

Blefaroplastia en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz

Blepharoplasty in the "Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz"

BONILLA L,* GUZMÁN E,** ISSA M.***

*Médico Dermatólogo, Residente de Cirugía Dermatológica, IDCP-DHBD; **Médico Dermatólogo, Cirujano Dermatólogo, IDCP-DHBD;

***Médico General; Santo Domingo, República Dominicana.

Recibido el 20 de febrero de 2006

RESUMEN

LA BLEFAROPLASTIA OCUPA EL PRIMER LUGAR DE CIRUGÍAS COSMÉTICAS EN NUESTRO INSTITUTO. ESTE PROCEDIMIENTO SE DESARROLLA POR DIFERENTES AUTORES Y TÉCNICAS, DEPENDIENDO DE SU EXPERIENCIA. PRESENTAMOS LA CASUÍSTICA EN EL IDCP-DHBD, ASÍ COMO LA EXPOSICIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

PALABRAS CLAVE: BLEFAROPLASTIA, CIRUGÍA, COSMÉTICA, TÉCNICA QUIRÚRGICA

ABSTRACT

THE BLEPHAROPLASTY OCCUPIES THE FIRST PLACE IN COSMETIC SURGERY IN OUR INSTITUTE. THIS PROCEDURE IS DONE DEVELOPED BY DIFFERENT AUTHORS AND TECHNIQUES, DEPENDING ON THEIR EXPERIENCE. WE SHOW THE EXPERIENCE IN THE IDCP-DHBD, AS WELL AS THE EXPOSITION OF THE TECHNIQUE.

KEY WORDS: BLEPHAROPLASTY, SURGERY, COSMETIC, SURGERY TECHNIQUE

Introducción

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 es un procedimiento quirúrgico utilizado para la corrección de las alteraciones degenerativas de los párpados.² Se le puede considerar estético cuando se busca rejuvenecimiento,³ y no estético cuando se trata de un procedimiento correctivo cuando la ptosis interfiere con los campos visuales lateral y superior,⁴ según sea el caso.

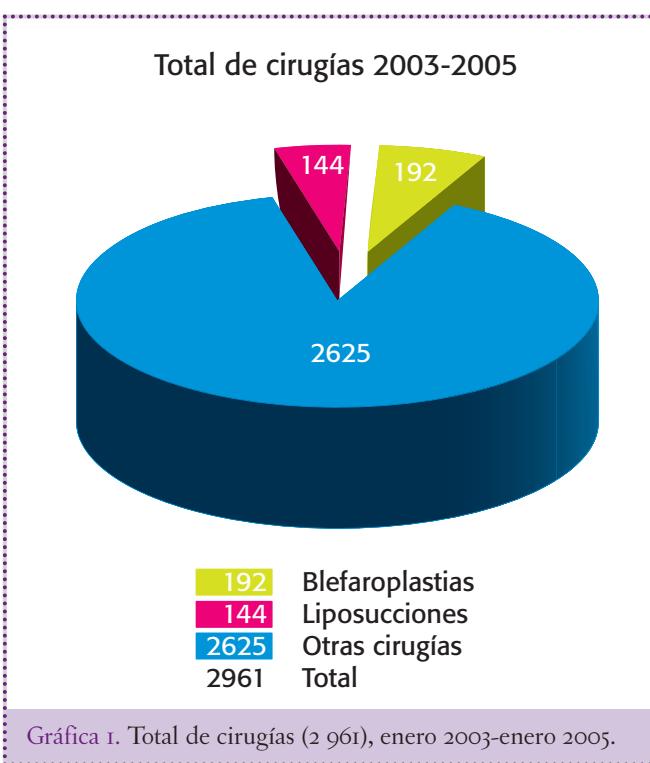
La blefaroplastia fue desarrollada por Avicena, Ibn Rashil y Albucasis en Arabia, en el siglo X, lo que pone de manifiesto su importancia para la visión; ellos describieron varias técnicas para párpados superiores.²

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.²

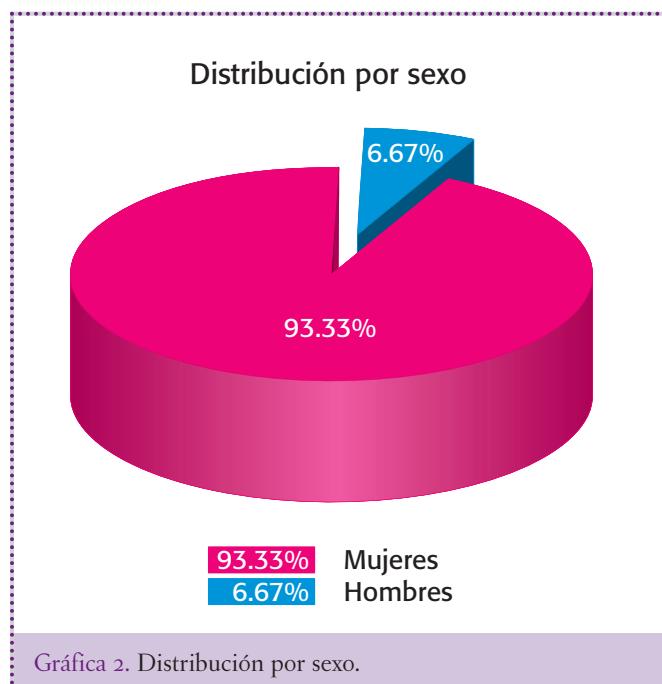
Su importancia radica en su incremento anual. En el IDCP-DHBD ocupó el primer lugar en cirugías cosméticas, y representa el 6.4% de las 2 961 cirugías totales realizadas en el periodo de dos años (enero 2003-enero 2005) (Gráfica 1).

Es un procedimiento que se lleva a cabo más en mujeres, 93.33% del total (Gráfica 2). Los rangos de edad van

desde los 30 a los 85 años, con un promedio de 48 años. En este estudio, en el 100% de los casos se realizó el procedimiento desde un punto de vista estético.



Gráfica 1. Total de cirugías (2 961), enero 2003-enero 2005.



Gráfica 2. Distribución por sexo.

Valoración preoperatoria

Como en todo acto quirúrgico, se deberá elaborar una historia clínica completa y una exploración física adecuada. Además, se debe contar con una evaluación oftalmológica que documente la agudeza visual, campos visuales periféricos, presión intraocular, función lagrimal basal, estabilidad de la película lagrimal, fuerza del cierre palpebral, si existe lagoftalmos y la simetría de las aberturas palpebrales.⁵

Se deberá contar con una evaluación cardiológica, ya que, en nuestra experiencia, los problemas de hipertensión

arterial ocupan el primer lugar de causas por las cuales se suspenden las cirugías, y esto se debe generalmente a un mal control o manipulación de los medicamentos por parte de los pacientes.

Los antecedentes patológicos son muy importantes, pues existen enfermedades que pueden alterar los párpados, como disfunción tiroidea, enfermedad renal, alergia, dacrioadenitis, blefaroacalasia verdadera, que pueden manifestarse como párpados hinchados. Del mismo modo, existen padecimientos como ptosis, miastenia gravis, dermatocalasia, tumor orbital, dimensiones de las glándulas lagrimales, que pueden provocar alteraciones en la anchura de las aberturas palpebrales. También puede existir exposición de la esclerótica inferior como una variante anatómica, por miopía axial, órbitas poco profundas, retracción tiroidea del párpado o por masa retrobulbar. Asimismo, es importante el dato de una blefaroplastia previa.

Entablar una buena relación médico-paciente es parte del éxito de la cirugía; se les debe explicar detenidamente el procedimiento, las posibles complicaciones, riesgos y sobre todo prepararlos psicológicamente para su evolución postoperatoria. Para seleccionar al paciente hay que tomar en cuenta dos factores determinantes: el anatómico y el psicológico.⁶ Cuando se tenga duda acerca del objetivo que persigue el paciente con la cirugía, esto es, sus perspectivas, lo mejor es rechazarlo.

En el IDCP-DHBD siempre se le toman tres fotografías al paciente antes de la cirugía: de frente, medio perfil derecho y medio perfil izquierdo (Fotos 1-3), que nos sirven como basal y se comparan seis meses después del postoperatorio.



Fotos 1-3. Fotos previas a la cirugía, medio perfil derecho, frente y medio perfil izquierdo.

Entre los estudios de laboratorio que se piden al paciente están la biometría hemática completa, tiempos de protrombina, tromboplastina, conteo plaquetario, química sanguínea, electrolitos séricos, perfil tiroideo, antiVIH y hepatitis B y C.

En su primera visita se le da por escrito un resumen comprensible del procedimiento, sus posibles complicaciones, los medicamentos y los cuidados generales. Utilizamos antibióticos del tipo de las cefalosporinas (cefalexina 500 mg c/6 horas por 7 días) y quinolonas del tipo levofloxacino, 400 mg c/24 horas por 5 días o ciprofloxacino 500 mg c/12 horas por 5 días, dependiendo del caso; asimismo, utilizamos paracetamol 500 mg cada 8 horas por 5–7 días aproximadamente.

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico, por tal motivo se realiza en un quirófano con la participación de un médico anestesiólogo, dos cirujanos dermatólogos y una enfermera.

Al arribo del paciente, el anestesiólogo le toma los signos vitales, revisa los resultados de los estudios de laboratorio al igual que el cirujano dermatólogo; si el paciente presenta alguna alteración de importancia, la cirugía se suspende y el paciente es referido a donde corresponda. Si el paciente se encuentra apto para el acto quirúrgico, firma su autorización, se le viste para la cirugía y pasa al quirófano, donde se le canaliza una vena permeable y se le coloca monitor con oxímetro de pulso. La enfermera realiza la asepsia y antisepsia con jabón de clorhexidina diluida en solución fisiológica. Hay que recordar que el lavado debe ser suave en los párpados y cuidando los ojos, ya que se han reportado úlceras corneales por uso de clorhexidina. Se practica primero la blefaroplastia del párpado superior.³

Párpado superior

Se usan las puntas de los dedos para elevar la frente y las cejas, dando así el efecto de la fuerza de gravedad (Foto 4).

El diseño de las líneas de incisión se realiza pidiéndole al paciente que mantenga los ojos cerrados, se traza luego una línea en forma de S itálica que parte del canto medial hasta 1 cm por fuera del canto lateral (Foto 5). Nos ayudamos de una pinza de disección para pellizcar el exceso de piel y conocer así la cantidad que deberá ser removida en el procedimiento (Foto 4).

Anestesia

Utilizamos anestesia local por infiltración del tipo lidocaína al 1% con epinefrina 1:100 000. Se inyecta el anestésico por



Foto 4. Elevación de cejas y frente y pellizco con pinza para conocer exceso de piel.



Foto 5. Con los ojos del paciente cerrados se realiza el trazo desde el canto medial hasta 1 cm por fuera del canto lateral.

vía subcutánea y submuscular en forma de abanico. Esperamos 15 minutos para obtener una buena anestesia y hemostasia. Dependiendo del estado de ansiedad del paciente, el cirujano y el anestesiólogo decidirán el uso de algún sedante; preferimos el midazolam.

Una vez realizado el diseño y anestesiado se procede a la escisión de piel y una pequeña banda del músculo orbicularis oculi,⁷ la cual mide la mitad de la anchura de la escisión de la piel. La anchura de la escisión muscular es más amplia lateral y medialmente, y más estrecha en la porción central del párpado. La remoción del músculo varía en relación directamente proporcional a la caída y plegamiento de la deformidad del párpado superior.

Una vez removida la banda muscular se procede a realizar hemostasia y ya con el campo quirúrgico visible se identificarán las dos bolsas de grasa, medial y central, las cuales son divididas por el tendón del músculo oblicuo superior; se debe tener cuidado para no lesionar esta estructura (Foto 6). El septum orbital yace profundamente al músculo orbicularis oculi, el contenido graso yace por detrás del septum;³ éste se abre y se disecan las bolsas grasas lenta y cuidadosamente; se hace una presión muy suave sobre el globo ocular produciendo una proyección de estas bolsas.

Disecadas y liberadas las bolsas, se pinzan en su base con unas pinzas hemostáticas curvas y se seccionan. Se utiliza el electrocauterio sobre las pinzas hemostáticas con ayuda de una pinza de electrofulguración para eliminar el tejido remanente. Posteriormente se realiza un pase de electrocauterio sobre el músculo en forma de línea, esto le da un efecto estético muy importante. Se revisa si ya no hay sangrado y se sutura con nylon 6-0; los puntos pueden darse en

forma continua o subdérmicos. Antes de la sutura se infiltra el anestésico en el párpado inferior con la finalidad de ahorrar tiempo (Foto 7).

En el caso de pacientes varones, que representan sólo el 6.67% del total de los casos, deben tenerse en cuenta diferencias anatómicas y técnicas para un buen resultado. Como regla, la blefaroplastia superior en hombres debe conllevar resecciones miocutáneas más conservadoras y dar menos lipomoldeado, así como extraer más grasa.⁸ Deben evitarse los surcos superiores profundos y altas líneas palpebrales.⁵

La línea palpebral masculina debe ser más inferior y el pliegue palpebral más prominente que en las mujeres. Para lograr este efecto se realiza una incisión 6-8 mm por encima del margen palpebral y una resección leve de piel y músculo orbicular bastante recta, con arco central mínimo, y no extenderse en sentido lateral.

Párpado inferior

Se realiza un trazo oblicuo colocado entre 5-10 mm por debajo del canto lateral, aquí se busca que caiga sobre una línea cutánea; no se marca la incisión a lo largo del margen ciliar. Esta incisión se realiza con tijera de Kaye aproximadamente a 1-2 mm del margen ciliar, cuidando las pestañas (Foto 8). El límite medial es el punctum del párpado inferior.

Se realiza un colgajo musculocutáneo y se lo eleva hasta el nivel del reborde orbital. La grasa se encuentra por debajo del septum orbital. En este momento se identifican las tres bolsas, medial, central y lateral, y se realizan en forma independiente tres incisiones en el septum orbital, cada una se diseña con sumo cuidado, pinzadas en su base y seccionadas. El tejido remanente se mantiene en la pinza de he-

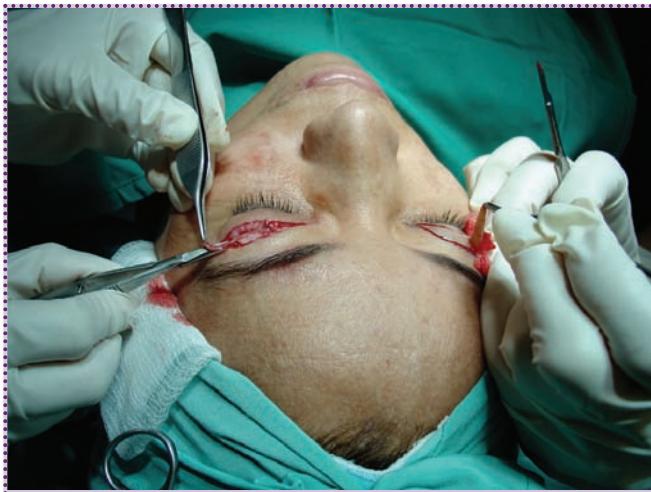


Foto 6. Escisión de la piel con una pequeña banda muscular.



Foto 7. Antes de suturar procedemos a infiltrar párpados inferiores.

mostasia y cauterizado con pinza de electroauterio. Se prefiere iniciar con la bolsa de grasa lateral, ya que se encuentra superior y lateral y es más difícil de encontrar.

Extrirpadas las tres bolsas, se revisa que no exista ningún foco hemorrágico, y de haberlo se aplica electrocauterrío. Este paso es uno de los más importantes, ya que de existir alguna hemorragia puede dar complicaciones serias.

Una vez lograda la hemostasia se le pide al paciente que abra la boca y vea hacia arriba sin mover la cabeza, y de esta forma calculamos la piel redundante que ha de cortarse (Foto 9). El margen del párpado inferior se coloca en el limbo inferior. La piel se pone por encima de modo que el exceso cae una vez removidas las bolsas. Se hace un corte perpendicular hacia el borde del colgajo y éste se sujetta con un punto de anclaje. El exceso de piel se corta, así como el músculo, y el colgajo se deja reposar sobre el borde superior de la herida. Se realiza sutura continua con nylon 6-0 alineando el colgajo con el margen ciliar (Foto 10). Por último se colocan steristrips en párpados superiores e inferiores; en ocasiones se coloca un apósito de gasas en los párpados inferiores sobre los steristrips, que se retiran al día siguiente.

En pacientes jóvenes con bolsas palpebrales inferiores prominentes se prefiere la blefaroplastia transconjuntival, que minimiza el riesgo de retracción del párpado inferior.



Foto 8. Incisión a 1-2 mm del margen ciliar, cuidando de no cortar las pestañas.

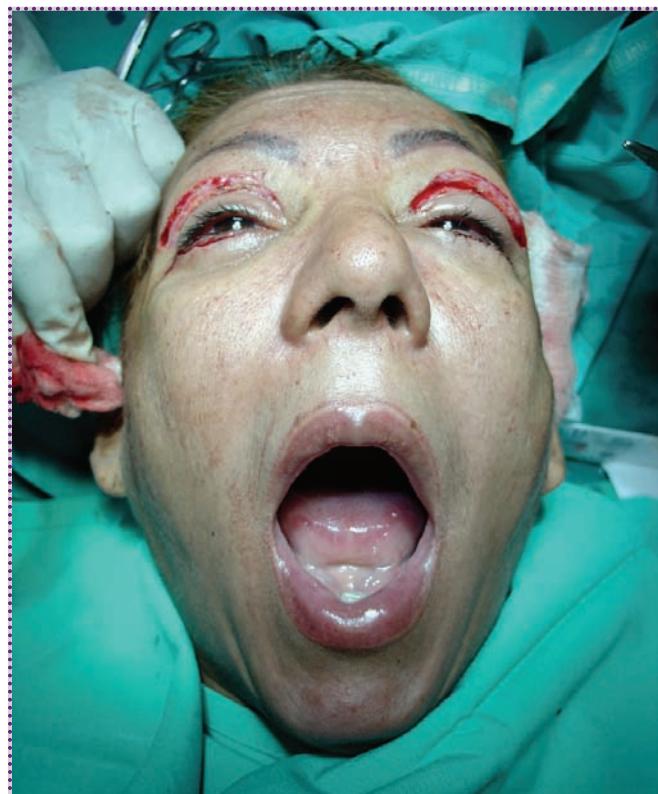


Foto 9. Paciente abriendo la boca y mirando hacia arriba, con la finalidad de calcular la piel redundante a cortarse.



Foto 10. Postquirúrgico inmediato; párpados superiores e inferiores suturados con nylon 6-0 continuo.

Postoperatorio

Se le recuerda al paciente el uso de sus antimicrobianos y analgésicos, se llama a su acompañante para que lo auxilie y se le explican en su presencia las medidas a seguir: uso de gorros de hielo para disminuir el edema; colocación de 2-3 almohadas al acostarse; es normal manchar los steristrips; uso de lentes oscuros. Hay que hacer énfasis acerca de una posible hemorragia cuando el sangrado sea intenso; deben acudir de inmediato. Se le cita al día siguiente y se evalúa. Si los steristrips están muy húmedos se cambian, si se colocaron gasas se retiran y se queda únicamente con steristrips. Se retiran puntos de sutura a los 5-7 días y se revisa a la semana y un mes después; posteriormente se le cita a los 4 y 6 meses (Foto II). Es importante que el paciente no fume y no beba alcohol. Utilizamos aceite de rosa mosqueta para disminuir las cicatrices en aplicación nocturna, así como una crema con hidrocortisona al 1% para disminuir la hiperpigmentación.

Complicaciones

Entre las complicaciones se mencionan ceguera, ectropión, edema conjuntival persistente, ptosis temporal, ojo seco persistente, formación de quistes de millium, asimetría, remoción de piel insuficiente o excesiva, infección, sangrado, remoción excesiva o insuficiente de grasa, cicatriz excesiva interna o externa, alteraciones en la visión, complicaciones de la anestesia y expectativas no realistas.

En nuestra experiencia, la complicación más frecuente es la formación de quistes de millium, así como manchas

postinflamatorias, que se tratan a base de extirpación con aguja y cremas con hidrocortisona, respectivamente. Más raramente llega a presentarse induración en la cicatriz, que tratamos a base de infiltraciones de triamcinolona intradérmica cada tres semanas. Estas complicaciones se consideran menores.

Hasta el momento no hemos tenido complicaciones mayores. La más temida es la ceguera, que se debe principalmente a la isquemia producida por un hematoma retrobulbar; en tal caso el dolor es el punto cardinal junto con proptosis y alteraciones visuales; de presentarse tal situación hay que operar inmediatamente y evacuar el hematoma.⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 21^aed. Madrid: Espasa Calpe, 2000: 298
2. Camacho F, de Dulanto F. *Cirugía dermatológica*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995: 623-630
3. Hernández-Pérez E. *Cirugía dermatológica práctica*. San Salvador: UCA Ediciones, 1992: 229-236
4. Robinson J, Arndt K, Leboit P, Wintrob B. *Atlas of cutaneous surgery*. Philadelphia: Saunders 1996: 301-314
5. Bosniak S, Zilkha M. *Blefaroplastia cosmética y rejuvenecimiento facial*. 2^a ed. México, DF: AMOLCA, 2004: 14-106
6. Coleman W, Hanke W, Alt T, Asken S. *Cosmetic surgery of the skin*. 2nd ed. Saint Louis Missouri, Mosby 1997: 354-382
7. Bisaccia E, Scarborough D. *The Columbia Manual of Dermatologic Cosmetic Surgery*. New York: McGraw-Hill, 2002: 317-330
8. Lask G, Moy R. *Principles and techniques of cutaneous surgery*. New York: McGraw-Hill, 1996: 583-604



Fotos II. La misma paciente, a los cuatro meses de la intervención.