

# Tratamiento percutáneo de las bolsas palpebrales

Eye lids fat pads percutaneous treatment

DIEGO SCHAVELZON, GUILLERMO BLUGERMAN, AUGUSTO PONTON, LORENA MARTÍNEZ,  
NICOLÁS IZURRATEGUI, ANASTASIA CHOMYSZYN, GABRIEL BONESANA

*Cirujanos Plásticos, Clínica B&S de Excelencia en Cirugía Plástica*

## RESUMEN

LOS OJOS SON EL ESPEJO DEL ALMA, POR TANTO, LOS OJOS —ASÍ COMO LOS PÁRPADOS, QUE CONSTITUYEN EL MARCO QUE LOS RODEA— JUEGAN UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN LA EXPRESIÓN.

A MEDIDA QUE PASA EL TIEMPO, LAS ESTRUCTURAS DE LA ÓRBITA CAMBIAN Y ESTO PUEDE APRECIARSE CLÍNICAMENTE COMO UN ABULTAMIENTO Y EXCESO DE PIEL EN EL PÁRPADO INFERIOR. EN ESTADIOS MÁS AVANZADOS EL OJO REDONDO Y EL ECTROPIÓN PUEDEN APARECER.

EXISTEN MÚLTIPLES TÉCNICAS DE BLEFAROPLASTIA. AL NO ESTAR TOTALMENTE CONFORMES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES, DECIDIMOS ABORDAR LAS BOLSAS PALPEBRALES POR ACCESO DIRECTO A TRAVÉS DE LA PIEL PALPEBRAL.

NUESTRA CASUÍSTICA INCLUYE 954 PACIENTES EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS Y CUYOS RESULTADOS REFLEJARON UNA REDUCCIÓN CONSIDERABLE DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES AL UTILIZAR UNA TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA BAJO ANESTESIA LOCAL.

**PALABRAS CLAVE:** BLEFAROPLASTIA, BOLSAS PALPEBRALES, ANESTESIA LOCAL

## ABSTRACT

THE EYES ARE THE SIGHT OF THE SOUL, SO, THE EYES AND EYE LIDS, WHICH WORK AS A FRAME, PLAY AN IMPORTANT ROLE FOR EXPRESSIVITY. AS TIME PASSES BY, THE ORBIT STRUCTURES CHANGE AND THAT CAN BE APPRECIATED CLINICALLY AS A LOWER EYE LID BULGING AND SKIN EXCESS.

IN ADVANCED STAGES, SCLERAL SHOW AND ECTROPION COULD BE SEEN.

THERE ARE MULTIPLE TECHNIQUES FOR BLEFAROPLASTY. NOT TOTALLY COMFORTABLE WITH OUR RESULTS WITH CONVENTIONAL TECHNIQUES, WE DECIDED TO TACKLE THE FAT PADS THROUGH A PERCUTANEOUS DIRECT ACCESS.

OUR STATISTICS INCLUDE 954 PATIENTS THROUGH 10 YEARS AND OUR RESULTS REFLECT A POSITIVE OUTCOME WITH FEW COMPLICATIONS AND THE ADVANTAGES OF A MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUE WITH LOCAL ANESTHESIA.

**KEY WORDS:** BLEPHAROPLASTY, PALPEBRAL BAGS, LOCAL ANESTHESIA

## Introducción

La mirada es el espejo del alma. Los ojos, y por tanto los párpados que le sirven de marco, poseen un papel importante en la expresividad de la mirada de las personas.

Tristeza, alegría, cansancio, odio, asombro, son algunos de los sentimientos que se expresan en gran medida a través de la mirada. Conforme el tiempo avanza, dichas estructuras experimentan cambios histológicos que se expresan como una disminución de elasticidad de los tejidos, lo que se manifiesta en laxitud de las estructuras palpebrales, tanto en la superficie como en la profundidad. Esto se evidencia clínicamente como un abombamiento del párpado inferior por la protrusión de las bolsas adiposas y el exceso de piel. La

## CORRESPONDENCIA:

Laprida 1579, Buenos Aires, Argentina.  
[www.clinicabys.com](http://www.clinicabys.com)

relajación de las estructuras y los tejidos que componen el párpado provocan variaciones en la amplitud y forma de la hendidura palpebral que terceros suelen asociar con estados de depresión, tristeza o cansancio. En estados más avanzados se pueden presentar diferentes grados de alteración de laxitud palpebral, que van desde el "scleral show" hasta los diversos grados de ectropión del párpado inferior, caso en el que el problema estético se supera ampliamente por el funcional.

Se han descrito innumerables técnicas de blefaroplastia cosmética que abordan los aspectos cutáneos y miocutáneos o transconjuntivales. Ambos accesos presentan ventajas y desventajas, así como riesgos asociados y secuelas cicatriza-les permanentes. No conformes con nuestros resultados mediante las técnicas convencionales, decidimos abordar las bolsas palpebrales por un acceso directo percutáneo.

### Reseña anatómica

Desde la superficie hasta la profundidad se encuentran la piel, el músculo orbicular, el tarso y el septum orbitario, las bolsas adiposas y la conjuntiva (figura 1).

Entre la piel y la conjuntiva existen sólo 0.3-0.4 cm de espesor. La piel que cubre los párpados es una de las más finas de todo el cuerpo, de aproximadamente 0.1 cm de espesor,<sup>1</sup> acompañada por tejido celular subcutáneo periorbitario muy laxo. Las ramas nerviosas de innervación motora del párpado inferior son muchas y se ubican mediales y laterales del borde externo del limbo esclerocorneano, ninguna de ellas es dominante.<sup>2</sup>

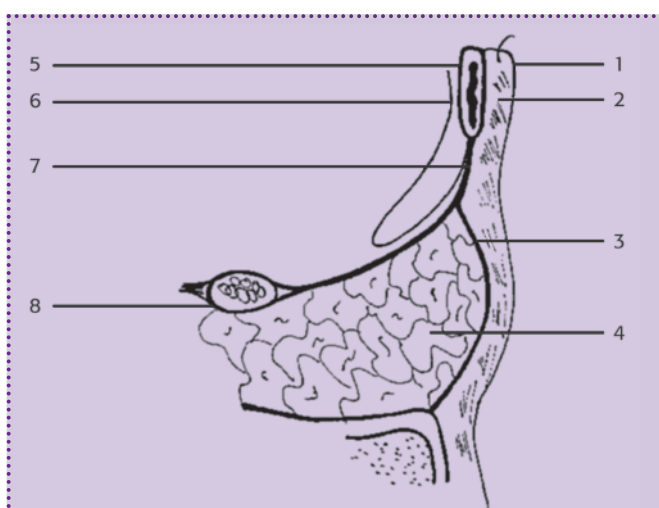


Figura 1. Anatomía del párpado inferior: 1) piel, 2) músculo orbicular, 3) septum orbitario, 4) bolsa adiposa, 5) tarso, 6) conjuntiva bulbar, 7) conjuntiva palpebral, 8) músculo oblicuo menor.

Las bolsas adiposas del párpado inferior son tres, la medial y la central se ubican en un mismo compartimiento, mientras que la lateral se localiza sola y aislada. El músculo oblicuo menor transcurre entre las bolsas adiposas medial y central, por lo que se debe tener sumo cuidado en su identificación para evitar lesionarla durante ambos abordajes, y en mayor medida cuando se utiliza el abordaje transconjuntival, ya que se encuentra en el mismo plano que las bolsas adiposas (figura 2).<sup>3</sup>

### Material y método

Nuestra estadística incluye 954 pacientes en el lapso de diez años con abordaje percutáneo de las bolsas adiposas del párpado inferior (833 mujeres y 121 hombres, edad media 47 años) con seguimiento mínimo de un año en el posoperatorio. Todos los pacientes los evalúa clínicamente en el preoperatorio un cirujano plástico y oftalmólogo. Se deberá prestar especial atención a los deseos del paciente y a las posibilidades técnicas de solucionar la problemática individual que lo afecta. Se efectúa un chequeo completo de sangre y una evaluación cardiovascular para descartar problemas de coagulación e hipertensión. Se deberá suspender la ingesta de aspirinas diez días antes de la cirugía. El día de la cirugía el paciente deberá guardar ayuno de seis horas. Al llegar a la clínica se entrega el consentimiento informado. En quienes se evidencia un aumento de laxitud de la piel del párpado inferior con pérdida de su capacidad de retracción, se combina con resección de piel mediante la técnica de "Pinch" con indemnidad del músculo orbicular.<sup>4</sup> A todos los pacientes se les realizan fotos preoperatorias que

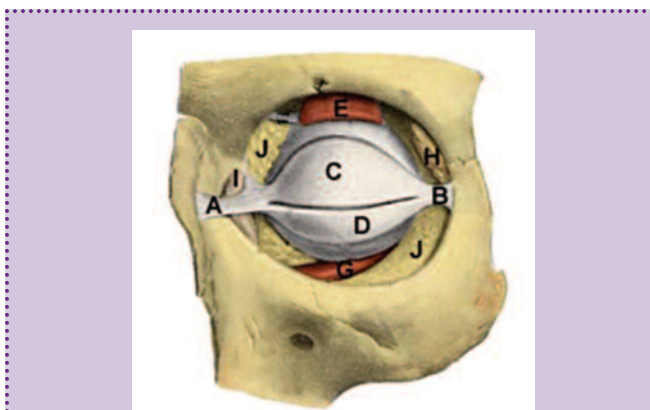


Figura 2. Anatomía orbitaria: A) tendón directo del canto interno, B) tendón del canto externo, C) tarso del párpado superior, D) tarso del párpado inferior, E) músculo recto superior, G) músculo oblicuo menor, H) glándula lagrimal, I) saco lagrimal J) bolsa adiposa interna.

incluyen vista frontal en reposo, vista frontal en mirada extrema superior y ambos perfiles.

### **Técnica quirúrgica**

Para el tratamiento percutáneo de las bolsas adiposas del párpado inferior hemos descrito dos puntos de acceso: uno medial y otro lateral. La marcación se realiza con el paciente sentado en vista frontal con mirada extrema superior o con los párpados cerrados ejerciendo ligera presión sobre el globo ocular, mediante ambas maniobras se busca la protrusión de las bolsas adiposas.

El punto de abordaje medial se ubica sobre el borde interno del límite esclerocorneal, que en la mayoría de los casos coincide con el punto máximo de protrusión de la bolsa adiposa medial, dos o tres milímetros por encima del reborde orbitario. El punto de acceso lateral se ubica a tres milímetros por debajo del canto externo del ojo.

Se aplica anestesia local en cada uno de los accesos descritos con aguja 25G en superficie y en profundidad, de forma que el anestésico se infiltre en las bolsas adiposas medial y central desde el punto medial, así como la bolsa adiposa lateral desde el acceso a nivel del canto externo. Se utiliza como anestésico local una solución de 10 ml de lidocaína al 1% con epinefrina, a la cual se agrega 0.5 cc de adrenalina 1:1000 y 1 ml de bicarbonato molar. Se indica antibioticoterapia intraoperatoria con pomada oftálmica en todos los casos.

Se comienza con una incisión con bisturí hoja N° 11 de 0.3 cm en el punto medial según las líneas de menor tensión de la piel, cuidando de mantener indemne el músculo orbicular, luego se realizan maniobras de divulsión roma del músculo orbicular de acuerdo con el sentido de sus fibras con pinza de Craile curva y delicada, se incide en dicha maniobra de forma roma el septum orbitario, a la vez que se ejerce ligera presión sobre el globo ocular para de esta forma tensar el septum orbitario y hacerlo más débil para incidirlo, se profundiza y exterioriza la bolsa adiposa central, la cual se exterioriza por completo, realizando su éxeresis sobre clamp y el control de la hemostasia con electrocauterio.

Es importante señalar que el hecho de mantener húmeda la superficie cutánea durante la cauterización evita la quemadura de la piel, por lo que no se debe secar la piel antes de cauterizar. Preferimos utilizar el electrobisturí en modo de corte pues produce menos dolor.

Una vez finalizada la resección de la bolsa adiposa central, se procede a la exteriorización de la bolsa adiposa medial. Para dicha tarea se requiere realizar una angulación

del instrumental de 45° respecto de la pared nasal ipsilateral para buscar la ubicación de dicha bolsa adiposa, realizando su tratamiento de forma similar al descrito para la bolsa adiposa central. Posteriormente se hace una incisión con hoja de bisturí 11 de 0.3 cm por debajo del borde ciliar a la altura del canto externo para el acceso lateral, procediendo de la forma antes descrita para el abordaje medial. Una vez terminado el procedimiento, se ocuyen las incisiones de acceso con tela adhesiva hipoalérgica estéril, la cual se retira al tercer día posoperatorio (figuras 3 y 4).

En los casos en que existe un exceso de piel, es necesario realizar una resección de la misma complementaria con el tratamiento percutáneo de las bolsas palpebrales, para lo cual se utiliza la técnica conocida como "Pinch". Para ello se mide el excedente de piel a resecar pinzando exclusivamente la piel con un clamp o pinza especial a partir de 2 mm por debajo del borde ciliar. No se debe producir tracción sobre el borde palpebral ni deformar la hendidura palpebral. El excedente cutáneo se reseca manteniendo indemne el músculo orbicular, se realiza hemostasia con electrocauterio y se sutura con puntos separados de nylon 6-0, los cuales se retiran al tercer día posoperatorio (figuras 5 y 6).

### **Discusión**

La estructura de los párpados es sumamente compleja desde el punto de vista anatómico. En una región muy pequeña se encuentran estructuras de muy diferente elasticidad y consistencia. La función principal de los párpados es proteger el ojo, lubricarlo y drenar las lágrimas que se producen continuamente.

Se han descrito diversos procedimientos para el tratamiento cosmético del párpado inferior, resección o reposicionamiento de las bolsas adiposas por vía transcutánea o transconjuntival y el tratamiento de la piel mediante *peeling* químico, resección por vía transcutánea<sup>5,6,7</sup> o más cercano a la actualidad, el tratamiento de la piel mediante la aplicación de láser. A su vez, distintos tipos de complicaciones se han descrito para cada caso, como diplopía por lesión transitoria o permanente del músculo oblicuo menor o recto inferior y en menor medida del recto lateral,<sup>8</sup> diversos grados de retracción o ectropión posterior a la resección de piel.

El debilitamiento del músculo orbicular por lesión de su inervación motora o por la transección del mismo durante el abordaje transcutáneo, también es causa del aumento de la laxitud del párpado inferior que se manifiesta como "*scleral show*" o ectropión.



Figura 3. Resección de bolsas adiposas: a) infiltración, b) incisión percutánea, c) exploración de las bolsas adiposas central y medial, d) exteriorización de la bolsa adiposa, e) hemostasia, f) exteriorización de la bolsa adiposa externa.

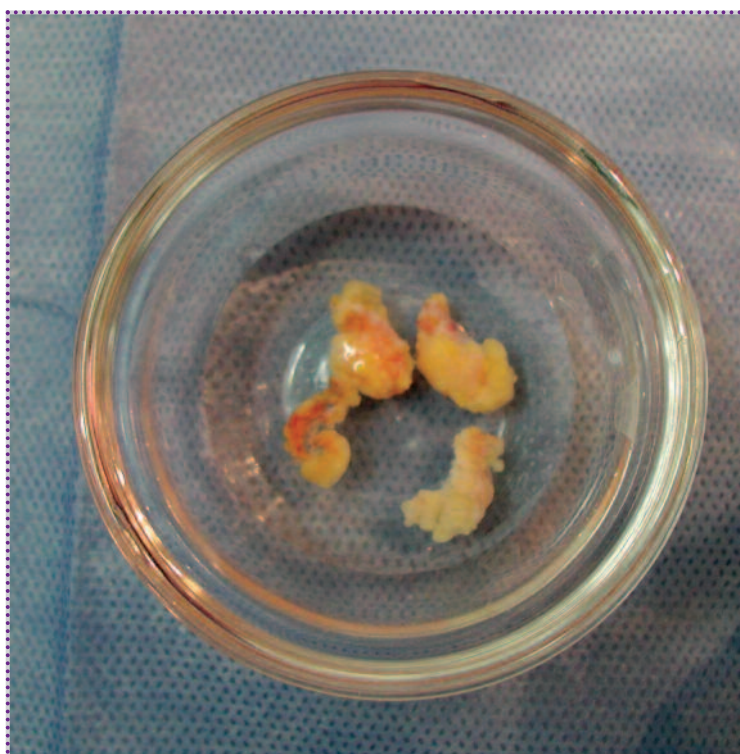


Figura 4. Bolsas adiposas resecaas.

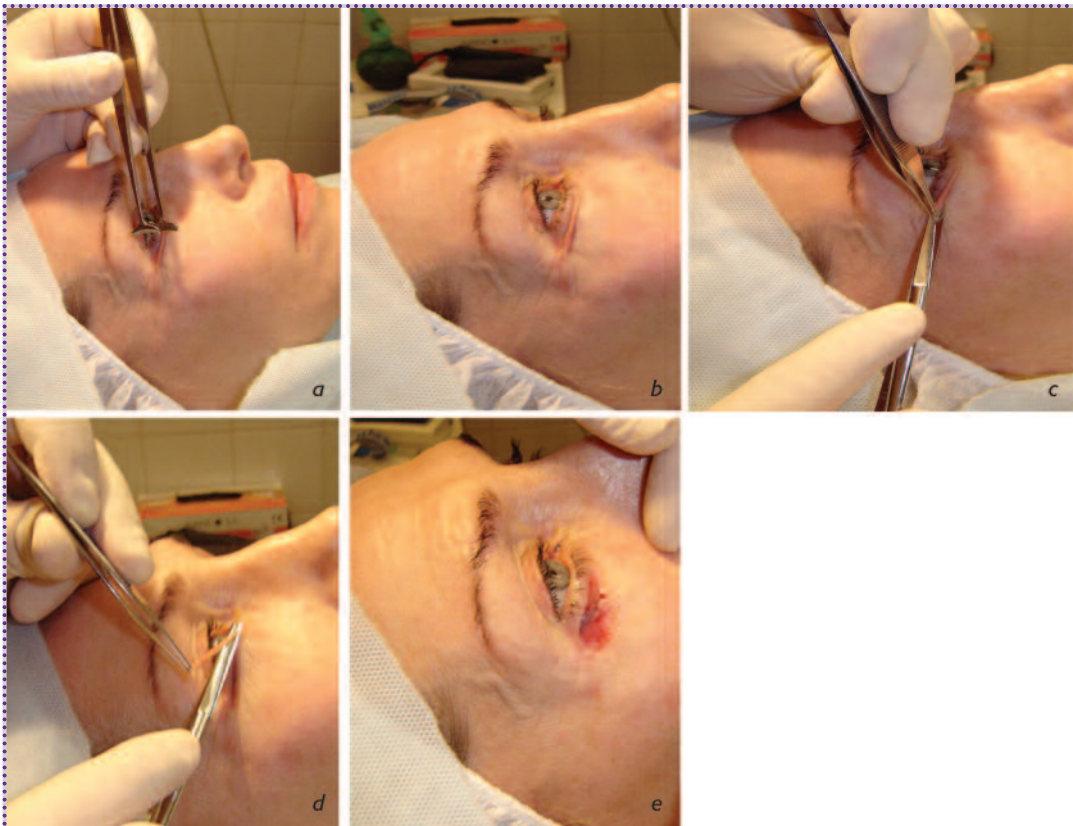


Figura 5. Resección de piel: a-b) pinzamiento de piel, c-d) resección de piel, e) área de piel reseçada.



Figura 6. a) y c) preoperatorio, b) y d) control 1 año postoperatorio.

El trauma quirúrgico es un ítem a tener en cuenta, ya que debido a la laxitud de los tejidos periorbitarios el edema posterior que se genera es mayor, pudiendo alterar la mecánica y función palpebral, lo que deriva en alteraciones del globo ocular.

Como complicaciones dependientes del procedimiento, en la serie presentada sólo hemos observado tres casos con subrección, los cuales se resolvieron mediante la repetición del procedimiento a los seis meses, sin aumento de la dificultad en el desarrollo de la técnica quirúrgica.

## Conclusión

En vista de lo anterior, estamos convencidos de que hemos desarrollado un procedimiento mínimamente invasivo para el tratamiento de las bolsas adiposas del párpado inferior, teniendo como premisas:

1. Procedimiento realizable mediante anestesia local.
2. Comodidad del paciente mientras se realiza la cirugía.
3. Es mínimamente invasivo.
4. Interferir lo menos posible en la fisiología y la mecánica de las estructuras anatómicas que comprenden el párpado inferior.
5. Tratar de evitar al máximo las posibles complicaciones descritas hasta ahora de acuerdo con las distintas técnicas empleadas para el tratamiento cosmético de las bolsas palpebrales inferiores y el exceso de piel.
6. No dejar estigmas quirúrgicos identificables.
7. Brindar un posoperatorio consecuente con la exposición social requerida por nuestros pacientes en estos tiempos en los cuales nos toca desarrollar nuestra actividad.

Consideramos que estamos en condiciones de decir que hemos alcanzado los objetivos propuestos y que el tratamiento percutáneo de las bolsas adiposas del párpado inferior es una herramienta más con la que cuenta el cirujano plástico para rejuvenecer un sector tan importante del complejo oculopalpebral.

## REFERENCIAS

1. Borodic, G. E. "Anatomía palpebral", en *Cirugía plástica del párpado*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995: 1-22.
2. Lowe, J. B. III, M. Cohen, D. A. Hunter y S. E. Mackinnon, "Analysis of the Nerve Branches to the Orbicularis Oculi Muscle of the Lower Eyelid in Fresh Cadavers", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2005; 116 (6): 1743-1749.
3. Mowlavi, A., M. W. Neumeister, B. J. Wilhelmi, "Lower Blepharoplasty Using Bony Anatomical Landmarks to Identify and Avoid Injury to the Inferior Oblique Muscle", *Plastic & Reconstructive Surgery*. 2002; 110 (5): 1318-1322.
4. Ghabrial, R., R. D. Lisman, M. A. Kane *et al.*, "Diplopia following Transconjunctival Blepharoplasty", *Plastic & Reconstructive Surgery*. 1998; 102 (4): 1219-1225.
5. Rizk, S. S. y A. Matarasso, "Lower Eyelid Blepharoplasty: Analysis of Indications and the Treatment of 100 Patients", *Plastic & Reconstructive Surgery*. 2003; 111 (3): 1299-1306.
6. Hamra, S. T., "Arcus marginalis release and orbital fat preservation in midface rejuvenation", *Plast. Reconstr. Surg.* 1995; 96: 354.
7. Hamra, S. T., "The role of orbital fat preservation in facial aesthetic surgery: A new concept", *Clin. Plast. Surg.* 1996; 23: 17.
8. Rosenfield, Lorne K., "The Pinch Blepharoplasty Revisited", *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2005; 115 (5): 1405-1412.