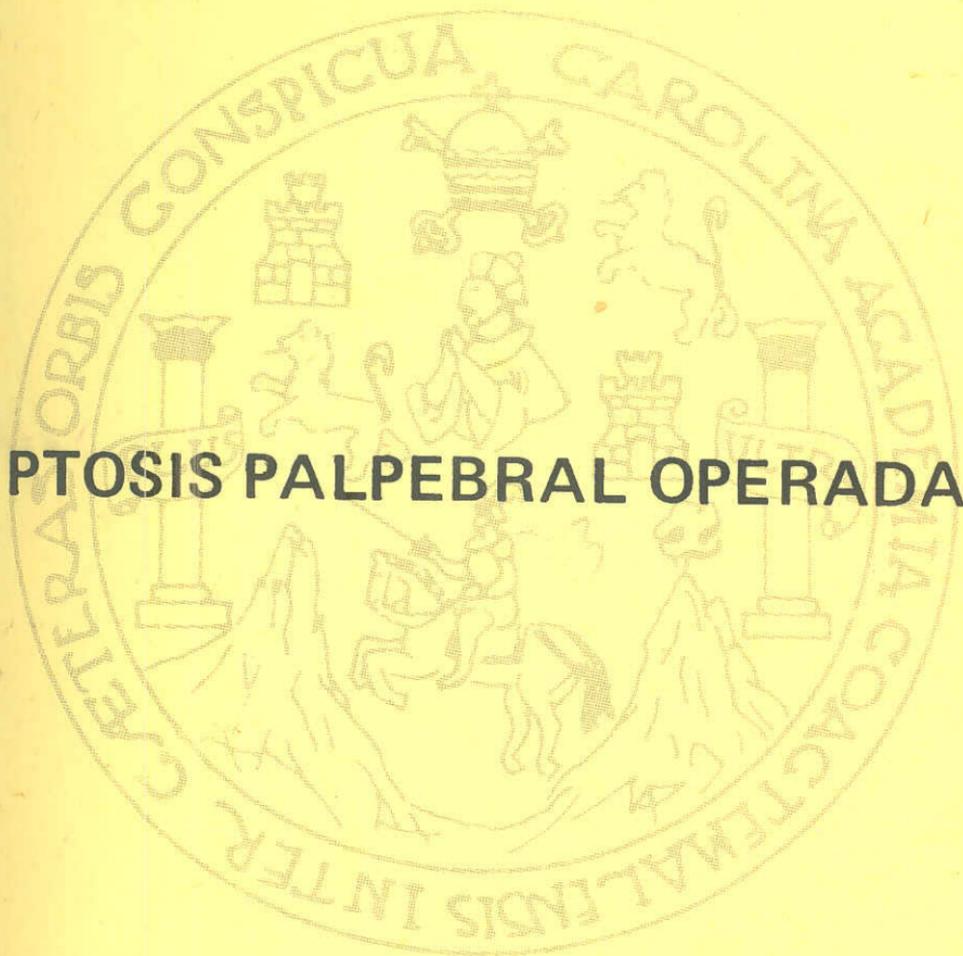


PTOSIS PALPEBRAL OPERADA



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PTOSIS PALPEBRAL OPERADA

TESIS

Presentada a la Facultad de

Ciencias Médicas de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

MARIA ENCARNACION FERNANDEZ DE ARRIOLA

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1977

PLAN DE TRABAJO

1. Anatomía y fisiología del párpado.
2. Ptosis, concepto y clasificación.
3. Etiología e incidencia.
4. Diagnóstico y Pronóstico.
5. Tratamiento quirúrgico.
6. Cuidados postoperatorios.
7. Complicaciones Postoperatorias.
8. Presentación de casos.
9. Conclusiones.

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL PÁRPADO

ANATOMIA

La región parpebral corresponde exactamente a los dos párpados, que son dos velos membranosos que se extienden por delante de la región orbitaria.

Límites: por su posición tiene los mismos límites de la región orbitaria, encontrándose circunscrita en todo su contorno por el reborde orbitario: por arriba con la región ciliar; por abajo con la región geniana; por adentro con la región nasal, hacia la línea media del cuerpo; y por fuera con la región temporal, todo considerado superficialmente. Por su plano profundo corresponde a la conjuntiva.

Forma: como la órbita tiene forma de un cuadrilátero, algo alargado en sentido transversal, de los dos párpados que la forman, el superior está mucho más desarrollado y es más móvil que el inferior.

Cada párpado ofrece dos caras, dos extremidades y dos bordes. Las caras se distinguen en anterior y posterior. La cara anterior o cara cutánea, es uniformemente convexa en todo sentido, en el párpado inferior que corresponden en toda su extensión al globo ocular; en el párpado superior esta cara solo es visible cuando el ojo está cerrado, estando abierto se halla cubierto en su mayor parte por un repliegue cutáneo dirigido transversalmente. Si el ojo está cerrado la parte inferior del párpado amoldado sobre el globo ocular es muy convexa; la parte superior que ya no está en relación con el ojo sino con la masa celulo-grasosa de la órbita es cóncava, presentando un surco orbito-palpebral superior, profundo en las personas delgadas y casi borrado en las personas con tejido adiposo muy desarrollado, así como cuando existen tumores, o tumefacción de los párpados y de la órbita.

Extremos: los dos párpados se reúnen por sus extremos formando las comisuras internas y externa.

Bordes: son dos, el adherente y el libre. El borde adherente corresponde a la circunferencia de la órbita, separando, aunque muy superficialmente, la región palpebral de las regiones vecinas, esta misma continuidad es utilizada para hacer colgajos destinados a la bleforoplastia. Estas mismas relaciones con los senos frontales y maxilares y la región etmoidonasal, explican el enfisema palpebral por traumatismos en las regiones citadas anteriormente.

El borde libre mide aproximadamente dos mms. de grueso. El tubérculo lagrimal situado en la parte interna lo divide en dos partes muy desiguales, una interna ocupada por los conductos lagrimales, es la porción lagrimal y una externa mayor que contiene las pestañas, es la porción ciliar, donde se implantan las pestañas que normalmente se dirigen hacia afuera, pero que a veces, por inflamaciones en el borde palpebral, en lugar de dirigirse hacia afuera lo hacen hacia adentro dando lugar a queratitis y conjuntivitis. El labio posterior del borde ciliar presenta veinte a treinta pequeñas aberturas que son los orificios de las glándulas de Meiboumio, glándulas sebáceas situadas en el espesor del tarso. También están las glándulas de Moll, que son sudoríparas modificadas que se abren en la base de las pestañas, así como otras glándulas sebáceas llamadas glándulas ciliares.

En estado normal, ambos bordes libres se ponen en contacto en toda su extensión, pero por cicatrices de la cara cutánea o de la conjuntiva palpebral, puede haber una desviación hacia afuera produciendo el Ectropión o hacia adentro de la cornea dando el Entropión.

Cuando se cierra el ojo se forma la hendidura palpebral y cuando se abre: la abertura u orificio palpebral. El eje transversal del orificio palpebral medido del ángulo interno al ángulo externo es más o menos de treinta mms. Cuando este orificio está muy estrechado (anquiblefaron) puede efectuarse la cantoplastia y si es muy grande, por excisión de tejidos vecinos,

se puede estrechar por medio de una blefarorrafia.

Planos constitutivos: La región palpebral está formada por una serie de planos superpuestos que tienen como armazón una membrana fibrosa, el Septum Orbitale, teniendo por delante los planos superficiales y por detrás los planos profundos. El Septum Orbitale es una formación fibrosa, situada en la parte media de los párpados, representa una especie de diafragma aplicada a la órbita, ofreciendo una porción periférica y una porción marginal. La periférica corresponde al reborde orbitario y recibe el nombre de Ligamentos Anchos, que se insertan en la circunferencia de la órbita, confundiendo con el periostio y adelgazándose al extremo de ser una lámina celulosa atravesada en distintos puntos por los vasos y nervios que salen de la órbita por la porción del tendón del músculo elevador del párpado superior que va a insertarse en la cara profunda del párpado superior y por la porción del tendón del recto inferior que se inserta en la cara profunda de la piel del párpado inferior.

La porción marginal del Septum Orbitale, muy resistente, pero no cartilaginosa, corresponde al borde libre de los párpados y forma los tarsos. Tarso superior para el párpado superior que tiene la forma de media luna con la convexidad dirigida hacia arriba, tiene diez mms de altura, amoldada sobre el globo ocular, aplica el párpado contra él oponiéndose a que se vuelva hacia afuera. El tarso inferior no opone ningún obstáculo que el párpado inferior bascule.

Los Tarsos dan a los párpados su rigidez característica. De los extremos de los tarsos, parten dos ligamentos poderosos: el ligamento palpebral externo y el interno. El interno se confunde con el resto del Septum Orbitale del que solo se distingue por su espesor, va a insertarse en el lado externo de la base de la órbita. El Ligamento palpebral interno se separa del Septum para unirse a la lengüeta anterior del Orbicular o Tendón Directo y junto con él se fija en la apófisis ascendente del máxilar superior por delante del saco lagrimal. El Septum Orbitale va a confundirse con la lengüeta posterior del tendón reflejo y juntos se insertan en la cresta posterior del Unguis por detrás del saco

lagrimal, de manera que el saco lagrimal y sus conductos se hallan alojados en el espesor de los párpados.

El borde adherente de los Tarsos es muy delgado y se continúa con el ligamento ancho. Da inserción a la mayor parte del tendón del elevador del párpado superior y en el párpado inferior a la expansión orbitaria del músculo recto inferior.

Planos superficiales: Están por delante del Septum Orbitale y son cuatro: piel, tejido celular subcutáneo, capa muscular de fibras estriadas y otra capa de tejido celular submuscular.

La piel de los párpados, fina y delgada, está surcada por pliegues transversales que aumentan con la edad.

La capa celular subcutánea, muy delgada, formada por tejido conjuntivo laxo, contiene poca grasa y se deja infiltrar y distender por aire, pus, y sangre en las distintas afecciones de los párpados.

La capa muscular de fibras estriadas, formada por el músculo orbicular de los párpados, que rodea el orificio palpebral a manera de anillo elíptico aplanado, ancho y delgado, ocupa toda la altura de los párpados y cubre la circunferencia de la órbita. Sus fibras nacen en el ángulo interno del ojo, algunas directamente en el reborde orbitario y otras en el vértice del saco lagrimal, pero la mayoría nacen de una cintilla fibrosa que forma debajo de la piel de la comisura un relieve apreciable que es el Tendón del Orbicular, éste se bifurca y se inserta en el labio anterior, el tendón directo y en el labio posterior: Tendón Reflejo del canal lacrimonasal, abrazando entre sus dos ramas a 1 saco lagrimal. Por fuera las fibras musculares van a terminar en la piel del ángulo externo.

El músculo Elevador del párpado superior, nace en la parte superior del anillo tendinoso común y se dirige hacia adelante ensanchándose en forma de abanico a travéz del tejido adiposo orbitario, siendo el músculo mas elevado de la órbita; se

transforma en una delgada capa o lámina que se inserta en el borde superior del tarso superior, en la cara anterior y algunas fibrillas llegan hasta la piel del párpado infiltrándose entre los haces musculares del Orbicular, siendo el encargado de elevar el párpado superior.

Es el último músculo extraocular en desarrollarse, se origina en la parte superior de la órbita en el ala menor del esfenoides, justamente arriba del Recto Superior. En la parte superior, mas o menos a diez mms. del borde tarsal superior se divide en dos láminas, una posterior y una anterior. La anterior es de forma triangular con el vértice superior de fibras aponeuróticas que se extiende a travéz de todo el ancho de la órbita. Abajo de esta área hay tejido fibroso de grosor variable que puede ser visto macroscopicamente, se fusiona con el Septum Orbital que se ha extendido como una membrana separada del margen orbital superior, es más grueso y más ancho en la parte externa y más delgado y menor en la parte interna, pero esto no es constante. La aponeurosis del Elevador así como su porción muscular es más fuerte y más desarrollada en la parte externa que en la interna.

El músculo de MULLER, o músculo Tarsal Superior, se origina como una hoja delgada de la superficie bulbar del borde anterior del músculo Elevador Posterior a la aponeurosis fibrosa. Se conecta con la aponeurosis del Elevador por fibras finas de tejido conjuntivo y se inserta anteriormente al borde superior del tarso. Debe ser considerado como un tendón posterior accesorio del músculo Elevador formando la segunda conexión entre el Elevador y el Tarso. Es más grueso en su porción posterior que en la anterior. En el párpado inferior el músculo de Müller o músculo Tarsal Inferior es una formación opuesta delgada del músculo en el párpado superior.

La Conjuntiva es la capa más interna del párpado, es una membrana mucosa, transparente muy vascularizada que está fuertemente adherida al tarso que es practicamente inseparable de ella por medios quirúrgicos. La Conjuntiva forma un saco abierto anteriormente y puede dividirse en tres partes: la

Conjuntiva Bulbar, la Conjuntiva de los párpados y la Conjuntiva profunda. Esta última es casi completamente circular y su mayor profundidad es de 8 a 10 mms. en el párpado superior donde alcanza el borde orbital. En el lado temporal al eje transversal del globo y en la parte nasal es interrumpida por el saco lagrimal.

Irrigación e Inervación: Las arterias son muy numerosas: las palpebrales superiores e inferiores, ramas de la oftálmica; las accesorias que emanan de la supraorbitaria por arriba y de la infraorbitaria por abajo, de la nasal por adentro y de la lagrimal por afuera y de la transversal de la cara y de la temporal superficial. Todas ellas forman la red pretarsiana por delante del tarso y la red retrotarsiana por detras.

Las venas de la red Pretarsiana van por afuera a la vena temporal superficial, por dentro a la vena facial o a la anastomosis de la facial con la oftálmica. La red retrotarsiana van a la oftálmica.

Linfáticos: son dos grupos: el interno y el externo. El grupo interno o accesorio recoge la linfa del cuarto interno de ambos párpados y la conjuntiva terminando en los ganglios submaxilares y el grupo externo o principal recoge la linfa de los tres cuartos externos de ambos párpados y la conjuntiva, terminando en el ganglio preauricular o en los ganglios paratideos.

Nervios: motores, sensitivos y simpáticos. Los ramos motores proceden de la rama superior del facial, se distribuyen por los fascículos del músculo orbicular. Los ramos sensitivos proceden del nasal externo, de los frontales interno y externo, del lagrimal y del infraorbitario. Los ramos simpáticos van a los vasos y músculos palpebrales.

FISIOLOGIA

Las cejas y el párpado superior funcionan y actúan en conjunto cuando se encuentran en condiciones normales y cada uno es de suma importancia en la acción del otro. Ambos son

órganos importantes en la expresión y en la protección de los ojos. Junto con las cejas, el párpado superior sube cuando se expresa terror y sorpresa. Ambos bajan cuando expresan pena y desesperación, además se cierran disimuladamente y parpadean con cansancio cuando se está somnoliento.

Forman un conjunto protector, los dos, las cejas y los párpados. Las pestañas del párpado superior, constituidas por pelos largos y gruesos y las del párpado inferior que son pequeños, cortos y delgados, sirven de barrera para proteger al ojo de la penetración de cuerpos extraños volantes pequeños. Como el párpado inferior se mueve poco, es el superior el de mayor responsabilidad, sobre todo para mantener el ojo caliente y limpio, abriéndose y cerrándose por un mecanismo reflejo, aproximadamente seis o siete veces por minuto; este reflejo se acentúa cuando hay una luz brillante o un sonido imprevisto y agudo, que instantáneamente hace que baje el párpado superior cubriendo el globo ocular inmediatamente.

Las cejas, que suben y bajan con el párpado superior, juegan un papel importante en la expresión facial, ayudando al mismo tiempo a evitar que el sudor de la frente resbale sobre el párpado hacia el ojo, protegiéndolo de él.

En casos de ptosis, debe tenerse especial atención a la relación que existe entre estas dos estructuras, proque constituyen elementos importantes en la resolución del problema.

Desde el punto de vista fisiológico, clínico y operatorio nos interesa el Elevador del Párpado Superior, cuya insuficiencia da lugar a la Ptosis Palpebral.

PTOSIS, CONCEPTO Y CLASIFICACION

Ptosis Palpebral, es la caída del párpado superior de uno o de ambos ojos, más de lo normal, de manera que obstruye parcial o totalmente la visión de uno o de los dos ojos. Se le dá también el nombre de Blefaróptosis y es la afección que tiene mayor frecuencia entre las que requiere cirugía plástica oftálmica. En su posición normal el párpado superior descansa entre el limbo superior y el borde superior pupilar, estando en un buen porcentaje cerca de dos mms. abajo del limbo. Cuando hay Ptosis o Bleforóptosis, el párpado cubre más cantidad de cornea habiendo además un alisamiento de la superficie del párpado caído y como la posición del párpado respecto al ojo es muy prominente, inmediatamente da un defecto cosmetico notable, que se aprecia con muchisima facilidad aún en los casos de Ptosis poco marcada, en que el párpado obstruye en alguna porción la pupila.

Cuando una persona padece de Bleforóptosis, trata de aclarar su visión haciendo que la pupila quede libre del obstáculo que representa el párpado que lo cubre parcial o totalmente y así arquea las cejas profundamente, arrugando al mismo tiempo la frente y aún tirando la cabeza hacia atrás a efecto que la pupila quede en el espacio libre entre ambos párpados, en una abertura palpebral disminuida por la afección. Todo ésto en conjunto no solo aumenta la desfiguración del rostro, sino que vuelve más problemática la función normal de las cejas y del párpado superior.

Datos históricos sobre Ptosis:

Berke, Isaksson, Wadsworth y otros han estudiado las Ptosis y creen que la mayoría de los casos se deben a distrofia del músculo Elevador del Párpado Superior.

Rodin y Barkan en sus estudios sobre Ptosis, las dividían en Ptosis congénitas, Ptosis con oftalmoplegía externa, Ptosis no congénita y Ptosis con epicanthus.

Kestanbaum dió al músculo de Müller la función de ampliar y reducir la fisura palpebral al máximo, usando la acción simpática de este músculo como un test de diferenciación simpática en la Ptosis del elevador.

Iliff sugirió un test para niños y mayores para diagnosticar Ptosis evirtiendo el párpado superior.

Isaksson en su Monografía sobre Ptosis congénita usaba la electromiografía en los exámenes de Ptosis.

Durante muchos siglos el método para reparar las Ptosis era una simple incisión de piel y resección de una porción del párpado superior pero no era muy efectiva. La resección de piel para reparación de Ptosis fué usada probablemente por los Medas y los Persas y con mucha destreza por los antiguos médicos arabes, pero con toda seguridad ellos lo encontraron tan inefectivo como se sabe en la actualidad.

En 1831 Hunt observó la actividad del frontal en la elevación del párpado.

En 1857 Bowman principió la reparación de Ptosis acortando el Elevador.

En 1897 Motais reportó su técnica usando el Recto Superior como un mecanismo de elevación.

Johnson usó en su tiempo el repliegue del músculo Frontal en el tratamiento. Fasanella y Sérvet usaron procedimientos más conservadores.

Wolff hace muchos años indicó que debería researse el Elevador un mm por cada mm de ptosis existente.

Blascovics indicó que debía de researse cinco mms. más que la cantidad de Ptosis en grados bajos y en los grados severos mucho más.

Kirby indico después la resección de un mm. de tarso o dos del elevador por cada mm. de Ptosis existente.

Rucroft en años recientes ha sugerido cuatro mms. de resección por todos los mms. de Ptosis.

Berke recientemente ha elaborado una tabla para Ptosis congénita monoocular operada por la vía cutánea.

Frost reportó en 1934 una sutura de los párpados para proteger la cornea después del tratamiento, la cual ha sido modificada ultimamente.

Drausart, fué aparentemente, el primero en usar suturas absorbibles par aunir el párpado con el músculo Frontal.

Crawford, ideó un Stripper para la obtención de cintillas de fascia del muslo del propio paciente.

A finales de 1857, el Dr. Bader del Royal Oftalmologic Hospital de Londres, reportó casos de corrección de Ptosis removiendo una pieza oval de piel, informando al mismo tiempo del método de Bowman.

En 1883 Everbush sugirió un tratamiento siguiendo el principio de Bowman, pero usando su método para el repliegue del Elevador.

En 1889, Snelling de Utrecht, siguió un procedimiento casi idéntico pero sin efectuar incisión de piel.

Snellen reportó la resección del Elevador pero afirmaba que no era de mucho éxito y prefería plegarlo.

En 1897 Wilder usó dos suturas doble-enhebradas para establecer múltiples repliegues en el Elevador.

El primero en usar una incisión simple del Tarso fue Gillet de Grandmont, en 1891.

Gruening, siguió la técnica de de Grandmont, pero con tres suturas.

Wolff en 1896 sugirió dos procedimientos simultáneos, en una sección del Elevador en el Tarso y en la otra por vía Conjuntival, el músculo de Müller del mismo modo.

Lapersonne, en 1903 fué el primero en sugerir la forma moderna de la vía anterior o cutanea en operaciones de Ptoxis y Blaskovics le dió importancia a la Cirugía del Elevador.

En 1905 Thompson basado en la resección de Wolff resecó una pieza larga del Orbicular Supratarsal en la creencia, equivocada, de que ésto aumentaba la corrección.

En 1910 Beard usó un método combinado de dos principios siguiendo las indicaciones que había dado Wilder anteriormente haciendo un pliegue grande del Elevador y plegandolo al frontal.

Blaskovics fué el primero en introducir la vía posterior o conjuntival para cirugía del Elevador en 1923 y la modificó luego en 1929. De 1930 a 1950 los oftalmólogos prefirieron el uso de la vía posterior o transconjuntival.

En 1941 Hildreth publicó su procedimiento por medio del acortamiento del músculo Elevador.

En 1954 Johnson sugirió un simple repliegue en las Ptoxis de grado medio como lo había hecho antes Everbush.

En 1953 Leahey llamó la atención al hecho de que la resección del elevador había caído en desuso y era evitada por algunos oftalmólogos habiendo entonces sugerido un procedimiento, nó como el de Lapersonne sino mejor elaborado.

En 1954 Johnson propuso también la vía cutanea con variaciones substanciales al método de Leahey.

En 1959 Berke modificó la modificación de Johnson de la de Leahey del procedimiento original de Lapersonne.

En 1964 Jones sugirió dos procedimientos en los casos leves de Ptoxis, describiendo una técnica muy similar a la de Lapersonne.

En 1952 Sidney A. Fox, describió y ha usado una técnica muy completa para la resección del Elevador por la vía anterior, habiendo también usado otra técnica especial para la vía posterior.

Aunque Bowman fué el primero en usar la cirugía del Elevador, usó ambas vías la anterior y la posterior y la mayoría de sus primeros seguidores prefirieron la vía anterior.

En 1890 Nicati modificó el procedimiento de De Grandmont y resecó el Tarso por la vía posterior.

Boucheron hizo lo mismo en 1893 en una mujer que no deseaba tener cicatriz en la piel del párpado.

Theobald en 1908 resecó tres mms. de la banda del tarso desde el lado conjuntival del párpado.

Wray evertió el párpado superior y cauterizó el Elevador a través de la conjuntiva y del músculo de Müller.

En 1917 Maddox también cauterizó el músculo de Müller y probalmente al mismo tiempo el Elevador a través de la conjutiva.

En 1923 Blascovics popularizó la resección del Elevador a través de la vía posterior, llamandose comunmente al uso de esta vía en la actualidad Procedimiento de Blaskovics. En ese año él reportó 21 casos de los cuales cinco eran totalmente paralíticos, de éstos 18 con buenos resultados, dos con subcorrección y uno con sobrecorrección.

En 1942 Agatson indicó la resección de la aponeurosis del Elevador y músculos de Müller.

En 1952 Sidney Fox sugirió cambios en la técnica de Blaskovics, los cuales han sido seguidos por muchos, durante muchísimos años, simplificando la vía posterior de manera que los tejidos sean más manuales.

En lo que respecta a Cirugía del Frontal, Scarpa, uno de los más grandes cirujanos, anatomistas y oftalmólogos del siglo XVIII resecó piel cerca de la caja para corregir Ptoxis.

En 1831 Hunt, siguiendo a Scarpa indicó que no solo el Elevador sino también el Frontal tomaban parte en la acción de elevar el párpado superior.

Graef, resecó no solo piel sino también Orbicular, con lo cual no solo resecaba piel sino con la resección de Orbicular contrarrestaba la debilidad del Elevador.

Draussart en 1880 fué el primero en usar suturas unidas al Frontal como un mecanismo para elevar el párpado.

Pagenstecher usaba dos suturas de seda subcutanea unidas sobre la superficie de la piel de la ceja.

Dhenne usaba catgut endurecido en Naftol y también suturas de platino. Gayet usó columpios de alambre de platino y les pasaba corriente eléctrica antes de cerrarlas, poniendolas al rojo para cauterizar y formar así bandas cicatriciales.

Mules usó un columpio de oro central cutaneo, desde la ceja hasta el margen del párpado.

Worth usó tendón de canguro subcutaneamente en una sutura en forma de un romboide muy complicado.

Harman usó una cadena de oro subcutanea en una forma rectangular desde el párpado a la ceja.

De Wecker combinó las dos suturas de Pagenstecher con la resección de piel y músculo.

Hess en 1893 usó tres suturas subcutaneas arriba del margen del párpado saliendo arriba de la ceja donde se anudaban sobre gomá.

Landolt en 1897 modificó el procedimiento anterior haciendo que en la incisión de piel hubiera granulación.

En 1953 Friedenwald y Guyton dieron nueva vida a la sutura por Colgajo del Frontal, usando alambre de tantalio, pero luego lo descartaron por la fragmentación que sufre y lo sustituyeron por seda blanca 2-0 o por nylon.

Leahey y un año despues Johnson, reportaron complicaciones observadas postoperatoriamente al procedimiento anterior. Payr, en 190 fué el primero aparentemente en reportar el uso de fascia autógena en la reparación de las Ptoxis congénitas, obteniendo el material del muslo del propio paciente.

En 1922 Wright, siguiendo las indicaciones dadas por Gallie y LeMesurier, también usó un procedimiento obteniendo fascia de la parte inferior del muslo de la misma persona.

En 1928 Derby, sin haber tenido conocimiento de los reportes anteriores de Payr y de Wright reportó un procedimiento usando fascia autógena. En 1956 Crawford reportó 85 casos de Ptoxis tratados con colgajos de fascia autógena, con magnificos resultados en 76 casos, 4 con resultados pobres y solo cinco casos fueron reoperados dando al final buen resultado.

En 1962 Johnson publicó un procedimiento simplificando los anteriores insertando un columpio de fascia autógena al frontal, pero formando un puente más allá del orbicular.

En 1897 Darier fué el primero en reportar el uso de colgajo muscular de Orbicular para asegurarlo al frontal.

En 1924 Reese, introdujo ciertas modificaciones que mejoraron considerablemente el procedimiento anterior, que aún es usado en el presente con ligeras modificaciones.

En 1951, Sarwar, usaba dos pedículos de Orbicular bajo las cejas que los unía a cada lado del Tarso y luego hacia arriba jalando también el párpado, pero en una forma muy complicada.

En 1900 Angelucci reportó un procedimiento en el cual usaba el elevador como un colgajo al frontal.

Sourdille modificó la técnica de Angelucci tratando de preservar el pliegue orbitopalpebral.

En 1955 Schimek revivió y con una modificación usó el viejo procedimiento de Angelucci, usando la vía transconjuntival.

Fergus, usó un procedimiento curioso y complicado usando una tira del Frontal que bajaba y suturaba al Tarso.

Roberts, en 1916, usaba dos columpios para formar el pliegue palpebral y uno del Frontal al Tarso.

En 1964 Jones usó el último músculo que quedaba íntegro en reparaciones de Ptosis, el Corrugador Supraciliar, pero es el procedimiento más complicado de todos.

En 1963 Iliff usó colágeno reconstituido en lugar de fascia autógena en una modificación del procedimiento de Crawford. Después Tillet ha reportado casos usando material de Silicone, elastico, con éxito.

En mayo de 1997, Motais presentó ante la Sociedad Oftalmológica francesa, un procedimiento de corrección de Ptosis usando el recto superior.

En 1897 Pirinaud también publicó un procedimiento parecido usando también el Recto Superior, tomando todo el músculo.

En 1907 Schoemaker modificó la técnica de Motais y en 1928 Kirby sugirió hacer todo el procedimiento a través de una incisión anterior sin evertir el párpado. En 1933 Greeves expuso un método muy ingenioso con el Recto.

En 1936 Dickey suspendió el párpado del Recto Superior por medio de un colgajo fascial pasado bajo el tercio medio del músculo Recto Superior. Y en 1938 Wheeler reportó un procedimiento de unir el párpado al Recto Superior por dos tiras de Orbicular.

En 1949 Berke propuso una modificación al procedimiento empleado por Motais, indicando que lo había usado en veinte casos sin ninguna falla, con magníficos resultados reseca 5-10 mms de tendón y músculo del Recto Superior y suturándolos a los tejidos del párpado.

Clasificación:

Las clasificaciones que se han hecho de Ptosis con muchas y variadas. Exponemos a continuación la que según Sidney A. Fox, en su larga experiencia tratando Ptosis, es la más completa en cuanto a condiciones quirúrgicas y que incluye la mayoría de casos clínicos que se presentan:

- I. PTOSIS CONGENITA:
 - a. Simple.
 - b. Complicada:
 - 1. Con oftalmoplejía
 - 2. Con otras anomalías congénitas.
 - 3. Ptosis paradójicas.
- II. PTOSIS ADQUIRIDAS:
 - a. Senil
 - b. Traumática.
 - c. Neurogénica.
 - d. Miogénica.
- III. PSEUDOPTOSIS:
 - a. Debida a desplazamiento ocular.
 - b. Debida a desplazamiento mecánico de los párpados.

Ptois Congénita:

Abarca aproximadamente el 90% de todos los casos. Las tres cuartas partes son unilaterales y la otra cuarta parte es bilateral. Más de la mitad de todos los casos tienen una acción del Elevador lo suficiente para evitar su resección.

a. Ptois simple:

Son aquellas que no tienen ninguna complicación. Se deben primordialmente a distrofia del Elevador y pueden variar en severidad, desde una casi imperceptible caída del párpado hasta parálisis completa. Del 20 al 25% es bilateral y raramente son progresivas. Cuando se presenta bien desarrollada, la piel del párpado es lisa, sin surco palpebral y el borde del párpado cae más de lo normal sobre la cornea. En casos muy avanzados puede llegar a cubrir totalmente la pupila y en el caso de los niños, éstos tratan de compensar la caída del párpado arrugando la frente, arqueando las cejas y en casos extremos, sobre todo bilaterales, llevando la cabeza hacia atrás, para tratar de dejar libre la pupila del obstáculo palpebral.

b. Ptois Complicadas:

En esta clase de ptois el músculo más afectado es el Recto Superior, que en la mayoría de los casos contribuye a dar paresias o parálisis del globo ocular, lo que se debe a la estrecha relación entre la anatomía y la embriología de estos dos músculos: el Elevador y el Recto Superior. También pueden estar afectados otros músculos como el Oblicuo Inferior, pero que estén afectados todos es sumamente raro. Por lo general las Ptois complicadas son unilaterales. Las bilaterales están asociadas con otras deformaciones del párpado, como Epicanthus, Blefarofimosis, microftalmos o Coloboma del párpado y pueden estar asociados con alteraciones también de los músculos extraoculares.

La Ptois Paradojica es el grupo más pequeño de Ptois complicadas y se ve asociada con alteraciones de otros músculos

extraoculares y con los músculos de la masticación. Los movimientos son involuntarios estando por lo tanto fuera del control de la persona. Lo conforman una agrupación de casos, que incluyen sinkinecia, períodos simpáticos y ptois intermitente, siendo el más conocido de todos el de la Sinkinecia del músculo Elevador Pterigoideo, habiendo sido el primero en reportarlo Robert Marcus Gunn en el año de 1883. Aquí hay Ptois del párpado en descanso y una retracción sobre el nivel del párpado opuesto cuando se abre la boca. Los párpados se ven afectados también por movimientos laterales de la mandíbula. El párpado se retrae cuando la mandíbula se mueve alejándose del ojo ptoisico y cae cuando el maxilar inferior se mueve hacia él. El parpadeo y pestañeo casi siempre unilateralmente es raro que esté asociado con oftalmoplejías externas. De acuerdo con los reportes que se han encontrado, el hombre es más afectado que las mujeres y el ojo izquierdo más que el derecho.

La etiología de todos estos fenómenos no se conoce con seguridad, pero se le atribuye a las conexiones aberrantes de los nervios de los otros músculos extrínsecos del ojo y a un daño en el Elevador.

Ptois Adquirida:

Entre las Ptois adquiridas más comunes se encuentran las debidas al proceso de la vejez y a las secundarias a traumatismos. Las Ptois adquiridas también pueden tener un fondo hereditario y aparecer en la niñez o bien en el adulto y hasta en la vejez.

También pueden deberse a muchas enfermedades: infecciones agudas o crónicas: sífilis, septicemias, intoxicación por cobre, intoxicaciones por derivados del alquitran de hulla, hemorragias cerebrales, tumores y abscesos, neuritis múltiples, miastenia gravis, meningitis, enfermedades de los senos nasales, de la órbita y aún hay casos reportados de histeria.

La Ptois senil es un proceso que se manifiesta por la pérdida de la tonicidad de los tejidos, sobre todo de los músculos y en el caso del párpado por la pérdida del tono del músculo

Elevador y por lo general es bilateral y de cualquier grado. Puede principiar como una manifestación de debilidad congénita localizada que se manifiesta en jóvenes y en adultos por una caída del párpado cuando el cansancio del día se manifiesta al final del mismo, llegando más tarde a hacerse una Ptosis franca.

La Ptosis traumática puede ser debida a un golpe o lesión directa o indirecta al Elevador o a su conexión nerviosa por una cortada, contusión o bien hemorragia que puede acompañarse también de parálisis de los músculos oculares, provenientes de una lesión del tercer par, en el tronco del nervio, en su núcleo o aún en la corteza cerebral. También por lesión en la rama del Orbital Superior o en los huesos frontales, también debido a lesiones por cirugía del Recto Superior al remover tumores orbitales o en casos de procedimientos para corregir desprendimientos de retina.

En las Ptosis miogénicas hay miopatía ocular progresiva externa o en miastenia gravis, miotomía o distrofia muscular generalizada.

En las Neurogenicas las causas también pueden ser muchas: lesiones en las envolturas del tercer par lesiones basilares que son raras corticales o bien nucleares; hemorragia cerebral, tumores, abscesos neuritis múltiples, sífilis nerviosa, Síndrome de Horner, etc. etc.

Pseudoptosis:

Es una ptosis que se debe a ninguna alteración patológica del músculo Elevador y puede ser causada por el desplazamiento mecánico del párpado superior, que puede ser halado o empujado de su lugar normal por una cantidad de causas o bien puede deberse a la pérdida de soporte del párpado por desplazamiento del ojo o pérdida del globo ocular. Cuando se debe al desplazamiento del ojo es por la pérdida del soporte que constituye el globo ocular como en el Enoftalmos, anoftalmos, microftalmos y en la Phtisisbulbi. En todo caso no es una verdadera Ptosis, toda vez que reponiendo el soporte por una

prótesis se corrige el defecto del párpado; pero en casos muy prolongados puede llegar a debilitarse el tono muscular del elevador y crear una verdadera Ptosis secundaria.

En los casos debidos a desplazamiento mecánico del párpado puede deberse a cicatrices, tracoma, elefantiasis, tumores, neurofibromatosis o a una inflamación severa del párpado.

Hay también algunos casos de estados especiales del párpado o de la piel del párpado, que simulan Ptosis, aunque en realidad no son Ptosis, por ejemplo:

1. Dermachalasis: o Ptosis adiposa, párpado haragán o párpado flatulento, o sea una relajación de la piel o atrofia senil de la piel del párpado en las que hay un adelgazamiento y relajamiento de la piel, además de atrofia subcutánea, pérdida del tono muscular y de las fibras del tendón del elevador, después la piel del párpado cuelga sobre el borde inferior del párpado.
2. Blefarochalasis: raro, puede aparecer en individuos jóvenes, de menos de 20 años, son ataques recurrentes de inflamación del párpado y edema, con etapas de normalidad, con el tiempo la piel se relaja y estira permanentemente y cuelga obstruyendo la visión, pudiendo llegarse a casos en que la grasa orbital y hasta la glándula lagrimal cuelgan hacia abajo.
3. Párpado Oriental: la fisura palpebral es más angosta y el párpado superior no tiene surco, de manera que el pliegue cuelga hacia abajo sobre el margen del párpado, dando apariencia de Ptosis.

ETIOLOGIA E INCIDENCIA

Las Ptosis verdaderas tienen dos orígenes: las Congénitas y las Adquiridas. La mayoría de ellas se debe a una distrofia y en algunos casos a atrofia del músculo Elevador, según estudios y teorías de autores como Berke, Wadsworth y otros. Los estudios histológicos llevados a cabo desde hace mucho tiempo han indicado que las Ptosis congénitas no están asociadas a traumatismos durante el nacimiento o con el fenómeno de Marcus Gunn, sino que se deben a un desarrollo defectuoso en la estructura del músculo Elevador y los dos autores mencionados anteriormente han demostrado que el músculo estriado del Elevador nunca se encontraba presente en Ptosis de cuatro milímetros o más, pero que iba en aumento conforme el grado de Ptosis disminuía, incidentalmente el músculo de Müller siempre estaba presente, lo que daba una idea de que este músculo era sumamente difícil de diseccionar solo.

También en algunas oportunidades se ha atribuido a la parálisis del Elevador como de origen nervioso central, pero como los reflejos de acomodación y el pupilar regularmente no están afectados, se ha desechado como un factor preponderante y poco frecuente.

Las Ptosis congénitas deben también separarse de las hereditarias, debiendo interpretarse como congénita las que aparecen desde el nacimiento, mientras que la hereditaria puede aparecer muchos años más tarde, aún en algunos casos en la edad adulta, como sucede con las Ptosis miopáticas, siendo todo esto más manifiesto en las Ptosis simples.

Rodin y Barkan, consideraban a las Ptosis congénitas hereditarias como de carácter dominante y recesiva, pudiendo afectar a varios miembros de una familia en generaciones progresivas, pero las congénitas no hereditarias afectan generalmente a un solo miembro de una sola familia.

Entre las Ptosis congénitas hay una con oftalmoplejía externa y también Ptosis con Epicanthus como carácter

dominante, que generalmente es transmitido por los hombres, habiendo muchos cuadros familiares con transmisión familiar de Ptosis por más de seis generaciones a través de más de un siglo.

La incidencia en estadísticas no muy completas indican que el porcentaje de Ptosis congénitas es de más o menos 90o/o con respecto a las adquiridas, de manera que éstas solamente se presentan, también aproximadamente en un 10o/o de todas las Ptosis, formando así un grupo muy pequeño, que tienen como causa desde un traumatismo, un grupo de enfermedades como: influenza, difteria, neumonía en formas agudas, o bien crónicas como la Sífilis, o envenenamiento por plomo y como tercera causa la edad, que al haber una disminución generalizada del tono muscular, éste afecta también a los párpados, dando como resultado un grado variado de Ptosis palpebral bilateral.

En lo que respecta a porcentajes puede decirse, que las Ptosis congénitas abarcan aproximadamente el 90o/o de todos los casos de éstos el 75o/o son unilaterales y él 25o/o son bilaterales. Las Ptosis simples, sin ninguna otra complicación abarcan cerca del 75 al 80o/o de los casos de Congénita; las complicadas con Oftalmoplegía comprenden del 10 al 15o/o de las Ptosis congénitas. Las Ptosis complicadas con deformaciones del párpado como Blefarofimosis, Epicanthus Macroftalmos o Coloboma, hacen más o menos el 3o/o de las Ptosis Congénitas.

Las Ptosis adquiridas hacen el 10o/o de todas las Ptosis y comprenden desde Ptosis seniles, traumáticas y además hay una clase especial que debe clasificarse aparte, las Pseudoptosis.

En las Ptosis simples, el sexo es aproximadamente igual y se transmite en igual forma, por lo general es contradictorio respecto a otras anomalías congénitas.

DIAGNOSTICO

Un diagnóstico completo de Ptosis, a simple vista parece ser sumamente fácil, pues basta observar detenidamente a un paciente para notar, cuando por ejemplo se trata de una Ptosis unilateral, la diferencia que hay entre un párpado y otro para indicar cual está caído y cual no. Pero cuando se trata de establecer una Ptosis de tipo mediano o apenas aparente, bilateral, entonces es más difícil, siendo un poco mejor cuando es una Ptosis muy marcada bilateralmente.

En realidad, el examen debe hacerse cuidadosamente para diagnosticar con exactitud una Ptosis, con sus medidas completas, etc. sobre todo cuando se trata de niños muy pequeños que por lo general no colaboran absolutamente con el médico. El examen puede principiar por fotografías, ya sean éstas frecuentes, recientes y en series periódicas, mientras el niño va creciendo, procurando cuando es posible usar los servicios de un fotógrafo diestro, que pueda hacerlo aún sin la cooperación del niño.

Por la historia clínica se puede establecer si ya estaba presente en el nacimiento o si bien se ha ido desarrollando poco a poco, después, como consecuencia de un trauma durante el parto o debido a una enfermedad, recordándose que es importante la historia del trauma durante el parto tanto como la ausencia de éste.

Se investiga al mismo tiempo el funcionamiento de la musculatura extraocular, por trofias o paresias, siendo el Recto Superior el músculo donde más frecuentemente se encuentran anomalías, debido a su cercana conexión con el Elevador del Párpado superior, debiendo anotarse la debilidad del músculo, no importando cuan leve sea, para tomar en cuenta el procedimiento que debe seguirse posteriormente.

Debe también investigarse la presencia de otras afecciones como blefarofimosis, epicanthus, telecanthus o Coloboma, pues, por ejemplo en el caso de corregir una fimosis, se da mayor juego

a los movimientos del párpado superior y éste puede subir más.

Es importante la observación de la presencia o nó, del pliegue del párpado, pues cuando los pliegues de ambos párpados estan presentes debe establecerse la posición de cada uno, porque los dos deben quedar en un mismo nivel, en la posición normal, después de la corrección.

Cuando el pliegue del párpado Ptosico está presente es que hay una apreciable acción del músculo Elevador, pero cuando está ausente, es dudosa la presencia en el Elevador de alguna acción elevadora.

Se investiga también la presencia o ausencia de sensibilidad en la cornea, pués aunque la ausencia es rara, debe tomarse en cuenta para evitar posteriormente complicaciones como queratitis. Debe haber un lagrimeo normal.

Tambien debe tomarse en cuenta la visión, la fusión y la ambliopía, que son informaciones de importancia en la elección del procedimiento a usarse en la corrección. En los muy jovenes casi no se observa, pero cuando se tiene un dato positivo, no debe menospreciarse.

Luego debe efectuarse la medida de la Ptosis, que puede ser de dos formas cuando se trata de Ptosis unilaterales, pero no tienen ningún valor en la bilaterales:

1. La diferncia de anchura de la fisura palpebral.
2. La cantidad de traslape del párpado sobre la cornea.

Para investigar la diferencia de anchura de la fisura palpebral, se coloca al paciente mirando recto al frente, con los ojos en posición hacia adelante, debiendose tomar en cuenta que hay factores que pueden dar una información dudosa, como los casos enmascarados de Ptosis bilateral; en estos casos cuando se efectúa la corrección de lo que se considera como Ptosis unilateral se hace visible la ptosis en el otro ojo. Además la

anchura de cualquier fisura palpebral no es siempre una indicación del grado de actividad o inactividad del músculo elevador, pues una Ptosis que es leve en apariencia puede tener poca actividad del Elevador y una Ptosis severa secundaria a un trauma puede tener buena actividad elevadora. Además la abertura palpebral puede variar de tiempo en tiempo de acuerdo con la tonicidad de la musculatura lisa. En ésto influye el músculo de M^Fuller, explicandose así porque en un individuo que está deprimido y el tono del simpatico es bajo, la fisura palpebral es angosta y por el contrario en casos de excitación o de sorpresa la fisura es ancha; es decir, que mientras el Elevador abre y cierra la fisura palpebral, el tono simpático define la extensión de esos movimientos.

La medida del exceso de traslape del párpado sobre la cornea es más simple, es más rápido y conveniente en Ptosis monoculares, pero aún en estos casos el investigador debe obrar con cautela. La posición normal del párpado es un termino medio entre el Limbus superior y el borde pupilar superior, ésto por lo general, pero hay casos normales en los que el margen del párpado superior ocupa toda la posición entre el Limbus Superior y el borde Pupilar Superior, pero en general puede decirse que la cantidad que cubra la cornea es un buen indice del grado de Ptosis unilateral.

Como la causante de Ptosis es la actividad del músculo Elevador del Párpado superior, la medida de esta actividad es la guía más importante en la determinación de la Ptosis y en la elección del camino a seguir en el tratamiento. Para efectuar esta medida en la época antigua se usaron muchos métodos, pero en la actualidad él más simple, el más generalizado y el mejor de todos es la determinación de la excursión del párpado superior desde el extremo inferior hasta el superior, sin la ayuda del músculo frontal, sino simplemente usando la acción del músculo Elevador.

Para sacar las conclusiones de anormalidad, se hizo la primera vez una tabla de porcentajes en una gran cantidad de pacientes normales comprendidos entre las edades de tres años hasta noventa años, midiendose el desplazamiento del borde del

párpado desde la posición completamente abajo hasta la abertura completa con una regla milimétrica, habiéndose efectuado solo con la acción del Elevador y comparativamente también con acción del músculo Frontal, llegándose a la conclusión que el desplazamiento más común del Párpado Superior es de 14 mms. en un 27.50/o; de 13 mms. en un 20.80/o, de 15 mms. en un 16.70/o y de 16 mms. en un 13.50/o; así normalmente en un 18.50/o los movimientos hacia arriba del párpado superior varían entre 13 y 16 mms. sin tomar en cuenta la acción del frontal, sino simplemente la actividad del Elevador.

Cuando se permite la actuación del Frontal, la actividad del Elevador hacia arriba es de 17 mms. en un 26.70/o; de 16 mms. en un 20/o; de 15 mms. en un 18/o y de 19 mms. en un 13/o, de manera que en un 75.80/o de los casos el Párpado Superior sube entre 16 y 19 mms.

En resumen, en casos normales, la actividad normal del Frontal agrega un promedio de tres mms. al movimiento hacia arriba del Párpado Superior.

El párpado inferior tiene movimientos hacia arriba en un 84/o de los individuos normales, de 4 a 6 mms. en su máximo alcance hacia arriba y en estos casos, la actividad del Frontal tiene muy poco efecto en los movimientos hacia arriba del párpado inferior, pues éste depende totalmente de los movimientos del globo ocular y de la adhesión del párpado inferior a éste.

La forma de efectuar el examen de la actividad elevadora del Elevador del Párpado superior es diferente en los jóvenes y adultos y en los niños de corta edad.

En los dos primeros es relativamente simple: el paciente se sienta enfrente del examinador a nivel de sus ojos, mirando hacia su ojo opuesto. El médico oprime con su dedo pulgar horizontalmente el centro de la ceja y mantiene al paciente mirando hacia el suelo sin mover la cabeza, con la otra mano coloca la regla milimétrica frente al párpado y coloca la lectura

de la regla en el borde del párpado, anotándola. Luego el pulgar presiona firmemente la ceja hacia atrás y le pide al paciente que mire hacia arriba lo más que pueda sin mover la cabeza. La presión del pulgar sobre la ceja impide que el paciente trate de mover la cabeza hacia atrás. Anota ahora la nueva posición del borde del párpado sobre la regla y la diferencia de las dos lecturas indica la excursión del párpado y por lo tanto la medida de la acción que posee el Elevador. Esta operación puede repetirse dos o tres veces a efecto de obtener un resultado más satisfactorio dándole al mismo tiempo más confianza al paciente.

Debe advertirse que la presión del pulgar sobre la ceja debe hacerse firmemente hacia atrás, pero sin causar dolor y nunca debe hacerse hacia arriba o hacia abajo, para evitar obtener datos falsos, pues si se hace hacia abajo se dificulta los movimientos del párpado hacia arriba y si se hace hacia arriba se dificulta los movimientos del párpado al mirar hacia abajo correctamente. Cuando se hace en repetidas ocasiones los resultados que obtienen son más correctos y seguros.

En los Ptosis complicadas estas medidas deben ser tomadas hasta después de haber efectuado la corrección de esas complicaciones, es decir después de reparar la fimosis, epicanthus, etc. porque entonces el párpado estará libre y su acción mejor apreciada.

En los niños, sobre todo en los menores de tres años, el problema es realmente serio, porque hay falta de cooperación y los niños se encolerizan, se mueven constantemente y no permiten en ningún momento sacar un dato correcto, debiendo entonces basarse en la observación, pero sobre todo en repetidas oportunidades. Por ejemplo se toma en cuenta la diferencia de posición de ambos párpados, se observa si el niño tiene que doblar la cabeza hacia atrás para aclarar la visión, si tiene que subir las cejas para despejar las pupilas del obstáculo del párpado.

En los niños, cuando éstos lo permiten, Iliff sugiere este test: se everta el párpado superior y se hace que el chico mire hacia arriba, si el párpado permanece en la posición evertida y no

baja como lo hace un párpado normal, se presume la ausencia de actividad del Elevador.

La Electromiografía ha sido indicada por Isaksson, en su Monografía de Ptosis congénita, como otro de los métodos para determinar la actividad o inactividad del Elevador en las Ptosis. Como este examen debe hacerse sin anestesia es sumamente difícil practicarlo en niños y jóvenes pequeños y aún a veces hasta en adultos y como el músculo Elevador es muy delgado, no todo él es accesible a la aguja del electrodo.

PRONOSTICO:

El objetivo ideal cuando se tiene en mente la corrección de una Ptosis palpebral, es restaurar el párpado cosméticamente y funcionalmente al estado más normal posible. Sin embargo y desafortunadamente este ideal es raramente obtenido, por muchas circunstancias.

El porcentaje de normalidad completa es muy pequeño, pues aún cuando el resultado cosmético pueda ser de bueno a excelente, el resultado funcional del párpado puede ser todo lo contrario: de bueno a malo, de manera que la gran mayoría de los cirujanos oftálmólogos están casi siempre de acuerdo en que el tratamiento quirúrgico de las ptosis palpebrales son siempre algo menos que perfectas sobre todo si se toma en cuenta que se entiende por un párpado en función normal con las siguientes características:

1. Abrir y cerrar los ojos normalmente y con facilidad.
2. Tener la misma anchura en ambas fisuras palpebrales.
3. Que los movimientos hacia arriba y hacia abajo del párpado superior sobre el globo ocular sean totalmente normales.
4. Que no haya alteraciones como diplopia, trofias, lagofthalmos o párpado postrero.

Ninguno de los procedimientos usados hasta ahora dan resultados completos y el final depende en realidad, tanto de lo mal que esté el párpado como de la habilidad y de lo que pueda hacer el cirujano. El uso de determinado procedimiento no influye en el éxito completo del tratamiento según algunos autores, pero si hay condiciones en las que todos están de acuerdo, indispensables para el buen éxito. También hay algunas otras condiciones en las que muchos tienen reservas o simplemente no están de acuerdo, como el entrenamiento del cirujano, de su habilidad, y sobre todo de la familiaridad con determinada técnica y su efectividad postoperatoria, después de mucha práctica y observación constante.

Definitivamente debe llegarse a la conclusión que mientras más severa es una ptosis, más pobre será el pronóstico, habiendo un porcentaje variable en lo que respecta al resultado final. En los casos severos, los buenos resultados son de aproximadamente el cincuenta por ciento, aunque puede existir la posibilidad de una segunda o tercera intervención para tener la oportunidad de un mejor funcionamiento acercado a lo normal del párpado. En realidad el oftalmólogo cirujano nunca debe prometer buenos resultados, sino ser siempre lo más conservador posible.

TRATAMIENTO

Consideraciones generales para el tratamiento:

Durante muchísimos años, probablemente siglos, la reparación de las ptosis palpebrales se limitaban simplemente a un acortamiento o resección de una parte de la piel del párpado superior, pero ya se indicó al principio que hasta los árabes, medas y persas, se dieron cuenta de que era un método completamente inefectivo, que la ayuda era solamente pasajera, pues la piel tiende a distenderse rápidamente y la ptosis a hacerse recidivante y quedar en las mismas condiciones en que estaba el párpado originalmente.

Sin embargo, conforme fueron pasando los años y se tuvo mayores conocimientos de la anatomía del párpado superior, de la acción de todos los músculos que intervienen en sus movimientos, fueron apareciendo técnicas quirúrgicas de lo más variado, según se ha apuntado anteriormente en una historia sucinta. Así diversos autores han usado cuatro modalidades para elevar el párpado y de ellas se han publicado más de doscientas técnicas o procedimientos, aunque la mayoría de éstos han sido prácticamente olvidadas y solamente se usan muy pocas que son elegidas por los cirujanos de acuerdo con su experiencia y habilidad técnica, por considerarlas más funcionales o bien por dar mejor apariencia cosmética al paciente.

Las cuatro modalidades para el tratamiento quirúrgico son:

1. La resección de piel, abandonada por completo desde la antigüedad, estando actualmente reservada para casos de párpados bolsos, en ancianos o bien para otros procedimientos como injertos.
2. La resección del Elevador del Párpado superior, que es considerada la menos artificial, la mejor forma de corregirla cuando hay cierta actividad del músculo y la que más normalidad da al párpado. Debe usarse siempre

que haya dos o más mms. de actividad elevadora del párpado.

3. La intervención profunda del músculo frontal, que cosmeticamente es menos aceptable que la del Recto Superior, es la más detrimente para el ojo. Tiene sus detractores, pero cuando se trata de elegir entre este procedimiento y el siguiente, es mejor el frontal.
4. La Cirugía del músculo Recto Superior, que en la actualidad se hace cada vez menos, debido a los defectos técnicos que la presentan menos atractiva. Es la menos indicada por las muchas contraindicaciones que tiene.

Para elegir la clase de procedimiento que puede usarse, se toman en cuenta dos condiciones indispensables, de manera que el camino a seguir sea aquel que de mayores seguridades de éxito y el que evite en lo posible no solo más complicaciones que pueden ser varias y algunas indeseables:

- I. **Cuando hay actividad en el Elevador de dos o más milímetros:**
 - a. En casos monooculares: la única elección: Resección del Elevador.
 - b. En casos bioculares: la única elección: Resección del Elevador.
 - c. En casos bioculares con un lado con actividad del elevador de menos de dos mms. puede entonces haber cuatro caminos:
 1. Debe probarse primero una resección bilateral.
 2. Si no hay éxito en el ojo más ptosico, debe efectuarse la suspensión del músculo frontal.
 3. Si el paciente debe aparecer frecuentemente en

público y el ojo más ptosico tiene ambliopía, debe practicarse un procedimiento con el recto superior, si es normal.

4. Si hay una buena visión biocular, con buena actividad del Recto Superior puede probarse un procedimiento de los usados para el Recto Superior en el ojo de mayor grado de ptosis, debido a su mejor efecto cosmético.

II. Cuando la actividad Elevadora del Elevador es menor de 2 mms:

- a. En casos monooculares con o sin buena actividad del Recto superior:
 1. Podría efectuarse una suspensión del frontal.
 2. Si no hay fusión y el ojo ptosico tiene ambliopía, puede elegirse un procedimiento con el Recto superior debido a su apariencia más agradable.
- b. En casos bioculares: la elección es la Suspensión del músculo Frontal.

También deben tenerse en cuenta un sin número de casos especiales para la elección de cual procedimiento se cree sea el más adecuado, así: cuando la ptosis es muy severa, muchos niños tienden a adquirir el hábito de arquear las cejas pronunciadamente para levantar el párpado, entonces la elección principal debe ser la cirugía del músculo Frontal, sean ptosis uni o bilaterales.

En las ptosis bilaterales con Elevadores completamente inactivos se inclinan muchos cirujanos por la cirugía del Músculo Recto superior, con la esperanza de que ambos globos oculares reaccionan igualmente al peso de los párpados, pero otros prefieren en estos casos la suspensión del músculo Frontal.

Cuando se trata de niños con ptosis severas, en las cuales es imposible investigar y determinar si hay actividad del músculo Elevador, lo indicado es el procedimiento de Suspensión del Frontal, tomándose en cuenta que si más tarde se encuentra una buena actividad del Elevador, puede deshacerse el procedimiento previo e inclinarse secundariamente por la resección del músculo Elevador.

En casos de Ptosis secundaria a traumatismos, lo correcto es esperar un tiempo prudencial, por lo menos un año después de la lesión o seis meses después de que ha cesado todo el daño del párpado, entonces si hay actividad buena del elevador, se inclina por la resección del mismo. Se espera el tiempo prudencial indicado, pues muchísimas veces la resolución de la ptosis es espontánea al desaparecer el daño del traumatismo al párpado.

En los tiempos actuales, en que el traumatismo es cosa corriente, ya sea por accidentes, agresiones brutales, etc. que dañan todos los músculos dejándolos inactivos, son sumamente raros, rarísimos; así cuando se pierde un ojo, el problema se transforma en la reparación cosmética y el párpado puede levantarse por simple resección de tejido, o puede usarse suspensión al frontal aunque esté ausente cualquier actividad de éste.

Una vez que se diagnostica la ptosis, que se ha diferenciado que clase es, que se ha establecido la severidad de la misma y todos los detalles que se han apuntado anteriormente, viene el problema que representa el tiempo en que debe de operarse, o en otras palabras cuándo debe operarse un párpado ptótico? Cual es el momento indicado para la intervención quirúrgica. En realidad todo depende del grado de severidad de la afección.

Cuando se trata de Ptosis bilateral completas, cuando el párpado cubre completamente las pupilas, entonces se opera tan pronto como sea posible, no importando en algunas ocasiones aún que se trate de niños menores de tres meses, dependiendo únicamente de la posibilidad de administrar una anestesia segura,

completamente segura, lo que no es un mito ni un imposible dados los adelantos técnicos en esa rama en la actualidad, pues con buenas condiciones anestésicas y operativas, la edad ha dejado de ser un obstáculo en cualquier intervención quirúrgica.

Cuando se trata de ptosis severas que se presentan desde el momento del nacimiento, en los cuales la pupila está completamente cubierta la intervención rápida, da la oportunidad de evitar en lo posible el desarrollo de una ambliopía. Si el niño es capaz de aclarar la pupila, ya sea arqueando las cejas o llevando la cabeza hacia atrás, entonces puede esperarse el tiempo necesario para que los tejidos del niño crezcan y se fortifiquen, lo que sucede más o menos a los dos o tres años de edad.

Cuando hay paresia uni o bilateral del Elevador, pero con suficiente actividad, se indica como adecuado la Resección del músculo Elevador, lo que puede hacerse después de los tres años de edad cuando los tejidos ya están más o menos bien desarrollados y los resultados que se obtengan sean buenos.

De todas maneras, sea cual sea, la causa de la Ptosis, la operación debe hacerse siempre en los niños, antes de iniciar la edad escolar para evitar cualquier trauma psíquico, pues al estar en contacto con otros niños de su misma edad, puede considerarse diferente o creerse menos normal que los demás compañeros.

En casos de jóvenes la cirugía está indicada tan pronto como sea posible, sea ésta uni o bilateral, sobre todo si existe la posibilidad de desarrollar una ambliopía; pero cuando no hay riesgo de esta complicación entonces se puede esperar a cualquier tiempo después de los tres años de edad, siempre antes de que el niño principie a ir a la escuela.

En los adultos primero debe hacerse un planteamiento preoperatorio, tomándose en consideración los efectos que lleva consigo la reparación de la Ptosis. Cuando son muy leves pueden no afectar la visión, pero en los casos muy avanzados puede haber tanta ambliopía que al elevar el párpado, la visión mejora en lo

más mínimo. La operación en los adultos es un procedimiento cosmético que debe tener siempre la mayor cooperación del individuo.

En los viejos, ancianos de cualquier edad, puede existir al mismo tiempo trastornos visuales a la par que las alteraciones cosméticas, de manera que debe hacerse la intervención porque es necesaria.

Una vez que se ha llegado a la conclusión de que clase de ptosis es, de cual es el procedimiento que se piensa seguir y de cuando se debe operar, cuando el médico ha completado totalmente sus exámenes, debe discutir con el paciente cual es el estado, cual será más o menos el pronóstico y cuales serán los efectos postoperatorios posibles.

La discusión se hace con los padres, cuando se trata de niños y cuando se trata de adultos con ellos mismos, de manera que mientras más conocimiento tengan del problema mayor colaboración den al médico y no esperaran que se haga milagros. La forma de explicarles los procedimientos debe ser clara y sin ningún tecnicismo, con palabras corrientes, para que entiendan perfectamente lo que se quiere decir y lo que se persigue.

Generalidades Preoperatorias:

Como en todo caso de intervención quirúrgica, ^{se} debe ser ~~se~~ precavido y efectuar como siempre y por rutina un examen obligatorio completo del paciente, pues más vale pecar de exceso y no lamentar después omisiones que por muy pequeñas que sean pueden en el momento decisivo resultar demasiado costosas para la salud y seguridad de la persona.

En los niños es obligatorio practicar un examen físico completo, con los exámenes de laboratorio también completos. Debe advertirse al pediatra de la clase de cirugía que se ha planeado y de las indicaciones que debe tenerse en cuenta antes de la operación.

En los adultos también debe efectuarse un examen físico general como un procedimiento rutinario, con los exámenes de sangre completos, etc. todo como una cuestión previa a la anestesia.

La anestesia que se usa en cirugía de Ptosis palpebral, es cualquiera de las dos: general o local, prefiriéndose en los niños muy pequeñas la anestesia general, lo mismo que se prefiere la general para personas muy miedosas, nerviosas o ansiosas. Sin embargo la local es la de elección en la mayoría de los casos y si se puede debe usarse en la mayor cantidad de casos posible, ya que tiene ventajas muy apreciables sobre la general así:

1. La anestesia local es más segura, sobre todo cuando se trata de pacientes arterioscleróticos, que pueden ser considerados como un riesgo de anestesia general, ancianos con lesiones cardíacas, y renales; aunque en la actualidad el avance de la anestesiología ha sido tan grande que da amplios márgenes de seguridad.
2. La Anestesia local, da al cirujano, la cooperación del paciente, pues permanece la posibilidad de que el paciente movilice el ojo no operado para hacer una evaluación comparándolo con el que se está operando, ayudando a salir de algunas dudas respecto a la altura, etc. en que debe dejarse el párpado.
3. El campo operatorio está limpio de mascarillas, tubos inhaladores y todos los instrumentos que utiliza el anestesista y que pueden causar dificultad o ser obstáculo en las maniobras de la operación.
4. No se pierde mucho tiempo esperando que el paciente este completamente anestesiado, aunque siempre debe tomarse en cuenta que las operaciones nunca deben ser apresuradas cuando se trata de intervenciones planificadas. Además se evita la náusea y vómitos postoperatorios.

La anestesia general que se use, será aquella a la que esté

acostumbrado el anestesista o el hospital en que se lleve a cabo la intervención. Lo mismo sucede con la aplicación pre y post anestésica, aunque siempre debe recordarse que la sedación apropiada en el preoperatorio tiene mucho que ver con la pérdida del temor del niño a la sala de operaciones e influye psicológicamente en el paciente.

Debe proporcionarse una medicación preanestésica adecuada, pero no demasiado como para sumir al paciente en la semiinconsciencia, porque siempre se necesita de la cooperación en algunas etapas de la intervención.

La anestesia local se usa, ya sea por infiltración de la región o bien por bloqueo regional. La infiltración local se usa especialmente en atrofia de los elevadores en la vejez, así los tejidos tienden a separarse facilitando su identificación, pero tiene la desventaja de dar un edema durante la operación que puede dificultar las maniobras y es la razón por lo que la mayoría prefiere el bloqueo anestésico de los nervios supraorbitario y lagrimal.

La infiltración en el párpado superior se efectúa de la siguiente manera: primero se instila unas gotas de tetracaina o Proparacaina, luego se evierte el párpado y se infiltra subconjuntivalmente en el tarso superior, en el borde dirigiendo la aguja hacia arriba y hacia abajo abarcando toda el área, sin llenar demasiado los tejidos. Luego se da un masaje suave y pareja en todo el párpado sin infiltrar mucho los tejidos y que el masaje no los dañe y que el edema no presente un obstáculo a las maniobras operatorias.

La anestesia por bloqueo nervioso se efectúa así: el nervio supraorbitario se encuentra palpando la hendidura superior del borde orbitario superior que está aproximadamente entre el tercio medio y el tercio interno, se levanta una parte de piel y se introduce la aguja hacia atrás y un poco hacia abajo cerca del techo orbitario inyectando la solución conforme avanza la aguja atrás de la fascia orbitaria, dejando de 1.5 a 2.0 cc. Luego se retira la aguja a la mitad y se inyecta otro poco de la solución

abarcándose así las ramas medias del supraorbitario, del supratrocLEAR y del infratrocLEAR, ramas del nervio frontal. Con ésto se tiene suficiente para anestesiar la mayoría del párpado superior, salvo la parte más lejana. El nervio lagrimal abarca la proci6n del párpado superior correspondiente arriba y al lado del canthus lateral. Se inserta la aguja arriba del ligamento del canthus lateral, profundamente hacia la fascia orbitaria inyectando de uno a dos cc de la solución.

Las soluciones que se usan en la infiltración o en el bloqueo nervioso más comunes son: lidocaína al 20/o o Procaina en una solución de epinefrina al 50,000, debiendo tenerse en mente que soluciones más concentradas no dan mayor anestesia. Tambien cuando ha habido una intervención anterior, puede agregarse a la solución hialuronidasa reducida a seis unidades de turbidez, a cada cc. de la solución dando muy buenos resultados.

Material: El material que se va a usar durante la operación puede ser dividido en dos clases: el instrumental corriente y especial y el material de sutura o de suspensión

Los instrumentos más usados son los siguientes: el corriente compuesto por bisturís de ojos, tijeras, forceps, clamps, agujas, separadores, todo de acuerdo al gusto y experiencia del cirujano.

Los instrumentos especiales: a). El Clamp de Ehrhardt, de diferentes tamaños, para niños y adultos, para proteger el globo ocular tanto en la vía anterior como en la posterior. b). de ptosis de Berke, para tomar el elevador junto al tarso, es de varios tamaños y adaptable a ambas vías. c). El bisturí de ptosis de Reese, se usa en la intervención del Frontal para la suspensión del mismo, es de doble filo con una fenestración en la punta, el doble filo para practicar un túnel para introducir o recibir el material, la fenestración para pasar la tirilla o el hilo. d). La aguja de Wright que tiene una función similar al anterior. e). El stripper de fascia de Crawford, que se usa para la obtención del material de fascia del muslo del propio paciente. f). La regla milimétrica que sirve para medir antes y durante la operación, tanto la ptosis como la

abertura palpebral. g). El calibrador para marcar la superficie de piel del párpado en las suspensiones: al frontal y para ver la cantidad de músculo elevador que va a researse.

En suturas el cirujano escoge la que más le guste por experiencia y de acuerdo a sus resultados en los postoperatorios inmediatos y a largo tiempo. Cada técnica en realidad necesita de cierta clase de suturas y cada autor recomienda también para cada caso la clase de material que ellos han usado, por ejemplo para suturar el elevador al tarso se prefiere catgut crómica 4-0 ó 5-0, la primera para adultos, con elevadores más gruesos y firmes y el 5-0 para los niños de pobre desarrollo y delgados. Hay cirujanos que incluso usan en forma general catgut crómica 6-0. Para la piel se usa seda 5-0 y para la conjuntiva raramente seda 6-0. En los niños se prefiere catgut simple 5-0 o 6-0 para evitar el problema de quitar puntos. También hay otros materiales como nylon, colágeno, supramid, pero todos tienen ninguna ventaja sobre la seda.

Entre los materiales que se usan para la operación, por ejemplo en el caso del frontal, están: seda, oro, plata, tantalio, acero en alambre, en caderas de oro, tiras de piel, tirillas de músculo, tendón de canguro o humano, fascia de vaca o humana, colágeno, plástico de múltiples clases, supramid, silicone, todos con buenos y malos o pésimos resultados, siendo los mejores la fascia autógena y la piel autógena.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PTOSIS PALPEBRAL

Para el tratamiento quirúrgico se hará una descripción simple de cada técnica importante, en cada uno de los cuatro procedimientos: el del Elevador del párpado, el de suspensión al frontal, el del Recto superior y los procedimientos en casos de ptosis complicada y pseudoptosis o afecciones que simulan ptosis. En cada caso se reportara una o dos técnicas antiguas y una o dos técnicas modernas, las más conocidas en ambos casos y las que mayores éxitos y mejores resultados han dado, así:

I. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS CON EL ELEVADOR:

El tratamiento quirúrgico usando el músculo elevador del párpado puede efectuarse usando dos vías de acceso: la anterior o transcutánea y la posterior o transconjuntival, una a través de la piel del párpado y la otra a través de la mucosa o conjuntiva palpebral.

A. La vía Transcutánea:

En la vía anterior hay dos procedimientos importantes en la época moderna: en 1952 el de Sidney A. Fox y en 1954-59 el de Johnson-Berke y en la época antigua, durante el siglo pasado sobresale en 1883 el de Everbusch, en 1889 el de Snellen y en 1896 el de Wolff.

Procedimiento de Fox:

Se marca con colorante aséptico el borde tarsal superior desde el margen del párpado, que en los jóvenes es de más o menos 5-7 mms. y en los adultos de 8-9 mms. 1. Insición curva de piel y músculo bajo del borde tarsal, que va a un mm. a cada lado del canthus.

2. Se secciona cuidadosamente el tejido muscular

tomando con un forceps y se disecciona lámina formada por piel y músculo hacia abajo, cerca del borde del párpado, pero sin lesionar la cilia.

3. Se separa el borde superior de la herida del elevador y de la fascia orbital, disecándose tan alto como sea posible hasta localizarse la protuberancia de condensación entre el Orbital y el Septum orbital y luego resección roma de la grasa pues de lo contrario se tiene un párpado grueso y gordo.
4. Se evierte el párpado y se infiltra la conjuntiva con solución salina si se trata de anestesia general o de novocaína si es anestesia local.
5. Se reinvierte el párpado, se toma con un forceps, la delgada membrana que constituye la fascia del elevador y se le hacen ojales con tijeras. Se reaplica el clamp de Erhardt tomando el tarso en el labio inferior, se disecciona el músculo Elevador y el de Müller de la conjuntiva hasta el borde tarsal superior.
6. Se coloca el clamp de ptosis hacia arriba y se secciona el tendón del elevador de la inserción en el borde tarsal superior.
7. Se colocan tres suturas de catgut cromisado 4-0 en el tarso, una horizontalmente en el centro y dos a nueve o diez mm. a cada lado.
8. Luego se estima la cantidad de Elevador que hay que reseccionar, se pasan las suturas en el elevador de atrás adelante y el exceso de músculo se reseca. Luego se anudan las suturas con lo que se tira el borde seccionado del elevador hacia abajo sobre el tarso.
9. Se cierran los bordes de la herida de piel, con seda 5-0 en cinco o seis puntos equidistantes hasta afrontar perfectamente los labios de la herida.
10. Se coloca una sutura modificada de Frost para colocar el párpado inferior hacia arriba y cubrir el ojo totalmente

protegiéndole la cornea, sea fija arriba de la ceja.

Procedimiento de Johnson-Berke:

1. Incisión de la piel como en la técnica anterior. Se exponen el elevador y el tarso y con un clamp de ptosis se toman el elevador, el músculo de Müller y la conjuntiva seccionándose los tejidos del borde tarsal superior.
2. Se separa la conjuntiva y se sutura al borde tarsal superior; se separa el músculo elevador en la cara anterior y en la posterior y se seccionan los cuernos o astas superiores.
3. Se estima, con el ojo en la posición normal, la cantidad de músculo que se va extirpar o reseccionar, colocándose tres suturas de catgut simple 4-0 en el músculo y se secciona el exceso del músculo elevador.
4. Se sutura el borde del elevador con los mismos tres hilos de cat gut al tarso cerca de la línea de las pestañas.
5. Luego se coloca una segunda hilera de suturas de catgut simple 4-0 desde la conjuntiva al músculo, un extremo del hilo pasa luego por el borde superior de la herida y otro por el borde superior, colocándose luego una nueva sutura para cerrar completamente la piel.
6. Sutura modificada de Frost para proteger la cornea, desde el párpado inferior, fijándose arriba de la ceja.

Técnica de Everbusch.

Llamada también del repliegue del Elevador de Everbusch:

1. Incisión transversal a través de piel y músculo paralelo al borde del párpado, a igual distancia de la ceja, efectuándose la disección del párpado hacia arriba y hacia abajo, para exponer el tarso y el tendón del Elevador.

2. Se colocan tres suturas de seda o catgur fino 4-0 o 5-0 en la aponeurosis del elevador sin lesionar la conjuntiva, una en el centro y dos laterales al mismo nivel, a la distancia deseada arriba del borde tarsal.

3. La sutura se lleva luego hacia abajo, entre el tarso y el orbicular para salir en la línea gris del párpado, haciéndose la sutura lo suficientemente tensa para llevar el párpado hacia arriba a la altura deseada, según el lado normal y en caso de redundancia se extirpa una tira de músculo y piel. Se colocan tubos de goma a la orilla de la sutura para protegerla.

Técnica de Snellen:

1. Exposición de la fascia y del elevador por una incisión horizontal de la piel y del músculo en el borde superior del tarso, seccionándose el elevador.

2. Se colocan tres suturas de adelante atrás a través del borde superior del tarso.

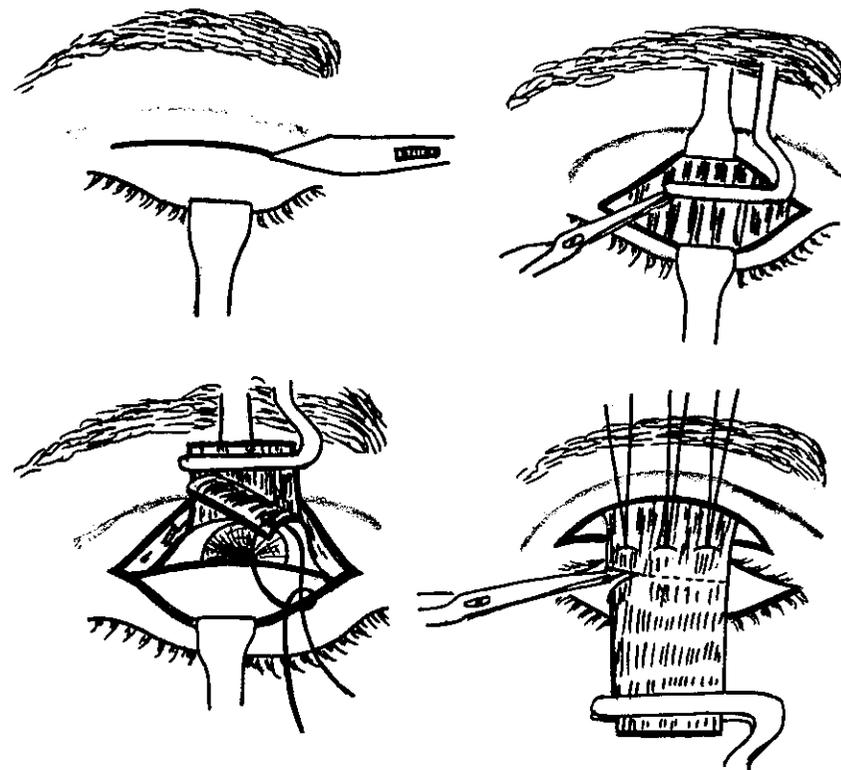
3. Se levanta el extremo seccionando del tendón del elevador y se pasan las suturas en él de atrás adelante, acortándose el elevador hasta el nivel deseado y se anudan las suturas.

4. Cierre de la herida de piel con seda 5-0 con puntos finos separados.

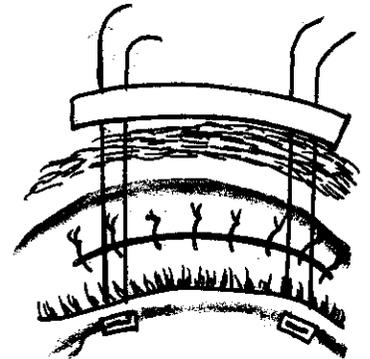
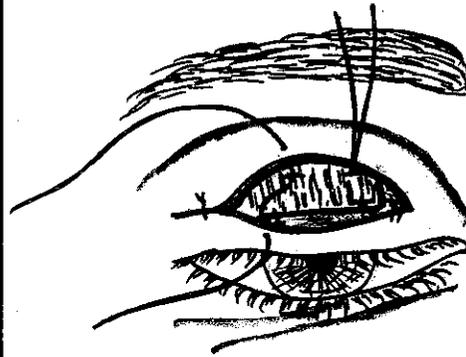
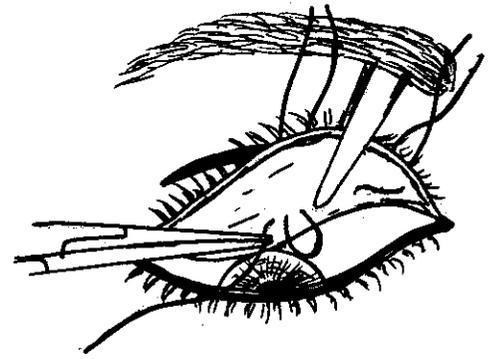
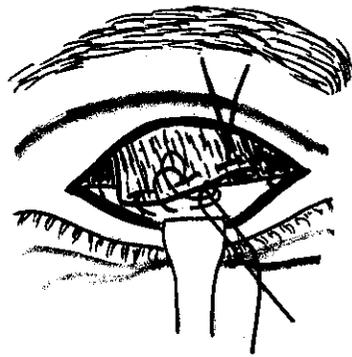
Técnica de Wolff:

Que tiene dos procedimientos simultáneos:

1. Incisión de dos cms. en la piel, en el borde superior del tarso, luego disección de la piel hacia arriba y abajo. Se coloca un forceps en el centro del borde superior del tarso con una parte del orbicular, luego se practican dos incisiones verticales de un cm. a través del orbicular y del tendón del elevador y se movilizan los tejidos retrayéndolos hacia abajo. El colgajo se



Técnica de Johnson-Berke



Johnson-Berke.

prensa con dos pinzas de estabrismo. Se colocan dos suturas a travez de los tejidos lo suficientemente alto para efectuar la resección del tendón en una longitud igual a la anchura de la fisura palpebral. Se anudan las suturas y se une el elevador al borde superior del tarso. La herida de piel se sutura con seda fina por separado.

2. La segunda operación consiste en seccionar la conjuntiva desde el lado o borde superior tarsal y se reseca una pieza del músculo de Müller, tanto como se resecó antes el elevador. El muñón se sutura atras del tarso y luego se sutura la conjuntiva separadamente. Debe tenerse cuidado de no seccionar el músculo de Müller y el elevador pues estan firmemente adheridos.

B. Vía Transconjuntival:

Vamos a describir aquí las técnicas empleadas por Blaskoviks en 1923 y 1929. La técnica de Fox, la de Berke en 1952, la de Illiff en 1963 y la técnica de resección para ptosis mínima de Fasanella y Servet en 1961, que son las más importantes y las que mejores resultados ha tenido.

Técnica de Blaskovics.

1. Se Evierte el párpado sobre un retractor del párpado, de manera que el borde tarsal quede arriba. Se hala hacia afuera la conjuntiva bajo el tarso y se secciona con tijeras, de su inserción al borde tarsal superior y se disecciona o separa de los tejidos adyacentes que son el músculo de Müller y el elevador. Se colocan tres puntos de sutura de seda negra en el corte de la conjuntiva y se tensa.

2. Se colocan tres suturas de seda blanca, para descartarlas después, o a veces de catgut, a travez del músculo de Müller y el tendón del elevador cerca de tres mms. desde la inserción del tarso superior: en el centro y una a cada lado a diez mms. de la central, anudándose bien para que no se deslicen.

3. Despues de hacer tracción en las suturas se corta el músculo de su inserción y se disea para su resección posterior, debiéndose tener cuidado que el elevador está completamente libre en ambos lados.

4. Se disea una faja del tarso cuya anchura depende de la corrección que se desea de la ptosis. Las tres suturas de la orilla de la conjuntiva de seda, se pasan a travez del elevador igualmente espaciadas de atrás adelante y la distancia del borde del elevador dependerá de la cantidad que debe ser extirpado.

5. Se secciona el elevador dos mms. antes de las suturas negras, con lo que se descartan las suturas blancas, que quedan en el sobrante descartado de elevador. Se coloca otras tres hileras de seda blanca en el elevador de atrás adelante cerca de cinco mms. de la orilla seccionada que van a servir para la formación del surco palpebral, pasan por el orbicular y la piel, saliendo en el párpado en el lugar o línea que hará el surco palpebral. Los hilos se atan a tubos de goma protectores.

6. Las suturas de seda negra anteriores se pasan entre el tarso y el orbicular para salir en la superficie de la piel atrás del margen ciliar, se anudan sobre goma y se cortan cortas.

7. Las suturas *posteriores* se usan para halar el párpado superior hacia abajo y cubrir la cornea protegiéndola y se sostienen a la mejilla con tela adhesiva.

Según algunos autores, no es recomendable el uso de esta técnica, describe unicamente como dato histórico importante, pues sirvió de base para las técnicas aparecidas posteriormente.

Técnica de Fox:

1. Se pasa una sutura sobre el músculo recto superior y se evierte el párpado, practicándose una incisión horizontal curva a travez de la conjuntiva ~~hacia abajo~~ ~~del tarso~~. La tensión del párpado se pierde al practicar la incisión y los bordes seccionados se separan haciéndose la operación más fácil de manipular.

2. Se disea la porción angosta del tarso, conjuntiva y elevador, lo suficiente del orbicular como para poder prensarlo con un clap de ptosis. El clamp se lleva hacia arriba y se corta la conjuntiva separándola del clamp y luego se disea el músculo de Müller.

3. Se disea la fascia orbital del elevador y luego se determina la cantidad de elevador que debe ser extirpado. Se seccionan las astas y el ligamento.

4. Para reseca la cantidad que se desee de elevador, se determina la línea de sección, colocando tres puntos de catgut crómico 4-0 en el elevador de atrás adelante y atrás de la línea donde va a reseca y se corta el exceso de músculo.

5. Luego se pasan las suturas en el espacio entre el tarso y el orbicular y se hala sobre la superficie de piel, cerca de tres mms. arriba del margen ciliar y se anudan. La conjuntiva se resutura al borde tarsal superior con catgut simple, al mismo tiempo la aguja se pasa hacia adelante del orbicular y la piel para formar el surco del párpado.

6. Se reinvierte el párpado y se anudan las suturas. Se coloca una sutura modificada de Frost en el párpado inferior para proteger la córnea.

Técnica de Berke:

Se expone la inserción del músculo Recto superior y se pasa una sutura de seda 4-0 bajo el músculo como se hace en la operación de Catarata y luego se evierte el párpado. Se hace una incisión en la conjuntiva, en forma transversal, se disea ésta del músculo de Muller, en forma roma y se secciona de su inserción en el borde superior del tarso, liberándose hasta la superficie cóncava superior.

2. Se pasan tres suturas dobles de cargut 2-0 en la orilla seccionada de conjuntiva, a tres mms del borde, separados por cinco mms. Con un clamp de ptosis de toma el músculo de Müller

y la aponeurosis del elevador, liberándose de sus adherencias al borde tarsal superior. Se tracciona hacia abajo, después de seccionar la fascia orbital del elevador disecándose hasta la superficie superior. Luego se seccionan los cuernos para darle la mayor elasticidad para bajarlo sin resistencia y así se calcula también la cantidad que debe researse.

3. Se pasan las tres suturas que originalmente van por el borde de la conjuntiva a través del elevador de atrás adelante, se anudan adelante, se reseca el exceso de músculo elevador, dos mms. abajo de los nudos de las suturas.

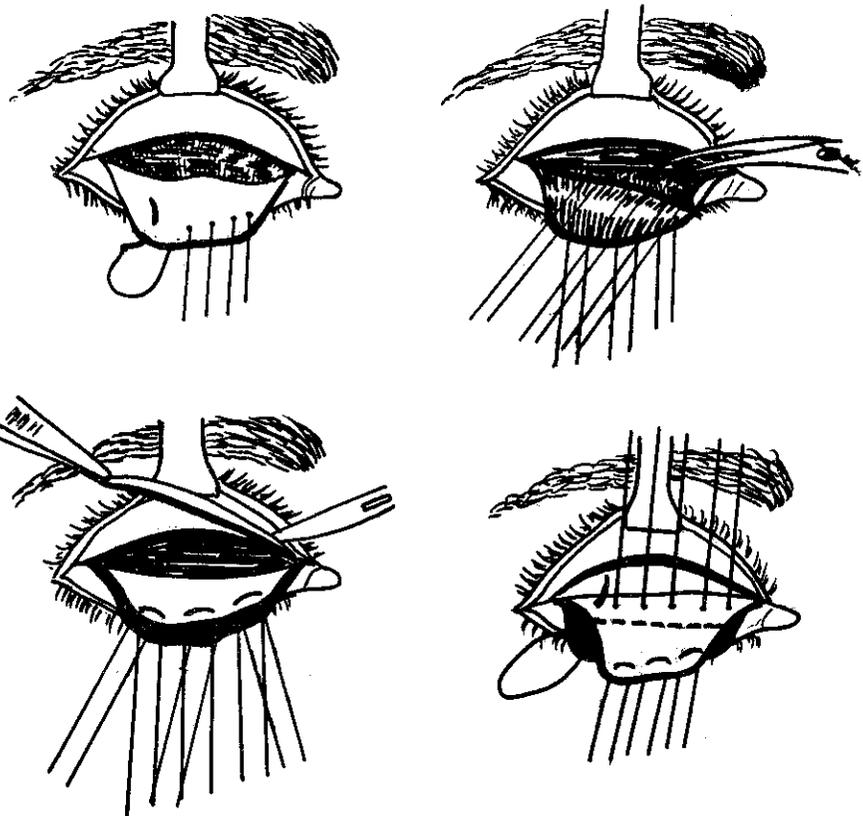
4. Luego una de las agujas de las suturas se pasa a través del tarso, un mm. atrás de la orilla, hacia adelante a través del orbicular y la piel, saliendo cinco mms. arriba del borde ciliar. La otra aguja pasa dos mms. atrás de la primera hasta la superficie del párpado. Se anudan las suturas en un tubito de goma de tres mms. de ancho. Luego se colocan dos suturas modificadas de Frost en el párpado inferior.

Resección de Iliff:

1. Se evierte el párpado y se inyecta una solución de adrenalina al 1:100,000 a lo largo del borde retrotarsal para casi abolir hemorragias, se practica una incisión en ojal pequeña en el lado lateral a nivel de la orilla retrotarsal a través de la conjuntiva del septum orbital y de la aponeurosis del elevador hasta el espacio entre el Tarso y el orbicular.

2. Luego con tijeras de punta roma se practica un tunel, a través del orbicular y la fascia membranosa hasta el borde nasal, siempre a nivel del borde o margen retrotarsal. Se inserta un clamp de ptosis prensándose la orilla del tarso con sus estructuras. Se cortan los tejidos del tarso, liberándose luego la fascia membranosa del elevador hacia arriba. La fascia orbital y los cuernos se seccionan para liberar el elevador, el músculo de Müller y la conjuntiva.

3. Se coloca una hilera de cuatro suturas de seda 4-0, en el



Técnica de Berke

músculo elevador a ocho o veinte mms del borde tarsal de atrás adelante, a través de la conjuntiva, el músculo de Müller y el elevador, siendo la distancia en que se colocan las suturas determinada por el grado de ptosis. Luego se reseca el elevador.

4. Se pasa una aguja de cada sutura doble, a través de la orilla seccionada de la fascia orbital y la otra a través de la orilla seccionado del tarso y luego ambas agujas se pasan a la superficie de piel cerca de la cilia.

5. Las suturas se anudan sobre una tira de silicone de dos mms. de ancho. La piel redundante del párpado superior se invagina con un algodón en forma de rollito para crear el surco palpebral. Se mantiene este rollito de algodón en su lugar con una sutura desde el párpado inferior hacia la frente.

Resección para Ptosis mínima de Fasanella y Servet:

1. Después de aplicada la anestesia se evierte el párpado superior y se toma con dos pinzas hemostáticas curvas el borde superior del tarso, como a tres mms. del borde tarsal y a tres mms. de la conjuntiva y del elevador con el músculo de Müller. La curva de las pinzas hemostáticas debe estar paralela con la curva del párpado. Luego se reseca una faja de seis mms. de tarso y elevador, tres mms de cada uno y conforme se va disecando se shturando, ya sea con sutura continua o con puntos separados, con catgut crómico 5-0, con lo cual se disminuye la hemorragia y se tiene control todo el tiempo del elevador. Por último se cierra el ojo con dos suturas modificadas de Frost y un vendaje que lo cubre todo.

II. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS CON EL MUSCULO FRONTAL:

Estos procedimientos son muy variados y todos están llenos de los más variados materiales de suspensión, desde cadenitas de oro, plata y platino, hasta cargut, piel y fascia autógena. Vamos en todo caso a describir solamente cuatro técnicas, que creemos, las más populares en este procedimiento y

las que más seguridades y éxito presentan.

Técnica de Machek:

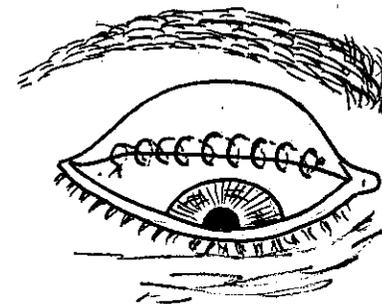
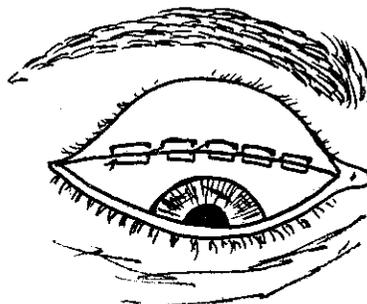
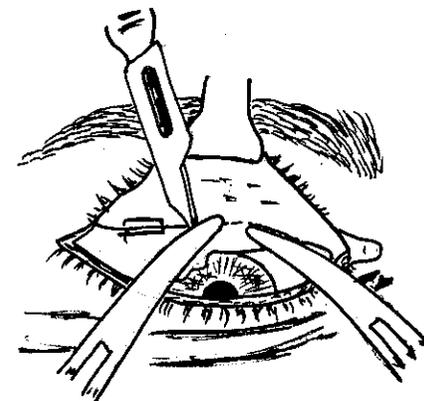
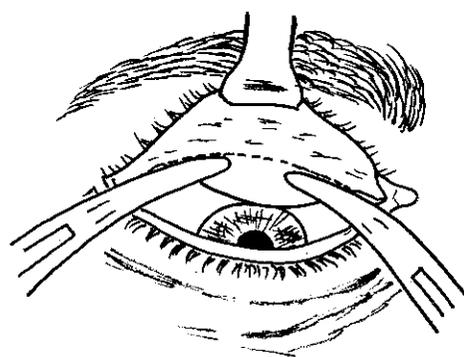
Se hacen dos incisiones horizontales, paralelas en la piel del párpado, superior, a seis y once mms. del borde del párpado. Luego se hace una incisión en el centro de la tira de piel formada por las dos incisiones anteriores, ésta ahora vertical, con lo que quedan dos partes iguales, luego se disecciona hacia su base. Se hacen dos incisiones a cada lado de la ceja, ligeramente en el borde superior de ella, se pasa un bisturí fenestrado o aguja fenestrada y se llevan los colgajos cutáneos, a los cuales se le ha puesto un punto de sutura en el extremo libre, hacia arriba, donde se fijan. Luego con punto separados de seda 5-0 para los adultos y de catgut simple 5-0 para los niños, se cierran las heridas de piel, las dos de la ceja y la del párpado superior. Luego se coloca una sutura en la orilla del párpado inferior, sobre una gomita y se lleva hacia arriba el párpado para cerrar el ojo fijándola a la ceja.

Técnica de Tansley:

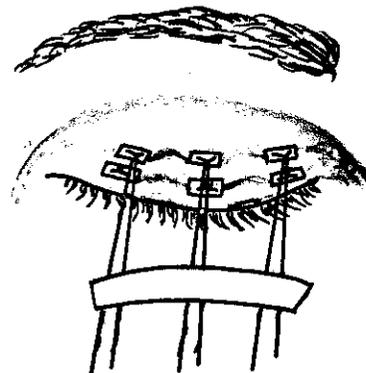
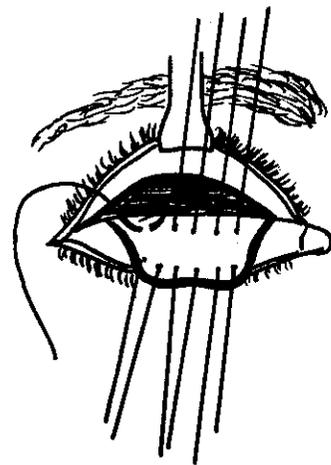
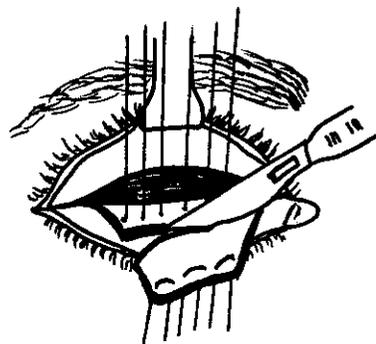
1. Con una tintura antiséptica, se dibujan dos líneas verticales de cinco mms. de separación en el centro del párpado, abajo de la ceja, hasta cinco mms. del margen del párpado. El extremo superior se une por una línea horizontal.

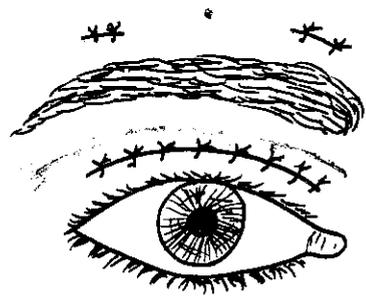
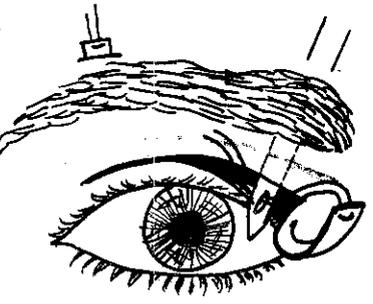
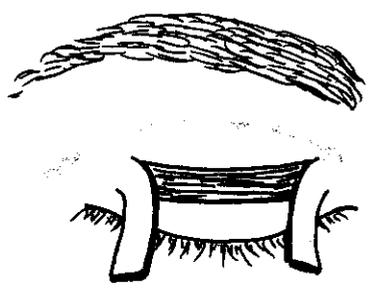
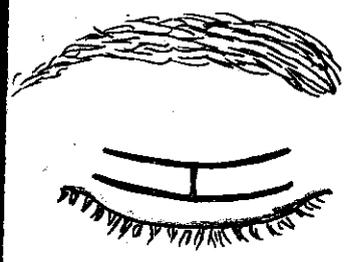
Luego se dibuja a cada lado un triángulo, que tienen los lados inferior y superior ligeramente curvos, siguiendo la curvatura del borde inferior del párpado y la base queda sobre las líneas verticales dependiendo la longitud de la base, de la cantidad que necesite de elevarse el párpado.

2. Se resecan los dos triángulos de piel. Luego se disecciona la faja vertical y se moviliza reseccándose las fibras pretarsales del orbicular, colocándose una sutura en el extremo superior. La fajita se coloca sobre una gasa y el lado epitelial se pinta con una solución de ácido tetracloroacético al 25o/o hasta darle un color gris. Después se raspa el epitelio y se le pone solución salina para quitarle el ácido.

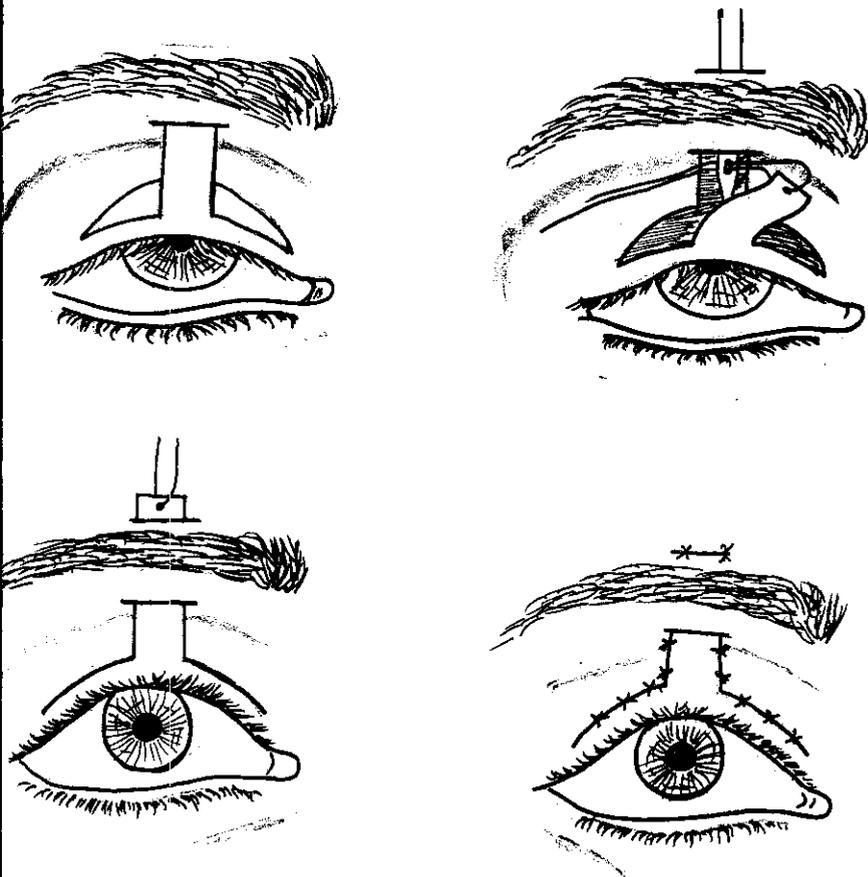


Técnica de Fasanella-Servat





Técnica de Machek



Técnica de Tansley

Se practica una incisión en ojal, profunda, en el musculo hasta el centro de la ceja con un bisturí de Reese, haciéndose atrás del orbicular, haciéndose un tunel hacia abajo y la fenestración se coloca la sutura, que previamente se ha colocado en el extremo libre de la fajita de piel, y se lleva hacia arriba, hasta la ceja donde se fija. Se miden los triángulos recados y si hay exceso de piel se reseca el exceso y por último la seda 5-0 se cierran las heridas con puntos separados.

Técnica de Johnson:

Se obtiene del muslo del mismo paciente, una tira de fascia de 15 a 20 cms de largo por 8 mms. de ancho, de la cual se hacen dos tiras de cuatro mms de ancho, para casos de ptosis lateral. Se colocan suturas de seda 4-0 en cada uno de los extremos.

Se hacen dos incisiones horizontales de ocho mms. en la parte superior de la ceja a ocho mms. arriba de cada extremo de la ceja y dos incisiones de tres mms, cuatro mms. arriba de la línea de las cejas. Una a nivel del tercio medio y tercio externo y otra a nivel del tercio medio y tercio interno.

Un bisturí de Reese o una aguja de Wright pasa por la incisión externa de la ceja, por debajo del orbicular y sale en la incisión lateral del párpado, se pasa un extremo de la fascia por la fenestración y se lleva a la incisión de la ceja.

El otro extremo de la fascia se pasa a la incisión interna del párpado, luego hacia arriba a la incisión de la ceja, se pasa un extremo de la fascia por debajo el orbicular hacia la incisión superior externa.

Con un nudo simple se anudan los dos extremos de la fascia entre si y se sube el párpado hasta un mm. más alto que lo normal y para evitar el deslizamiento, se fija la fascia en su sitio como con catgut crómico 4-0, cortando el exceso. Los puntos se colocan un cm arriba de la incisión y se fijan a un tubo de goma. Los puntos de las incisiones superior y del párpado, aunque estas heridas pueden dejarse sin suturar.

Técnicas con Colgajos autógenos de músculos:

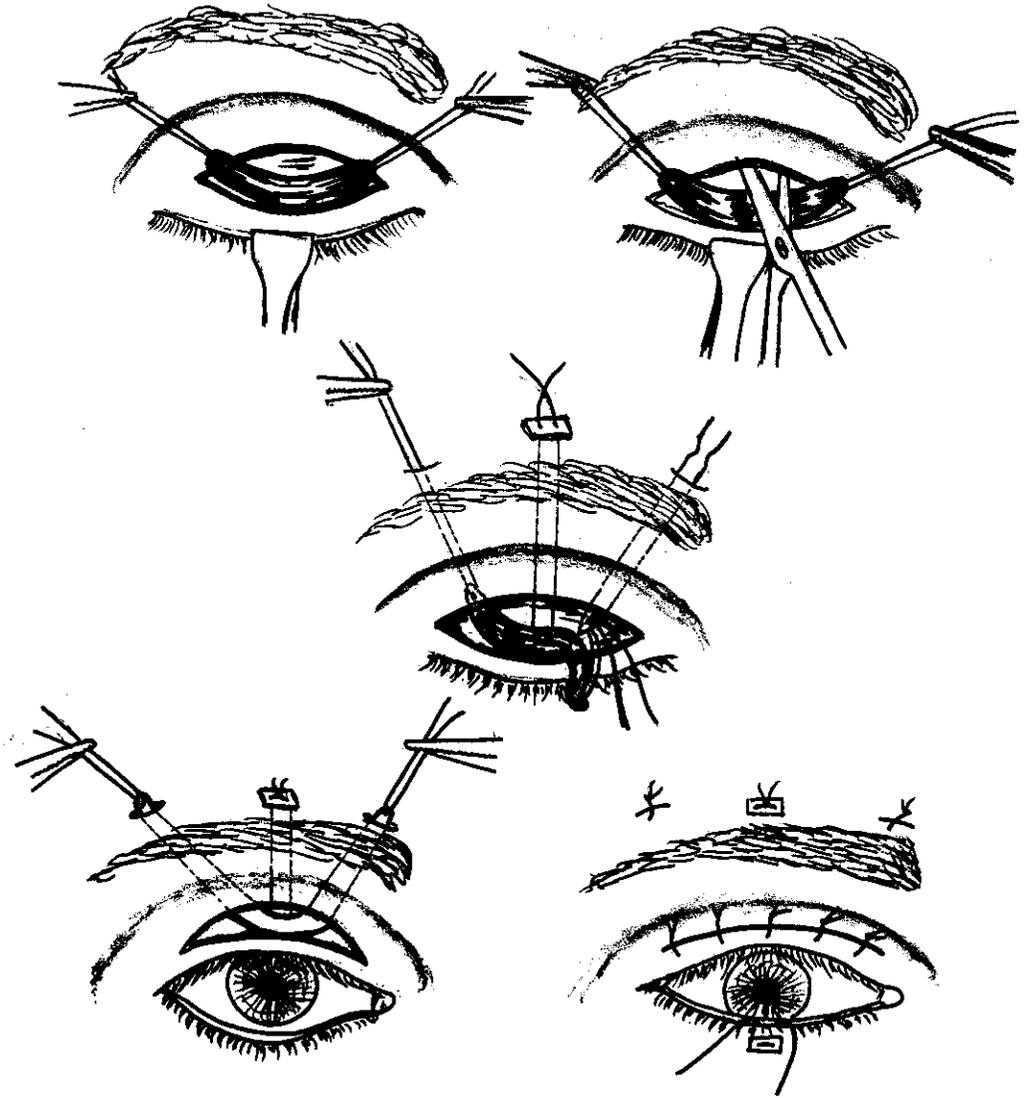
1. Darier: 1897. Resección de un óvalo horizontal de piel, angosto, en el párpado y con dos lenguetas angostas, de fibras musculares del orbicular de tres mms de ancho y quince mms. de largo. Se pasan a través de un tunel a cada lado, luego bajo la ceja, salen arriba de ella donde se fijan con una sutura.

2. Angelucci 1900: Se expone el elevador practicando una incisión anterior en la piel y el músculo orbicular. Se secciona la aponeurosis horizontalmente a 5-6 mms arriba del tarso y se pasan dos suturas doble-enhebradas en el labio superior anudándose, luego se pasan las agujas hasta detrás de la ceja, saliendo por el piel arriba de ella y se atan sobre gomas.

3. Algunos aíslan el elevador a través de una incisión transconjuntival, separándolo de la fascia orbital y la conjuntiva, cortan los cuernos laterales para que baje más el elevador, lo dividen en dos tiras de 1.5 cms de largo. Las tiras se fijan al tarso, se suben y se unen al frontal, de manera que así también se eleva el párpado. Otros bajan una tira del frontal hasta unir las al tarso.

4. Jones en 1964 usó el Corrugador superciliar, disecándolo, lo baja y une al tarso. Pero otros aseguran que es mejor disecarlo desde su origen para evitar la acción del músculo que hala la ceja hacia enmedio y algo hacia abajo.

5. Reese: Técnica modificada que parece ser la más simple y la mejor usando una tira del orbicular: Se hace una incisión en la piel, horizontal de seis mms arriba del margen del párpado, de cantus a cantus. Se disecciona la piel arriba y abajo para exponer una faja de 10 mms de ancho de orbicular a lo largo de todo el párpado. Con incisiones horizontales se exponen dos pedículos de orbicular y se liberan las dos lenguetas, dejando en medio una porción de cinco mms. que las une. En los extremos de los pedículos se colocan dos suturas de seda 5.0 y se cortan las agujas. Se levanta el borde superior de la herida y se disecciona un canal hasta arriba de la ceja, en la línea media del párpado. Se coloca una sutura de seda 3-0 o 4-0 en el centro de músculo no



Técnica de Reese

seccionado y parte del tarso, con sutura doble enhebrada. Las agujas pasan atrás del orbicular y de los músculos de la ceja para salir unos mms. arriba del centro de la ceja, dejándose sin anudar.

Con un bisturí de ptosis de Reese, y a doce a quince milímetros de donde emergieron las suturas en la línea media de la ceja, hacia el extremo interno de la ceja y con un ángulo de 45 grados hacia el centro de la ceja y del párpado, penetrando la piel y el músculo se practica un canal atrás del músculo orbicular, hasta emerger en el extremo interno de la herida se coloca la sutura en la fenestración y se lleva hacia arriba el pedículo de músculo. Lo mismo se efectúa en el borde externo.

Se tensa la sutura central para llevar el margen del párpado a la altura deseada y se ata sobre la piel, generalmente se lleva el margen ligeramente arriba del limbo superior. Se fijan luego las suturas laterales. Luego se cierra la piel con seda 5-0 en adultos o catgut simple 5-0 en niños y por último una sutura de Frost en el párpado inferior en el borde, fijándose en la parte superior de la ceja para cerrar el ojo y proteger la córnea.

Además se han usado gran cantidad de materiales como colgajos o tirillas para elevar el párpado superior, que van desde fascia preservada de vaca, hasta alambres de metal, material de plástico en distintas formas, silicone, elástico, seda, tendones de los extensores de los dedos del mismo paciente, etc.

III. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS CON EL RECTO SUPERIOR:

Se describirán tres técnicas que son las más conocidas y de más aceptación dentro de estos procedimientos: La de Motais, la de Perinaud y la de Greeves.

Técnica de Motais, 1897:

Se expone la inserción del músculo recto superior, halando fuertemente el párpado superior hacia arriba y el globo ocular hacia abajo. Se libera el músculo de la conjuntiva. Se toma

la porción del tendón del músculo en una cantidad de diez mms. de largo y tres mms. de ancho, colocándole un punto de sutura. Con tijeras se forma una bolsa entre el tarso y el orbicular a cinco mms del borde del párpado. Las agujas se pasan por la bolsa a la superficie y se anudan cerca del borde ciliar sobre una goma.

Técnica de Perinaud, 187:

Se expone el músculo como en la técnica de Motais. Se incide la conjuntiva superior, se toma el tendón del recto superior y con una sutura de seda se toma todo lo ancho del tendón. Las suturas se llevan a ambos lados de la conjuntiva, a lo largo de la superficie anterior del tarso para salir en la línea gris. Se atiranta hasta dar la altura deseada y se fijan sobre gomas.

Técnicas de Greeves: 1933:

Se expone el tendón del recto superior en la forma corriente, practicándosele dos pedículos tarso-conjuntivales de dos o tres mms. de ancho en el borde tarsal superior, dejándose unidos por el centro. Se ajusta el párpado a la altura apropiada de manera que el margen descansa en el limbus superior. Se evierte el párpado y las tirillas tarsales se unen a los lados del musculo recto y luego se reinvierte el párpado.

Hay otras técnicas simplificadas y modificadas de las anteriores, como la de Trainor, con un pedículo de tarso; la modificación de Jameson que es más fácil y simple que la de Motais; la de Berke que se recomienda cuando la resección del elevador esta contraindicada como por ejemplo en casos de debilidad del músculo recto o en Ptosis asociada a Blefarofimosis.

CUIDADES POSTOPERATORIOS

Después de la intervención de un párpado con Ptosis, se requiere un tratamiento postoperatorio muy cuidadoso para evitar posibles complicaciones postoperatorias que nunca son deseadas, sobre todo pudiéndose evitar poniendo especial cuidado en el postoperatorio inmediato hasta varios días después de practicada la operación.

Como casi siempre, una parte de la córnea queda expuesta al subir el párpado, ésta debe protegerse siempre, haciendo por consiguiente necesaria e indispensable una sutura de Frost, ya sea original o las modificadas que hemos indicado anteriormente, aunque ésta raramente se necesita después del tercero o cuarto días, pues en ese tiempo el párpado operado está edematizado y por lo tanto pesado cayendo por su peso hacia abajo y cubriendo completamente la córnea. Conforme pasan los días y el edema va cediendo, completándose más o menos al décimo días, el párpado va subiendo hasta quedar en su posición normal en ese tiempo.

En algunas ocasiones, la cicatrización es muy tardada y el párpado puede estar caído durante varias semanas, lo que no debe alarmar prematuramente, pues en algunos casos se necesita de seis a ocho semanas para la normalización completa; salvo en casos de subcorrección en los cuales es muy difícil la evaluación temprana, pero aún en esos casos el cirujano no debe precipitarse por una reintervención quirúrgica antes de por lo menos tres meses.

En los niños es necesario remover la curación del ojo temprano, pues son muy raros los casos de infección. En algunos casos, cuando los niños son muy difíciles, se hace necesario mantenerlos bajo una sedación suave, para evitar un lloriqueo constante y que se estén tocando constantemente el ojo o los ojos, causándose lesiones secundarias, edemas por frotamiento o infecciones no deseadas.

En las personas grandes es preferible dejar el ojo sin vendajes compresivos, pues ya dijimos que son raros los casos de infección, aun cuando se dejan vendajes que se remueven poco tiempo, incluso horas después de la intervención quirúrgica. En realidad con una hemostasis hecha cuidadosamente y que el cirujano tenga suficiente paciencia y no se precipite, puede llevarse a cabo una cirugía de Ptosis sin hemorragias.

De manera que es suficiente con una sutura de Frost ya sea original o modificada y uno o dos opositos suaves, adheridos firmemente con esparadrapo quirúrgico, micropore, cambio de curación diaria y una buena inspección para evitar lesión de córnea.

Al dejarse al descubierto el ojo, ya sea en forma prematura o tardía, se principia a aplicar durante varias semanas gotas suaves de Metilcelulosa al 0.50/o o al 1.00/o, tres o cuatro veces al día, disminuyéndose gradualmente. Si es posible puede dejarse cubierto por las noches durante una semana más o el tiempo que se crea o considere conveniente. Además pueden usarse algunos ungüentos durante el tiempo que se crea conveniente.

Las suturas de Frost se retiran al tercero o cuarto días y las suturas de piel al sexto o al décimo día.

La córnea debe mantenerse bien lubricada con ungüento haciéndose notar que pocas córneas son las que dan problemas, siempre sin embargo, debe de vigilarse por signos de queratitis. En la mayoría de los casos el postoperatorio inmediato pasa sin signos de irritación y la córnea acepta su nuevo estado de exposición sin incidentes. La medicación se disminuye gradualmente y luego se discontinúa.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Para describir las complicaciones que pueden observarse en las Ptosis tratadas quirúrgicamente, vamos a clasificarlas, así como se ha dividido el tratamiento, en complicaciones que se observan cuando se usa el Músculo Elevador, complicaciones cuando se ha usado el músculo Frontal por medio de Colgajos o tirillas y complicaciones cuando se hace uso del Músculo Recto Superior.

I. Complicaciones cuando interviene el Músculo Elevador del Párpado: aquí pueden aparecer en dos fases: durante la operación y después de la operación:

A. Complicaciones durante la operación:

1. Sección prematura del Elevador.
2. Sección del Recto Superior.
3. Laceración del Elevador.
4. Heridas en la cilia.
5. Sección en ojal de la conjuntiva.
6. Heridas al Oblicuo superior.
7. Heridas a la glándula lagrimal.
8. Prolapso de grasa.
9. Fallo en la liberación del Elevador.
10. Hendiduras.
11. Sobrecorrección o subcorrección.
12. Prolapso conjuntival.
13. Presión de vendajes.

B. Complicaciones Postoperatorias:

1. Párpado Haragán.
2. Subcorrección.
3. Sobrecorrección.
4. Lagofthalmos.
5. Ectropión.
6. Entropión.

7. Malformación del pliegue del párpado.
8. Hendiduras.
9. Prolapso de grasa.
10. Queratitis expuesta.
11. Ectropión conjuntival.
12. Simblefaron.
13. Heterotropia.
14. Pérdida de pestañas.
15. Infección secundaria.

II. Complicaciones de la intervención quirúrgica usando Colgajos al Frontal:

1. Ptosis al mirar hacia arriba.
2. Párpado perezoso al mirar hacia abajo.
3. Lagofthalmos durante el sueño.
4. Arqueo y arrugado de la ceja.
5. Impedimento para guiñar y pestañar.

B. Complicaciones evitables:

1. Subcorrección.
2. Sobrecorrección.
3. Ojales.
4. Lagofthalmos.
5. Recurrencia.
6. Ectropión.
7. Queratitis expuesta.
8. Edema crónico.
9. Infección secundaria.

III. Complicaciones cuando se usa el Recto Superior:

1. Hipotropia y Diplopia.
2. Lagofthalmos al dormir.
3. Interferencia con el reflejo de parpadeo y pestañeo.
4. Queratitis expuesta.
5. Ojales.
6. Recurrencia.

Una descripción rápida de cada una de las complicaciones es la siguiente; así como las normas de evitarlas:

1. La sección accidental del Elevador cuando se usa la vía anterior o transcutánea, puede efectuarse a nivel de la aponeurosis del músculo, sobre todo cuando se practica una incisión demasiado profunda. Esto puede evitarse practicando la incisión de piel no muy alta, sino algo más abajo del reborde tarsal superior, donde la aponeurosis está bien adherida al tarso.

2. Cuando se disecciona, la lámina de piel-músculo hacia abajo muy bruscamente y con fuerza, al margen del párpado, pueden dañarse las raíces de la cilia. Debe evitarse con un poco de cuidado y haciendo la disección hacia abajo con cuidado y suavemente, despacio, sin brusquedad.

3. La herida del Recto Superior puede suceder accidentalmente cuando se hace una disección muy alta del fornix superior. Este error, puede evitarse con una sutura de seda negra para identificar desde el principio al músculo.

4. Cuando se tiene un músculo elevador poco desarrollado, difícil de identificar, puede ser lacerado sin darse cuenta, cuando se secciona la fascia orbital.

5. La perforación de la conjuntiva, casi nunca sucede cuando se usa la vía anterior, pero cuando por alguna circunstancia se hace, entonces debe cerrarse la herida de conjuntiva con catgut 6-0 para evitar granulaciones o posible simblefaron.

6. Herida del Oblicuo superior cuando se cortan el cuerno medio y el ligamento lateral, que se evita colocando una espátula alta de cuerno entre el globo y el párpado antes de la disección y se coloca la tijera hacia el techo de la órbita.

7. La herida de la glándula lagrimal accesoria con las tijeras, cuando se secciona demasiado vigorosamente el cuerno lateral, entonces se retiraran los glóbulos de la glándula y se sutura la conjuntiva con catgut 6-0.

8. El prolapso graso sucede cuando se rompe la cápsula al liberar la fascia orbital del elevador, expulsándose algunos glóbulos de grasa, los cuales deben resecarse y nunca tratar de regresarlos, de lo contrario queda como resultado un párpado graso y bofo, deformante que da muy mal aspecto.

9. La liberación incompleta del músculo Elevador en las Ptosis muy avanzadas y muy marcadas, sucede cuando se falla al separar todas las inserciones del facial al elevador.

10. Hendiduras: Cuando se hace poca o ninguna resección del tarso, se pueden producir hendiduras por mala posición de las suturas cuando se atiranta el Elevador al Tarso o cuando se falla al seccionar el Ligamento de Whitnall y cuando se hace una resección mayor del tarso privando al párpado de su estructura esquelética, de manera que se le reduce a una masa suave de tejidos yacientes, y se produce un apabellonamiento del párpado cuando no se hace la sección completa del Ligamento de Whitnall, lo que da una hendidura en el margen medio del párpado. Cuando se nota alguna tendencia a la hendidura, durante la operación, se reajustan los nudos para restaurar la curva normal del margen y cuando se trata de una hendidura mediana o suave se deja así que poco a poco desaparece, pero cuando se trata de deficiencia en sección del Ligamento de Whitnall, la cirugía es la única forma de corregirla.

11. Cuando la sobre corrección y subcorrección aparecen durante la operación, deben corregirse inmediatamente al darse cuenta de ellas también durante la operación, por eso no deben cortarse las suturas, del elevador al tarso hasta que la posición del párpado sobre el globo ocular sea normal.

12. El prolapso conjuntival ocurre cuando después de la disección superior en la curvatura no se une la conjuntiva, pudiendo entonces regresarse a su posición original con una pinza de músculo, pero si no regresa fácilmente, se pasan un par de suturas a través de todo el grosor del párpado para salir a la superficie abajo de la ceja y se fijan con esparadrapo teniendo cuidado que no queden demasiado tirantes.

13. La demasiada presión de las curaciones sobre el ojo reciénoperado pueden dar necrosis o pérdida de las cilias, sobre todo cuando se ha usado la vía posterior o conjuntival, cuando las suturas pueden producir daño en la córnea.

Entre las complicaciones postoperatorias más comunes están:

14. El párpado perezoso o haragán es el párpado que no puede seguir normalmente al ojo al mirar hacia abajo, como resultado de resección del elevador. Es la complicación más común y debe diferenciarse de la imposibilidad de cerrar el ojo completamente, que es el Lagoftalmos, entidades que son muy diferentes las dos. El párpado perezoso o haragán se debe al simple acortamiento de una de las capas del párpado, el Elevador, que es el que permite subir el párpado a su posición normal, permite cerrar bien el ojo cuando el Orbicular se contrae, pero no lo suficiente para permitir los movimientos normales cuando el ojo mira hacia abajo. Como son casi siempre de grado leve, no constituyen mucho problema ni funcional ni cosmético.

15. La subcorrección es el resultado de resecar muy poco músculo elevador y bien aparece cuando hay un edema muy persistente que conduce a la larga a una subcorrección también permanente. Cuando después de varios meses es leve, entonces puede dejarse así, pero si es muy marcada y cosméticamente inaceptable, entonces puede corregirse en forma secundaria, usando la vía contraria a la usada y que provocó la complicación. La segunda resección está contraindicada cuando el músculo Elevador es muy delgado y friable o cuando se ha reseca mucho en la primera intervención, pues entonces puede llegarse al Lagoftalmos o al entropión o a ambos a la vez.

16. Sobrecorrección, es menos común caer en ella, solo cuando se reseca demasiado músculo elevador en casos de ptosis muy leves o cuando hay parálisis casi total del Elevador, en el cual para evitar la subcorrección se cae en la sobrecorrección, como en las técnicas de Berke, Goldstein, Callahan y Fox. Es posible, en algunos casos ver una aparente sobre corrección en

casos donde no existe, como en los casos de Ptosis bilateral suave en un lado y severa en el otro y aparece la mediana cuando se corrige la severa, aquí se corrige el segundo ojo también, después al aparecer la pseudo sobrecorrección en el primero.

17. **Lagoftalmos:** Es la imposibilidad de cerrar el ojo completamente, pudiendo a veces acompañar a la subcorrección en casos de Ptosis con muy poca función del Elevador. Con el tiempo casi siempre disminuye, aunque no desaparece por completo, para lograr la corrección completa se necesita del tratamiento específico.

Hay también lagoftalmos durante el sueño, que es inevitable cuando se trata de la intervención usando colgajos al frontal, siendo imposible cerrar completamente los ojos durante el sueño, pues queda un poquito abierto el ojo intervenido.

18. **El entropión,** junto con la sobrecorrección y el lagoftalmos, constituye la tercera y menos común de las tres complicaciones malélicas. Como el Elevador es parte de la lámina posterior del párpado, la condición resulta igual a la del entropión cicatricial y para corregirlo debe researse el músculo Elevador.

19. **Ectropión:** es raro y se debe a un acortamiento de la lámina músculo-piel y aparece cuando la incisión primaria se hace demasiado abajo, sobre el tarso. La corrección se efectúa reinjertando piel.

20. **Malfomraciones del Pliegue palpebral:** Raramente se presenta ausencia del pliegue después de establecerse la cicatriz, en algunos casos, la piel se vuelve tan extensible que al acortar el elevador se encuentra exceso de piel, que da un defecto cosmético y el pliegue queda en un lugar incorrecto. En todo caso debe corregirse el exceso de piel. En algunas ocasiones la presión excesiva de las curaciones sobre el párpado puede dar una mala posición del pliegue.

21. **Párpado con hendiduras o Apabellonamiento:** puede deberse a tres causas: una demasiada resección de tarso dejando

al párpado sin estructura esquelética, como una masa suave; otra es la posición inadecuada de las suturas del elevador al tarso y la otra falla es la sección completa del Ligamento Wittrall. En todo caso debe efectuarse la debida corrección.

22. **Prolapso de Grasa:** Cuando aparece, debe hacerse una incisión en el área del prolapso, se reseca la grasa y se cierra de nuevo la incisión. El problema queda fácilmente solucionado.

23. **Queratitis expuesta o por exposición:** es muy rara en casos del Elevador y del frontal, pero un poco más común en los casos en que se utiliza el Recto Superior. Puede ser leve y ceder rápidamente al tratamiento médico, pero otros casos son severos y se vuelven problemas terapéuticos sumamente prolongados.

24. **Ectropión Conjuntival:** es el prolapso de la conjuntiva bajo el margen del párpado y aparece en el postoperatorio de ptosis muy avanzadas donde la disección se lleva muy retirado del fornix y la conjuntiva ha sido separada de sus adherencias fibrosas. Puede dejarse que la conjuntiva con el tiempo, sola se retraiga o bien puede regresarse o llevarse a su lugar con unas suturas o en caso necesario puede llegarse a la resección del exceso.

25. **Simblefaron:** Aparece cuando la conjuntiva no se resutura por completo al tarso, dando lugar a tejido de granulación en las partes no suturadas de la herida, de manera que es mejor poner unos puntos más y cerrar totalmente la herida operatoria con catgut 6-0.

26. **Heterotropia:** Puede haber hipotropia y diplopia por la sección accidental del músculo recto superior o lesión del oblicuo superior lo que hace necesaria la corrección quirúrgica del músculo lesionado.

27. **Pérdida de las pestañas:** cuando la disección es demasiado baja en el margen ciliar. El tratamiento es profiláctico.

28. Infección: Afortunadamente es muy rara, pero puede suceder como en cualquier intervención quirúrgica. Cuando aparece puede traer resultados desastrosos como una cicatriz permanente con malformación definitiva.

29. Ptosis al mirar hacia arriba, en casos en que el globo ocular se mueve atrás del movimiento del párpado, o sea más despacio que el párpado. En casos normales con el recto superior normal, el globo ocular se mueve hacia arriba más rápido que el párpado y en casos de complicación, en corrección de ptosis con colgajo al frontal, es al revés.

DESCRIPCION DE CASOS TRATADOS

Los siguientes casos serán descritos someramente, con una rápida descripción de la técnica operatoria seguida, cuando ésta se encontró en las historia clínicas revisadas, tanto en el Hospital Pro-Ciegos y Sordomudos como en el San Juan de Dios, de esta ciudad.

Caso No. 1:

Hosp. R. Robles, Nov. 1974. Paciente de Sexo masculino, edad 13 años. Diagnóstico: Ptosis congénita O.D. Blefaritis escamosa. Defecto de refracción. Anestesia General. Operación Planeada: Técnica de Fanabella-Servat:

1. Eversión del párpado superior OD.
2. Pinzamiento de 5 mm de tarso en ángulos nasal y temporal, con mosquitos curvos.
3. Sección con tijeras del tarso en región interna del pinzamiento en ambos ángulos.
4. Sección del colgajo de tarso obtenido.
5. Cierre en un plano: estructura continua con seda 6-0.

Resultado final: Corregida en un 85 a 90/o.

Caso No. 2:

Hosp. R. Robles. Dic. 1974. Paciente de sexo femenino, edad 28 años. Diagnóstico: Ptosis palpebral OI. Historia de Pterigión operado un año antes en OI, sin relación alguna con la Ptosis. Anestesia local.

Operación Planeada: Técnica de Fasanella-Servat:

1. Eversión del párpado superior izquierdo.
2. Colocación de pinzas en pliegue del párpado en el lado mucoso, a tres mms. de la mucosa del tarso.
3. Sección del sobrante con bisturí.
4. Colocación de Puntos debajo de las pinzas con seda 6-0. Luego puntos en sorjete sobre las pinzas.
5. Se saca el punto por la piel debajo del párpado.

Resultado final: Satisfactorio. Mejorado.

Caso No. 3:

Hosp. R. Robles. En 1975. Paciente de sexo masculino, edad 7 años. Diagnóstico: Ptosis congénita OI. Anestesia general.

Operación planeada: Técnica de Fasanella-Servat:

1. Eversión del párpado superior.
2. Colocación de dos pinzas en los extremos del tarso.
3. Corte del tarso y conjuntiva, de dos mms.
4. Colocación de puntos de catgut 6-0. Sutura continua dejándola sin anudar.
5. Aplicación de Ungüento antibiótico. Vendaje.

Resultado final: mejorado.

Caso No. 4.

Hosp. R. Robles. En 1974. Paciente de sexo masculino, edad 19 años. Diagnóstico: Ptosis congénita palpebral OD. Anestesia general. Operación: Corrección de Ptosis con Puntos de seda Negra 2-0:

1. Colocación de una puntada con seda 2-0 de lado palpebral a la ceja.
2. Se anuda a la ceja con un botón. Mejorado.

Caso No. 5.

Hosp. R. Robles. Mayo 1974. Paciente de sexo masculino, edad: 20 años. Diagnóstico: Ptosis congénita palpebral OI. No se tiene otros datos de anestesia ni técnica quirúrgica empleada. Solamente en la evolución al final se indica que la Ptosis fue corregida en un 90o/o al final del tratamiento hospitalario.

Caso No. 6.

Hosp. R. Robles. Marzo 1944. Paciente de sexo masculino, edad 11 años. Diagnóstico: Ptosis palpebral OD. Anestesia general. Operación Procedimiento de Fasanella Servat:

1. Eversión del párpado superior.
2. Corte con tijeras del borde palpebral evertido.
3. Sutura con nylon 6-0. Aplicación de Ungüento.

Resultado: Curado (100o/o).

Caso No. 7.

Hosp. R. Robles. Julio 1975. Paciente de sexo femenino, edad 52 años. Diagnóstico: Ptosis palpebral OD. Anestesia Atkinson y local. Operación: Corrección con resección de elevador párpado:

1. Incisión en piel a cinco mms de la inserción de las pestañas.
2. Disección roma hasta localizar las fibras del elevador del párpado, hasta su porción tendinosa.

3. Medición de 20 mms. y colocación de sutura con seda 6-0, sección del exceso de músculo.
4. Sutura del músculo a su inserción.
5. Sutura de piel con seda 6-0. Ungüento antibiótico.

Resultado: No Indicado.

CASO No. 8.

Hosp. R. Robles. Octubre 1975. Paciente de sexo masculino, edad 6 años. Diagnóstico: Ptosis congénita OI. Anestesia General. Operación: Corrección por Resección del Elevador del párpado superior por método Transcutáneo:

1. Sección semilunar en el pliegue del párpado superior.
2. Corte del Septum Orbitalis y disección de la fascia del elevador y músculo de Müller, con infiltración salina se logró la disección de la fascia del elevador.
3. Se disecaron 18 mms y se efectuó la resección de 14 a 15 mms. del elevador.
4. Anclaje del pedículo de elevador al tarso en el borde inferior con tres puntos de catgut 6-0.
5. Sutura de piel.

Resultado: Curado (100o/o).

Caso No. 9.

Hosp. R. Robles. Noviembre 1975. Sexo femenino, edad 18 años. Diagnóstico: Ptosis congénita palpebral OI. Medidas de la ptosis: Se tomó el borde palpebral superior con la línea de la ceja como referencia:

Altura del párpado:		Abertura palpebral:	
OD	OI	OD	OI
9	18	12	10
Prom: 15	22	Prom: 9	8
22	24	5	7

Conclusión 3 mms de función del elevador. Plan operatorio 12 mms de elevador, 4 mms de sobrecorrección. Total 16 mm. Anestesia local. Operación: Corrección de Ptosis por vía cutánea con resección del elevador del párpado superior:

1. Incisión a 3 mms. de distancia del borde palpebral, de más o menos 2.5 cms. de longitud.
2. Identificación de estructuras: tarso, aponeurosis y músculo elevador del párpado.
3. Disección del músculo y separación del mismo de la conjuntiva por infiltración.
4. Incisión del músculo en su inserción tarsal.
5. Se observa desgarro de la conjuntiva.
6. Se miden 16 mms. de músculo elevador a partir del lugar donde se inserta (tarso).
7. Se sutura el músculo con catgut simple 4-0.
8. Se practica la resección del músculo.
9. Se sutura la conjuntiva desgarrada con catgut 5-0.
10. Se anastomosa el músculo al tarso con la sutura previa.
11. Sutura de la piel con puntos separados de seda 6-0.
12. Sutura de Frost para cerrar los párpados.

El 20 de Diciembre último control, la próxima cita a los tres meses para evaluación final, no se presentó, por lo que no pudo saberse el resultado final.

Caso No. 10.

Hosp. R. Robles. Noviembre 1975. Sexo masculino, edad 8 años. Diagnóstico: Ptosis palpebral congénita OD. Anestesia general. Operación: Corrección de Friedenwald— G u y t a n

1. Incisión pequeña a cinco mms. en el extremo nasal de la ceja y una segunda a tres cms. lateral a la primera.
2. Dos incisiones adicionales en la piel a dos mms. arriba del margen del párpado a siete mms. de cada canto.
3. Luego se pasa una sutura de seda negra 2-0 desde la incisión temporal a la nasal a las palpebrales y sale por la incisión temporal donde se anuda, pues al observar que no hay función del elevador se hace la fijación al músculo frontal con la seda 2-0.

Resultado mejorado. Cosméticamente aceptable.

Caso No. 11.

Hosp. R. Robles. Agosto 1976. Sexo femenino, edad 17 años. Diagnóstico Ptosis OI. Anestesia local. Operación: Resección del elevador del párpado Ojo izquierdo:

1. Incisión de piel a más o menos tres mms. del borde de las pestañas.
2. Disección de la piel, identificación de las fibras del orbicularis y disección del elevador.
3. Se inyecta xilocaina por la conjuntiva tarsal, la que diseca el elevador.
4. Disección completa del elevador del párpado.

5. Se mide el elevador y se colocan dos suturas de catgut 4-0, en U a 14 mms y luego se corta el músculo.
6. Las dos suturas se insertan al tarso.
7. Se sutura la piel, en forma continua.

Resultado: Ptosis corregida. El control a los tres meses indicó Ptosis corregida pero sin pliegue palpebral. Evaluación posterior para su corrección.

Caso No. 12.

Hosp. R. Robles. Marzo 1976. Sexo femenino, edad 80 años. Diagnóstico: Ptosis senil O.I. Anestesia local. Operación: Resección de 22 mms. del Elevador del párpado Ojo Izquierdo.

Resultado: Mejorado.

Caso No. 13.

Hosp. R. Robles. Noviembre 1976. Sexo femenino, edad 19 años. Diagnóstico: Ptosis ojo derecho. Anestesia local. Operación: Resección del Elevador:

1. Incisión a nueve mms. de la inserción de pestañas.
2. Disección roma hasta el tarso.
3. Localización del elevador del párpado.
4. Disección roma del mismo.
5. Corte de 18 mms.
6. Anclaje del elevador del párpado al tarso.
7. Cierre de piel.

Residual: Aún con ptosis residual. Cita a los tres meses para nueva corrección. Ya no se presentó.

Caso No. 14.

Hosp. R. Robles. Noviembre 1976. Sexo masculino, edad 19 años. Diagnóstico Ptosis congénita OI. Anestesia local.

Operación: Resección del elevador de 20 a 22 mms.

1. Incisión en el pliegue palpebral a 9 mms. de las pestañas interesando piel, tejido celular subcutáneo y orbicular.
2. Disección con tijeras hacia el tarso, muy difícil por adherencias fibrosas que dificultan encontrar un buen plano de clibaje, se localizan fibras del elevador encontrándose muchas fibras adheridas a la conjuntiva que no permiten buena disección.
3. Se colocan tres suturas de catgut 6-0 en el elevador. Se resecan 20 mms. de elevador. Se anclan al tarso.
4. Cierre de piel con puntos separados de seda 6-0.

Resultado: a las 12 días el párpado superior cubre media pupila y dos meses después el párpado superior no cubre el eje visual.

Caso No. 15.

Hosp. Robles. Febrero de 1977. Sexo: masculino, edad 32 años. Diagnóstico: Ptosis leve bilateral 4 mms. Anestesia local. Operación: Corrección de Ptosis por la técnica de Fasanella-Servat.

1. Ojo derecho: Eversión del párpado. Pinzamiento del tarso y conjuntiva a 3 mms del pliegue tarso conjuntival con kelly. Se pone sutura continua en U de seda 6-0, tomando conjuntiva y tarso por debajo del borde de las pinzas.
2. Se reseca un huso de conjuntiva y tarso y aponeurosis del elevador por debajo del borde de las pinzas.
3. Se sacan los extremos de la sutura a la piel y se coloca sutura de Frost.

Se repite el procedimiento en el ojo izquierdo sin poner sutura de Frost.

En marzo ya no se nota la ptosis en OI y en Abril la Ptosis del OD totalmente corregida.

Caso No. 16.

Hosp. R. Robles. Enero 1977. Sexo masculino, edad 15 años. Diagnóstico: Ptosis congénita OI. Anestesia general. Operación: Resección del elevador del párpado OI de más o menos 18 mms.

Resultado: Corrección de la ptosis.

Caso No. 17.

Hosp. R. Robles. Sexo femenino, edad 32 años. Diagnóstico: Ptosis leve bilateral de 4 mms. Anestesia local. Operación: Corrección de Ptosis por la técnica Fasanella Servat:

1. Ojo derecho: Eversión del párpado. Pinzamiento del tarso y conjuntiva a 3 mms. del pliegue tarso conjuntival con pinzas de Kelly.

Se pone sutura continua en U de seda 6-0, agarrando conjuntiva y tarso por debajo de bordes de las pinzas.

Se reseca un huso de conjuntiva y tarso y aponeurosis del elevador por debajo del borde de las pinzas. Se sacan los extremos de la sutura a la piel y se coloca sutura de Frost.

2. Se repite el procedimiento en el ojo izquierdo sin poner sutura de Frost.

En marzo la ptosis corregida, solo aparece un pequeño pterigión en el ojo derecho.

Caso No. 18.

Hosp. R. Robles. Enero 1977. Sexo masculino, edad 15 años. Diagnóstico: Ptosis congénita OI. Anestesia general.

Operación: Resección del Elevador del párpado OI, de más o menos 18 mms:

1. Incisión de piel de más o menos 3 cms. de largo a más o menos cuatro mms. del borde palpebral.
2. Disección de piel dejando al descubierto fascia muscular.
3. Disección del músculo separándolo de la conjuntiva tarsal, cortando cuerpos laterales del músculo para continuar su disección.
4. Disección del músculo sin problemas. Se mide más o menos 18 mms. se calcula también halando el músculo hacia abajo y sí coincide con los 18 mms.
5. Tres puntos de catgut 6-0 cromisado en la base del músculo en forma de U. Sección del músculo y luego reinscripción en el lugar de origen. Sutura de piel.

Resultado: Satisfactorio.

Caso No. 19.

San Juan de Dios. 1973. Sexo femenino, edad 5 años. Diagnóstico: Ptosis palpebral O.D. La niña nació con el párpado caído, siendo evaluada por el médico escolar. Anestesia general. Operación: Corrección por vía anterior:

1. Se miden cinco mms. de la parte inferior del párpado superior hacia arriba. En el sitio marcado se procede a efectuar la incisión en media luna, en el párpado, que interesa solo piel.
2. Separación de la epidermis con tijeras hasta visualizar el músculo orbicular de los párpados.
3. Se visualiza el músculo orbicular y se procede a hacer dos colgajos, el derecho de regular tamaño, en el izquierdo se

rompió el tarso, el cual hubo de suturar con seda y luego se sacó el colgajo del músculo.

4. Se pasa un punto en cada colgajo, usándose seda.
5. Se hacen tres tuneles: uno derecho, uno central y otro izquierdo por donde se procedió a pasar los puntos mencionados anteriormente, luego se anudan pasando un pedazo de polietileno.
6. Como había algo de lagofthalmos, se procedió a colocar un punto central con seda, que abarca párpado superior e inferior, el cual será aflojado a los cinco días.
7. Ungüento oftálmico-antibiótico en ambos ojos.

Resultado a los 31 días: Corrección de ptosis.

Caso No. 20.

Hosp. San Juan de Dios. 1973. Sexo masculino, edad 14 años. Ptosis palpebral ojo derecho desde un año de edad, secundario a traumatismo, el fondo de ojo: ambliopía. Operación: Corrección estética de la Ptosis, pues el fondo de ojo es atrófico, por la vía anterior con las fibras del recto superior.

No hay Record operatorio.

Resultado final: Ptosis corregida.

Caso No. 21.

Hosp. San Juan de Dios. 1973. Sexo femenino, edad 8 años. Ptosis palpebral congénita. Niña nació con el párpado caído, el izquierdo. Tratamiento: Corrección de Ptosis palpebral OI. Operación sin record operatorio.

Resultado: Satisfactorio.

Caso No. 22.

Hosp. San Juan de Dios. 1973. Sexo femenino, edad 13 años. Diagnóstico: Ptosis palpebral O.I. Tratamiento en febrero de 1972 Legrado instrumental palpebral. En Mayo de 1973 se practicó corrección de la Ptosis mediante sutura y acortamiento del músculo elevador del párpado superior izquierdo sin ninguna complicación. No hay record operatorio, ni resultado de la misma. En 1973, noviembre, nueva intervención con la técnica de Fasanella Servat, sin record operatorio.

Resultado final: Mejorado.

Caso No. 23.

Hosp. San Juan de Dios. 1970. Sexo femenino, edad 7 años. Diagnóstico Ptosis palpebral consecutiva a traumatismo por caída de seis metros de altura que produjo área de hundimiento en la región supraciliar derecha, con herida de dos cms. en el ángulo externo de la región orbitaria derecha.

Tratamiento: Corrección de ptosis palpebral derecha:

1. Se separó el ángulo cantal derecho por medio de plastía
2. Puntos separados con seda 5-0.

Resultado: Satisfactorio.

Caso No. 24.

Hosp. San Juan de Dios. 1971. Sexo femenino, edad 3 años. Diagnóstico: Ptosis palpebral izquierda congénita. Tratamiento: quirúrgico:

1. Incisión con bisturí a 8 mms. de las pestañas en el párpado superior izquierdo que abarca todo el párpado en sentido transversal e interesa solo piel. Disección de la piel.

2. Disección de dos cintas de músculo en ambos lados, los cuales se ligan a solo cinco cms. y se sacan por debajo de la piel, hasta los extremos correspondientes a cada una de las cejas.
3. Colocación de suturas en la región central hasta la región central de la ceja.
4. Se fijan ambos extremos, quedando el párpado halado hacia arriba.
5. Cierre de piel con seda 6-0.

Al momento de anudar los cabos se rompió el hilo del extensor externo y central, habiendo necesidad de abrir nuevamente primero el central y luego el externo.

Resultado: Queda aún un 50o/o de ptosis la cual deberá ser reparada con nueva intervención.

CONCLUSIONES

1. La Ptosis palpebral, es una afección no grave, de carácter más cosmético que orgánico y por lo general unilateral.
2. Entre los casos tratados entre nosotros y que fueron revisados, el sexo fue igual, 50o/o para masculino y 50o/o para femenino. En lo que respecta al lado mayormente afectado, el 50o/o para el ojo izquierdo, 41.50o/o para el lado derecho y solo en un 8.50o/o en forma bilateral.
3. El promedio de edad, mayormente afectado es el siguiente: de 1 a 10 años, ocho casos, el 33.30o/o; de 10 a 20 años. Once casos, el 45.85o/o; de 20 a 30 años, un caso, el 4.17o/o; de 30 a 40 años, dos casos, el 8.34o/o; de 50 a 60 años, un caso, el 4.17o/o y de 80 años un caso, el 4.17o/o.
4. El 50o/o fueron de Ptosis congénita; el 8.34o/o de origen traumático o secundarios a un traumatismo por lo general severo; el 4.17o/o senil y el 37.49o/o sin ninguna especificación detallada.
5. El tratamiento quirúrgico aplicado fue de once casos con la técnica de Resección del músculo elevador por la vía anterior o transcutánea; en seis casos la técnica de Fasanella-Servat por vía posterior o conjuntival, en dos casos colgajos con seda, uno con colgajos de fibras musculares, uno por la técnica de Friedenwaldguyton y tres sin indicación de que técnica se había seguido ni record operatorio.
6. En la mayoría de los casos el resultado fue satisfactorio, así: corregida totalmente en nueve casos, mejorada ocho casos, satisfactoria tres casos, en dos no se indicó el resultado, un caso con cincuenta por ciento de corrección y solamente un caso con residiva de la ptosis.
7. La literatura obtenible o disponible sobre Ptosis es muy

escasa, los textos corrientes de oftalmología solamente le dedican media página, con una ligera referencia y una gráfica ilustrativa. Otros autores la mencionan superficialmente sin darle mayor importancia. Sin embargo en otros países está estudiada a satisfacción es ampliamente conocida como una afección oftalmológica externa, de mucha importancia estética y con carácter de cirugía estética.

8. Se ha dado muy poca importancia entre nosotros a la Ptosis palpebral y se ha puesto escasa atención para su estudio, pues las indicaciones de las técnicas descritas son muy poco descriptivas y los resultados a largo plazo no se encuentran, posiblemente por lo común entre nosotros, de parte de los pacientes, de abandonar sus casos cuando se sienten o encuentran mejor.
9. Deberá dársele mayor atención y divulgación, pues es frecuente encontrar en la calle, personas que la padecen en menor o mayor grado sin que se preocupen de mejorar su condición, pues solamente recurren al médico oftalmólogo las que necesitan una apariencia mejor o tratar el defecto cosmético o estético o a los que les impiden o dificultan la correcta visión y a aquellos a quienes el problema les obliga a forzar mucho los músculos frontales o la posición de la cabeza para ver mejor.
10. Muchos de los casos revisados no indican en su evolución y en la historia clínica un estudio detallado de la Ptosis, con sus medidas de actividad muscular, catalogación de la magnitud de la ptosis, lo que daría un estudio completo de la afección.
11. Se recomienda para el futuro ~~asentar~~ ^{presentar} lo más extensamente posible y con todo lujo de detalles posible datos que indiquen un buen estudio, una descripción minuciosa de la técnica a seguir y el resultado lo más exacto posible, lo mismo que a un tiempo prolongado.

12. Hay descritas en la literatura médica gran número de técnicas, que han seguido cirujanos oftalmólogos a lo largo de muchos años y desde hace muchísimos años, que pueden ser estudiadas para sacar nuestras propias conclusiones basadas en la experiencia buena o mala de esos estudios.
13. Entre nosotros no se han descrito complicaciones importantes, salvo dos casos y si tomamos en cuenta los reportes de otros estudios, los hay con frecuencia y en un buen porcentaje, las cuales pueden ser corregidas en el curso de la operación o bien después seguir el caso.
14. En resumen, la Ptosis palpebral en Guatemala ha sido estudiada muy poco y en los casos que se encuentra tratados en el Hospital Pro-Ciegos y Sordomudos Dr. Rodolfo Robles y Hospital San Juan de Dios son muy pocos pues en los años anteriores a los indicados en los casos no se encontró ningún reporte. Bien es cierto que se trata de una afección que en la mayor parte es problema cosmético, también lo es para una visión correcta que no fuerce el trabajo de otras partes de la cara y sobre todo de la región orbitaria.

De todas maneras es un problema que debe ser estudiado más para obtener resultados más satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

1. Ainsler M. Brückner, A. Francischette, A. Oftalmología 1954, Salvat. Goldmann, H. Pags. 506-525, 140-144, 313-345.
2. Blaskoviks,xL. —Kreiker, A. Cirugía de los Ojos. Salvat Págs. 41-204.
3. Fox, Sidney A. Surgery of Ptosis. 1958.
4. Pullen Rascoe L. 1948, Salvat. Diagnóstico Clínico. Págs. 28-72.
5. Rouviere, H. 1971. Salvat. Compendio de Anatomía y Disección. Págs. 232-252.
6. Strub —Dr. Wolfan. Atlas od Diseases of the Anterior segment of the eye. Págs. 29-56.
7. Testus y Latarjet. Anatomía Humana, 9a. Edición Tomo III. Págs. 583-591 y 714-762.

[Handwritten signature]

BR. *[Handwritten signature]*



[Handwritten signature]

Revisor.
Dr. CARLOS ENRIQUE ALVAREZ
OFTALMOLOGO

[Handwritten signature]

Director de Fste III,

[Handwritten signature]

-Secretario General

Vo. Bo.
[Handwritten signature]

Decano