

Suspensión frontal con aponeurosis temporal en paciente con ptosis palpebral traumática recidivante crónica

Frontal suspension with temporal aponeurosis in a patient with chronic recurrent traumatic eyelid ptosis

Erick Escobar, Darío Clemente Fernández Martínez, Sergio Martínez, Natalia Cotto Perroni

RESUMEN

La ptosis palpebral es una de las patologías más frecuentes en la consulta de oftalmología, tanto en urgencias como en el ámbito ambulatorio. El trauma del párpado superior puede provocar ptosis o retracción o una combinación de ambos. En este tipo de ptosis palpebral, su resolución mediante tratamiento quirúrgico, existiendo múltiples alternativas de procedimientos que se decidirá de acuerdo con la causas que las originan, así como la severidad de la ptosis. En este trabajo es a propósito de un caso clínico en el cual nos encontramos una paciente con ptosis palpebral traumática recidivante, utilizándose suspensión frontal con aponeurosis de músculo temporal, realizándose una variación de la técnica de Crawford disminuyendo la probabilidad de nueva recidiva.

Palabras clave: ptosis palpebral, suspensión frontal, técnica de Crawford

ABSTRACT

Palpebral ptosis is one of the most frequent pathologies in the ophthalmology consultation, both in the emergency room and in the outpatient setting. Trauma to the upper eyelid can cause ptosis or retraction or a combination of both. In this type of eyelid ptosis its resolution by surgical treatment, there are multiple alternatives of procedures that will be decided according to the causes that originate them, as well as the severity of the ptosis, in this work is about a clinical case in which we find a patient with Recurrent Traumatic Palpebral Ptosis, using frontal suspension with aponeurosis of temporal muscle, performing a variation of the Crawford Technique decreasing the probability of recurrence.

Keywords: palpebral ptosis, frontal suspension, Crawford technique.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2023;29(1):59-63. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202301/0059-0063](https://doi.org/10.32825/RACP/202301/0059-0063)

INTRODUCCIÓN

El término médico ptosis en general hace referencia a la caída o prolapso de un órgano o parte de él. Podemos definir la ptosis palpebral como una posición anormalmente baja del párpado superior. Es una de las patologías más frecuentes en la consulta de oftalmología, tanto en urgencias como en el ámbito ambulatorio, y pueden deberse a problemas musculares, neurológicos o mecánicos, pueden establecerse de forma aguda o crónica, y pueden ser congénitos, relacionados o no con enfermedades hereditarias, o aparecer a lo largo de la vida.

En función de la etiología distinguimos varios tipos de ptosis. Interesa conocer sus características, ya que su manejo y pronóstico pueden ser diferentes.

En la ptosis palpebral postraumática el mecanismo de producción es múltiple y según la estructura afectada pueden aparecer ptosis de tipo miogénico, aponeurótico, neurogénico o mecánico. Pueden ser debidas a contusiones simples palpebrales u orbitarias, heridas con sección del músculo elevador, fracturas y cuerpos extraños orbitarios, fibrosis conjuntivales y del músculo elevador tras el traumatismo y a un síndrome de la hendidura esfenoidal o del ápex orbitario. Puede aparecer una ptosis tras cirugías de la región órbita-óculo-palpebral.

LA PTOSIS PALPEBRAL EN LA HISTORIA

Cinco siglos antes de Cristo, en el antiguo Egipto los "oftalmólogos" se abocaron al problema de la ptosis, quemando con placas de oro caliente la piel del párpado superior, para que la retracción cicatricial de la piel elevara el párpado.

Fue en 1880 cuando Drasant reportó el uso de suturas absorbibles subcutáneas colocadas entre el párpado y la ceja para tratar la ptosis.

En 1893 Hess propuso el uso de suturas no absorbibles colocadas en el mismo sitio, para retirarlas varias semanas después, refiriendo que el tejido cicatrizal que se producía era suficiente para mantener la elevación palpebral, lo cual es dudoso en la mayoría de las ptosis pal-

1. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Julio C Perrando. Resistencia, Chaco

✉ Correspondencia: naticotto@hotmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 22/03/2023 | Aceptado: 28/03/2023



Figura 1. Clasificación de la ptosis palpebral.

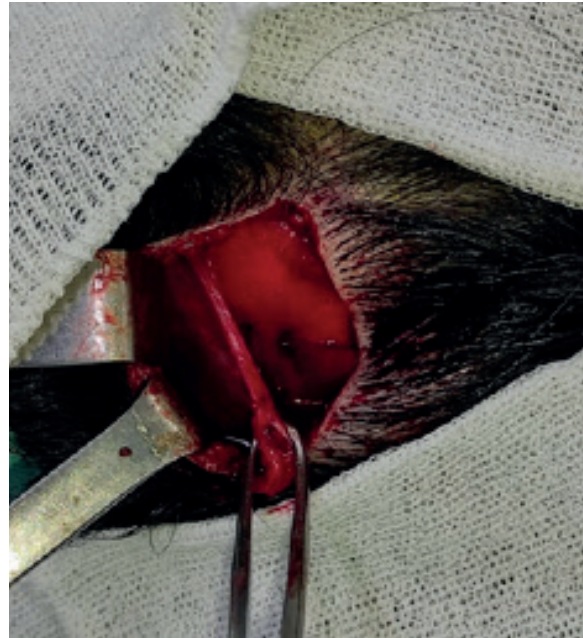


Figura 2. Toma de injerto de aponeurosis temporal.

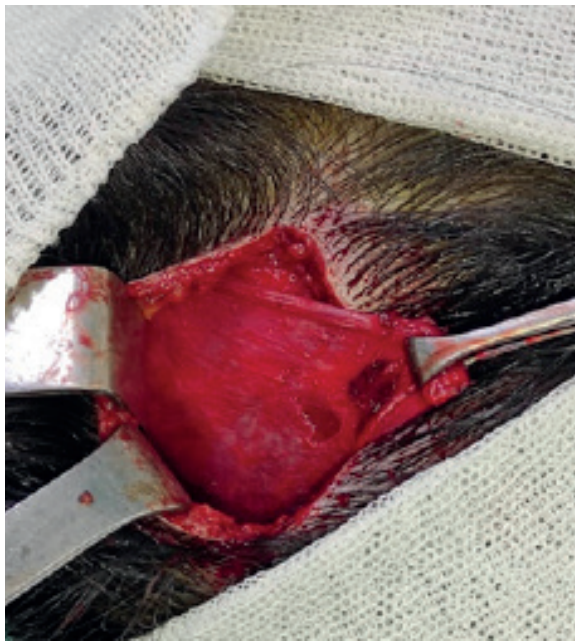


Figura 3. Toma de injerto de aponeurosis temporal.

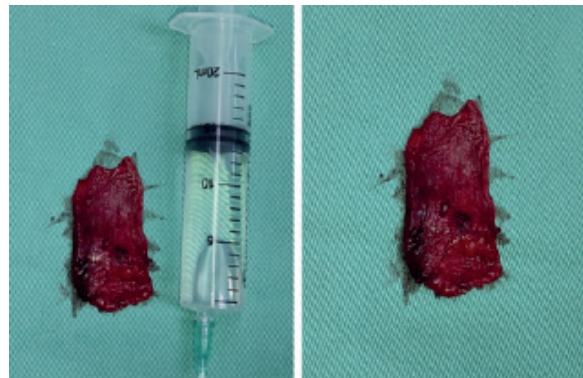


Figura 4. Injerto de aponeurosis temporal.

pebrales, excepto en los casos en los que la sutura produjera una severa reacción inflamatoria, que por otra parte es muy probable que se presentara en esa época. En 1903, Bishop Harman usó un filamento de oro para suspender el párpado de la ceja en una forma similar a la técnica de suspensión de Friedenwald y Guyton, que en 1948 publicaron el uso de una sutura romboide para la suspensión palpebral con diferentes materiales entre los que se encontraban seda, algodón, nylon y filamentos de tantalio, y a pesar de que en su artículo mencionan a las infecciones como principales complicaciones, la técnica se hizo rápidamente popular, y en los años posteriores se hicieron múltiples modificaciones tanto

a la forma de colocar los puntos como al material de sutura empleado.

Desde el siglo pasado se sabe que la mejor forma de elevar el párpado es mediante el mismo músculo elevador, que lamentablemente en muchos casos es tan deficiente que obliga a usar otro recurso.

La primera resección del elevador fue reportada por Bader en 1859.

En 1975, Jones Quickert y Wobig demostraron la existencia de defectos adquiridos en el tendón de inserción de la aponeurosis del elevador como factor causal de algunos tipos de ptosis, estableciendo que su tratamiento sería la simple reinserción en el tarso. A partir de este hallazgo, Anderson utiliza el término de “era de la conciencia aponeurótica”.

TRATAMIENTO DE LA PTOSIS PALPEBRAL

Las técnicas quirúrgicas a emplear estarán de acuerdo con las causas que las originan, así como la severidad de la ptosis, de modo que el acortamiento del elevador del párpado se realiza en las ptosis de etiología aponeu-



Figura 5. Imagen intraoperatoria.

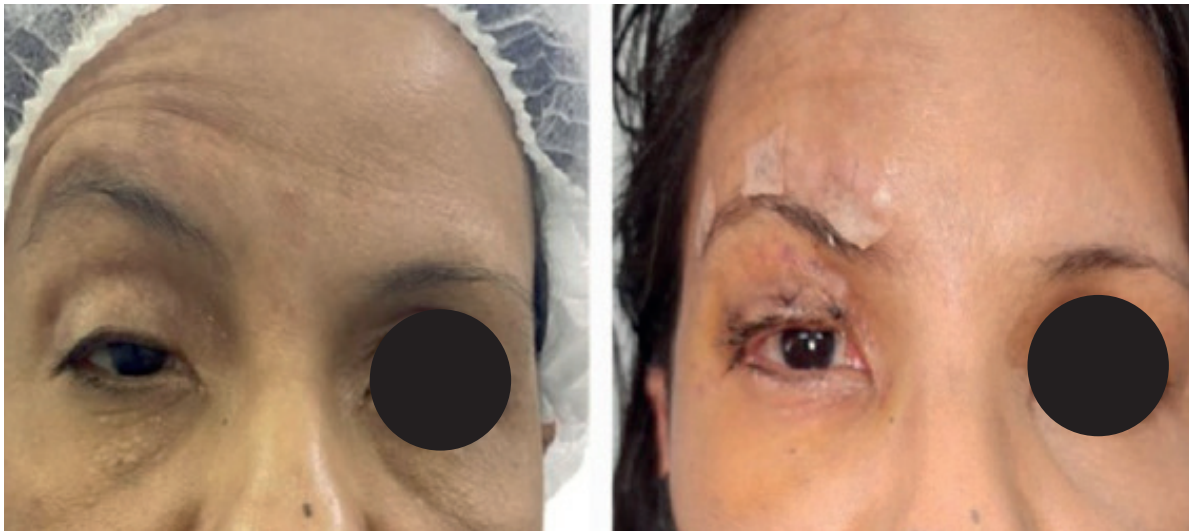


Figura 6. Comparación prequirúrgica y postoperatorio inmediato.

róticas, la resección en bloque en las ptosis palpebrales leves donde haya buena acción del músculo elevador del párpado. La técnica suspensoria frontal queda reservada para cuando hay una caída máxima del párpado y cuando acción nula del elevador del párpado (excursión menor o igual a 4 mm), se puede emplear para ello *fascia lata* u otros sintéticos como poliéster, nylon, prolene o silicona.

CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años sin antecedentes patológicos que consulta por servicio de guardia y emergencia el día 18/04/2017 por traumatismo ocular derecho de 2 horas de evolución, negando al momento de la anamnesis disminución de agudeza visual, siendo evaluado posteriormente por especialista en oftalmología. Al examen físico se constata laceración de párpado superior derecho de espesor completo sin signos de ne-

crisis acompañado de edema periorbitario y equimosis con compromiso de la vía lagrimal. A la biomicroscopia se constata córnea transparente, pupila redonda central y hemorragia subconjuntival en región temporal, realizándose el día 19/04/2017 recanalización de la vía lagrimal y reconstrucción de párpado superior derecho por laceración del párpado de espesor completo con compromiso de la vía lagrimal. Posteriormente, el día 20/04/2017 especialistas en Oftalmología deciden alta institucional con indicaciones médicas y signos de alarma.

El día 26/06/2017 concurre a control de posoperatorio constatándose ptosis palpebral derecha traumática por lo que se decide realizar interconsulta con Servicio de Cirugía Plástica, realizándose el mes de marzo del 2018 reparación de músculo elevador del párpado superior.

Posterior al procedimiento realizado, la paciente no concurre a controles de su posoperatorio en el

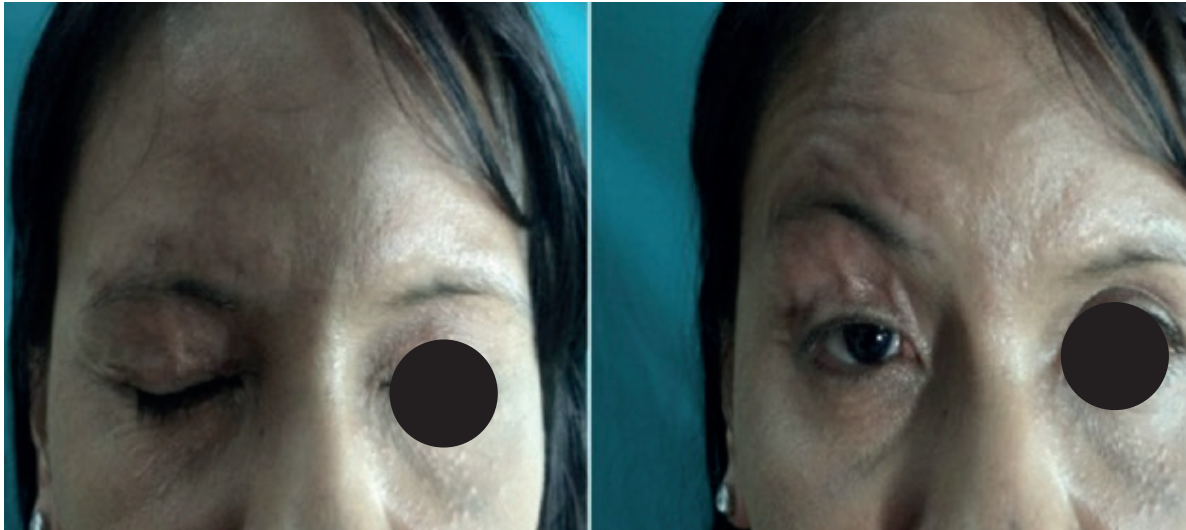


Figura 7. Control posoperatorio alejado (2 meses).

Servicio de Cirugía Plástica de nuestro nosocomio, perdiéndose así para el seguimiento.

En el mes de enero del 2023 la paciente consulta nuevamente por consultorio externo del Servicio de Cirugía Plástica por recidiva de ptosis palpebral derecha traumática secundaria a secuelas de traumatismo facial de aproximadamente 5 años y 9 meses de evolución. El día 31/01/2023 ingresa a quirófano; se realiza procedimiento de suspensión frontal con injerto de aponeurosis temporal por ptosis palpebral derecha recidivante, con una variación de la técnica de Crawford, efectuándose 3 incisiones de 3 mm a 3 mm del borde palpebral hasta llegar al tarso y 3 incisiones superciliares que profundizan hasta el periostio.

El 4/02/2023 la paciente presenta buena evolución de su posoperatorio mediato por lo que se decide alta institucional con controles posteriores por consultorio externo de cirugía plástica. Posteriormente la paciente concurre a control en el mes de marzo del corriente año, constatándose buena evolución del postoperatorio sin recidiva de la ptosis palpebral^{4,5}.

DISCUSIÓN

Para el presente trabajo se eligió este caso porque nos permite evaluar correctamente el manejo de una paciente con secuela crónica como la ptosis palpebral, la

cual evolucionó con recidiva tras varias intervenciones quirúrgicas. En la consulta prequirúrgica, médicos especialistas del servicio deciden someter a procedimiento de suspensión frontal con injerto de aponeurosis del músculo temporal, realizando en el intraoperatorio una variación de la técnica de Crawford a fin de mejorar los resultados postoperatorios, tanto funcional como estético, y que perduren en el transcurso de los años disminuyendo así las posibilidades de requerir nueva intervención quirúrgica. Este trabajo ofrece una nueva variedad en el tipo de técnica empleada, como la utilización de aponeurosis del músculo temporal como injerto, y es una alternativa a la aponeurosis del tensor de la fascia lata.

CONCLUSIÓN

La ptosis palpebral es un motivo de consulta frecuente en el ámbito ambulatorio. Existen diversos procedimientos quirúrgicos para su corrección que aportan resultado funcional y estético aceptable.

Este caso resultó de interés al poder aplicar una técnica quirúrgica que no se utiliza comúnmente en el Servicio, resultando en una combinación de técnicas que aportó el objetivo funcional deseado, que ha evitado hasta la fecha la recidiva de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saladino CN, Viñal MA. Manejo dinámico de la ptosis palpebral traumática. *Rev Argent Cir Plást* 15(2):54-61, jun. 2009. *Ilus.*
2. Negrin-Cáceres Y, Cabrera-Romero AdelC, Cárdenas-Monzón L, Figueroa-Padilla M. Comportamiento clínico-quirúrgico de la ptosis palpebral en la consulta de Cirugía Plástica Ocular. *Medicentro Electrónica vol.20 no.1 Santa Clara ene.-mar. 2016.*
3. Junceda-Moreno J, Suárez-Suárez E, Dos-Santos-Bernardo V. Treatment of palpebral ptosis with frontal suspension: a comparative study of different materials. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2005 Aug;80(8):457-61.
4. Chavez L. Suspensión frontal con fascia temporal autóloga en ptosis palpebral severa [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

5. Valle L, Mir C. Suspensión Frontal Combinada con Orbicuclectomía Total y Amputación del Músculo Procerus y Corrugador como Tratamiento del Blefaroespasmó Asociado a Apraxia de la Apertura Palpebral. *Oftalmol Clin Exp* 2007;1:16-9.
6. Pérez-Jerez E, Remón-Reyes E, Ortuño-Águila D, Alvarez-Fernández Y, Arévalo-Chávez I. Técnica suspensoria frontal en la corrección de la ptosis palpebral. *MULTIMED [revista en Internet]*. 2017 [citado 20 Mar 2023]; 19 (5) :[aprox. 9 p.].
7. Pfeiffer MJ. Brow Suspension in Complicated Unilateral Ptosis: Frontalis Muscle Stimulation via Contralateral Levator Recession. In: *Essentials in Ophthalmology, Oculoplastics and Orbit*, Springer Berlin Heidelberg. 2010. pp 117-124.