{3,4}

El tratamiento más popular y efectivo en ptosis severa ha sido el procedimiento en el cual se usa la acción del músculo frontal ¹³⁻¹⁵. La suspensión frontal introducida por Wrygh fue popularizada por Crawford ⁵ y numerosas modificaciones han sido realizadas en las dos técnicas y materiales desde entonces ⁶. El material usado para la suspensión debe ser sumamente accesible, permanente y que produzca poca reacción. La fascia autógena y el uso directo del músculo frontal cumplen con este criterio ⁷⁻¹²

Está bien demostrado que los procedimientos utilizados para la corrección de ptosis severa presentan ciertas desventajas como Incremento de la morbilidad en el sitio donador cuando se utiliza injerto autógeno de fascia lata o palmar menor ⁷⁻⁹, exposición de material aloplástico cuando se utiliza malla de mersilene, o algún otro material ¹⁰. Cierre incompleto del párpado durante el sueño, ptosis en mirada hacia arriba y lagofthalmos en mirada hacia abajo complicaciones reportadas en suspensión dinámica ^{11,12}. Pérdida de arrugas, dificultad técnica, depresión de la frente ^{13,14}, sobre corrección ^{15,16}, Lesión del paquete neurovascular supraorbitario, complicaciones descritas cuando se utiliza transplante directo del músculo frontal al tarso ¹⁷⁻¹⁹

CONCLUSIONES

La técnica propuesta basada en colgajos del músculo orbicular fijados al músculo frontal para la corrección de ptosis palpebral severa en nuestro servicio ha producido buenos resultados. Constituye un procedimiento simple y seguro realizado a través de incisiones mínimas, con las siguientes ventajas: Suspensión dinámica realizada con tejido autógeno viable que preserva la función de los músculos frontal y orbicular, siendo ajustable por la tracción, tensión y fijación de acuerdo al grado de ptosis.

Con esta técnica se consiguió una adecuada corrección de la ptosis, con una buena excursión y cierre palpebral y se mantuvo simetría de las cejas en todos los casos.

Por lo que consideramos cumple con los objetivos del tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Tien – Hsing Chen, MD Jui-Yung Yang, MD Refined Frontalis Fascial Sling with proper lid Crease Formation for blepharoptosis . Plastic Reconstr Surg 1997. 99-34
- 2 Knize DM. An anatomically based study of mechanism of eyebrow ptosis Plast reconstr Surg 1996, 97 1321|-33
- 3 Beard C Ptosis, 3d Ed St. Louis · Mosby , 1981
- 4 Shovlin JP. The aponeurotic approach for the correction of blepharoptosis Int Ophthalmol Clin 1997,37 133-50
5. Carraway JH, Vincent MP Levator advancement technique for eyelid ptosis. Plastic Reconstr Surg. 1986; 77 394-402
- 6 Loff HJ ; Wobig JL; Dealey RA Transconjunctival frontalis suspension : a clinical evaluation. Ophtal Plast Reconstr Surg 1999 , 15 (5) 349-54
- 7 Crawford Js Use of fascia lata in the correction of ptosis Adv Ophtal Plast Reconstr Surg 1982; 1 . 221-36
8. Easmaeli B , Chung H, Pashby RC. Long-term results of frontalis suspension using irradiated , banked fascia lata Ophtal Plast Reconstr Surg 1998 , 14 159-63
- 9 Lam DS , Ng JS, Cheng GP Autogenous palmaris longus tendon as frontalis suspension material for ptosis correction in children Am J Ophthalmol 1988; 126(1) 109-115
- 10 Lam DS, Gandhi SR, Ng JS Early correction of severe unilateral infant ptosis with the mersilene mesh sling Eye 1997 , 11 806-9

- 11 Park DH, Ahn KY, Han DG, Baik BS. Blepharoptosis repair by selective use of superiorly based muscle flap *Plast Reconstr Surg* 1998 , 101; 592-603
12. Baik BS Lee JH. Cho BC Severe blepharoptosis. correction by orbicularis oculi muscle and orbital septum resection and advancement *Ann Plast Surg* 1998, 40· 114-22
13. Byun JS, Cho BC , Baik BS. Correction of congenital blepharoptosis using frontalis myofacial flap *Korean J Plast Reconstr Surg* 1991 , 18. 114-23
14. Han K . Kang J Tripartite frontalis muscle flap transposition for blepharoptosis *Ann Plast Surg* 1993, 39 224-32
- 15 Song R, Song Y Treatment of blepharoptosis · Direct transplantation of the frontalis muscle to the upper eyelid *Clin Plast Surg* 1982 . 18 114-23
16. Berke, R.N Complication in ptosis Surgery La R.M. Fasanella (Ed). *Complications in Eye Surgery Philadelphia: Saunders, 1965 Pp 75-109*
- 17 C.-C- Tsai. Use of orbicularis oculi muscle flap for undercorrected blepharoptosis with previous frontalis suspension *Brithus Journal of Plastic Surgery* 2000, 53, 473-76
- 18 Lee CK, Yang JY The correction of congenital Blepharoptosis using frontalis muscle transfer without vertical incision . *Korcan J Plast Reconst Surg* 1992, 19 57-9
- 19 Goldey SH, Baylis HI, Glodberg RA Frontalis muscle flap advancement for correction of blepharoptosis *Ophthal Plast reconstr Surg*-200,16:83-93

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE -----

CEDULA -----

EDAD -----

SEXO -----

YO ----- EN PLENO USO
DE MIS FACULTADES MENTALES AUTORIZO AL DR(A)-----
----- A SU MEDICOS O A QUIENES CONSIDEREN PERTINENTE PARA QUE SE ME
PRACTIQUEN EL O LOS ESTUDIOS SIGUIENTES -----

----- ENTIENDO QUE DURANTE LA PRACTICA DE LOS
PROCEDIMIENTOS CUYA REALIZACIÓN CONSIENTO, PUEDAN PRESENTARSE IMPREVISTOS
QUE REQUIEREN TRATAMIENTO, POR CONSIGUIENTE AUTORIZO A QUE SE ME PRACTIQUE
CUANTO EXAMEN O PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO QUE SE ME
REQUIERAN, IGUALMENTE DOY MI CONSENTIMIENTO

SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA DE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y
QUIRÚRGICOS QUE SE ME PRACTICARAN Y LOS RIESGOS INHERENTES, ASI COMO EL
ALCANCE DE ESTA AUTORIZACIÓN

ENTIENDO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO Y CONFORME EL MISMO LO
FIRMO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, D F A ----- DE ----- DE-----

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE -----

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE -----

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE PEMEX
PERIFÉRICO SUR 40-91 3ER PISO , SERVICIO DE CIRUGÍA PLASTICA RECONSTRUCTIVA

TABLA I CLASIFICACION DE PTOSIS Y FUNCION DEL ELEVADOR

Clasificación de la Ptosis		Función del elevador	
Leve	1-2 mm	Excelente	13-15 mm
Moderada	3 mm	Buena	8 mm
Severa	4 mm	Mínima	5-7 mm
		Pobre	2-4 mm

TABLA 2 RESULTADOS.

Pacientes	Función del elevador preoperatorio	Función del elevador postoperatorio	Apertura total	Ganancia
N 1 Fem 3 años	4 mm	10 mm	12 mm	8 mm
N 2 Masc 7 años	3 mm	8 mm	10 mm	7 mm
N 3 Fem 10 años	3 mm	8 mm	10 mm	7 mm
N 4 Masc 11 años	4 mm	10 mm	12 mm	8 mm
N 5 Fem 15 años	3 mm	8 mm	10 mm	7 mm

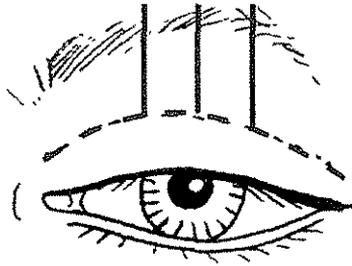


Figura 1: marcaje de las líneas de referencia a nivel de los bordes esclerocorneal medial, esclerocorneal lateral, y la pupila para las incisiones supraciliares

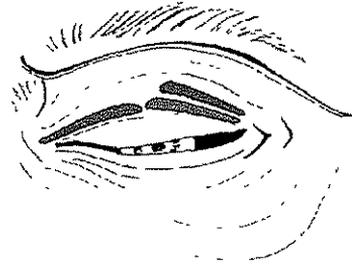


Figura 2: marcaje de los tres colgajos en la porción preseptal del músculo orbicular.



Figura 3. Fijación frontal de los tres colgajos



Foto 1 Preoperatorio y postoperatorio a los 6 meses de paciente femenino de 6 años de edad con ptosis palpebral congénita izquierda



Foto 2 Preoperatorio y postoperatorio al año de paciente masculino de 11 años de edad con ptosis palpebral congénita izquierda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN