



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

ALTERNATIVA EN CANTOPLASTIA LATERAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA

PRESENTA:

ZAMARRIPA MOLINA, FRANCISCO JAVIER

ASESOR: SALCEDO CASILLAS, GUILLERMO

MÉXICO, D. F.

2006



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.

**"ALTERNATIVA EN
CANTOPLASTIA LATERAL"**

**DR. FRANCISCO JAVIER
ZAMARRIPA MOLINA**

ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA

EN MÉXICO (A.P.E.C.)

HOSPITAL "DR. LUIS SÁNCHEZ BULNES"

AGRADECIMIENTOS

- A Dios.
- A mis padres, mi hermana, mi familia.
- A Yvette Ordóñez
- A mis amigos (Paco y Juan Carlos)
- A mis compañeros y amigos (Monica, Luz Elena, Rafa, Ana, Adaí)
- A Tere Romano
- A mis residentes
- A mis maestros
- A todos aquellos que de alguna manera ayudaron a mi formación como oftalmólogo.

TABLA DE CONTENIDO

- INTRODUCCIÓN
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- ANTECEDENTES
- OBJETIVO, HIPÓTESIS, JUSTIFICACIÓN
- MATERIAL Y MÉTODOS
- TÉCNICA QUIRÚRGICA
- RESULTADOS y ANÁLISIS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

PALABRAS CLAVE: laxitud palpebral, cantoplastía lateral, blefaroplastía superior, cirugía de párpado.

INTRODUCCIÓN

Los párpados son estructuras especializadas que tienen como función primordial la protección del globo ocular. Además por su ubicación y variabilidad anatómica constituyen elementos muy importantes en la estética facial, lo que les confiere un factor social asociado de suma importancia para la comunicación. (1,2)

La dermatochalasis es uno de los cambios degenerativos más representativos de la expresión facial y frecuentemente se acompaña de la pérdida de tensión de los tejidos periorbitarios presentando laxitud palpebral inferior, lo cual puede producir sintomatología de sensación de cuerpo extraño y lagrimeo y desde el punto de vista de la expresión facial nos puede expresar cansancio, depresión, enojo o miedo en una persona por el resto plenamente funcional. Buscando su corrección tanto anatómica como estética por lo general se realizan dos procedimientos quirúrgicos en un solo tiempo, (blefaroplastia superior y tira tarsal). (2,3). Este estudio propone que durante la blefaroplastia superior y por medio de la misma incisión tan solo se añada un paso a la técnica convencional para corregir ambos factores sin la necesidad de realizar la

técnica de fijación tarsal inferior al periostio (tira tarsal) que supone una segunda zona quirúrgica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por medio de este estudio se pretende determinar si es posible el corregir la laxitud horizontal del párpado inferior al colocar un punto de fijación cantal externa durante el procedimiento de blefaroplastía superior y utilizando la misma incisión.

ANTECEDENTES

El conocimiento de la anatomía palpebral es básica para entender los cambios producidos por la edad y su posible corrección. Así pues se describirán de forma inicial las bases anatómicas y funcionales de estos.

Los bordes libres de ambos párpados forman una hendidura, descrita clásicamente en forma de almendra. La distancia entre ambos, abiertos, se conoce como apertura palpebral, siendo habitualmente entre 10 y 12 mm en el adulto. Ambos párpados se unen en sus extremos formando un canto interno y uno externo y suelen formar un ángulo aproximado de 60° entre sí, ubicándose el canto externo ligeramente más alto que el interno.

La posición del borde libre del párpado superior debe cubrir aproximadamente 1.5mm del limbo superior y el párpado inferior rozar el limbo en el meridiano de las VI. El párpado superior puede dividirse en tres partes: pliegue cutáneo del párpado superior, el surco del párpado superior y el párpado pretarsal, con la edad, el párpado desciende y la grasa orbitaria se prolapsa, con lo que tiende a llenar el surco y aumentar la plenitud del pliegue cutáneo.

La posición del párpado inferior depende de varios factores, entre ellos los siguientes: prominencia ósea del reborde inferior, tensión horizontal del párpado inferior y longitud de las lamelas anterior y posterior del párpado. Los soportes lateral y medial están dados por los tendones cantales, los cuales se originan de la unión de las fibras musculares del orbicular, en sus porciones preseptal y pretarsal. El tendón cantal medial se inserta en la porción ascendente del maxilar, en la cresta lagrimal anterior mediante una cabeza superficial, y en la cresta lagrimal posterior formada por el hueso lagrimal, mediante su cabeza profunda.

El tendón cantal lateral se origina en la porción más externa de los tarsos, y emite sus fibras hacia el tubérculo de Whitnall, el cual se encuentra por dentro del reborde orbitario, a unos 8 mm por debajo de la sutura frontocigomática.

Por lo general, el paciente que consulta por alteraciones palpebrales que requieren una blefaroplastía, ha sufrido cambios degenerativos tisulares que ocasionan una mayor laxitud de tejidos, y por lo tanto un aspecto de "cansancio".

Durante la valoración preoperatoria, un punto importante no solo es la presencia de dermatochalasis o exceso de piel, la cual puede ir acompañada de herniación de grasa orbitaria y/o hipertrofia del músculo orbicular, sino también se debe analizar en cada caso el aumento de la laxitud de los tejidos blandos (piel, septum, grasa, etc.) así como las estructuras de sostén.

La exploración palpebral debe incluir una anamnesis respecto a los síntomas desencadenados por el aumento de laxitud como lo son el lagrimeo con aumento del menisco lagrimal, datos de exposición corneal como sensación de cuerpo extraño, ardor, y clínicamente un puntilleo difuso corneal.

Entre los puntos específicos durante nuestra exploración se debe evaluar:

- a. Posición del párpado inferior con respecto al limbo inferior. Cuando el párpado está descendido y nos permite ver la esclera inferior, hablamos de "retracción palpebral inferior". Si bien esta retracción puede tener múltiples causas (acortamiento de lámina anterior, hiperestimulación simpática, proptosis, etc.) o ser incluso una variante anatómica normal hasta en un 10% de la población, su presencia

debe obligarnos a descartar un aumento en la laxitud horizontal del párpado.

b. Exploración de tendones cantales. La pérdida del ángulo con tendencia al redondeamiento del mismo sugiere fuertemente la pérdida de tensión cantal. A la exploración dinámica, con nuestro dedo colocado unos milímetros inferior al canto, debemos desplazarlo suavemente en sentido medial y posteriormente en sentido lateral. Normalmente este desplazamiento es menor a 5mm y no produce deformación de la hendidura. Cuando encontramos un desplazamiento mayor a 6 mm, podemos hablar de una desinserción cantal.

c. Exploración de laxitud horizontal. Otra maniobra útil es la llamada prueba del pellizco ("snap test") que consiste en traccionar suavemente con dos dedos el párpado inferior, separándolo del globo ocular. Cuando se tiene una tensión adecuada, esta separación será menos a 6 mm (entre el párpado y el globo ocular) y, al soltar la tensión, el párpado regresará en forma inmediata a tener contacto con el ojo.

Otra forma sencilla de valorar la laxitud palpebral consiste en traccionar el párpado inferior hacia abajo con un dedo y pedir al paciente que o parpadee al

momento de soltarlo, observando en la lámpara de hendidura si existe separación entre borde palpebral y globo ocular que , en casos leves, se corregirá inmediatamente a primer parpadeo.

La falta de detección preoperatorio de una desinserción parcial del canto, o bien de un exceso de laxitud horizontal de los párpados, favorecerá en el postoperatorio a la aparición de complicaciones que pueden ir desde un resultado no satisfactorio por exposición escleral y lagrimeo, hasta mal posiciones palpebrales severas (entropión o entropión).

Al evaluar todos estos factores, se puede tomar una decisión quirúrgica, la cual puede incluir una blefaroplastía superior con manejo de piel, músculo y paquetes grasos acompañada o no de blefaroplastía inferior, y/o fijación cantal, ésta última clásicamente se resuelve mediante un procedimiento llamado tira tarsal, sin embargo existen variaciones, ya que algunos cirujanos pliegan el tendón, y si se esta realizando al mismo tiempo una blerfaroplastia del párpado superior, se fija el tendón cantal lateral en dirección superior, y se ancla al periostio, en el reborde orbitario lateral.

OBJETIVO, HIPÓTESIS, JUSTIFICACIÓN

Objetivo:

Determinar si es posible el tratamiento de la laxitud horizontal incipiente en párpado inferior durante la blefaroplastia superior al colocar un punto de fijación cantal externa por la misma incisión.

Así mismo cuantificar el cambio posquirúrgico medido por las modificaciones anatómo-estéticas y determinar la facilidad y complicaciones de éste paso adicional en la técnica.

Justificación:

Los pacientes que presentan cambios degenerativos a nivel de párpados y requieren de corrección quirúrgica, buscan no sólo un abordaje mínimo que resuelva su exceso de piel, sino también sintomatología como el lagrimeo y la expresión de tristeza que han obtenido con el paso del tiempo, sin cambiar su expresión facial.

Hipótesis general:

Esta técnica es eficaz anatómica y estéticamente para la corrección de los cambios degenerativos en los párpados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Incluyendo a todos aquellos pacientes que ingresaron al servicio de oculoplástica del Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes a partir de julio del 2005 a enero del 2006, con diagnóstico de dermatochalasis asociada a laxitud palpebral, medida y reportada por prueba de tracción y del resorte, sin otra patología agregada y excluyendo a los que presentaron alteración del margen palpebral (ectropión, entropión) por cualquier causa o que requirieron de algún procedimiento quirúrgico adicional que implicara la modificación de el tendón cantal lateral; se extendió una hoja de consentimiento informado firmada, y se realizó un exámen oftalmológico completo. Las variables principales de desenlace estudiadas fueron la apertura y hendidura palpebral, así como la laxitud palpebral inferior u horizontal, para lo cual se tomaron como medidas la prueba de tracción (definiendo laxitud horizontal como una medida igual o mayor a 6mm), y la prueba de resorte, (definiendo laxitud horizontal como el retardo del regreso a la posición normal del parpado inferior por número de parpadeos), y llevando un control

fotográfico. Posteriormente se realizó la cirugía y se citó al paciente para revisión al mes y los seis meses posquirúrgicos, valorando cada una de las variables descritas.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizó blefaroplastia superior de la forma habitual (incluyendo piel y músculo orbicular) y en el plano suborbicular, a través de esta incisión se localizó y sujetó el tendón cantal lateral, con sutura no absorbible (nylon 5-0), colocando un punto de fijación en el periostio a nivel del reborde orbitario lateral aproximadamente a 2 mm por arriba de la inserción del canto medial, por último, se suturó piel con nylon 6-0 a través de un surjete continuo, como se muestra en las siguientes imágenes.



FIGURA 1. Incisión de blefaroplastía superior y disección de tendón cantal externo.



FIGURA 2. Toma de tendón cantal externo



FIGURA 3 Fijación de tendón cantal externo a periostio con nylon 5-0.



FIGURA 6. Prequirúrgico. Se observa exposición escleral inferior en ojo inferior de 1mm. Canto externo a nivel de canto interno

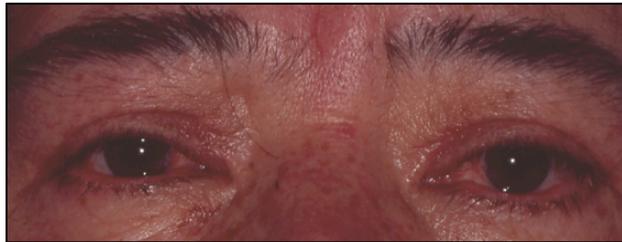


FIGURA 4. Postquirúrgico. Corrección del nivel cantal externo en relación al interno. Posición palpebral inferior a nivel de limbo en ambos ojos.

RESULTADOS y ANÁLISIS

Se estudiaron un total de 8 ojos, 3 pacientes fueron de sexo masculino y 1 paciente de sexo femenino, con una edad promedio de 70 años. Los resultados fueron evaluados al mes y los 6 meses posteriores a la cirugía.

La tabla 1 resume las variables principales estudiadas.

Como se observa la laxitud palpebral y la hendidura palpebral presentaron cambios clínicos estadísticamente significativos. La laxitud palpebral disminuyó de aproximadamente 7.5 mm a 4.6 mm, al mes (Prueba de rangos señalados de Wilcoxon $p= 0.011$) La hendidura palpebral disminuyó igualmente de 28 mm a 25.75mm, al mes (Prueba de rangos señalados de Wilcoxon $p=0.011$). La apertura palpebral no mostró cambios significativos. Estas variaciones en la hendidura y la laxitud se mantuvieron estables sin modificación significativa al seguimiento del sexto mes. La sintomatología asociada a la laxitud como es el lagrimeo, de forma subjetiva, disminuyó en el 100% de los pacientes. No se presentaron complicaciones trans y posoperatorias asociadas a la técnica.

<u>VARIABLES</u>	<u>PREQUIRÚRGICO</u>	<u>POSTQUIRURGICO</u>	<u>WILCOXON</u>
LAXITUD PALPEBRAL	7.5 mm	4.60 mm	0.011
APERTURA PALPEBRAL	8 mm	7.9 mm	0.0915
HENDIDURA PALPEBRAL	28 mm	25.75 mm	0.011

Tabla 1. Resultados al mes posquirúrgico.

DISCUSIÓN

Los procesos degenerativos que sufren los párpados como la dermatochalasis pueden resolverse de forma quirúrgica con una blefaroplastia obteniendo resultados satisfactorios tanto funcionales como estéticos, sin embargo cuando es evidente una laxitud horizontal que aun no altera la posición del margen palpebral inferior, los cambios anatómicos y funcionales resultantes no se modifican con la sola blefaroplastia requiriendo que se añada un segundo procedimiento quirúrgico para corregirlo; en la actualidad en la mayoría de las ocasiones se resuelve mediante una tira tarsal, procedimiento de gran utilidad en laxitud horizontal severa y que se ha criticado por producir un cambio en la expresión de los pacientes y por afectar la función dinámica del canto lateral, ya que en realidad da tensión sólo al párpado inferior. (4,5) Con la técnica descrita y estudiada en el presente trabajo, se realiza una corrección tanto de la dermatochalasis como de la tensión palpebral, reforzando el tendón cantal lateral, sin variar su efecto dinámico, durante el mismo procedimiento de blefaroplastia superior y sin requerir otra incisión, la cual es reproducible y con un efecto aparentemente permanente.

Además, podemos también corregir mediante el mismo procedimiento quirúrgico otras alteraciones del párpado superior como la desinserción de aponeurosis (ptosis senil), sin agregar complicaciones a la técnica.

CONCLUSIONES

Los resultados son muy evidentes al demostrar que el cambio clínico es significativo, pues se logra reducir en promedio 3mm en la prueba de tracción palpebral la laxitud.

Concluimos pues que mediante esta técnica se puede resolver el problema de laxitud palpebral horizontal en todos aquellos pacientes que se encuentren dentro del rango de tracción entre los 7 a 10mm.

Por último, si bien este estudio muestra que la técnica es eficaz debe ser evaluada de manera más específica en un estudio comparativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salcedo-Casillas, Guillermo., et.al. Cirugía cosmética periorbitaria. México, DF; Ed. Láser; 2001.
2. Nerad, Jeffrey A., et.al. Cirugía oculoplástica. Madrid, España. Ed. Mosby 2002.
3. Glat PM, Jelks GW, et. al. Evolution of the lateral canthoplasty: techniques and indications. Plast Reconstr Surg. 1997 Nov;100(6):1396-405.
4. Cook T, Goldberg RA, et. al. The horizontal dynamic of the medial and lateral canthus. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2003 Jul;19(4):297-304.
5. Shin YH, Hwang K. Cosmetic lateral canthoplasty. Aesthetic Plast Surg. 2004 Sep-Oct;28(5):317-20.