

Multimed 2015; 19(5)
SEPTIEMBRE-OCTUBRE

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE GRANMA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. BAYAMO

**Técnica suspensoria frontal en la corrección de la
ptosis palpebral**

Front suspensory technique to correct palpebral ptosis

Esp. Oftalmol. Ernesto Francisco Pérez Jerez, ^I Esp. Oftalmol. Elizabeth Remón Reyes, ^{II} Esp. Oftalmol. Daisy Milagros Ortuño Águila, ^I Esp. Oftalmol. Yelaine Eilia Alvarez Fernández, ^{III} Esp. Oftalmol. Iraldo Arévalo Chávez. ^I

^I Clínica de Especialidades Médicas. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{III} Centro Provincial de Retinosis Pigmentaria. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

La técnica suspensoria frontal demuestra ser una de las más efectivas en la corrección quirúrgica de la ptosis palpebral severa, aún en pacientes en los cuales han fallado otras técnicas. Con el propósito de mostrar su efectividad del procedimiento, se muestran un total de 34 pacientes con diagnóstico de ptosis palpebral que fueron atendidos en el servicio de Oculoplastia de la Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo durante un año (2012-2013). Todos los pacientes se interrogaron y examinaron exhaustivamente, quedaron incluidos aquellos con ptosis palpebral severa, de cualquier género, con uno o ambos ojos afectados, previamente operados o no y que se les practicó la técnica quirúrgica suspensoria frontal. Se excluyeron los pacientes con ptosis ligeras y moderadas. El sexo femenino y los mayores de 60 años fueron los más afectados. Pacientes con

antecedentes de intervenciones quirúrgicas oculares, así como la ptosis de causa aponeurótica, fueron las más encontradas. La técnica fue efectiva en todos los casos, la hipocorrección fue la complicación más frecuente.

Descriptores DeCS: BLEFAROPTOSIS/cirugía.

ABSTRACT

The front suspensory technique proves to be one of the most effective in the surgical correction of severe ptosis, even in patients in which other techniques have failed. In order to show the effectiveness of the procedure, a total of 34 patients were diagnosed with ptosis, treated at the Oculoplasty service of the Medical Specialties in Bayamo for a year (2012-2013). All patients were interrogated and examined thoroughly, including those with severe ptosis, of any sex, with one or both eyes affected, previously operated or not and who underwent the front suspensory surgical technique. Patients with mild and moderate ptosis were excluded. The females and patients over 60 were the most affected. Patients with a history of ocular surgery and aponeurotic ptosis causes were mostly found. The technique was effective in all cases; the hypo correction was the most frequent complication.

Subject heading: BLEPHAROPTOSIS/surgery.

INTRODUCCION

Se denomina ptosis palpebral a la caída del borde palpebral superior, mayor de 1,5 mm por debajo del limbo esclero-corneal en su zona superior. Algunos autores aceptan hasta 2mm, otros la definen como el ojo cuya apertura palpebral es menor de 9mm en su zona central y paracentral, en posición primaria de la mirada y sin accionar el músculo frontal, de manera que la distancia de la pupila al borde palpebral superior sea menos de 4 mm.^{1,2}

Desde la antigüedad se han empleado distintas técnicas quirúrgicas para corregir las ptosis palpebral, los egipcios aplicaban placas de oro caliente en la piel de los párpados, los árabes resecaban un fragmento de piel de los párpados. Von Graefe (1863) resecaba sólo el orbicular preseptal. Dransart (1880) usó suturas reabsorbibles entre el párpado y la ceja, mientras que Hess (1893) usaba suturas no reabsorbibles. Jone & Quicker y Worbing (1975) hacían re inserción de la aponeurosis.^{3,4}

Esta entidad se clasifica de manera indistinta por diferentes autores; según momento de aparición, etiología, función del músculo elevador del párpado, grado de caída del párpado, entre otras; este colectivo prefiere la clasificación descrita por Salcedo, quien las agrupa en miógenas, aponeuróticas, neurógenas y mecánicas.^{2,5}

Hay que tomar en cuenta que hay entidades que pueden confundirse con las ptosis, como microftalmos, ptosis bulbo, enoftalmos, retracción palpebral contralateral, hipotrofia ipsilateral y la blefarochalasis.^{2,6,7}

En Cuba y resto del mundo, las técnicas quirúrgicas a emplear estarán de acuerdo con la 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 aponeuróticas, 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 4mm), se puede emplear para ello *fascia lata* u otros sintéticos como poliéster, nylon, prolene o silicona.^{8,9}

Se han descrito complicaciones, pero son de fácil solución.

Motivados por la afluencia de pacientes con ptosis a nuestro servicio de Oculoplastia, se decide estudiar y tratar quirúrgicamente a aquellos con criterios y así demostrar la efectividad de la técnica suspensoria frontal en la ptosis palpebral severa.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados con ptosis palpebral, atendidos en la consulta de Oculoplastia de la Clínica de Especialidades Médicas de Bayamo desde noviembre 2012 a octubre 2013 y que se intervinieron con la técnica suspensoria frontal, por reunir los requisitos que justificaron su empleo.

De un universo de 34 pacientes con ptosis, se seleccionó una muestra de 24 pacientes con ptosis palpebral severa, 9 de ellos con ptosis bilateral.

Se incluyeron todos los pacientes con ptosis palpebral severa, de ambos géneros, con uno o ambos ojos afectados, previamente operados o no y se les practicó la técnica quirúrgica suspensoria frontal. Se excluyeron a los pacientes con ptosis ligeras y moderadas.

Todos los pacientes con ptosis palpebral fueron incorporados a una base de datos y distribuidos por grupos de edades y sexos. Además se indagó en los antecedentes patológicos personales oculares (traumatismos, estrabismo, tumores, cirugías oculares previas, glaucoma, entre otros). También se identificó la causa (miógenas, aponeuróticas, neurógenas y mecánicas) que produjo cada ptosis. Toda variable fue relacionada con la efectividad que se logró finalmente con cada paciente, considerando que la técnica suspensoria frontal fue efectiva en cada paciente cuya hendidura palpebral, una vez operado el paciente, deja el área pupilar descubierta por párpado superior y ésta aumenta al accionar el músculo frontal. Finalmente se identificaron las complicaciones que aparecieron.

RESULTADOS

El sexo femenino fue el más afectado con 15 pacientes, lo que representó el 62.5%. El grupo de 60 años y más fue el más representado con 8 casos (33.3%) con 4 pacientes de cada sexo, seguido por el grupo de 15-29 años con 7 pacientes (29.1%) donde el sexo femenino supera al masculino, al igual que el grupo de 30-44 años donde también el femenino representó la mayoría con 4 pacientes. El grupo pediátrico solo reportó 1 caso y fue del sexo femenino (4.16) (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes operados de ptosis palpebral por técnica suspensoria frontal.

Grupo de edades	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 15 años	1	4.16	-	-	1	4.16
15-29	4	16.6	3	12.5	7	29.1
30-44	4	16.6	1	4.16	5	20.8
45-59	2	8.33	1	4.16	3	12.5
60 y más años	4	16.6	4	16.6	8	33.3
Total	15	62.5	9	37.5	24	100

Del total de ojos operados (33), en 11 no hubo antecedentes patológicos, lo que representó el 33.3%, la corrección de la ptosis fue efectiva en cada caso. El antecedente de cirugías oculares previas estuvo en 9 ojos (27.27%). La técnica fue efectiva en cada caso, excepto un caso, que resultó ser un ojo con un tumor de párpado (neurofibromatosis) con un 96.96% (tabla 2).

Tabla 2. Antecedentes patológicos oculares y su relación con la efectividad de la técnica suspensoria frontal en pacientes operados.

Antecedentes patológicos personales oculares	Ojos afectados		Efectividad	
	No.	%	No.	%
Traumatas oculares	1	3.03	1	3.03
Estrabismo	2	6.06	2	6.06
Tumores de párpados	2	6.06	2	6.06
Cirugías Catarata/Glaucoma	9	27.27	9	27.27
Otros	8	24.24	8	24.24
No antecedentes	11	33.33	11	33.33
Total	33	100	33	100

La ptosis palpebral de etiología aponeurótica ocupó el primer puesto con 17 ojos operados (51.51%), seguido de las ptosis Miógenas con 12 ojos operados (36.36%). La técnica fue efectiva en la mayoría de los casos sin importar causa, excepto un caso (3,03%) por ptosis mecánica (tabla 3).

Tabla 3. Etiología de la ptosis palpebral en pacientes operados con la técnica suspensoria frontal y su relación con la efectividad.

Causas	Pacientes				Efectividad	
	No.	%	No.	%	No.	%
Miógenas	12	36.36	12	36.36	-	-
Aponeurótica	17	51.51	17	51.51	-	-
Neurógenas	2	6.06	2	6.06	-	-
Mecánicas	2	6.06	1	3.03	1	3.03
Total	33	100	32	96.96	1	3.03

Todos los ojos en los cuales se practicó la corrección por suspensión frontal padecían una ptosis palpebral severa, de ellos 22 lograron en el preoperatorio, una hendidura palpebral y excursión del músculo elevador del párpado de 3-4 mm (66.6%), 11 ojos tenían acción nula del músculo elevador del párpado (33.3%). Todos los casos mejoraron su condición funcional y estéticamente, en 3 casos hubo hipocorrección y en solo 1 la técnica no fue efectiva (tabla 4).

Tabla 4. Efectividad de la técnica suspensoria frontal considerando la hendidura palpebral, antes y después de la operación.

Hendidura Palpebral(mm)	Pre-operatorio		Post-operatorio	
	No.	%	No.	%
0-2	11	33.3	-	-
3-4	22	66.6	1	3.03
5-7	-	-	3	9.09
8-15	-	-	29	87.87
Total	33	100	33	100

No aparecieron complicaciones en 27 de los 33 ojos operados (81.81%). Sólo se presentaron 6 complicaciones de fácil solución, La hipocorrección aportó 3 casos (9.09%) (tabla 5).

Tabla 5. Complicaciones oculares encontradas en pacientes operados por la técnica quirúrgica suspensoria frontal.

Complicaciones	Ojos afectados	
	No.	%
Hipocorrección	3	9.09
Hipercorrección	1	3.03
Queratitis	2	6.06
Sin Complicaciones	27	81.81
Total	33	100

DISCUSION

El sexo femenino fue el más afectado con 15 pacientes, lo que representó el 62.5% del total de 24. En estudio realizado por Pérez Silguero, existió analogía, ya que las Ptosis presentan una relación de 3:1 mujeres sobre hombres.¹⁰ Todos los autores consultados señalan que las edades más tempranas de la vida son las más frecuentes para la aparición de la ptosis, debido a las malformaciones del músculo elevador del párpado, así como la senectud, ya que los pacientes añosos son más vulnerables a sufrir procesos generativos o involutivos.^{2,7,11,12} En el presente estudio el grupo de 60 años y más fue el más representativo, con 8 casos (33.3%) con 4 casos de cada sexo. Le siguió el grupo de 15-29 años, con 29.15 (7 pacientes) donde también las mujeres fueron la mayoría. El grupo pediátrico, solo

aportó 1 pacientes (4.16%). En casuística realizada en Hospital Pando Ferrer, la edad pediátrica fue la más representada, seguida de los pacientes mayores de 60 años, ¹³ este resultado no coincide con el nuestro y pudiera deberse a que a dicho hospital, llegan casos remitidos de todo el país por contar con más recursos, y haber comenzado a operar por esta técnica hace muchos años.

De los 33 ojos operados, en 11 no hubo antecedentes patológicos, representando el 33.3%, la técnica fue efectiva en cada caso. Se operaron 9 ojos (27.27%) que tenían antecedentes de cirugías previas oculares, siendo igualmente efectiva la técnica en todos los casos, hecho que se corresponde con estudio realizado por Herrera Soto. ¹³

Solo hubo 1 ojo en que la técnica no fue efectiva y corresponde a un tumor en párpado (neurofibromatosis), lo cual se justifica por la pérdida de estabilidad del párpado después de extirpar el tumor, perdiendo su funcionalidad. ¹⁴ La técnica fue efectiva en 96.96% de los ojos operados.

Las ptosis palpebrales de etiología aponeurótica ocuparon el primer puesto con 17 ojos (51.51%) seguidas de las ptosis miogénicas con 12 casos (36.36%). La técnica fue efectiva en la mayoría de los casos, sin importar causa, sólo en un ojo no fue efectiva (3.03%) que resultó ser una ptosis mecánica. Menos significativas fueron las ptosis de etiología neurógena y mecánicas. En literatura consultada se plantea que el grupo aponeurótico fue el de mayor relevancia, seguidos de las ptosis miogénicas, ¹³ lo cual se corresponde con nuestro estudio.

Todos los casos operados por la técnica suspensoria frontal fueron portadores de ptosis palpebral severa, concepto este compartido con Dr. Mir Carlos, quien asegura que pacientes con ptosis severas y mala función del elevador del párpado requieren, como única alternativa, la suspensión frontal. ¹⁵

De todos los casos con ptosis severa, 22 ojos lograron una excursión del músculo elevador del párpado entre 3 y 4 mm (66.66%), 11 ojos tenían acción nula del elevador (33.33%). En otros estudios relacionan el grado de severidad de la ptosis con la función del músculo elevador del párpado superior y se aprecia que el grado severo cursó con una función nula la mayoría de los ojos, coincidiendo con nuestra investigación.

Se lograron corregir 29 ojos (87.87%) y aunque 3 casos quedaron hipocorregidos, se plantea que la técnica quirúrgica fue satisfactoria, pues en su mayoría tenían nula o pobre excursión del músculo elevador del párpado y por consiguiente muy pequeña hendidura palpebral, logrando mejorar la funcionabilidad palpebral hasta una condición de ptosis moderada (7mm). Se consideró la clasificación de Kanski, quien plantea que una buena excursión del músculo elevador del párpado/ hendidura palpebral debe medir 12 mm o más, mientras que de 6 mm a 11 mm, es razonable y 5 mm o menos, deficiente ¹ Wilhem Happe también clasifica de manera similar. ^{13, 14,16-19}

CONCLUSIONES

Mediante la técnica suspensoria frontal, se logró que no aparecieran complicaciones en al menos 27 de los 33 ojos operados (81.81%) Solo 6 y de fácil solución por tratamiento. La hipocorrección aportó 3 casos (9.09%). Similares resultados fueron logrados en ICO: Ramón Pando Ferrer, donde el 80.5% de sus casos operados no presentaron complicaciones, mientras que el 15.8% presentó hipocorrección. ¹³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanski JJ, McAllistr JA. Oftalmología clínica. Madrid: Doyma; 1996. p 6-20.
2. Salcedo Casillas G, Salcedo Gerrero M. Ptosis palpebral. Barcelona: Laser; 2002.
3. Salamovit TI. Orbit, eyelids and lacrimal system. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2002-2003.
4. Junceda J. La Ptosis palpebral. Fundamento y técnica quirúrgica. Madrid: Allergan; 2001.
5. Boyd Benjamín F. Atlas de cirugía ocular. The highlihts of Ophthalmology. World Atlas Series. Panama: Highlights Ophthalmology; 2002.
6. Beyer CK. Classification of Ptosis. Adv Ophthalm Plas Reconstr Surg 1998; 1: 13.
7. Frueh BR. The mechanistic classification of ptosis. Ophthalmology 1980; 87(10): 1019-21.

8. Beker RN. Congenital ptosis. A classification of two hundred cases. Arch Ophthalmol 1949; 41(2): 188-97.
9. Andeson RL. Age of aponeurotic awareness. Ophthalm Plast Reconstr Surg 1985; 1(1): 77-9.
10. Jones LT, Quickert MH, Wobinq JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. Arch Ophthalmol 1975; 93(8):629-34.
11. Walsh FB, Hoyt WF. Clinical Neuro-ophthalmology. 3ª ed. Baltimore: Williams; 2003.
12. Koerner F, Schlote W. Chronic progressive external ophthalmoplegia: association with retinal pigmentary changes and evidence in favor of ocular myopathy. Arch Ophthalmol. 1972; 88(2): 155-66.
13. Herrera Soto M et all. Comportamiento de la ptosis palpebral en servicio de oculoplastia. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2002 [citado 16 Jun 2015]; 15(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol15_2_02/oft01202.htm
14. Callaban MA. Pseudoptosis. Adv Ophthal Plas Reconstr Surg 1998; 2:24.
15. Valle L, Mir C. Suspensión Frontal Combinada con Orbicuclectomía Total y Amputación del Músculo Procerus y Corrugador como Tratamiento del Blefaroespasma Asociado a Apraxia de la Apertura Palpebral. Oftalmol Clin Exp [Internet]. 2007 [citado 16 Jun 2015]; 1: 16-9. Disponible en: <http://www.ofthalmologos.org.ar/oce/items/show/187>.
16. Singh SK, Sekhar G C, Gupta S. Etiology of ptosis after cataract surgery. Catarta refract Surg 1997; 23(9): 1409-13.
17. Kersten RC. Orbit, Eyelids, and Lacrimal System Basic and Clinical Science Course Section 7.2005-2006. San Francisco: Am Acad Ophthal; 2005.
18. Happe W. Memorix Oftalmología. Párpados. [s.l]: Ediciones Médicas; 2004.

19. Pérez Silguero D, Medina Rivero F, Pérez Silguero A, García Delpech S, Jiménez García A, Bernal Blanco I. La ptosis pálpebral, nuestra experiencia. Arch Soc Canar Oftalmol [Internet]. 2003 [citado 16 Jun 2015]; 14: 49-42. Disponible en: <http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-14/14sco09.pdf>.

Recibido: 2 de julio del 2015.

Aprobado: 23 de julio del 2015.

Ernesto Francisco Pérez Jerez. Clínica de Especialidades Médicas. Bayamo.
Granma, Cuba. E-mail: ernestoalejandro@grannet.grm.sld.cu