

# Colgajo miograso de párpado superior en el manejo de la retracción palpebral inferior

**Dra. Sara I. Plazola-Hernández, Dra. Rosa Isela Rubio, Dr. Guillermo Salcedo-Casillas**

## RESUMEN

**Introducción:** La retracción palpebral inferior se presenta principalmente por tres factores: 1. asociada a una enfermedad sistémica, 2. secundaria a trauma o 3. posterior a cirugía estética. Existen diversas técnicas quirúrgicas descritas como la colocación de espaciadores. En este estudio se describe una nueva técnica para reparación de la retracción palpebral inferior mediante el uso de un colgajo miograso.

**Objetivo:** Conocer la eficiencia del colgajo miograso como técnica para la corrección de la retracción palpebral inferior. **Material y métodos:** Se incluyeron 11 pacientes (16 ojos), 6 del sexo masculino y 5 del femenino, con edad promedio 52.45 años, con retracción palpebral inferior de febrero 2005 a enero 2006, en el hospital de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México. Se les realizó a todos un colgajo miograso de párpado superior rotado hacia párpado inferior, como se coloca un espaciador. Se realizaron mediciones de exposición escleral inferior, exposición corneal, apertura palpebral y lagoftalmos antes y después de la cirugía. Se les dio un seguimiento a los pacientes durante el primer, tercer y sexto mes del postoperatorio.

**Resultados:** Los diagnósticos preoperatorios fueron orbitopatía distiroidea (7 pacientes, 11 ojos), enfermedad de Hansen (2 pacientes; 3 ojos), un paciente con cirugía plástica palpebral (1 ojo) y un paciente con parálisis facial (1 ojo). La corrección de la exposición escleral inferior y la reducción en la apertura palpebral posterior a la cirugía fueron estadísticamente significativas ( $p=0.05$ ). Sólo a dos de los pacientes (2 ojos) se les tuvo que colocar espaciadores de cartílago auricular ya que no se corrigió la exposición escleral.

**Conclusiones:** El colgajo miograso del párpado superior para el manejo de la retracción palpebral inferior es eficaz; se debe realizar un seguimiento a largo plazo e incluir un mayor número de pacientes para fundamentar más lo encontrado en el presente estudio.

**Palabras clave:** Colgajo, retracción palpebral inferior, inferior palpebral retraction, exposición escleral.

## SUMMARY

**Introduction:** Eyelid retraction is an unfortunate consequence of cosmetic surgery, trauma or disease. The management of this pathology has been described by many authors with different techniques, especially with the use of spacers. In this study we present a new technique based on the use of a muscle-fat flap rotation of the upper eyelid to the lower eyelid.

**Purpose:** To verify if the upper eyelid muscle-fat flap rotation is useful to repair the lower eyelid retraction.

**Material and methods:** We included 11 patients, 16 eyes with lower eyelid retraction. The patients attended the Hospital para Evitar la Ceguera en Mexico between February 2004 and January 2006. All patients were submitted to surgery with the rotation of a muscle-fat flap of the upper eyelid to the lower eyelid. Before and after surgery we measured scleral show, space between eyelids, corneal exposure and lagophthalmos. The patient follow-up was made during the first, third and sixth month.

**Results:** Of the 11 patients, 6 were males and 5 females; the mid age was 52.45 years. The pre-operative diagnosis was thyroid orbitopathy in 7 patients (11 eyes), two patients with Hansen disease (3 eyes), one patient with lower eyelid retraction due to plastic surgery and finally a patient with facial palsy. The scleral show and eyelids aperture was diminished with a statistic significance of  $p =0.05$ .

**Conclusions:** The rotation of a fat-muscle flap of the superior eyelid to the lower eyelid is effective to diminish scleral show.

**Key words:** Flap, inferior palpebral retraction, escleral show.

## ANTECEDENTES

La posición del párpado inferior está en relación con el limbo que es su límite anatómico. La retracción palpebral inferior se presenta al existir una exposición escleral por debajo del limbo en posición primaria de la mirada, por el desplazamiento del borde palpebral inferior (1).

La retracción palpebral inferior se presenta principalmente por tres factores: 1. Asociada con una enfermedad sistémica, como orbitopatía distiroidea, alta miopía, parálisis facial y enfermedad de Hansen, 2. secundaria a trauma o 3. iatrogenia, posterior a blefaroplastía (2). Los cambios que se presentan a consecuencia de la retracción palpebral inferior pueden ser por acortamiento de la lamela anterior, como en el caso de pacientes postoperados de blefaroplastía cosmética con excesiva resección de piel, alteración en las lamelas media y posterior por fibrosis de retractores, como es el caso de la orbitopatía distiroidea, resultando en el aumento del espacio interpalpebral y la pérdida del soporte palpebral (3, 4).

Las manifestaciones clínicas son irritación ocular, lagrimo por decremento de la función de la bomba lagrimal y mala posición del punto lagrimal, lagoftalmos y queratitis por exposición. También puede coexistir una laxitud palpebral y distopia cantal.

El manejo de la retracción palpebral está dirigido a la reducción de los síntomas y restauración de la forma natural de los párpados. La reparación de la lamela anterior se realiza mediante la colocación de injertos de piel combinados en ocasiones con manejo del canto (5). La reparación de las lamelas media y posterior, menor de 3 mm, se puede manejar con la lisis de retractores y, cuando es mayor, generalmente se emplean espaciadores. Las características de los

espaciadores son rigidez, maleabilidad, abundancia, accesibilidad, ser biocompatibles con bajo rechazo inmunológico y brindar una apariencia natural y cosmética. Los espaciadores que se han utilizado son de tipo autógeno, como cartílago auricular, mucosa palatina, fascia temporal, dermis acelular, fascia lata, homólogo, como esclera de banco, fascia lata y tarso de banco, o injertos sintéticos como polietrafluoretileno y membrana de colágeno. Los más utilizados son el cartílago auricular y la mucosa palatina (5).

En el presente trabajo se propone el uso del colgajo miograso del párpado superior para el manejo de la retracción palpebral inferior.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal, experimental y descriptivo (serie de casos), realizado en el Hospital Dr Luis Sanchez Bulnes, de la Asociación para Evitar la Ceguera en México, de febrero 2005 a enero 2006. Se incluyeron 11 pacientes (16 ojos) que presentaban retracción palpebral inferior. Se midió la exposición escleral inferior en milímetros, tomando como límites del limbo inferior al borde libre palpebral inferior en posición primaria de la mirada, la exposición corneal por medio de exploración en la lámpara de hendidura y tinción con fluoresceína siendo leve (1 cruz), moderada (2 cruces) y severa (3 cruces). La apertura palpebral también fue medida en milímetros con regla tomando como límites de borde libre palpebral superior a borde libre palpebral inferior, en posición primaria de la mirada. También se registró en milímetros la medida de lagoftalmos si es que estaba presente. Todas las mediciones

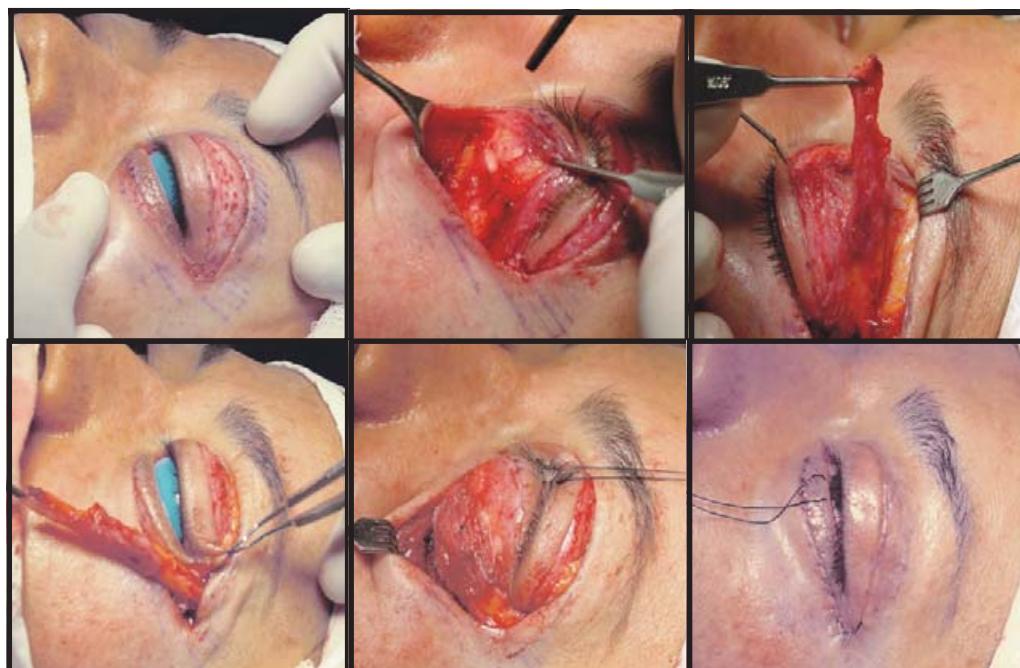
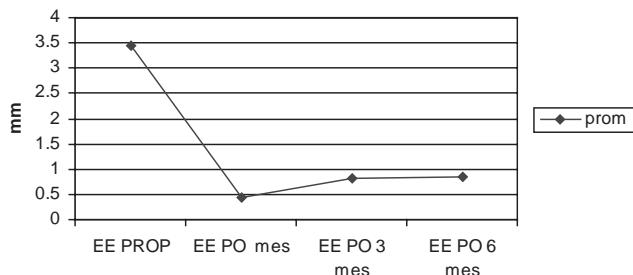


Fig. 1. Muestra una secuencia de fotografías con los pasos quirúrgicos más ilustrativos de la rotación y colocación del colgajo miograso del párpado superior al inferior.

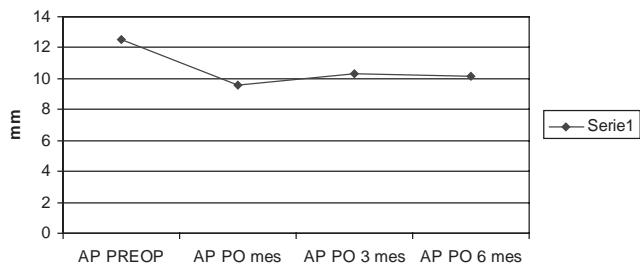
**Gráfica 1. Muestra la disminución significativa de la exposición escleral inferior, previa a la cirugía, al mes, tercer y sexto mes de la cirugía.**



EE PROP= exposición escleral previa a la cirugía

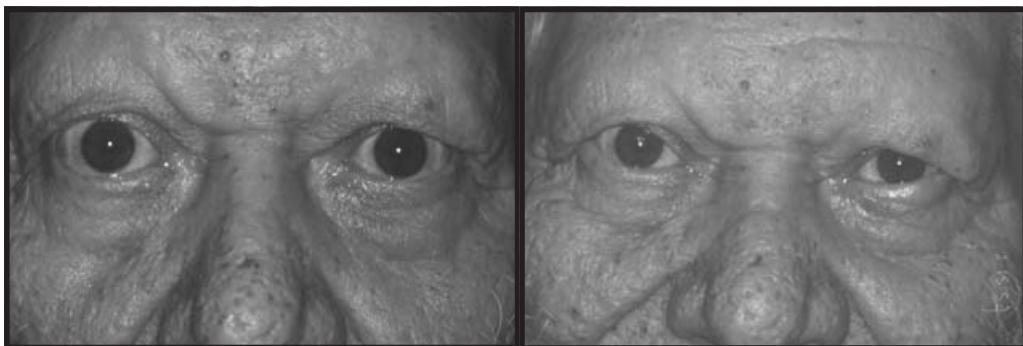
EE PO= exposición escleral postoperatoria

**Gráfica 2. Muestra la disminución de la apertura palpebral después de la cirugía comparativamente con el preoperatorio, con seguimiento hasta los 6 meses.**



AP PREOP= Apertura palpebral preoperatoria

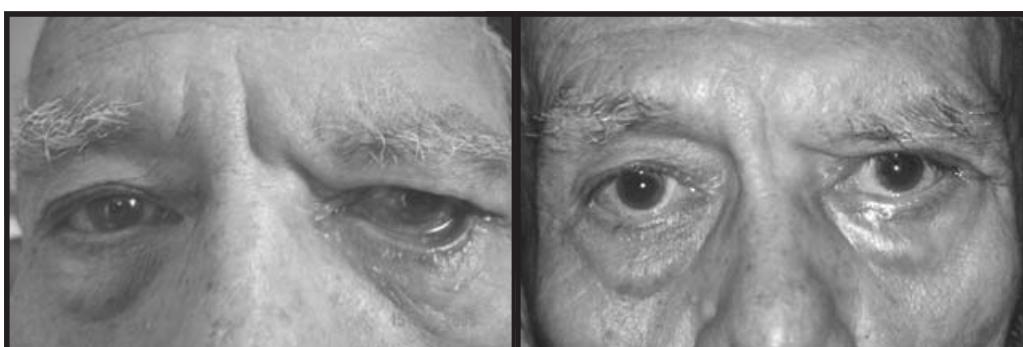
AP PO= Apertura palpebral postoperatoria



**Fig. 2.** Paciente con diagnóstico de enfermedad de Hansen con retracción palpebral inferior leve de 1 mm en ambos ojos y en la segunda fotografía vemos el resultado posquirúrgico ya sin retracción en ojo derecho e hipercorrección en ojo izquierdo.



**Fig. 3.** Paciente con orbitopatía distiroidea con retracción importante en ambos ojos, y en la siguiente fotografía el resultado muy satisfactorio a los tres meses después de la cirugía.



**Fig. 4.** Paciente con parálisis facial con una exposición evidente y su postoperatorio con el párpado en buena posición final a los 6 meses.

se tomaron previamente al procedimiento quirúrgico y después al mes, 3 meses y 6 meses para seguimiento. A todos se les realizó la técnica vía surco palpebral superior disecando piel de orbicular para después obtener un colgajo de orbicular y grasa preaponeurótica, rotando éste hacia párpado inferior. El lecho receptor se prepara con incisión infraciliar del párpado inferior disecando piel, orbicular y grasa hasta llegar a retractores, los cuales se desinsertan. En ese sitio se coloca el colgajo fijándolo con vicryl 6-0 hasta el ángulo interno, por arriba con tarso y por debajo con retractores, al igual que se coloca un espaciador. El punto importante del procedimiento es dar tensión dinámica durante la cirugía y acomodar el canto externo de tal forma que quede suspendido por el colgajo. Se cierra el orbicular con vicryl 6-0 y piel con seda 6-0. Se deja un punto de tracción durante 5 días (figura 1).

### RESULTADOS

Se intervinieron 11 pacientes, 6 del sexo masculino y 5 del femenino, con edad promedio de 52.45 años. Los diagnósticos fueron 7 pacientes con orbitopatía distiroidea, 2 con enfermedad de Hansen, un paciente con parálisis facial y un paciente postoperatorio de blefaroplastía inferior (a ambos sólo se les operó el ojo izquierdo). La exposición escleral promedio en el preoperatorio fue de 3.43 milímetros, y en el postoperatorio, al mes de 0.43 en promedio, al tercer mes de 0.81 y al sexto mes de 0.84 en promedio, mostrando una mejoría estadísticamente significativa ( $P=0.05$ , gráfica 1). La apertura palpebral promedio en el preoperatorio fue de 12.5 milímetros, en el postoperatorio al mes fue de 9.56 promedio, al tercer mes de 10.31 y al sexto mes de 10.15 mostrando una mejoría estadísticamente significativa ( $P=0.05$ , gráfica 2).

El paciente con parálisis facial con un lagoftalmos preoperatorio de 8 mm mejoró a 2 mm al sexto mes de postoperatorio, el resto se mantuvo sin cambios significativos. La exposición corneal no mostró cambios sobresalientes. Sólo dos de los 11 pacientes (2 ojos) necesitaron la colocación de espaciadores retroauriculares ya que no se resolvió la retracción palpebral inferior (figuras 2, 3 y 4).

### DISCUSIÓN

Existen diversos estudios que establecen que la colocación de espaciadores antólogos en especial cartílago auricular y

mucosa palatina, son útiles para el manejo de retracción palpebral inferior (5).

El empleo de espaciadores biológicos autólogos dan como resultado una apariencia más natural, tal es el caso de los injertos tarsoconjuntivales (6) que presentan menor respuesta de rechazo, son de fácil acceso por encontrarse cerca del sitio receptor, son lo suficientemente maleables y rígidos para dar soporte palpebral (1). En el caso del colgajo miograso, de orbicular y grasa preaponeurótica, no está descrita la técnica para su uso como espaciador, pero creemos que al ser autólogo y con irrigación propia se integra adecuadamente al lecho receptor. Además es de fácil acceso por su cercanía al sitio receptor. También su característica de contractibilidad inherente le da tensión dando soporte al párpado inferior. En nuestro estudio encontramos que esta técnica es una opción más, antes no descrita, para el manejo de la retracción palpebral inferior.

### CONCLUSIONES

El colgajo miograso del párpado superior para el manejo de la retracción palpebral inferior es efectivo. Creemos que se debe continuar con un seguimiento mayor e incluir más pacientes para poder determinar y discernir la eficacia en los diferentes tipos de factores que contribuyen a la retracción palpebral inferior.

### REFERENCIAS

1. Salcedo Casillas G Cirugía cosmética periorbitaria. Asociación para Evitar la Ceguera en México, Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, 2001 pag 229-237.
2. Patel MP. Combined hard palate spacer graft, midface suspension, and lateral canthoplasty for eyelid retraction: a tripartite approach, *Plast Reconstr Surg.* 2005; 115(7):2105-14.
3. Guimaraes FC, Cruz AA. Eyelid changes in long-standing leprosy. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1998; 14(4):239-43.
4. Li TG. Comparison of the efficacy of hard palate grafts with acellular human dermis grafts in lower eyelid surgery. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116(3):873-8.
5. Guyot L, Layoun W. Hard palate mucosal graft for posterior lamella repair. *J Fr Ophthal* 2004; 27(9 pt 1):1071-6.