

Multimed 2017; 21(3)

MAYO-JUNIO

ARTICULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA

HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE CELIA SÁNCHEZ

MANDULEY. MANZANILLO. GRANMA, CUBA

Técnicas quirúrgicas utilizadas en la corrección del entropión

Technical surgical used in the correction of the entropion

**Esp. Oftalmol. Elizabeth Remón Reyes,^I Esp. Oftalmol. Jesús Barban Pernía,^{II}
Esp. II Grado MGI Maricel Pérez Fonseca,^{III} Anais Carrera Carbonell,^I Esp.
Oftalmol. y MGI Rafael José Carbonell Galardy.^{III}**

^I Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Luis Enrique de la Paz de Yara. Granma, Cuba.

^{III} Policlínico Universitario René Vallejo Ortiz. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

En las personas de edad avanzada, el entropión generalmente se produce por un espasmo muscular y el debilitamiento de los tendones cantales que sostienen el párpado. Las técnicas quirúrgicas en la cirugía del entropión varían según la etiología del mismo. Se realizó un estudio en pacientes operados de entropión en el servicio de cirugía plástica ocular del hospital clínico quirúrgico docente Celia Sánchez Manduley, en los meses de enero 2014 a enero 2015, con el objetivo de describir los resultados del tratamiento quirúrgico en los pacientes con entropión que acudieron a la consulta de cirugía plástica ocular. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, tipo de entropión, resultado quirúrgico y complicaciones. Predominó el entropión en el sexo masculino (65,21 %), sobre el sexo femenino (34,78 %). Las edades más afectadas fueron las comprendidas entre 60 y 79 años (63,4 %), la técnica quirúrgica que más se realizó fue el entrecruzamiento de los orbiculares. Las complicaciones sólo se

presentaron en 5 ojos. El entropión senil es el más frecuente. El método quirúrgico es el único que puede resolver definitivamente este problema, convirtiéndose en una solución estética y funcional para los pacientes.

Palabras clave: blefaroplastia; entropión; párpados; procedimientos quirúrgicos oftalmológicos.

ABSTRACT

In the elderly, entropion is usually caused by muscle spasm and weakening of the canals that support the eyelid. Surgical techniques in entropion surgery vary according to the etiology of the entropion. A study was performed in patients undergoing entropion surgery at the ocular plastic surgery service of the clinical surgical teaching hospital Celia Sánchez Manduley, in the months of January 2014 to January 2015, with the aim of describing the results of surgical treatment in patients with entropion. Went to the eye surgery plastic surgery. The variables used were: age, sex, type of entropion, surgical result and complications. Male entropion predominated (65.21 %), on the female sex (34.78 %). The most affected ages were between 60 and 79 years (63.4 %), the surgical technique that was most performed was the intercrossing of the orbicularis. Complications only occurred in 5 eyes. The senile entropion is the most frequent. The surgical method is the only one that can definitively solve this problem, becoming an aesthetic and functional solution for patients.

Key words: blepharoplasty; entropion; eyelids; ophthalmologic surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

Datos estadísticos confirman que existen 600 millones de personas con edad avanzada actualmente en el mundo y se pronostica que para el 2025 existirán 2 mil millones, cifra que superará a la población de 0 a 14 años por primera vez en la historia.¹ Cuba es una de las poblaciones más envejecidas de Latinoamérica, su política sanitaria está encaminada a conservar las capacidades físicas y mentales, mantener el equilibrio emocional y psicosocial del adulto mayor para mejorar su calidad de vida.¹

El entropión es la inversión mantenida del borde palpebral, que arrastra las pestañas, las cuales rozan la córnea y provocan lagrimeo, fotofobia, congestión y erosiones corneales. En los casos crónicos se observan opacidades en la córnea. Afecta uno o ambos párpados.²

Según su etiología el entropión puede ser: congénito, espasmódico, cicatrizal, senil o involutivo.³ Los síntomas más frecuentes son fotofobia, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño, disminución de la visión cuando se han producido opacidades corneales o vascularización corneal.⁴

En los bebés, casi nunca causa problemas, ya que sus pestañas son muy suaves y no lesionan la córnea con facilidad. En las personas de edad avanzada, el entropión generalmente se produce por un espasmo muscular y el debilitamiento de los tendones que sostienen el párpado.⁵

Para realizar el diagnóstico en los pacientes con entropión se debe tener en cuenta la existencia de antecedentes patológicos personales, exploración palpebral (pruebas de tracción, tracción con el dedo pulgar el ángulo externo), exploración de la laxitud horizontal del párpado, biomicroscopía, exploración de los tendones cantales, posición del párpado inferior en relación con el limbo inferior, documentación fotográfica y prueba de distracción.⁴

Debido a la gran sintomatología que presentan los pacientes con entropión, se les realiza tratamiento médico previo a los procedimientos y técnicas quirúrgicas utilizadas, con el uso de ungüentos antibióticos, lágrimas artificiales, el uso de tiras de esparadrapo para separar el párpado del globo ocular, el uso de lentes de contactos blandos terapéuticos y el uso de la toxina botulínica.⁶

Las técnicas quirúrgicas en la cirugía del entropión varían según la etiología del mismo, se tiene en cuenta: la edad, la constitución anatómica de los párpados, su estado de flacidez o relajación, entre otras.

En el ectropión espástico se puede intentar resolver la situación con suturas eversoras de Quickert, cantotomía, cantoplastia y entrecruzamiento de los orbiculares.

En el cicatrizal dependerá del grado de retracción conjuntival, se podrá intentar realizar fractura del tarso y combinarse con suturas eversoras, se podrán poner injertos sustitutos de tarso del propio paciente, de esclera preservada, paladar duro, cartílago de la mucosa nasal y del pabellón auricular.

En el entropión senil se realiza con mucha frecuencia entrecruzamiento de las fibras del orbicular, acortamiento horizontal del párpado (*tarsal strip*), re inserción de los retractores.

Con la aparición de modernas tecnologías y la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas la subespecialidad de cirugía plástica ocular se ha desarrollado vertiginosamente en los últimos años obteniéndose buenos resultados estéticos y funcionales en la mayoría de los pacientes que se les realiza la cirugía de entropión con un mínimo de complicaciones.⁷

Es normal que durante la primera semana haya hematomas posquirúrgicos, equimosis y edema de la conjuntiva. Puede haber en algunos casos úlceras corneales. Es muy infrecuente que se observe la cicatriz luego de algunos meses.² En algunos casos la reposición del borde del párpado puede no ser la deseada y requerir una nueva intervención ya que no siempre el entropión se presenta como una afección única, puede estar asociado a otras mal posiciones palpebrales.²

El objetivo del estudio es describir los resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes con entropión que acudieron a la consulta de cirugía plástica ocular.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en pacientes operados de entropión en el servicio de cirugía plástica ocular del hospital clínico quirúrgico docente Celia Sánchez Manduley, en los meses de enero 2014 a enero 2015.

Se incluyeron todos los pacientes que acudieron a la consulta de cirugía plástica ocular con diagnóstico de entropión. Se excluyeron aquellos que tenían asociado otras malposiciones palpebrales. La muestra quedó constituida por 46 ojos (41 pacientes) que cumplieron los criterios de inclusión.

Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, color de piel, tipo de entropión, resultado quirúrgico y complicaciones.

Para la recolección de la información se utilizaron las historias clínicas de los pacientes, a los cuales se les realizó un adecuado interrogatorio y un minucioso examen físico oftalmológico.

El examen de los párpados incluyó: aspecto, posición, forma, simetría de las cejas así como de la hendidura palpebral, coloración de la piel, laxitud de los párpados y del borde libre de los mismos, desinserción o elongamiento de los ligamentos cantales. En lámpara de hendidura se examinó el estado y la posición de los puntos lagrimales en relación con el globo ocular, la sensibilidad corneal y el examen de los movimientos oculares.

La clasificación utilizada en el estudio fue la etiológica.⁷

- ✓ Congénito: suele ser secundario a efectos mecánicos de microftalmos que causa grados variables de inversión del párpado superior, en el párpado inferior se produce por el desarrollo inadecuado de la aponeurosis retractora inferior.
- ✓ Espástico: aparece en pacientes con procesos inflamatorios oculares agudos o a continuación de una cirugía intraocular, debido a traumatismo quirúrgico, irritación ocular, paciente con anoftalmo por falta de grasa orbitaria y paciente con blefarospasmo y producto de oclusiones oculares prolongadas.
- ✓ Cicatricial: grave cicatrización de la conjuntiva palpebral que estira el borde palpebral hacia el globo ocular, producido por: síndrome Stevens Johnson penfigoide, quemaduras químicas, traumatismos y tracoma.
- ✓ Senil o Involutivo: afecta principalmente la anatomía del párpado.

Los pacientes, una vez intervenidos, se valoraron en consulta a las 24 h, a los 7 días, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses, en cada una de las consultas se evaluaron la presencia o no de complicaciones y la desaparición de la sintomatología que los hizo asistir a la consulta de cirugía plástica ocular.

Toda la información se recogió en un modelo de vaciamiento de datos confeccionado al efecto para realizar posteriormente el resumen de las variables.

RESULTADOS

Cuando realizamos el análisis de los resultados obtenidos según grupos etáreos y sexo (tabla 1), se observó que hubo un predominio del entropión en el sexo masculino (63,41 %) en relación con el femenino (36,59 %). Las edades más afectadas fueron las comprendidas entre 60 y 79 años (63,42 %)

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y sexo.

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
40-59	4	9,75	1	2,44	5	12,19
60-79	15	36,59	11	26,83	26	63,42
80 y más	7	17,07	3	7,32	10	24,39
Total	26	63,41	15	36,59	41	100

El entropión senil o involutivo fue el más frecuente (65,21 %) y se presentó sobre todo en las edades comprendidas entre los 60 y 79 años (43,47 %) (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los ojos según tipo de entropión y edad.

Tipos de entropión	Edad						Total	
	40-59		60-79		80 y más			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espasmódico	2	4,34	6	13,04	1	2,17	9	19,56
Cicatrizal	4	8,69	3	6,52	-	-	7	15,21
Senil o involutivo	-	-	20	43,47	10	21,73	30	65,21
Total	6	13,04	29	63,04	11	23,90	46	100

Se pudo observar que el entropión involutivo es el más frecuente y en su relación con el sexo, el masculino fue el de mayor por ciento (39,13 %) (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los ojos según tipo de entropión y sexo.

Tipos de entropión	Masculinos		Femeninas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espasmódico	6	13,04	3	6,52	9	19,56
Cicatrizal	5	10,86	2	4,34	7	15,21
Senil o involutivo	18	39,13	12	26,08	30	65,21
Total	30	65,21	16	34,78	46	100

De un total de 46 ojos (100 %) con diagnóstico de entropión al 41,35 %, 19 ojos se les realizó entrecruzamiento de los orbitales, constituyendo ésta la técnica quirúrgica más utilizada, sobre todo en el entropión senil, seguida de la fijación cantal externa en 11 ojos (23,90 %) (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los ojos según tipo de entropión y la técnica quirúrgica empleada.

Técnica quirúrgica	Tipos de Entropión						Total	
	Espasmódico		Cicatrizal		Senil o involutivo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Entrecruzamiento de los orbitales	3	6,52	5	10,86	11	23,90	19	41,35
Entrecruzamiento de los orbitales más fijación cantal externa	-	-	-	-	5	10,86	5	10,86
Entrecruzamiento de los orbitales más resección en pentágono	-	-	-	-	2	4,34	2	4,34
Fijación cantal externo	2	4,34	-	-	9	19,56	11	23,90
Suturas eversoras Quickert	4	8,69	-	-	3	6,52	7	15,21
Reinserción de los retractores	-	-	2	4,34	-	-	2	4,34
Total	9	19,56	7	15,21	30	65,21	46	100

Las complicaciones sólo se presentaron en 5 ojos lo que constituyó el 10,86 % del total de los ojos operados (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los ojos según complicaciones post quirúrgicas.

Complicaciones	Tipo de entropión							
	Espasmódico		Cicatrizal		Senil o involutivo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dehiscencia de suturas	-	-	1	2,18	-	-	1	2,18
Hipocorrección	1	2,18	1	2,18	-	-	2	4,34
Hipercorrección	-	-	-	-	2	4,34	2	4,34
Total	1	2,18	2	4,34	2	4,34	5	10,86

DISCUSIÓN

En la distribución de los pacientes con entropión predominaron las edades comprendidas entre 60 y 79 años, ya que en estas edades se producen diferentes cambios en los tejidos perioculares del párpado como: atrofia de la grasa y laxitud de los tejidos, relacionados con el envejecimiento, coincidiendo estos resultados con lo encontrado por otros autores según la bibliografía revisada. ^{1, 8,9}

Se observó además un predominio del sexo masculino lo que coincide con otros trabajos, pero también se pudo observar que existió discrepancia con investigaciones realizadas en Venezuela y en la Habana. ^{1, 11,12}

En un trabajo realizado sobre las diferentes afecciones palpebrales en adultos mayores, el entropión senil se presentó en el 9 % de los pacientes, ya que en ese trabajo no sólo se tuvieron en cuenta los diferentes tipos de entropión, sino también otras mal posiciones palpebrales, ^{1,12} lo que difiere con este estudio, en el que se estudiaron los diferentes tipos de entropión y predominó entre ellos el senil o involutivo con un 43,47 %.

Existen varias causas que dan lugar al entropión, las más frecuentes son las originadas por el envejecimiento humano. Con la edad, los tejidos palpebrales con sus inserciones ligamentosas se vuelven elásticas y pierden su tono habitual, cuando esto ocurre en personas que además tienen bolsas de grasa, cambios en el tono muscular

del párpado, ojos hundidos u otros factores predisponentes, puede ocurrir que con el parpadeo se produzca una alteración de este delicado equilibrio que mantiene los párpados en su lugar, haciendo que el borde se incurve hacia el ojo.⁷

En cuanto al sexo y su relación con el ectropión senil hay un predominio en el sexo masculino cuya diferencia pudo estar dada en la toma de la muestra, pues en la literatura revisada el comportamiento es variable, en unos autores predominó el sexo masculino y en otros el femenino; sin embargo Llamil Kauak en una investigación realizada en Chile no encontró diferencias entre uno y otro sexo, por lo que plantea en su trabajo que el ectropión senil ataca por igual a ambos sexos.⁹

El tratamiento del entropión sin importar la causa es quirúrgico, es por ello que han sido diseñadas múltiples técnicas quirúrgicas para corregir todos los factores causantes del mismo.

En los pacientes estudiados la técnica más utilizada fue el entrecruzamiento de los orbitales, siguiéndole en orden de frecuencia la técnica de fijación cantal externa. Sin embargo en la literatura revisada el empleo de suturas ajustables en oculoplastia anima más a corregir precozmente las alteraciones palpebrales en pacientes de edad avanzada y mal estado general, teniendo en cuenta esto. Si comparamos los resultados obtenidos en este trabajo con los de otros autores, que emplearon otras técnicas, es muy difícil obtener una conclusión, porque en cada estudio influye la complejidad de la técnica utilizada, las preferencias del cirujano, su experiencia en cada una de ellas y la cantidad de modificaciones realizadas.¹¹

Sólo 5 pacientes (10,86 %) de los intervenidos quirúrgicamente presentaron complicaciones lo que demuestra que este tratamiento es una magnífica opción para la corrección del entropión.

Las complicaciones que se presentaron en los pacientes estudiados se corresponden con lo reportado por diferentes autores.^{10, 13,14} Ileana Agramonte hace referencia en su trabajo que la dehiscencia de sutura y la hipocorrección fueron las complicaciones más frecuentes encontradas por ella.¹⁰

Lázara Kenia Ramírez García y colaboradores en un estudio realizado en el Servicio de Oculoplastia del Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer, se le presentaron complicaciones en 3 pacientes en la cirugía del entropión, a pesar de que

la técnica quirúrgica no fue la misma, pero si coincidieron las mismas complicaciones en ambas investigaciones. ⁶

CONCLUSIONES

El entropión senil es el más frecuente, el método quirúrgico es el único que puede resolver definitivamente este problema, por lo que se han diseñado múltiples técnicas quirúrgicas para corregir todos los factores causantes, estas técnicas muestran resultados satisfactorios para el paciente, con un mínimo de complicaciones, convirtiéndose en una solución al problema estético y funcional del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Rondón I, Diéguez Calderón MT, Ramírez García LK, Gómez Cabrera C. Carrazana Pérez Tratamiento quirúrgico de las afecciones palpebrales en pacientes adultos mayores. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2013 [citado 12 Abr 2017]; 26(1):79-89. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v26n1/oft09113.pdf>.
2. Lladó JM. Cirugía de entropión y ectropión [Internet]. Barcelona: Instituto de Microcirugía Ocular (IMO); 2017 [citado 12 Abr 2017]. Disponible en: <https://www.imo.es/es/cirugia-entropion-ectropion>.
3. Eguía Martínez F, Ríos Torrez M, Capote Cabrera A. Entropión. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 14-6.
4. Ayala Barroso E, Medel Jiménez R, González-Candial M, Prado Jeanront E. Indicaciones actuales en cirugía oculoplástica, de la órbita y la vía lagrimal. Arch Soc Canar Oftal [Internet]. 2004 [citado 5 May 2015]; 15: 67-78. Disponible en: <http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-15/15sco12.pdf>.
5. Telich-Tarriba JE, Martínez-Schulte A, Grajeda-Gómez A, Barquet-Fuentes A, Telich-Vidal J. Corrección de entropión con toxina botulínica. Rev Méx Oftalmol [Internet]. 2016 [citado 12 Abr 2017]; 90(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304455034_Correccion_de_entropion_en_parpado_inferior_con_toxina_botulinica.
6. Ramírez García LK, Guayacuma Mendoza MC, Gómez Cabrera CG, Díaz Azze M, Carrazana Pérez M, Rojas Rondón I. Caracterización de las cirugías palpebrales con

láser de CO₂. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2012 [citado 5 May 2016]; 25(1): 39-47. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v25n1/oft06112.pdf>.

7. Lagares Borrego A, De Lope Falcón C, Franco Góngora JM, Barrera Pulido FJ, Gómez Cía T. Reconstrucción de párpado inferior mediante colgajos miocutáneos en isla de los músculos orbicular y nasal. Cir Plást Iberolatinoam [Internet]. 2009 [citado 5 May 2015]; 35(1):35-42. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v35n1/35.pdf>.

8. Rougraff PM, Tse DT, Johnson TE, Feuer, W. Involutional entropion repair with fornix sutures and lateral tarsal strip procedure. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2001; 17(4):281-7.

9. Kauak K, Bassa SJ, Calderón Oretaga W, Israel VG, Cabello PR. Entropión senil: técnica de acortamiento vertical. Rev Chil Cir [Internet]. 2002 [citado 12 Jun 2016]; 54(5):544-6. Disponible en: <http://www.revistacirugia.cl/DOI/10.4067/S0718-40262002000500019.pdf>.

10. Agramonte Centelles I, Rodríguez Salinas G, Hernández Sánchez Y, Dorrego Oduardo MD. Cirugía de blefaroplastia por técnica convencional versus láser de CO₂. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2013 [citado 5 May 2016]; 26(2): 390-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v26n3/oft05313.pdf>.

11. Grande Baos C. Suturas ajustables en oculoplástica: ectropión, entropión y ptosis. Arch Soc Canar Oftal [Internet]. 2001 [citado 22 Jul 2016]; (12):129-35. Disponible en: <http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-12/12sco21a.pdf>.

12. Nava V, Alexis J, Villasmil S. Corrección con suturas de entropión senil. Rev Oftalmol Venez. 2005; 61(4):179-81.

13. Mauriello JA. Unfavourable results of cosmetic and upper and lower Blepharoplasty. En: Techniques of cosmetic eyelids surgery. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 67-101.

14. Garg A, Rosen E, Mortensen J. Congenital entropion. En: Instant Clinical Diagnosis in Ophthalmology Oculoplasty and Reconstructive Surgery. New Delhi: Jaypee Brothers; 2009. p. 14-5.

Recibido: 22 de febrero de 2017.

Aprobado: 20 de marzo de 2017.

Elizabeth Remón Reyes. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley.
Manzanillo. Granma, Cuba. E-mail: bety@grannet.grm.sld.cu