



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**

**BLEFAROPLASTÍA: ANÁLISIS DE 30 CASOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LOS AÑOS 2014-2017,
TÉCNICAS Y SATISFACCIÓN POSTERIOR**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A

DR. OSCAR EDUARDO FLORES WOODS R4CPR

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANABEL VILLANUEVA MARTÍNEZ



Ciudad de México, Febrero de 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

HOJA DE FIRMAS

DRA. MARIA DEL CARMEN CEDILLO PÉREZ
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE POSGRADO

TUTOR: DRA. ANABEL VILLANUEVA MARTÍNEZ
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

INDICE

• RESUMEN	4
• AGRADECIMIENTOS	6
• INTRODUCCIÓN	7
• MARCO TEÓRICO	11
• JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
• OBJETIVO GENERAL	16
• OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
• MÉTODOS	17
• CONSIDERACIONES ÉTICAS	19
• PLAN DEL ANÁLISIS ESTADISTICO	20
• DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	22
• RESULTADOS	23
• DISCUSIÓN	24
• CONCLUSIONES	26
• ANEXOS (CUADROS Y FIGURAS)	28
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

RESUMEN

La blefaroplastia es considerada una de las cirugías con mayor auge en la actualidad en cuanto a cirugía estética facial, sus técnicas de han evolucionado y se han popularizado por una mayor aceptación social. Se pueden considerar diversos abordajes para la realización de este procedimiento, teniendo en cuenta las características clínicas del paciente. En la selección de las opciones quirúrgicas se debe considerar tanto la técnica como una inconformidad específica y los resultados de satisfacción posterior a dicho procedimiento.

Objetivos: Analizar técnicas más frecuentes para la realización de blefaroplastia en el Hospital General de México. Determinar las técnicas quirúrgicas utilizadas para la realización de blefaroplastia en el Hospital General de México. Determinar resultado de satisfacción a 6 meses posterior al procedimiento quirúrgico. Correlacionar el grado de satisfacción con la técnica utilizada.

Material y Métodos: Este trabajo se considera retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional. El tamaño de muestra se consideraron los expedientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y que obran en el archivo del servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital General de México en los años de 2014-2017, cuyo número fue de 30 pacientes de los que se obtuvieron los datos demográficos, diagnósticos iniciales, cirugía programada y realizada, evolución clínica y seguimiento a 6 meses posterior a su egreso hospitalario, mediante el expediente clínico.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes de los cuales 25 fueron mujeres y 5 hombres. Se observó que el 14.7% de los pacientes mostraron comorbilidades en su mayoría metabólicas, así como el 93.3% presentaba un antecedente de cirugía previa de cualquier índole.

La técnica más frecuente fue el abordaje subciliar, obteniendo resultados de satisfacción del 53.3 % en la cirugía de los cuales se tuvo seguimiento 6 meses posterior al procedimiento, se obtuvo un grado de satisfacción de acuerdo a la una encuesta de satisfacción que se aplicó a todos los pacientes con la finalidad de obtener datos que mostraran el nivel de satisfacción posterior a la cirugía.

Conclusiones: Es importante considerar las características clínicas del envejecimiento facial. La blefaroplastia continúa siendo uno de los procedimientos más solicitados para corregirlos. Conocer las técnicas más utilizadas y aplicarlas en los pacientes que cumplan con los requisitos necesarios nos permite generar resultados satisfactorios a mediano y largo plazo. La casuística de las diversas intervenciones recopiladas en el Hospital General de México, tiene características similares a la reportada por la literatura internacional, aunque es escasa. Se puede considerar a la presentada, como una de las más grandes.

Palabras clave: Blefarochalasis, Blefaroplastía, Dermatocalasia

AGRADECIMIENTOS

He aquí la oportunidad de expresar mi más inmensa y sincera gratitud a todos los que contribuyeron a la realización de esta investigación, gracias a cada una de estas personas fue posible culminar este trabajo.

Muy especialmente agradezco a mi padre José de Jesús y a mi madre Ana Isabel, que desde muy pequeño me inculcaron con ejemplo y amor la virtud de lograr todas mis metas, con insistencia y ejemplo el valor de la formación académica y de los placeres que sólo el conocimiento otorga al cultivo del alma.

Con todo mi amor agradezco a mi esposa Gabriela y mi hijo Nicolás, por su apoyo y entrega incondicional, por invitarme con su ejemplo a la superación constante, por caminar a mi lado con fortaleza y por crecer junto a mí.

A mis hermanos y resto de mi familia, por alentarme día con día a alcanzar el éxito.

A mis maestros, que sin su orientación y enseñanzas no estaría a punto de culminar ésta etapa.

A mis compañeros, que con su apoyo y convivencia día a día hicieron más fácil concluir esta etapa.

A mis pacientes, que sin ellos sería imposible llevar a cabo mi práctica profesional día con día.

A Dios, que sin Él no podría estar donde estoy ahora.

INTRODUCCIÓN

La blefaroplastia es una de las cirugías estéticas más comunes que se realiza en la actualidad, ya sea para fines funcionales o estéticos. Los cambios en el párpado inferior y en la parte media de la cara son con frecuencia las primeras quejas estéticas de un paciente envejecido. Un complejo juvenil de párpados es clásicamente clasificado en la lista de perfiles ⁴.

Se trata de un procedimiento quirúrgico que tendrá como objetivo la remodelación del párpado ya sea superior o inferior; esto se logra mediante la reposición o excisión de tejido cutáneo y/o muscular y en ocasiones la grasa orbitaria ⁴. Dicho procedimiento es considerado una cirugía ambulatoria y así mismo la recuperación del paciente llega a ser rápida, sin embargo, los resultados y la satisfacción del paciente debe ser valorada meses después de la cirugía para valorar los resultados finales.

En el Hospital General de México, en el servicio de Cirugía Plástica se tiene práctica de la blefaroplastia desde 1998 con registro por lo que es importante recordar que técnicas son las más utilizadas en este hospital.

La blefaroplastia del párpado superior o inferior es la técnica quirúrgica que conlleva la resección variable, en función del paciente y del cirujano, del tejido cutáneo redundante, parte del músculo orbicular, septum y grasa preaponeurótica ⁶.

Existen distintas técnicas que a lo largo del tiempo han sido modificadas para evitar las complicaciones y disminuir el tiempo de recuperación en los pacientes; por lo que se describirán los abordajes más utilizados en el Hospital General de México.

Para realizar eficazmente la blefaroplastia con párpado inferior, un cirujano debe ser consciente de las indicaciones, tratamientos alternativos, consideraciones preoperatorias, técnicas operatorias y complicaciones asociadas y manejo. Es

necesario para aclarar las ventajas de la transcutánea versus los enfoques quirúrgicos transconjuntivales, así como reposicionamiento y aumento de la grasa, y las poblaciones pueden beneficiarse más de estos tratamientos ¹¹.

En el caso de la blefaroplastia inferior se debe tomar en cuenta la valoración preoperatoria en donde podremos encontrar herniación grasa e hipertrofia muscular, en cuanto a la prueba del pinzamiento no será muy útil en estos casos tanto como en la blefaroplastia superior, si el diagnóstico fundamental es el exceso de piel se puede optar por un abordaje transcutáneo en donde se realiza marcado de una línea subciliar a 1 o 2 mm de las pestañas, se procede a la disección del colgajo miocutáneo inferior, desde el lagrimal al relieve orbitario externo. Es necesario conservar una parte del músculo orbicular pretarsal e incluyendo el músculo orbicular. A continuación, tras la apertura del septum orbitario desde la zona externa a la interna, se presiona sobre el párpado superior y así conseguimos un prolapso de las bolsas cutáneas, para facilitar el ser extirpadas y cauterizadas ⁷. Cuando el músculo orbicular es hipertrófico en la región pretarsal se puede adelgazar o extirpar obteniendo un mejor control del contorno palpebral. Una vez realizados los pasos previos procedemos a reseca el exceso del colgajo miocutáneo previamente disecado. En este paso debemos extirpar sólo el tejido necesario, para ello será valorado mediante tracción superior y externa y de haber una hiperlaxitud horizontal efectuaremos un acortamiento externo, para evitar la aparición de un ectropión. Por último realizaremos un cierre o bien con sutura continua o puntos sueltos con monofilamento no reabsorbible de 6/0 y tras aplicar una pomada ocular (antibiótica y antiinflamatoria) se colocará un apósito y gasas humedecidas ligeramente compresivas.

El abordaje transconjuntival tiene principal aplicación en aquellos pacientes sin exceso cutáneo o muscular, para la resección de acúmulos grasos inferiores, evitando tanto cicatrices como posibles retracciones palpebrales. En esta técnica cuyo acceso es transconjuntival la anestesia local va dirigida a bloquear la conjuntiva del fondo de saco del párpado inferior. En un primer paso, tras la eversión

del párpado inferior, se realiza una incisión en la conjuntiva a nivel del borde inferior del tarso, a continuación, disecamos el plano sobre la fascia capsulo palpebral del músculo orbicular y se abre el septum orbitario, pudiendo proceder a la resección de las bolsas grasas interna, medial y externa. Por último cerraremos la conjuntiva con sutura reabsorbible 6/0 igualmente con sutura continua o puntos sueltos y realizaremos los mismos cuidados que para la blefaroplastia transcutanea. Hay cirujanos que prefieren no suturar la línea de incisión.

Al realizar una blefaroplastia inferior podemos crear una deformidad estética del contorno del párpado al resecarse en exceso las bolsas adiposas. Así la tendencia actual es a realizar de forma primaria o en aquellos pacientes que hayan quedado con secuela, la transposición o reubicación de la grasa subseptal, el paciente con bolsas aisladas de párpado inferior pueden ser tratados por resección de grasa transconjuntival sola ¹², aunque existen numerosas técnicas: unas refieren que una vez liberadas las bolsas inferiores mediales y centrales incidiendo en el arco marginalis se deben anclar desde la fascia capsulo palpebral hasta el periostio del reborde infraorbitario y otras técnicas recientes describen la transposición y anclaje de los pedículos grasos, tras un abordaje transconjuntival, a un bolsillo subperióstico maxilar prefabricado ⁸.

En cuanto a la blefaroplastia superior las indicaciones más comunes para realizar una blefaroplastia del párpado superior, destaca la dermatocalasia o blefarocalasia.

En una primera etapa se realizará la valoración del exceso de tejido cutáneo-muscular, siendo muy importante para verificar este exceso la localización del pliegue palpebral. El trazado inferior de la incisión se sitúa entre 8 y 10 mm del borde libre palpebral, situándose justo por encima del pliegue palpebral si este coincidiese con la línea inferior de la escisión. Habitualmente, para la valoración del exceso de piel y para trazar la línea superior de la incisión, se utiliza “la prueba de pinzamiento”. Para lo cual, con una pinza sin dientes, se van pinzando los tejidos a nivel del surco palpebral, hasta que al tomar el tejido de exceso las pestañas del párpado superior

comiencen a evertirse cuando la pinza se cierre. Debemos tener en cuenta que, en el trazado de la incisión, la anchura debe ir aumentando de un extremo a otro, sin sobrepasar el reborde orbitario externo. A continuación, realizaremos la escisión de la piel, posteriormente se recomienda reseca una porción del músculo orbicular. En un siguiente paso valoraremos el tejido graso a reseca, para ello la disección del septum orbitario proporciona una visión adecuada de las bolsas adiposas medial y horizontal o externa y con una suave presión sobre el globo ocular valoramos la cantidad de grasa orbitaria prolapsada. Rara vez es imprescindible la reconstrucción del surco supratarsal, que viene indicada por ausencia, mal posición o asimetría de éste 8.

MARCO TEÓRICO

La palabra blefaroplastia proviene del griego y se traduce como 'formar párpado'; desde el punto de vista quirúrgico es la restauración del párpado o de una parte de él por medio de la aproximación de la piel inmediata ¹.

La blefaroplastia fue desarrollada por Avicena, Ibn Rashil y Albucasis en Arabia, en el siglo X, lo que pone de manifiesto su importancia para la visión; ellos describieron varias técnicas para párpados superiores. Von Graefe usó por primera vez el término blefaroplastia en 1818 ². Bourguet identificó en 1929 los dos compartimentos de grasa del párpado superior y aconsejó su extracción. Castañares realizó en 1951 una descripción completa de los compartimentos grasos de ambos párpados ³.

En los últimos años las técnicas de blefaroplastia inferior convencionales han creado alta frecuencia de múltiples complicaciones así como inconformidad estética en un gran número de pacientes puesto que se realizaba simplemente la resección grasa , sin tomar en cuenta la reubicación de tejidos, que puedan haber caído de forma estática ⁴ o por una acción dinámica indirecta ⁵; la pérdida de volumen, ya sea óseo, graso o dérmico; o bien el acortamiento de la distancia entre la ceja y el borde ocular superior, motivos por los cuales diversos autores han descrito diferentes técnicas que se han implementado y han sugerido una mejoría estética y una notable disminución en las complicaciones.

Son diferentes los factores tanto externos como internos los que se pueden tener en cuenta, pero siendo los más aceptados la debilidad del septum orbitario, la distensión del músculo orbicular y la flacidez de la piel, factores que individualmente pueden provocar este proceso, pero lo normal es que concurren por lo menos 2 de ellos es decir lo que se conoce como disociación de las estructuras que proveen soporte anterior a la órbita.

Castañares ³ en 1967 describe la hipertrofia del músculo orbicular como otro factor causante de esta deformidad y de La Plaza y Arroyo (1988) consideran que la progresiva distensión de las estructuras de soporte del globo ocular con la edad conllevaría a un descenso del mismo y consiguiente disminución del espacio entre el globo ocular y el suelo de la órbita y proyección de la grasa hacia fuera del espacio orbitario y hundimiento del párpado superior, basados en este criterio aconsejaron retornar la grasa a la cavidad orbitaria y retenerla mediante la sutura con material no reabsorbible de la capsula orbito palpebral al periostio del reborde inferior orbitario.

Antes de efectuar una blefaroplastia se debe realizar una valoración del paciente y del defecto. En este sentido Tenzel (1990) recomienda seguir los siguientes pasos:

- Hablar con el paciente, saber lo que quiere que se le corrija y asegurarse que comprende lo que se puede conseguir es lo que Hinderer (1944) denominó conocer el perfil psicológico del paciente.
- Es necesario realizar una historia clínica y un examen físico
- Es imperativo realizar un adecuado examen oftalmológico y de los anexos oculares un examen superficial de los párpados no es suficiente, se debe realizar examen de agudeza visual, se deben examinar los músculos extraoculares para identificar alguna paresia o parálisis.
- Debe establecerse la presencia o ausencia de película de lágrimas. La prueba de Shimer para ojo seco siendo resultados normales de 15 a 30mm
- Evaluar la elasticidad y tono de los tejidos palpebrales así como el tamaño real y forma del globo ocular y la existencia de asimetrías.
- El estudio fotográfico.
- Condiciones óptimas para realizar el procedimiento.

Normalmente se utiliza anestesia local por infiltración o loco regional por bloqueo nervioso con lidocaína más epinefrina. El marcaje de la piel se debe tener en cuenta los diferentes vectores morfológicos que constituyen la deformación en la de los 4 párpados. Se debe iniciar con el marcaje de los párpados superiores, el marcado

de la elipse inferior se ubica a distancias variables, del borde ciliar de acuerdo con el pliegue natural, que se encuentra por encima del tarso, este pliegue formado por la inserción de las fibras provenientes de la expansión del músculo elevador, se localiza a diferentes distancias en cada paciente y varía de 7 a 12mm en el estudio del paciente se debe establecer la ubicación de esta línea con excepción de los pacientes orientales los cuales carecen de esta línea.

Las marcas para las incisiones en el párpado inferior comienzan en la extensión medial del borde ciliar cruzando hacia fuera en la primera arruga natural por lo general 2 a 3 mm del borde de las pestañas en el canto lateral la marca inferior sigue alguna arruga natural, que se identifica como línea de la sonrisa y que casi siempre sigue en dirección horizontal, o algo angulada en dirección caudal, es importante no transgredir la piel delgada medial del párpado superior ya que puede producir pseudoepicanto el cual es de difícil reparación.

Las incisiones se marcan como antes se menciona y se infiltra el anestésico local, se levanta colgajo musculocutáneo, no sin antes realizar una pequeña incisión en el extremo lateral, y siguiendo con tijeras en borde hacia adentro, se disecciona el colgajo musculocutáneo y se realiza disección que por lo general es hasta el reborde orbitario, se realiza una suave presión en el ojo para evidenciar los compartimentos grasos, se realiza resección de las bolsas grasas y se tiene que poner especial atención en la coagulación y evitar puntos sangrantes, abriendo el septum orbitario lo necesario para retirar las bolsas grasas la cual es retirada dependiendo de cada paciente no habiendo una cantidad especificada.

Los compartimentos grasos laterales deben ser identificados en forma cuidadosa ya que su papel en la deformación puede presentar considerables diferencias entre un individuo y otro.

La blefaroplastia transconjuntival su principal indicación de esta técnica es la extirpación de los acúmulos grasos inferiores en pacientes sin una redundancia

cutánea y/o muscular. Las ventajas principales son: evitar las retracciones palpebrales secundarias y la ausencia de cicatrices cutáneas. En general, este procedimiento se realiza bajo anestesia local mediante un bloqueo del fondo de saco conjuntival y del párpado inferior a través de la conjuntiva.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La blefaroplastía es el procedimiento indicado para el manejo quirúrgico de las deformidades en párpados superiores e inferiores, su principal objetivo es mejorar la estética palpebral, obteniendo un resultado agradable, adecuado al rostro de cada persona.

El objetivo de la cirugía de blefaroplastía es la óptima, predecible y corrección a largo plazo de la inconformidad estética o funcional presente en la región periocular. Las técnicas que optimizan estos objetivos hace que cualquier trato sea más aceptable.

El conocer las diversas técnicas que son utilizadas actualmente, nos permiten definir y realizar los procedimientos que sean útiles en cada paciente seleccionado.

El presente estudio ha sido motivado debido al aumento de la demanda de intervenciones de blefaroplastía en el mundo y particularmente en nuestro país, pues existe un evidente incremento en el número de intervenciones en este servicio con un rango de edad variable.

Los escasos trabajos descriptivos de los procedimientos realizados en la práctica habitual han impulsado a llevar a cabo este estudio. Los resultados nos permitirán establecer si existe una adecuada satisfacción en nuestros pacientes con las técnicas que más comúnmente utilizamos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la técnica más frecuente en pacientes operados de blefaroplastia en el Hospital General de México en el periodo comprendido de 2014 a 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar técnicas más frecuentes para la realización de blefaroplastia en el Hospital General de México.
- Determinar las técnicas quirúrgicas utilizadas para la realización de blefaroplastia en el Hospital General de México.
- Determinar resultado de satisfacción a 6 meses posterior al procedimiento quirúrgico.
- Correlacionar el grado de satisfacción con la técnica utilizada.

MÉTODOS

De acuerdo a Mendez⁹ este trabajo se considera retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional.

El tamaño de muestra se consideraron los expedientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y que obran en el archivo del servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital General de México en los años de 2014-2017, cuyo número fue de 30 pacientes de los que se obtuvieron los datos demográficos, diagnósticos iniciales, cirugía programada y realizada, evolución clínica y seguimiento a 6 meses posterior a su egreso hospitalario, mediante el expediente clínico.

La información clínica se recopiló en instrumento estandarizado y el grado de satisfacción con escala de conformidad y se registró en una base de datos que se analizó por medio del paquete computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24 en donde se analizaron las variables determinadas.

Selección de la muestra y universo de trabajo: Pacientes del Hospital General de México que se hayan operado en el periodo de 2014 a 2017 con diagnósticos de blefarochalasis con criterio de inconformidad estética. No existe esquema de muestreo dado que se pretende reclutar al mayor número de pacientes que ingresen con este diagnóstico.

Se recabaron expedientes que presentaran los requisitos necesarios para este estudio.

Criterios de inclusión: todo paciente operado en Hospital General de México en el periodo de 2014 a 2017. Pacientes que cuenten con el expediente completo. Pacientes con seguimiento posterior a su egreso hospitalario a 6 meses del procedimiento quirúrgico.

Criterios de exclusión: pacientes con un diagnóstico distinto a Blefarochalasis secundario a inconformidad estética o aunada a otros procedimientos.

Criterios de eliminación: Pacientes que tengan un expediente incompleto. Pacientes que tengan un tratamiento distinto al quirúrgico. Pacientes sin seguimiento posterior al egreso hospitalario.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a que se trata de un estudio observacional y descriptivo en el que se analizaron los datos mediante el expediente clínico; no existen consideraciones éticas en cuanto al manejo de pacientes.

La recopilación de información documental de historias clínicas con fines de investigación no implica afectación de los derechos de los pacientes en cuanto a privacidad de información y su manejo por tanto el estudio prescindió de consentimiento informado. La normativa institucional del Hospital General de México garantiza el cuidado de la información con la debida ética profesional, esto es mantener el anonimato del paciente en el aspecto de identificación personal y manejar la información con fines académicos y únicamente para beneficio del paciente.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo para las variables edad (años) y laxitud cutánea (seg) consistente en obtener la media, desviación estándar o típica, los valores máximo y mínimo.

A las variables género, procedencia, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, cirugías previas, comorbilidades, padecimiento actual, fototipo, diagnóstico, año, tratamiento y grado de satisfacción se les obtuvo su distribución por frecuencia absoluta y relativa medida ésta como proporción.

El análisis gráfico consistió de obtener la gráfica de barras y de sectores para las variables cualitativas y el histograma para las variables cuantitativas.

Con el objeto de detectar alguna asociación entre grado de satisfacción con género, ocupación, cirugías previas, comorbilidades, padecimiento actual, fototipo, diagnóstico, tratamiento y escolaridad se obtuvo su tabla de contingencia y el estadístico de prueba fue la clásica Ji-cuadrada de Pearson ¹⁰.

En las tablas de contingencia 2 x 2 resultantes se utilizó como estadística de prueba la exacta de Fisher ¹⁰.

Adicionalmente, se compararon las proporciones entre columnas de las variables género, ocupación, cirugías previas, comorbilidades, padecimiento actual, fototipo, diagnóstico, tratamiento y escolaridad para los que la cirugía tuvo satisfacción mediante el estadístico de Z de la distribución normal estándar. (Van Belle, *et al*, 2004).

En cada tabla de contingencia procesada se obtuvo la gráfica de barras que asocia las frecuencias de hileras y columnas.

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en Excel, de Microsoft, y el análisis estadístico se realizó con el paquete computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Edad (numérica)

Sexo (nominal)

Comorbilidades (categórica)

Tipos de técnicas de blefaroplastia (categórica)

Escala de conformidad (numérica)

Tiempo de estancia hospitalaria (numérica)

Seguimiento en días (numérica)

Complicaciones (categórica)

RESULTADOS

Se analizaron 30 pacientes del servicio de cirugía plástica y reconstructiva en el Hospital General de México, operados de blefaroplastia de los años 2014 a 2017 con el diagnóstico en su mayoría de blefarochalasis, con seguimiento posterior a 6 meses, se tomó información de su expediente clínico con la autorización de realización de este estudio.

Se incluyeron 30 pacientes de los cuales 25 fueron mujeres y 5 hombres (tabla 1), se observó que el 14.7% de los pacientes mostraron comorbilidades en su mayoría metabólicas como se muestra en el gráfico 1, así como el 93.3% presentaba un antecedente de cirugía previa de cualquier índole mostrado en el gráfico 2.

La técnica más frecuente fue el abordaje subciliar (tabla 2), obteniendo resultados de satisfacción del 53.3 % (tabla 3) en la cirugía de los cuales se tuvo seguimiento 6 meses posterior al procedimiento, se obtuvo un grado de satisfacción de acuerdo a la una encuesta de satisfacción que se aplicó a todos los pacientes con la finalidad de obtener datos que mostraran el nivel de satisfacción posterior a la cirugía. En cuanto a la incidencia de casos y complicaciones de nuestros pacientes seleccionados se obtuvo de acuerdo a la base de datos, registró de reintervención en un paciente, lo cual no muestra significancia en el estudio; no se obtuvieron datos de complicaciones a corto ni mediano plazo.

DISCUSIÓN

La blefaroplastia sigue siendo uno de los procedimientos quirúrgicos estéticos más comúnmente realizados en cirugía plástica.

La información del presente estudio es el resultado de una recopilación de 30 intervenciones realizadas en un lapso de 3 años en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México que corresponde de 2014 a 2017.

El universo en que se realiza el análisis caracterizó una población con predominio de mujeres (n=25, 83.3%) sobre los hombres (n=5, 16.7%). Esto corrobora nuestra población en el estudio publicado por Hamra S.T ⁴ donde las mujeres representaron el 88.1% de la población (vs 11.9% de hombres).

Dicha diferencia continua observándose al analizar los subgrupos etarios, siempre identificando una frecuencia mayor en la población femenina que en la masculina. En cuanto al total de pacientes femeninos se utilizó de forma más frecuente el abordaje subciliar (n=15, 50%) que el transconjuntival (n=7, 23.33%).

En nuestra sociedad las necesidades estéticas también forman parte de las preferencias de los jóvenes, pero sus aspiraciones están limitadas por la capacidad de ingresos individuales que depende principalmente de su inserción laboral. Esto explicaría el hecho de que en la casuística presentada el mayor porcentaje de pacientes fueron estudiantes y profesionales, encontrando discrepancia en diversos estudios sobre todo norteamericanos, donde se menciona de forma habitual el manejo en pacientes jóvenes en tratamientos estéticos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio se difiere con lo mencionado por Hashem y cols.¹², que menciona las ventajas de la técnica transconjuntival en la resección de bolsas ligada al nivel de satisfacción de los pacientes, se encuentra discrepancia ya que en nuestro estudio los pacientes

continuaban con inconformidad a pesar de los criterios evaluados para cada individuo.

A diferencia de lo mencionado por Murri ¹¹, quien menciona que se deben tomar en cuenta las consideraciones preoperatorias, así como las indicaciones y tratamientos alternativos para cada paciente, es como se valorará cual será la mejor técnica en cada individuo al igual que la decisión de reposicionamiento de grasa y aumento de la misma.

Puesto que cada paciente tiene diferentes estándares de satisfacción y como lo refiere Hamra ⁴ un complejo juvenil de párpados está en la lista de perfiles, al igual que él, se concuerda en dicha afirmación, pues los pacientes mostraron un alto grado de satisfacción a su cirugía realizada, sin embargo el éxito no fue sino a la eficaz valoración y análisis de cada caso en el preoperatorio, así como un buen abordaje y cuidados posoperatorios. Pero como lo menciona Yang ¹³, en esta era de las redes sociales, las expectativas de los pacientes son más exigentes que nunca. Hoy en día los pacientes con inteligencia digital esperan resultados perfectos sin complicaciones y recuperación rápida. Para lograr resultados óptimos, una cuidadosa evaluación preoperatoria la técnica quirúrgica sana es esencial para minimizar las complicaciones.

CONCLUSIONES

Los objetivos estéticos que siguen a la blefaroplastía dependen en gran medida de las preocupaciones y expectativas del paciente. Al intentar satisfacer al paciente, sigue siendo importante restablecer el equilibrio periorbitario, y preservar las características específicas de género y la congruencia étnica.

Para los pacientes que se presentan laxitud de piel de los párpados es de vital importancia una adecuada exploración e historia clínica adecuada.

La planeación preoperatoria debe realizarse con el paciente de pie, con adecuada iluminación y con relajación facial completa. Se debe documentar posición de la ceja, el canto y la posición de ambos párpados o de alteraciones a corregir.

La blefaroplastía exitosa depende de la calidad de los tejidos, lo cual es extremadamente importante condicionar un buen resultado. Es indispensable conocer las técnicas que ofrezcan los mejores resultados.

No existe una lista específica de deformidades específicas, para las cuales esté indicada una blefaroplastia con abordaje subciliar o combinar inyección grasa. Todo depende de los pesos relativos de ciertos parámetros para un paciente y un cirujano plástico en particular.

La facilidad del cirujano plástico con la técnica: en muchos casos la experiencia del cirujano plástico con el abordaje influencia la tendencia a seleccionar algún abordaje en particular.

La blefaroplastia en la práctica clínica de nuestras instituciones prestadoras de servicios médicos es un procedimiento especializado de la Cirugía Plástica y Reconstructiva que se maneja acorde a las recomendaciones internacionales en vigencia. La casuística de las diversas intervenciones recopiladas en el Hospital

General de México, tiene características similares a la reportada por la literatura internacional, aunque es escasa.

La preferencia local de los especialistas por el abordaje transconjuntival tiende a ser cada vez mayor que el abordaje subciliar.

Dada la importancia del estudio, no sólo dentro de la cirugía plástica, sino dentro de los servicios médicos de manejo especializado, debería ampliarse la investigación con diseños longitudinales que permitan realizar seguimientos a largo plazo como la forma más confiable de valorar la efectividad de los procedimientos para así lograr un mayor porcentaje de satisfacción en nuestros pacientes.

ANEXOS (CUADROS Y FIGURAS)

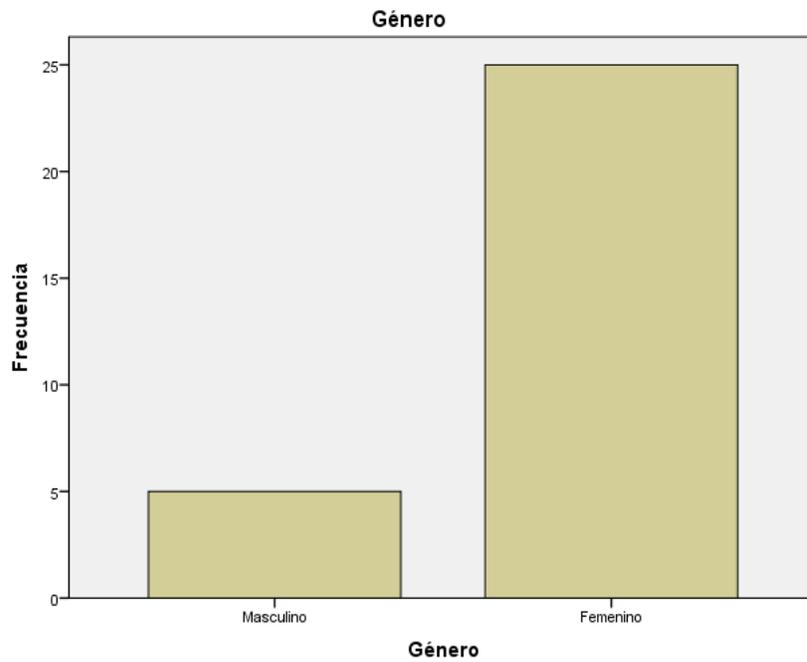


Tabla 1. Frecuencia de género obtenido mediante un muestreo aleatorio de pacientes operados de blefarochalasis en el HGM durante los años 2014-2017.

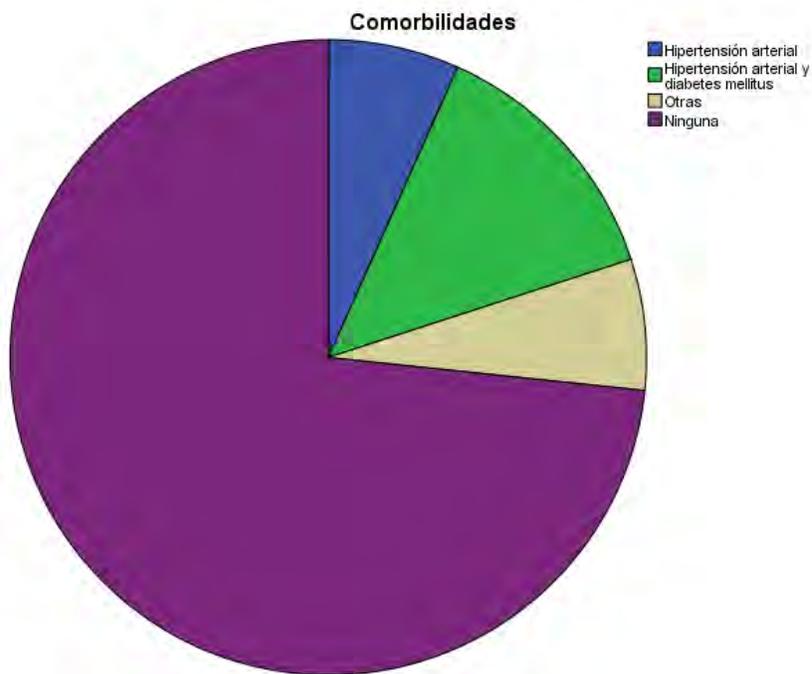


Gráfico 1. Frecuencia de comorbilidades en pacientes operados de blefarochalasis en el HGM durante los años 2014-2017.

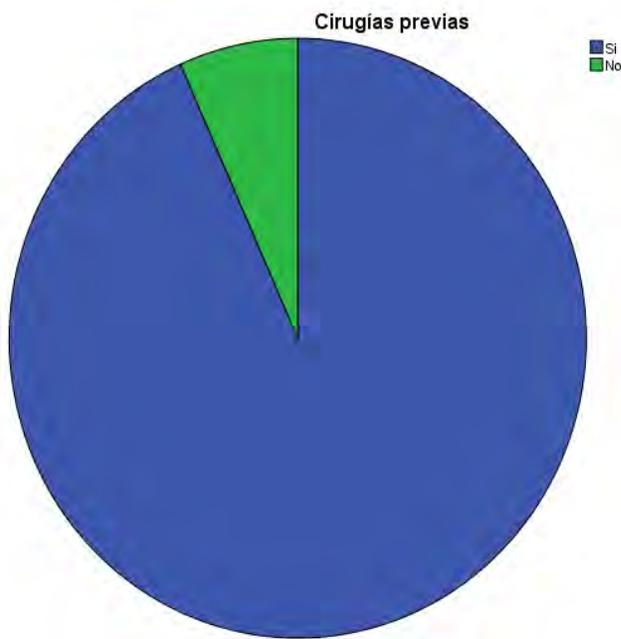


Gráfico 2. Frecuencia de cirugías previas realizadas en pacientes operados de blefarochalasis en el HGM durante los años 2014-2017.

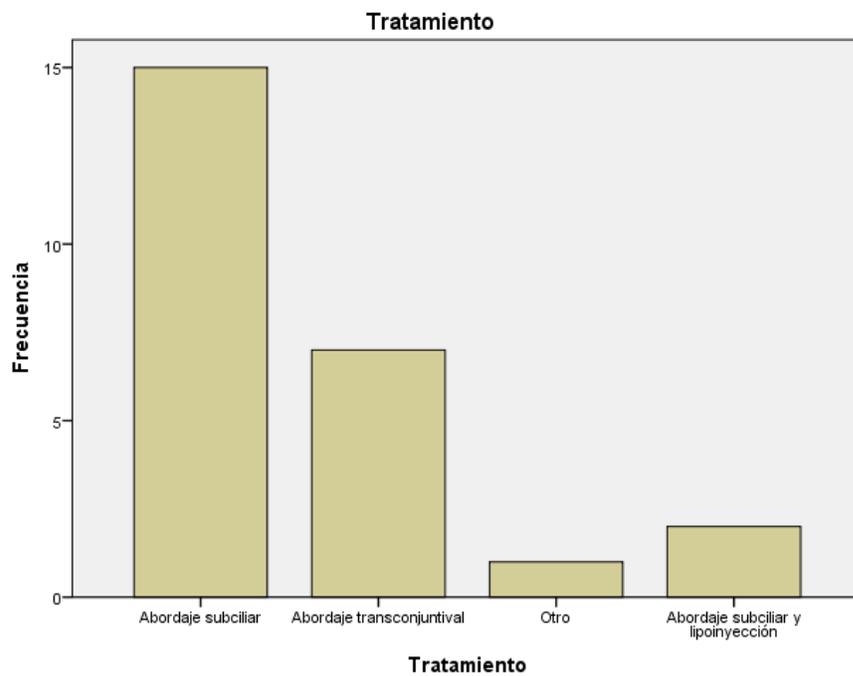


Tabla 2. Frecuencia de abordajes más utilizados en cirugía de blefaroplastia en el HGM durante los años 2014-2017.

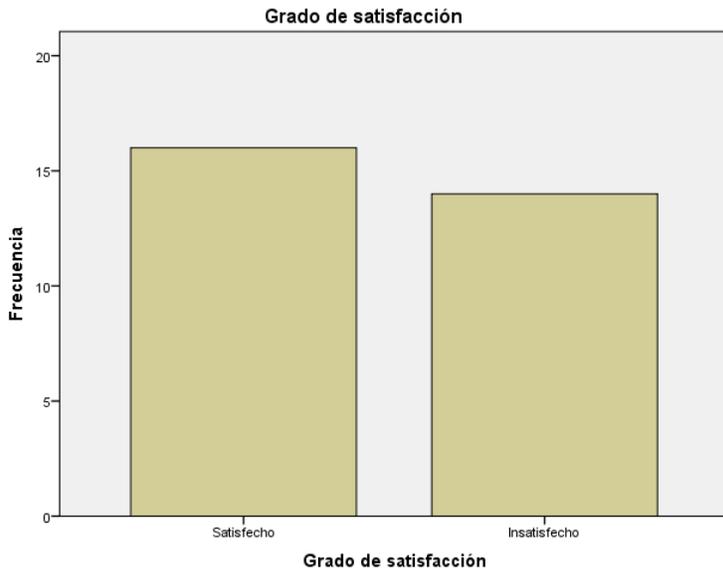


Tabla 3. Grado de satisfacción de pacientes operados de blefarochalasis en el HGM durante los años 2014-2017.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 21a ed. Madrid: Espasa Calpe, 2000: 298.
2. Camacho F, de Dulanto F. Cirugía dermatológica. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995: 623-630.
3. Castañares S. Blepharoplasty for herniated intraorbital fat: anatomical basis for a new approach. *Plast Reconstr Surg.* 1951;8:46–58.
4. Hamra S.T. “ Arcus Marginalis Release and Orbital Fat Preservation In Midface Rejuvenation”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1995; 96 (2): 354-362.
5. Flowers Robert S. “Canthopexy as routine blepharoplasty component”. *Clinics Plastic Surgery.* Ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1993; 20 (2): 351-365.
6. Ben Simon GJ, Lee S, Schwarcz RM, McCann JD, Goldberg RA. External levator advancement vs Müller’s muscle-conjunctival resection for correction of upper eyelid involutional ptosis. *Am J Ophthalmol* 2005; 140: 426-32.
6. Cirugía del complejo superior 95 Fig. 5: Pacientes con ptosis palpebral bilateral y dermatochalasis marcada (derecha). Mismas pacientes tras blefaroplastia de párpado superior bilateral y corrección de la ptosis mediante avance del elevador (izquierda). En la paciente de línea inferior se asoció blefaroplastia de párpado inferior transconjuntival con reposición grasa. *Communication Solicitada del 80 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología.* Editorial Mac Line S.L. 2004.
7. Toledano N, Cervera M. Anatomía Quirúrgica Palpebral, Capítulo I. En Laiseca A, Cervera M, Laiseca D. *Cirugía palpebral paso a paso.* Comunicación Solicitada del 80 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Editorial Mac Line S.L. 2004.
8. Baylis HI, Long JA, Groth MJ. Transconjunctival lower eyelid blepharoplasty. Technique and complications. *Ophthalmology* 1989;96(7):1027–1032.
9. Méndez, R. I. , G. D. Namihira, L. Moreno A. y C. Sosa de M. *El protocolo de investigación. Lineamiento para su elaboración y análisis.* 2ª edición. Editorial Trillas. México. 2001

10. Van Belle G, Fisher DL, Heagerty JP, Lumley T 2004. *Biostatistics: A Methodology for the Health Sciences*. Willey-Interscience.
11. Murri M, Hamill Eric B, Hauck Matthew J, Douglas P. Marx, MD1. *An Update on Lower Lid Blepharoplasty*. *Semin Plast Surg* 2017;31:46–50.
12. Hashem, A. M, M.D, Rafael A. Couto, M.D, Joshua T. Waltzman, M.D., M.B.A, Richard L. Drake, Ph.D, James E. Zins, M.D. *Evidence-Based Medicine: A Graded Approach to Lower Lid Blepharoplasty*. *Plast. Reconstr. Surg.* 139: 139e, 2017.
13. Yang P, Audrey C. Ko, Don O. Kikkawa, Bobby S. Korn. *Upper Eyelid Blepharoplasty: Evaluation, Treatment, and Complication Minimization*. *Semin Plast Surg* 2017;31: 51–57.