

9.- ALTERACIONES DE LOS PÁRPADOS

CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ACUERDO AL CIE 10:

Ptois: Adulto H024, Congénitas Q10.0, Ectropión: H021, Entropión: H020

INTRODUCCIÓN.

Los párpados son estructuras de protección de los globos oculares, dos superiores y dos inferiores. Constituidos por diferentes tejidos como piel, músculo orbicular, músculo elevador del párpado, tarso, conjuntiva, glándulas lagrimales accesorias, glándulas sebáceas. Cualquiera de éstos elementos pueden condicionar alguna patología, de las más frecuentemente observadas se encuentran Ptois, Ectropión y Entropión.

Ptois se define como posición anormalmente baja del párpado superior. Se clasifica de acuerdo a su etiología en neurogénica, miogénica, aponeurótica y mecánica. Los tipos de ptois más comunes observados en la consulta:

Niños y adultos: Mecánica, posterior a traumatismo, con lesión directa de la aponeurosis del elevador.

Adultos: Aponeurótica producida por la debilidad del músculo elevador del párpado superior producida por una dehiscencia o desinserción del mismo. Incluye a la involutiva y la posquirúrgica (posterior a cirugía de extracción de catarata).

Niños: Miogénica que afecta directamente al músculo como el caso de la congénita simple.

+ Congénita simple: producida por una distrofia del desarrollo del músculo elevador.

+ Involutiva: secundaria a cambios inducidos por el envejecimiento a nivel de la aponeurosis del músculo elevador del párpado.

+ Posquirúrgica: Ocurre posterior a cirugía de catarata por dehiscencia de la aponeurosis debido a la manipulación del complejo superior con una sutura en brida.

La evaluación clínica se realiza considerando los parámetros normales de posición de borde palpebral superior (cubre 1 mm. córnea superior) y apertura palpebral de 9 mm. aproximadamente.

Ectropión. Se define como la eversión del borde palpebral, con pérdida de contacto del globo ocular, afecta el párpado inferior.

Se clasifica de acuerdo a su etiología en involutivo, cicatrizal, paralítico y mecánico.

El tipo involutivo observado en personas de tercera edad, por alargamiento de los tendones cantales laterales

Tipo cicatrizal es secundario a cicatrización o contracción de piel y tejidos circundantes, por lesiones químicas, traumatismos etc. separando el párpado del globo ocular.

Tipo paralítico producido por parálisis facial, con disminución en la función del orbicular que permite la separación del borde palpebral.

Tipo mecánico producto de una tumoración cerca del borde palpebral cuyo peso evierte al párpado.

El borde palpebral inferior de manera normal se encuentra a nivel del limbo inferior y en contacto con el globo ocular, el punto lagrimal inferior en contacto con la conjuntiva bulbar. Clínicamente se valora la presencia de ectropión al permitir observar esclera entre el borde palpebral y el limbo, las pestañas hacia fuera permitiendo ver parte de conjuntiva tarsal y el punto lagrimal, en diferentes grados.

Entropión. Se define como la rotación del borde palpebral hacia adentro, lesionando en diferentes grados la superficie del globo ocular.

Se clasifican por su etiología en involutivo, cicatrizal, espástico.

Tipo involutivo principalmente por laxitud del tendón medial y lateral del párpado, cabalgamiento del músculo orbicular preseptal sobre el pretarsal.

Tipo cicatrizal producido por cicatriz a nivel conjuntival y tracción del borde palpebral.

Tipo espástico se presenta un espasmo del músculo orbicular que cuando llega a ser constante produce entropión. Clínicamente se debe valorar la posición de borde palpebral, alteración de la superficie del globo ocular y conjuntiva tarsal secundaria.

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS.

Ptoxis: Antecedentes de edad de inicio y duración establece la diferencia entre congénitos y adquiridos. Cirugía ocular previa. Cuadro clínico: Disminución de visión, posición compensadora de la cabeza con mentón elevado, monocular o binocular. Exploración: Grado de ptoxis, altura pliegue palpebral, tamaño de hendidura palpebral, función del elevador.

Ectropión: Antecedentes de traumatismo, cirugía, edad. Cuadro clínico: Eversión del borde palpebral, sensación cuerpo extraño, lagrimeo. Exploración: Grado de ectropión, laxitud horizontal y vertical palpebral, compromiso de la superficie ocular.

Entropión: Antecedentes de traumatismo, cirugía, edad. Cuadro clínico: Borde palpebral invertido, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo. Exploración: Grado de entropión, laxitud horizontal y vertical palpebral, cabalgamiento del músculo orbicular preseptal sobre pretarsal.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

En todos los casos el tratamiento de elección es quirúrgico. El tipo de cirugía en ptoxis dependerá principalmente de la función del músculo elevador, así como de la presencia o ausencia del fenómeno de Bell, de la siguiente manera:

Buena función → re inserción.

Función disminuida → resección.

Ausencia de función → fijación al frontal.

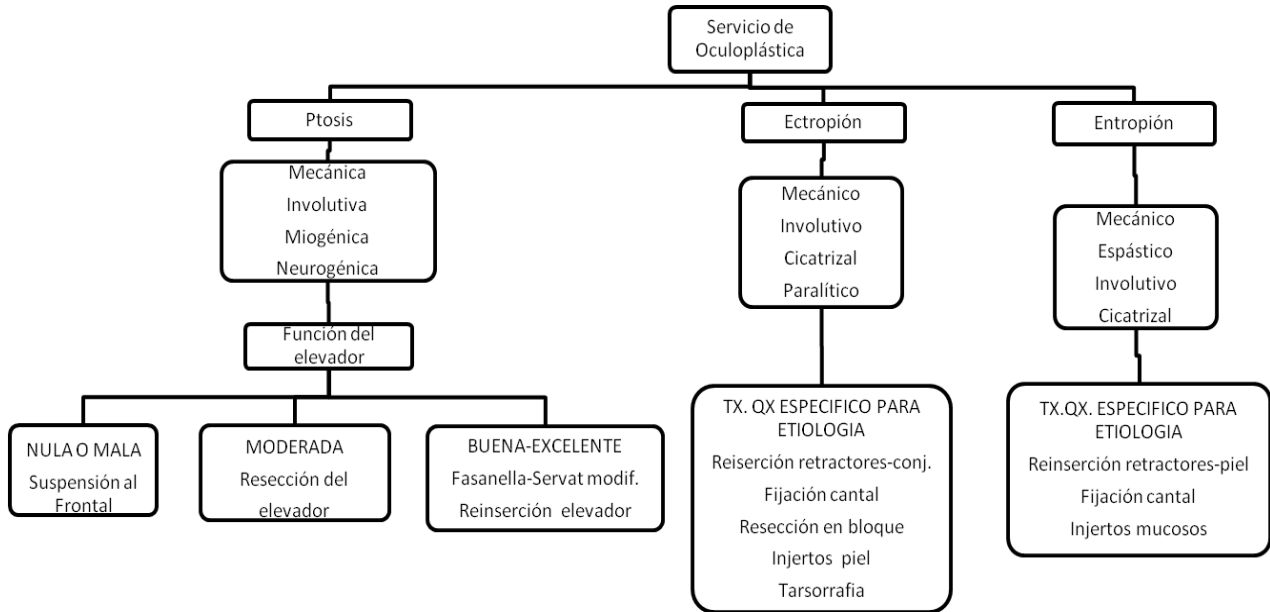
En el caso de ectropión y entropión, se elegirá dependiendo de la causa, re inserción de retractores por vía conjuntival ó piel y tira tarsal. En ectropión resección en bloque en casos severos.

El tratamiento médico en caso de ectropión y entropión consiste en lubricantes, presentación en gotas, gel y ungüentos para control de alteraciones secundarias.

El pronóstico dependerá de la etiología de cada padecimiento.

La hospitalización es un día previo a la cirugía de acuerdo a programación con resultados de laboratorio y valoración cardiovascular (adultos con antecedentes de importancia), valoración pre anestésica en caso necesario. Alta por la tarde con receta e indicaciones (reposo relativo). Consulta para revisión al día siguiente, retiro de puntos a la semana y anotación de citas de control dependiendo de la evolución.

El paciente al ser dado de alta por la Unidad de Órbita y Oculoplástica es referido nuevamente al grupo de consulta general correspondiente.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Holds J, González JL, Salcedo G. La aponeurosis del elevador en la blefaroplastia. En: Salcedo G. Cirugía cosmética periorbitaria. 1ra ed. Asociación para evitar la ceguera en México; 2001:117-30. Ref
- 2.- Grande BC. Suturas ajustables en oculoplástica: ectropión, entropión y ptosis. Arch. Soc. Canar. Oftal. 2001;12
- 3.- Nerad JA. Cirugía Oculoplástica. Los Requisitos en Oftalmología. Madrid: Elsevier Science 2002. pp: 71-103;157-192.
- 4.- Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 4a. Ed. Madrid: Elsevier Science 2002; pp: :21-37.
5. - Wong VA, Beckingsale PS, Oley CA, Sullivan TJ. Management of myogenic ptosis. Ophthalmology 2002; 109: 1023-1031.
- 6.- Herrerra SM, González RC, Martínez SN, Padilla GC. Comportamiento de la ptosis palpebral en el servicio de oculoplástica. Rev Cubana Oftalmol 2002;15(1)
- 7.- Mehta P, Patel P, Olver JM. Functional results and complications of Mersilene mesh use for frontalis suspension ptosis surgery. Br J Ophthalmol 2004; 88: 361-364.
- 8.- Chávez Y; Juárez A; Salcedo G; Resultados de corrección de ptosis palpebral con fijación al frontal con silastic. Rev. Mex. Oftalmol 2007; 81(3):125-130
- 9.- Ortiz S; Sánchez BF; Ferández E; Mesquida M. Ptosis palpebral. Annals d´ Oftalmología 2009; 17(4): 203-213
- 10.- Cáceres-Toledo M, Ponce-Torres Y, Linares-Iglesias D. Abordaje anterior *versus* posterior en la cirugía de la ptosis palpebral. Rev Cubana Oftalmol 2008; 21(2). Versión On-line