

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“BLEFAROPTOSIS, FRECUENCIA Y ANALISIS”



GUATEMALA, AGOSTO DE 1978

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Objetivos
- III. Material y Métodos
- IV. Descripción de la Enfermedad y Generalidades
- V. Anatomía
- VI. Fisiología
- VII. Cuadro Clínico-Clasificación
- VIII. Tratamiento
- IX. Trabajo de Campo
- X. Conclusiones
- XI. Recomendaciones
- XII. Bibliografía

I. INTRODUCCION

El presente trabajo es el producto de un esfuerzo encaminado a brindar al estudiante y médico general, la información necesaria acerca de la Blefaroptosis de manera sencilla y con el afán de llenar un vacío en la literatura sobre este tema en nuestro medio.

Un diagnóstico preciso, bien orientado y pronto, sólo es fructífero si es seguido de un tratamiento eficaz y con el mejor de los criterios. Esto es lo que una entidad clínica como la Blefaroptosis implica en su conocimiento y resolución.

Es por ello que se lleva a cabo el desarrollo de este trabajo, una revisión sobre las enfermedades que la producen como signo o síntoma, y de las distintas técnicas propuestas para su corrección, de manera general.

En la medida que este trabajo sea conocido, criticado y dé lugar a investigaciones similares, se podrá considerar como satisfactorio y productivo.

II. OBJETIVOS

1. Presentar un informe sobre 61 casos de Blefaroptosis encontrados en el Hospital Rodolfo Robles V, durante el período comprendido de enero de 1974 al 31 de mayo de 1978.
2. Aportar un estudio sobre este padecimiento que se deja pasar desapercibido, por falta de información adecuada acerca del diagnóstico y tratamiento de esta entidad.
3. Investigar y analizar la incidencia de Blefaroptosis en los pacientes que asisten a la Consulta Externa del Hospital Rodolfo Robles V.
4. Efectuar un estudio estadístico mediante la revisión de los casos informados y tratados en el Hospital arriba mencionado.
5. Efectuar una evaluación de las distintas técnicas quirúrgicas propuestas para su corrección, aplicadas en nuestro medio.
6. Revisión de literatura acerca de Blefaroptosis, distintas escuelas de tratamiento y sus complicaciones.

III. MATERIAL Y METODOS

MATERIALES

Humanos

Se contó con la valiosa colaboración del personal del Archivo y Biblioteca del Hospital Rodolfo Robles. Médicos del Post-Grado de Oftalmología y pacientes que asisten a la Consulta Externa del mencionado Hospital.

No Humanos

Registros clínicos de los pacientes que asisten a la Consulta Externa de dicho Hospital.

Libros de la Biblioteca del Post-Grado de Oftalmología, de la Biblioteca del Dr. Mario Roberto Curley, Asesor de esta Tesis y de mi propiedad.

METODOS

Se procedió a elaborar el Protocolo del presente trabajo, sometiéndolo a la autorización de la Facultad de Ciencias Médicas como primer paso.

Luego se dió inicio a la revisión del material referente al tema, elaborándose la parte bibliográfica que figura como último capítulo de este trabajo.

Cumplidos estos pasos se procedió a la revisión de los registros clínicos de los pacientes que solicitaron asistencia durante el período comprendido del 1o. de enero de 1974 al 31 de mayo de 1978, seleccionándose los casos que incluían Blefaroptosis entre los diagnósticos, para la recolección y tabulación de los datos que se exponen en el capítulo correspondiente.

IV. DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD Y GENERALIDADES

Considerando que el principal objetivo de este trabajo es dar una información general del tema, se utilizará la descripción más sencilla al respecto, tomando como base la posición del borde palpebral en relación a la pupila. "La posición usual del margen palpebral superior es el punto intermedio entre el limbo superior de la córnea y el borde superior de la pupila. Ocasionalmente, en especial en los miopes, ésta puede ser ligeramente más alta. Si es más baja entonces estamos frente a un caso de Blefaroptosis o como es más común denominarla, Ptosis". (S. Fox 1971). (12)

El enfoque que se ha dado a este problema bastante frecuente en la práctica del oftalmólogo ha sido influenciado por su tratamiento que es eminentemente quirúrgico y que conlleva innumerables factores a considerar; por lo que es de suma importancia conocer parámetros que se siguen para su clasificación y consecutivamente su tratamiento. Es por ello que se cita a continuación uno de los más importantes como lo es la magnitud de la fisura palpebral; entendemos como fisura palpebral a la apertura entre los dos bordes libres de los párpados.

La fisura palpebral y su medida ha sido tema de controversia, ya que ésta misma ha sido descrita por varios autores con poca o ninguna correlación entre ellos, es así como Adler(4), cita que el tamaño de la abertura palpebral es usualmente 25 mm. de longitud en adultos; Duke Elder(1) opina que 30 mm; Kestenbaum (15) afirma que la fisura palpebral mide de 9 a 10 mm., de ancho en adultos; Whitnall establece ésta en 15 mm. Debido a la variedad de opiniones al respecto, lo mejor es utilizar un promedio de ellas, sugerido por un reporte del Dr. S. Fox(11) sobre el estudio de la fisura palpebral en 1732 pacientes normales, entre los que se contaban negros y blancos y fueron excluidos los pacientes de raza oriental, por razones obvias.

Los resultados de la investigación efectuada por el autor citado arrojan las siguientes cifras: Un 72.5o/o de los pacientes examinados presentaban fisura palpebral de 30 mm., o menos de longitud y el 87o/o medían 10mm. o menos de ancho de la abertura palpebral. De donde, estos valores se utilizarán para la cuantificación de la ptosis en los pacientes del estudio efectuado.

Otro factor a considerar como parámetro importante dentro de la evaluación del paciente, es la magnitud del movimiento palpebral, éste también ha sido descrito dentro del reporte anteriormente citado y del cual tomaremos las siguientes cifras como valores promedios normales. Como medida de la excursión del párpado superior en su movimiento hacia arriba sin utilizar el músculo frontal, 13 a 16mm., con la utilización del frontal de 16 a 19 mm. La extensión del movimiento del párpado inferior media entre 4 a 6 mm.

La eficaz correlación entre los parámetros citados, el conocimiento de la anatomía y fisiología del órgano palpebral son de incalculable valor en el estudio de la Blefaroptosis y su clasificación, que se expone por considerarlo de mejor carácter pedagógico en el capítulo correspondiente a cuadro clínico y tratamiento.

V. ANATOMIA

Como fue referido con anterioridad el enfoque dado a la Blefaroptosis está sujeto a su tratamiento quirúrgico, por lo que en relación a éste se expondrá la anatomía del párpado superior, la órbita y las estructuras conexas.

PIEL

La piel del párpado superior es una de las más delgadas del cuerpo. Se extiende desde el borde libre del párpado hasta la región de las cejas en donde se torna más gruesa. Por su consistencia fina y su cantidad apreciable para cubrir el globo ocular cuando está cerrado, es de gran valor como material para procedimientos de cirugía plástica. Se encuentra firmemente adherida al borde palpebral y asimismo al borde de las cejas, en su porción intermedia es menos adherente, a excepción de las partes que se hallan unidas al músculo orbicular. Presenta varios pliegues horizontales, el más prominente situado a 5-7mm., del borde palpebral. Este pliegue representa una de sus uniones a la aponeurosis del músculo elevador y sirve para la elevación del párpado. Su presencia en un párpado "ptótico", demuestra una mínima función del músculo elevador y su ausencia la carencia de esta función. Asimismo presenta numerosos folículos pilosos, los cuales al proyectarse hacia el borde palpebral libre dan lugar a una hilera de cabellos gruesos, las pestañas. Además, estos folículos se extienden hasta la superficie anterior del tarso.

Cuenta también la piel del párpado con numerosas glándulas sudoríparas y sebáceas que ocasionalmente dan lugar a formaciones quísticas.

MUSCULO ORBICULAR

El músculo orbicular es una compleja estructura formada por varias partes: La porción orbitaria que cubre el borde de la

órbita; la porción palpebral y la última que se divide en el músculo pretarsal y el músculo preseptal.

Las fibras de la porción orbitaria emergen de las conexiones fibrosas de la rama anterior del ligamento cantal medio y del tejido periósitico anterior a éste. Corren elípticamente hasta la unión lateral del rafé sobre el margen lateral de la órbita. Superiormente estas fibras se unen con las fibras terminales del músculo frontal. En sentido inferior se extienden hacia abajo sobre los huesos del borde inferior de la órbita. La porción orbitaria se utiliza en el cierre forzado de los párpados y toma parte en la expresión facial.

La porción palpebral del músculo orbicular es una fina hoja de tejido muscular que se divide en la parte preseptal y pretarsal. Sus fibras más superficiales tienden a confundirse con los tejidos subcutáneos. El músculo preseptal tiene su origen profundo de la fascia lagrimal sobre el saco lagrimal y se extiende a otras de la cresta lagrimal posterior. El origen superficial es de la rama del ligamento cantal medio. El músculo pretarsal emerge de las cabezas profundas a lo largo de la cresta lagrimal posterior (músculo tensor tarsal de Horner), y sus cabezas superficiales salen realmente de la rama anterior del ligamento cantal medio.

El músculo preseptal corre lateralmente a la unión del rafé lateral palpebral. El músculo pretarsal se une lateralmente para formar el tendón lateral del canto que se inserta en la periorbita en el tubérculo orbitario. El músculo de Riolo, probablemente el más pequeño músculo estriado del cuerpo, es la porción del músculo orbicular que forma el borde palpebral; se confunde según algunos con el músculo pretarsal.

Las fibras terminales de la hoja anterior de la aponeurosis del elevador se entrecruzan con las fibras del músculo orbicular a nivel de la unión de las porciones pretarsal y preseptal. Estas se

insertan con la piel, para dar origen al pliegue palpebral principal. Estas son las uniones anteriores del músculo elevador que se discutirán de nuevo al describir el músculo elevador del párpado.

La inervación del músculo orbicular proviene del séptimo par craneal (VII par craneal), las fibras nerviosas abordan al músculo orbicular por la fascia posterior, por su porción más profunda.

SEPTUM ORBITARIO

Es una pared fibrosa que tiene su origen en la unión del periostio del margen orbital y la periórbita. Se extiende como una delgada hoja a lo largo de la superficie de la porción preseptal del músculo orbicular. En el párpado superior se funde con la aponeurosis del elevador, usualmente a 3-4 mm., sobre el borde superior del tarso, donde tiende a finalizar abruptamente y puede ser identificado como una banda blanquecina de tejido. En el párpado inferior se une al borde inferior del tarso. Nasalmente se une a la cresta lagrimal posterior, en el párpado superior. En el párpado inferior se une a la cresta lagrimal anterior y a la fascia lagrimal. Tiende a tener diverso espesor en cada individuo y se torna grueso nasalmente.

El septum orbitario actúa como una barrera entre la órbita y el párpado anterior. Limita la grasa orbitaria para evitar que se prolapse dentro de los párpados.

En los individuos ancianos se torna atrófico dando lugar a que la grasa protruya formando las típicas bolsas palpebrales. Ayuda también a contener infecciones y hemorragias.

GRASA ORBITARIA

Está presente en el párpado superior formando realmente una lámina más del párpado, como una cuña que se extiende

hacia arriba y hacia abajo entre el músculo elevador y el septum orbitario donde está incluida.

MUSCULO ELEVADOR DEL PÁRPADO

Este músculo y sus aponeurosis es una de las estructuras más importantes dentro de la Blefaroptosis, porque de diversas condiciones patológicas de sus uniones, su inervación y acción resulta la ptosis. Se origina de la periórbita del ala menor del esfenoides sobre el anillo de Zinn. Corre hacia adelante a lo largo del techo de la órbita, sobre el músculo recto superior. Su eje es marcadamente nasal hacia este músculo. Numerosas bandas fasciculares conectan las bandas de ambos. Durante su recorrido hacia adelante se ensancha, luego pasa sobre el tendón del músculo recto superior y desciende posterior a la cuña de grasa orbitaria volviéndose menos muscular y más tendinoso. La aponeurosis se va formando hacia arriba y hacia abajo, inmediatamente sobre el borde superior del tarso, donde se divide en sus dos uniones. Las delgadas fibras anteriores se entrecruzan con las fibras inferiores del músculo preseptal y con las fibras superiores del músculo pretarsal uniéndose a la piel formando el pliegue palpebral superior. Las fibras del septum orbitario se funden con la aponeurosis del elevador por arriba de su entrecruzamiento y mantienen a la grasa orbitaria en su posición. La banda posterior de la aponeurosis del elevador corre hacia abajo para insertarse en la superficie anterior del tarso, arrancando 3-4 mm. abajo de su borde superior.

El tendón del elevador se extiende en forma de abanico para formar el cuerno interno y lateral de la aponeurosis. El cuerno interno pasa sobre la banda del tendón reflejo del músculo oblicuo superior, creando uniones fibrosas entre ambas estructuras. El cuerno medio de la aponeurosis del elevador se funde luego con el borde superior de la rama posterior del ligamento cantal medio, a lo largo con algunas de las fibras del septum orbitario. El cuerno lateral de la aponeurosis es más grueso que el interno. Este presiona sobre la glándula lagrimal

dividiéndola en su porción orbitaria y palpebral. Los ductos secretorios del lóbulo orbitario pasan alrededor del ángulo del cuerno lateral de la aponeurosis y los del lóbulo palpebral pasan directamente sobre la aponeurosis, entrando al fornix conjuntival a lo largo. El cuerno lateral de la aponeurosis se inserta en el ángulo superior del tendón del canto lateral en el retináculo lateral.

Al músculo elevador se le ha llamado también ligamento de rechazo, el ligamento transverso superior de Whitnall, es formado por una condensación de la banda superior del elevador a nivel del ecuador del globo. Este se une medialmente a la fascia del músculo oblicuo superior y da así su tendón reflejo, temporalmente a la cápsula del lóbulo orbitario de la glándula lagrimal y superiormente a la periórbita.

La porción estriada del elevador mide más o menos 40 mm. (2) de longitud, y la porción tendinosa de la aponeurosis alcanza de 10 a 15 mm. de largo. La porción tendinosa se ensancha en un radio de 30-35 mm. (2). Es la porción central del tendón y la porción terminal del músculo estriado, la que se incluye dentro de la resección del elevador.

La inervación del músculo elevador proviene del III par craneal a nivel de su rama superior que también inerva al recto superior. La rama del elevador pasa inmediatamente por arriba del ángulo medio del recto superior para adentrarse en su superficie a nivel de la unión de su tercio medio y posterior.

MUSCULO DE MULLER

Este consiste de fibras no estriadas inervadas por el sistema simpático. Mide 10-12 mm., de largo y más o menos 15 mm., de ancho. Estas fibras se originan de las fibras terminales inferiores del músculo elevador y corren por debajo de la aponeurosis del elevador y luego se insertan en el borde superior

del tarso. Este músculo es muy poco adherente a la conjuntiva en su línea posterior. Su grueso no alcanza más allá de 0.5 mm.

TARSO

Está compuesto de planchas de tejido fibroso que forman el esqueleto de los párpados, y contienen las glándulas de Meibonio. El borde libre del tarso es más o menos recto, en oposición sus otros bordes son convexos, un poco más en el párpado superior. El tarso superior tiene más o menos 9 ó 10 mm. de ancho en su porción más amplia y el tarso inferior mide 4-5 mm. de ancho en su recorrido. Generalmente el tarso mide 25 mm. de largo y 1 mm., de grueso. Las paredes posteriores del tarso son delimitadas por la conjuntiva que está firmemente unida a su superficie.

El músculo de Muller se adhiere al borde superior del tarso superior; el septum orbitario, la fascia capsulo-palpebral y el ángulo palpebral inferior, se unen al borde inferior del tarso inferior. La porción principal de la aponeurosis del elevador, se une a la superficie anterior del tarso superior, saliendo a más o menos 3-4 mm., de su borde superior. Más o menos 3-4 mm., arriba del tarso y las fibras terminales de la banda posterior de la aponeurosis del elevador, se encuentra el espacio pretarsal utilizado como punto de referencia durante la cirugía. La arteria periférica hace un arco en este lugar.

CONJUNTIVA

La conjuntiva es la lámina posterior de los párpados. Esta membrana mucosa está firmemente adherida a los tarsos y muy poco adherida al músculo de Müller. A la altura del fornix superior, se refleja sobre sí misma para cubrir la cápsula de Tenon y a la esclera anterior. Contiene masas de células secretoras de mucina y sostiene a las glándulas lagrimales accesorias de Krause y Wolfring. Fibras de tejido conectivo

provenientes de las bandas del elevador y del recto superior se adhieren a ella a la altura del fornix superior. Los conductos secretorios de la glándula lagrimal, en número de 5 a 10, perforan la conjuntiva y entran al recto superior lateral y superiormente al ligamento lateral del canto medio.

IRRIGACION

El flujo sanguíneo que alimenta los tejidos palpebrales es bastante profuso, lo que constituye una ventaja porque favorece la recuperación del trauma, o cirugía y ayuda a resistir las infecciones, pero asimismo es una desventaja por el sangrado peroperatorio. La irrigación arterial se origina de la rama oftálmica de la carótida interna. Sin embargo, también recibe una larga irrigación colateral por ramas de la facial, proveniente de la carótida externa. La arteria palpebral media superior es a menudo unida por una rama anastomótica de la arteria angular. Corre temporalmente por unos milímetros y se divide regularmente en dos ramas. La rama inferior que corre anterior al tarso, cercana al margen palpebral, y el ramo superior que corre a lo largo del borde superior del tarso en el espacio pretarsal. Sobre la extensión temporal del párpado estas ramas se unen con las ramas de la arteria cigomaticorbitaria, que es una de las ramas terminales de la carótida interna. De este modo se forman los arcos marginal y periférico.

Las venas del párpado son largas y numerosas. El drenaje de la conjuntiva palpebral lo dan tributarias de la vena oftálmica. Los tejidos pretarsales superficiales drenan por la vena angular; media y lateralmente por la vena temporal superficial.

MUSCULOS FRONTALES

Estos pueden ser utilizados en la suspensión del párpado, cuando no puede ser por resección del elevador. Estos músculos (situados a ambos lados de la frente), los dos músculos occipitales

(que ocupan similar posición sobre el hueso occipital), y las aponeurisis epicraneales (que se unen con los músculos frontales y occipitales), forman la musculatura epicraneal.

Los músculos frontales se originan de la aponeurosis epicraneal, a medio camino entre la sutura coronaria y los márgenes superiores de la órbita, y se insertan en los gruesos bordes de la piel de las cejas. Las fibras más mediales se continúan con el músculo de "Procerus" situado sobre el puente de la nariz. Las fibras terminales tienden a entrecruzarse con las fibras de la porción orbital del orbicular antes que termine en la piel de las cejas. Los músculos epicraneales y la aponeurosis están situados entre la piel del cráneo y el periostio. La unión al periostio es floja y a la piel es bastante firme. La función principal de este sistema muscular en el hombre es la de elevar las cejas.

Intimamente relacionados en la unión entre el frontal y el músculo orbicular, se encuentran los dos músculos corrugadores superciliares. Estos se extienden desde los procesos nasales del hueso frontal a la piel de la porción media de las cejas a los músculos frontales, y a la porción orbital de los músculos orbitales. Cuando éstos se contraen, ambas cejas se unen formando pliegues verticales sobre el inicio de la nariz (frunciendo el entrecejo).

El sistema de músculos epicraneales es inervado por el séptimo nervio craneal; el frontal es inervado por las ramas temporales y los occipitales por las ramas auriculares posteriores. Los nervios entran a las superficies profundas de estos músculos cercanamente a sus bordes laterales.

MUSCULO RECTO SUPERIOR

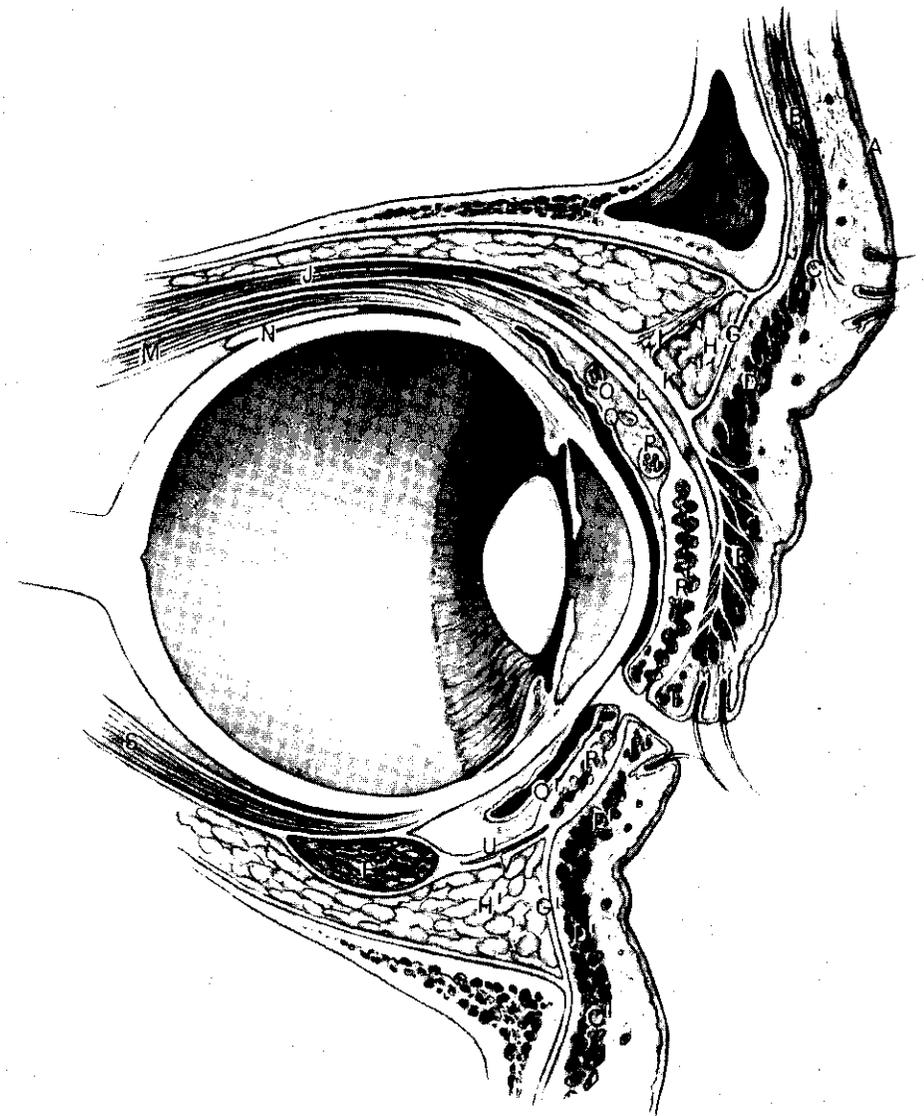
Se origina de la parte superior del anillo de Zinn, justamente encima y marcadamente temporal al origen del

elevador. Mide 40 mm., de longitud, corre por delante hasta insertarse en la esclera más o menos 7.5 mm., por arriba del limbo superior; por detrás de esta inserción, a nivel del ecuador del globo, pasa sobre el tendón reflejo del oblicuo superior. Esta inserción es la más amplia de sus inserciones, mide 11 mm., de ancho; su porción tendinosa tiene más o menos 5 mm., de longitud. Está situado debajo del músculo elevador y su eje más largo es marcadamente temporal al del elevador. Adherencias fibrosas laxas y una pequeña cantidad de grasa orbitaria ocupan el lugar entre estos dos músculos. La inervación está dada por la rama superior del tercer nervio craneal, que entra al músculo por su cara inferior en la unión del tercio medio y el tercio posterior.

MUSCULO OBLICUO SUPERIOR

Se origina arriba y medialmente en el anillo de Zinn y corre hacia abajo en el cuadrante nasal superior de la órbita hacia la troclea, que es un anillo cartilaginoso que emerge de la periórbita más o menos 6-7 mm. Debajo de la troclea éste se torna tendinoso y en la polea se refleja hacia atrás y hacia abajo y cruza el ecuador del globo debajo del músculo recto superior.

Entre la banda del tendón y la aponeurosis del elevador muestra algunas adherencias fasciculares principalmente cerca de la troclea. Se inserta en la esclera más o menos 10 mm., posterior y nasalmente a la inserción del oblicuo inferior, que está por encima del área macular. Su inervación viene del cuarto par craneal, que aborda al músculo por arriba y cercano a su borde lateral a nivel del tercio posterior. El uso de este músculo en la corrección de ptosis resulta en bizarros movimientos palpebrales. Su importancia dentro de la cirugía de ptosis reside en su íntima relación entre la banda del tendón reflejo y la aponeurosis del elevador; el daño infringido a este músculo durante la cirugía origina diplopía.



Corte esquemático del párpado y la órbita anterior: A, piel; B, músculo frontal, C, C' músculo orbicular (porción orbitaria); D,D', músculo orbicular (Porción preseptal); E,E' músculo orbicular (porción pretarsal); F,F', músculo de Riolo; G,G', septum orbitario; H,H', grasa orbitaria; I Ligamento transversal superior de Whitnall; J, músculo elevador; K, aponeurosis del elevador; L, músculo de Müller; M, músculo recto superior; N, tendón oblicuo superior; O, glándula de Krause; P, glándula de Wolfring; Q,Q' conjuntiva; R,R', Tarso; S, músculo recto inferior; T, músculo oblicuo inferior; U, músculo tarsal inferior; V, fascia capsula palpebral.

VI. FISILOGIA

La fisiología que se expone del aparato palpebral está referida en especial al párpado superior. La función del párpado inferior, los músculos extraoculares y el sistema lagrimal son de menor importancia. La función principal, de los párpados es la protección del globo ocular y de la córnea de desecación, asimismo, durante el tiempo en que están abiertos permitir la visión.

Como función secundaria de los párpados se toma la de proteger a los ojos de la luz: Excesos de luz durante las horas de vigilia y la luz perturbadora durante el sueño. El globo ocular a excepción de la porción anterior, está protegido por la porción osea de la órbita. Anteriormente su única protección la constituyen los párpados. Estos, son asistidos durante la función visual por la "m musculatura elevadora" y cuando están cerrados o "pestañeando" por el orbicular.

En la apertura del ojo inciden dos acciones musculares, dadas principalmente por el músculo elevador del párpado y el músculo de Müller. El elevador es un músculo estriado de carácter voluntario capaz de abrir el ojo, el músculo de Müller ayuda a mantener abierto el ojo, ya que por su carácter de músculo liso mantiene un tono más prolongado. La caída del párpado superior en caso de tener sueño o fatiga se debe a la relajación del músculo de Müller. Si durante la etapa de somnolencia el sujeto es excitado, se produce un aumento en la actividad del simpático y la caída del párpado desaparece. Algunos cirujanos opinan que el músculo de Muller debe ser conservado durante el acto quirúrgico para obtener mejores resultados.

Cuando la mirada se dirige hacia arriba, el párpado superior se eleva, siempre y cuando el eje visual esté por arriba de la horizontal, si esto no ocurre la visión es cortada por el

margen palpebral superior. Esto es producto principalmente de la acción del elevador, este músculo trabaja sincrónicamente con el músculo recto superior y esto es pronunciado debido a las finas uniones existentes entre ambos. La elevación del párpado es parcialmente asistida por la acción de los músculos frontales, que se insertan en la porción ciliar y tienen participación en la elevación voluntaria del párpado.

Cuando sucede lo contrario y la mirada se dirige hacia abajo, el párpado también se deprime y mantiene su relación con la córnea, esto se aduce por algunos autores a la gravedad y al músculo orbicular por otros. Lo más probable es que ninguno de los dos factores sea quien influya en este fenómeno, debido a que éste persiste con el cambio de posición, y también persiste en pacientes con parálisis del orbicular. Esto sucede por la íntima relación que mantienen el recto superior y el músculo elevador del párpado.

Uno de los factores a investigar dentro de la función del sistema palpebral es la función del músculo elevador, para su determinación se ha propuesto su amplitud y actividad electromiográfica, pero esto es impráctico para el uso clínico diario. El método convencional para determinar el grado de función del elevador consiste en medir la excursión del margen palpebral cuando el ojo ve hacia abajo y luego hacia arriba, con fijación del músculo frontal para impedir su acción.

Los movimientos palpebrales más importantes son: El parpadeo espontáneo, el parpadeo reflejo y el "guiño", además del cierre palpebral y el Blefaroespasm.

El parpadeo espontáneo es causado por la contracción de la porción palpebral del orbicular y sucede de 10 a 15 veces por minuto, con un promedio de 0.32 segundos de tiempo entre cada movimiento, el párpado inferior se adelanta a este movimiento en 0.02 segundos. Este parpadeo espontáneo sirve para mantener

húmeda la córnea y limpiar asperezas de la cubierta escleral. El parpadeo espontáneo se acentúa por situaciones de stress o irritantes como el humo y el "smog".

El parpadeo reflejo ocurre cuando existe un agente irritante para el ojo. Este es causado por estímulos táctiles y visuales que tiendan a dañar el ojo. El reflejo corneal, dado por el séptimo par craneal es un ejemplo de éste. Este reflejo se deprime o desaparece en diversas enfermedades. Las pestañas son el órgano sensor del parpadeo reflejo en el que la parte muscular está dada por la contracción del orbicular.

De la efectividad de este reflejo depende la humedad de la córnea, ésta se pierde después de algunos procedimientos quirúrgicos, especialmente si el párpado es suspendido del frontal o del recto superior, lo que conlleva daño a la córnea por desecación.

Al movimiento voluntario encaminado a cerrar un solo ojo se le denomina "guiño". Este movimiento es resultado de la contracción de la porción palpebral del orbicular, si éste persiste largo tiempo la porción orbitaria del orbicular también actúa.

El cierre palpebral está dado por un parpadeo y guiño sincrónico, dados por la acción del orbicular, durante esta acción ninguno de los músculos del sistema palpebral se encuentra contraído.

Durante el cierre ocular ambos ojos se vuelven hacia arriba, a ésto se le conoce como fenómeno de Bell. La presencia de este fenómeno es de vital importancia en el post-operatorio de la corrección de ptosis, ya que si éste no funciona la córnea quedará expuesta con el daño consiguiente.

Por último, el Blefaroespasma, es la reacción palpebral a la irritación severa o a un estímulo doloroso, que mantiene el ojo

fuertemente cerrado y es imposible abrirlo, a menos que se instile algún anestésico tópico dentro del ojo.

El sistema lagrimal es de importancia tomarlo en cuenta, ya que los conductos secretorios tienen estrecha relación con el área quirúrgica de piel y conjuntiva en operaciones tales como la resección del elevador. Además el cuerno lateral de la aponeurosis del elevador divide en dos lóbulos la glándula lagrimal. También el proceso del lagrimeo se ve afectado si durante el acto quirúrgico se daña el parpadeo que actúa como bomba lagrimal.

VII. CUADRO CLINICO. CLASIFICACION

CUADRO CLINICO

Considerando a la Blaferoptosis como una de las anomalías más frecuentes del párpado que se observan en la práctica, es conveniente conocer algunos datos acerca del examen clínico del paciente: Hallazgos, incidencia, pruebas diagnósticas, su clasificación y entidades que la provocan.

Es indudable la importancia de una buena historia clínica, ya que aporta datos acerca del tiempo de evolución, inicio de los síntomas, empeoramiento de los mismos, datos acerca del nacimiento del paciente, historia familiar de defectos como el estudiado y antecedentes de cirugía óptica anterior. El interrogatorio se complementa con una inspección de ambos párpados para identificación del defecto, si es uni o bilateral, si existen movimientos oculares, si hay cierre y apertura palpebral, la presencia o no de pliegue palpebral y si el defecto tiene asociación con la masticación. Asimismo se puede calcular el grado de ptosis en cuestión. En el caso de ser unilateral, por comparación de la altura de los pliegues palpebrales y si es bilateral estimando la porción corneal cubierta. Normalmente asciende a más o menos 2 mm., y el diámetro corneal vertical es más o menos de 11 mm. Si el paciente colabora es útil auxiliarse con una regla, pero en caso contrario esto depende de la experiencia del observador.

Posteriormente se procede a evaluar la función palpebral en las tres posiciones: Mirada abajo, posición primaria y mirada arriba, anotando la relación que guarda el área cubierta de la córnea por el párpado superior en cada una de ellas. En este caso se puede obtener información acerca de la etiología de la ptosis, ya que si ésta es congénita el párpado durante la mirada hacia abajo tiene dificultad en relajarse, quedando un poco más alto y cuando la ptosis es adquirida frecuentemente el párpado

afectado queda más abajo de lo común, en la misma posición.

Durante la inspección el observador podrá determinar la existencia de piel redundante, dato de interés en pacientes ancianos (Dermatocalasis).

Como parte del examen también deberá incluirse la evaluación de los músculos extra oculares, en especial el funcionamiento del recto superior. Además se deberá evaluar la presencia de algún imbalance muscular como tropia o foria y la existencia de un buen fenómeno de Bell. Los defectos de refracción también deben cuantificarse.

Luego debe procederse a la evaluación de la función del músculo elevador anotando la excursión del margen palpebral durante los movimientos del mismo en las tres posiciones (mirada abajo, posición primaria y mirada hacia arriba), usualmente el párpado recorre entre 13 y 16 mm., durante esta maniobra, de los cuales 2 mm., pertenecen a la acción del recto superior. Arbitrariamente se ha clasificado que 2 mm., o menos de medida obtenida, denota ninguna acción del elevador; 4 mm., o menos pobre función; 5-7 mm., regular y 8 o más como buena.

Existen además otras ayudas tales como fotografías del paciente, que pueden brindar información al respecto y luego pueden ser buenos instrumentos para evaluar el resultado del tratamiento.

Cuando el cuadro observado crea la sospecha de Miastenia Gravis, la prueba de Prostygmina o Tensilón debe ser efectuada para descartarla. Esta se efectúa en adultos, inyectando 1 mg. de Neostigmina (Prostigmine ®) por vía intramuscular. Es positiva cuando de 5 a 15 minutos después, la ptosis mejora dramáticamente. Un poco más efectiva es la prueba con Tensilón (Edrophonium), pero se corre el riesgo de verse ante una reacción colinérgica desagradable con mayor frecuencia.

CLASIFICACION

Desde que Bowman en 1857 propuso la primera clasificación de esta enfermedad dividiéndola en dos grandes grupos, ésta se ha ido mejorando, agregándole varios subgrupos hasta llegar a la más completa propuesta en el Congreso Panamericano de Oftalmología, celebrado en Colombia en 1971 por S. Fox,(6) que toma en cuenta su etiología como sigue:

I. Congénita

- A) Simple
- B) Complicada con:
 - Sinkynesis o paradójica
 - Oftalmoplejías
 - Otros tipos de anomalías palpebrales.

II. Adquirida

- A) Senil
- B) Traumática
- C) Neurogénica
- D) Miogénica
- E) Mecánica

III. Pseudoptosis

Dentro del desarrollo de estos subgrupos se tratará de exponer datos sobre incidencia y tratamiento de manera superficial.

I. CONGENITA

Se toma com parte de este grupo a los pacientes en los cuales el defecto está presente desde el nacimiento. Abarca la gran parte de casos reportados, 90o/o según S. Fox; 88o/o por Berke y Croweld Berad opinó que un 62o/o.

Los casos clasificados dentro del grupo de ptosis congénita simple, no demuestran más que un leve defecto del párpado, debido a una distrofia en el desarrollo del elevador, sin que intervenga otro tipo de defecto de origen nervioso, por lo que se pueden agrupar según la función del elevador. Generalmente 75o/o de estos casos son unilaterales y 25o/o bilaterales.

Otro dato importante es, que debido a su naturaleza estos casos tienden a mantenerse estacionarios.

Ptosis Congénita Complicada con Sinkynesis o Paradójica:

A este grupo pertenecen entidades que provocan blefaroptosis que se acentúan o sobrecompensa como en el caso del fenómeno de Marcus-Gunn, en el que al abrir la boca el ojo ptótico acentúa su defecto y al apretar las mandíbulas éste se sobrecompensa. La etiología de este padecimiento es desconocida y según algunos autores tiende a desaparecer con la edad. Usualmente es unilateral y con mayor frecuencia el ojo izquierdo es el afectado. Aproximadamente un 4-6o/o de los casos de ptosis son afectados por el fenómeno de Marcus-Gunn, se asocia con defecto del músculo recto superior del lado afectado en 3 de cada 4 casos.

A este grupo de ptosis paradójicas se ha agregado la que se cree causada por un defecto de dirección del tercer par craneal, una rara condición que provoca movimientos bizarros del párpado cuando el paciente ejecuta movimientos oculares. Con relación a ésto se dice que se desarrolla durante la recuperación de una parálisis del motor ocular.

Ptosis Complicada con Oftalmoplejías:

En este grupo se clasifican las ptosis de tipo congénito que demuestran defectos de otros músculos extraoculares, más frecuentemente el músculo recto superior ipsilateral. Esto se

explica por la íntima relación embriogénica del elevador con el recto superior. Más raramente otros músculos parecen estar envueltos.

El último grupo de los afectados por ptosis congénita demuestra otro tipo de anomalías tales como: Coloboma, ectropión, entropión, epiblefarón y rasgos pertenecientes al llamado Síndrome Mongoloide (Ptosis bilateral, fimosis, telecanto, epicanto invertido y algunos, ectropión del párpado inferior). Estos tipos de anomalías asociadas conforman del 3 al 60/o de los casos, y se cree que se deban a una mutación de carácter dominante de tipo hereditario.

II. ADQUIRIDA

Este grupo está compuesto por un heterogéneo tipo de Ptosis. Algunas bastante comunes y otras raras pero todas de importancia. Su clasificación se torna difícil por su naturaleza, pero se exponen de la manera más sencilla posible, según cada tipo expuesto.

SENIL:

Este tipo es el más comunmente observado y el que se vé más favorecido por el tratamiento quirúrgico. Su causa es hasta cierto punto fisiológica, con el correr del tiempo, ya que se debe a una gradual pérdida del tono de los músculos de Müller y el elevador, asociado a atrofia de la grasa orbitaria con pérdida del soporte palpebral debido al enoftalmos.

PTOSIS TRAUMATICA:

Dentro de este tipo se consideran las ptosis consecutivas a daño infringido a las estructuras por diferentes causas, como por ejemplo: Las erosiones del párpado, daño post-quirúrgico (después de enucleación, cirugía de la órbita, cirugía de catarata, etc.),

cuerpos extraños fractura del techo de la órbita con hematoma, etc. En algunos casos no se puede demostrar el daño al elevador, pero no por ello dejan de considerarse como entidad clínica.

PTOSIS NEUROGENICA:

La larga y complicada disposición intracraneana de los elementos nerviosos que pueden afectar los movimientos palpebrales, crea una gran variedad de posibilidades en la localización de las lesiones que producen ptosis, por lo que presentan las más comunes. Por el hecho de que una de estas lesiones pueda estar profundamente localizada, bastantes de estas entidades no ofrecen resolución quirúrgica. Oftalmoplejía traumática, con ptosis, ésta puede ser debido a daño craneano infringido durante el nacimiento o más tarde. El diagnóstico se establece por historia, el examen identifica las ramas nerviosas y músculos afectados. Este tipo de parálisis tiende a convertirse en paresia con el tiempo y algunas veces tiene una recuperación espontánea. Los casos que se tornan estacionarios por más de 3 meses pueden ser evaluados para cirugía.

Parálisis del tercer par (congénita) con ptosis, puede existir desde el nacimiento, pero no cabe dentro de las de tipo congénito por deberse a una enfermedad sufrida in-útero, o daño al nacimiento que se notó tempranamente. Es común que el ojo ptósico y con exotropía no pueda alcanzar una buena agudeza visual aún con tratamiento, por lo que el tratamiento quirúrgico es encaminado a resolver un problema cosmético principalmente. Migraña oftalmopléjica, rara condición caracterizada por migraña unilateral severa seguida de parálisis del motor ocular ipsilateral. El tratamiento es esencialmente médico.

SINDROME DE HORNER:

Es causa frecuente de ptosis por parálisis del músculo de Müller. Además causa ligera elevación del párpado inferior, miosis,

enftalmos (que es más aparente que real), algunas veces anhidrosis del lado afectado de la cara y la nuca y despigmentación del iris. Es causado por cualquier tipo de lesión a lo largo de la cadena simpática.

Enfermedades que causan lesiones del tercer par, éstas pueden ocasionar lesión en cualquier parte del recorrido nervioso (periférico, nuclear o supranuclear), provocando ptosis, como el síndrome de Parinaud, Difteria, Poliomieltis, Encefalitis, Meningitis, Influenza, Sarampión, Botulismo, Sífilis y envenenamiento por metales pesados. Todas estas condiciones son causa de ptosis raramente y más raro aún es la Blefaroptosis causada por Esclerosis Múltiple.

PTOSIS DE CAUSA MUSCULAR (MIOGENICA):

Este tipo de casos de Blefaroptosis difiere de los de tipo neurogénico en que la gran mayoría brindan buenos resultados al tratamiento quirúrgico.

MIASTENIA GRAVIS

Esta es una enfermedad que debe siempre ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de muchos casos de ptosis adquirida.

Es una enfermedad caracterizada por debilidad que tiene características especiales(16): Predilección por los músculos oculares y otros de pares creneales. La Blefaroptosis puede ser uni o bilateral y el paciente puede presentar diplopía, incluso cuando no hay debilidad manifiesta de los músculos oculares, frecuentemente hay debilidad de varios músculos, en un conjunto que no puede explicarse por trastorno de un nervio determinado, ni suele ser simétrico; puede demostrar tendencia a fluctuar durante breves o largos períodos de observación, sin signos de lesión neural, todo parcialmente reversible con drogas colinérgicas.

Incide en 2 a 5 casos por millón cada año aproximadamente y se presenta en cualquier década de la vida, sobre todo alrededor de los 40 años. Afecta a las mujeres en proporción de 3:1 en relación a los hombres, no así en los niños. 15o/o de estos pacientes pueden demostrar timomas. El diagnóstico se obtiene a través de la historia y examen físico y se confirma con la respuesta a drogas colinérgicas. (Test de Prostigmina o Tensilón). El tratamiento es esencialmente médico.

Se ha demostrado otros tipos de Blefaroptosis que se aducen de causa miogénica, como las descritas en asociación con el embarazo, Hipertiroidismo, uso prolongado de esteroides oculares en forma de colirios, conjuntivitis crónica y uveítis, y una manifestación muy rara de ptosis secundaria al uso de productos de maquillaje femenino, con depósitos de éstos en la conjuntivitis y el borde superior del tarso(15).

PTOSIS MECANICA

Incluye casos de Blefaroptosis debidos al aumento de peso de los párpados o cicatrización que interfiera con la motilidad del sistema muscular. Algunos de ellos asociados a tumores benignos palpebrales como neurofibromas, hemangiomas y algunos tumores malignos que se sitúen en el párpado como por ejemplo el tumor de células basales, carcinoma de células escamosas y el Melanoma Maligno. Otro tipo de tumefacciones situadas cercanamente pueden ocasionar ptosis de tipo mecánico como el Rabdomiosarcoma y Metástasis Malignas y la órbita.

La Blefarocalasis, mal de carácter hereditario que se inicia en la niñez con sucesivos ataques de edema palpebral severo, con daño a los tejidos, está comprendido dentro de este grupo.

La cicatrización después de enfermedades o trauma también provoca Blefaroptosis en distintos grados. Ejemplo: Cicatrización después de Pénfigo Ocular, Eritema Multiforme,

Tracoma Grado IV y después de quemaduras químicas o térmicas. Estos últimos casos son de pobre pronóstico.

III. PSEUDOPTOSIS

Este grupo comprende a los casos de "Blefaroptosis" provocados por soporte posterior del párpado insuficiente, como ocurre en ausencia del globo ocular y/o globo ocular encogido o seco. Ejemplo: Anoftalmia, ptosis bulbi y microftalmia.

VIII. TRATAMIENTO

Con excepción de algunas enfermedades (Miastenia Gravis, Esclerosis Múltiple, Hipertiroidismo, etc.), en las que su tratamiento es eminentemente médico, la Blefaroptosis es una entidad de resolución quirúrgica.

Los intentos de curar la Blefaroptosis mediante intervenciones quirúrgicas se remontan hasta los antiguos cirujanos Arabes, que resecaban fragmentos de piel palpebral redundante(5), con el fin de permitir la visión a sus pacientes, pero esto solo brindaba un alivio temporal, ya que el párpado al cicatrizar caía de nuevo y con menos movilidad por la cicatriz existente. Nebamón, oculista egipcio, recomendaba la utilización de la orina para abrir los párpados con resultados obviamente desalentadores.(14).

Con el tiempo los conocimientos acerca de la Blefaroptosis y sus causas, al sofisticarse han ido creando gran variedad de procedimientos quirúrgicos, logrando desde hace más o menos 50 años a la fecha resultados satisfactorios, en un 90o/o de los casos.

En la actualidad la mayoría de autores se inclinan a reconocer la utilidad de 3 procedimientos quirúrgicos de tipo general, de acuerdo a los tejidos involucrados en los mismos(8):

- I. Operaciones que utilizan el músculo elevador.
- II. Operaciones que utilizan el músculo frontal.
- III. Operaciones que utilizan el músculo recto superior.

CONSIDERACIONES GENERALES

EDAD DEL PACIENTE:

Existen desacuerdos sobre la edad ideal para intervenir un

paciente con Blefaroptosis, algunos autores opinan que la etapa ideal para esta corrección son los 4-5 años de vida, debido al desarrollo de los tejidos y que son fácilmente manipulables a esta edad. Sin embargo el consenso general es que el tiempo ideal para la intervención es cuando el cirujano cuenta con la suficiente información preoperatoria capaz de obtener. Regularmente un niño colabora al examen y aporta la información necesaria más o menos a los 3 años de edad.

INCISIONES:

La opinión general coincide en que las incisiones deben hacerse de manera que brinden suficiente campo operatorio y siguiendo las líneas de los pliegues cutáneos naturales.

Anestesia:

Generalmente se utiliza la anestesia general para este tipo de procedimientos, por las bondades que ofrece y su utilidad en sujetos de corta edad.

Existe una vieja regla que expone la situación quirúrgica de manera práctica(15): "La función del elevador es la fuerza primordial para levantar el párpado. Sin embargo si un párpado denota ptosis severa, combinado con un músculo elevador débil, es obvio que debe buscarse otra fuente de poder, ya que una resección del elevador no daría buen resultado. En este caso el músculo frontal es el indicado. Pero, si el músculo frontal no sirve para este fin, por paresia u otra razón, de deberá usar el recto superior, pero únicamente como único recurso".

I. OPERACIONES QUE UTILIZAN EL MUSCULO ELEVADOR

Un 70 u 80o/o de las operaciones utilizadas para la corrección de ptosis palpebral utilizan algún tipo de suspensión

del músculo elevador. Bowman en 1857 propuso la primera técnica de acortamiento del elevador y desde esa fecha la misma ha sufrido varias modificaciones. Blaskovics en 1923 propuso una técnica en la que se acortaba el tendón del elevador por medio de la resección de su porción terminal, y la vía de acceso era por conjuntiva, modificaciones de esta técnica están actualmente en uso.

La gran mayoría de casos de Blefaroptosis pueden ser satisfactoriamente tratados si se conocen dos variedades de este tipo de procedimiento: La técnica propuesta por Fasanella Servat en 1961 (Tarsectomía con acortamiento del músculo de Müller y la conjuntiva) con acceso por vía conjuntival y otro tipo de resección del elevador por vía cutánea, la técnica de Mustarde por ejemplo.

Las indicaciones para utilizar la técnica de Fasanella Servat se refieren en especial a los casos con ptosis leve (1.5 a 2 mm) en los que se haya demostrado buen pliegue palpebral y buena función del elevador, éstas son(9):

1. Ptosis Congénita Bilateral
2. Ptosis Congénita Unilateral
3. Después de la enfermedad
4. Posterior al Síndrome de Horner
5. Ptosis Miogénica o Senil
6. Ptosis adquirida tardía
7. Ptosis después de enucleación
8. Post-cirugía de órbita
9. Después de cicatrización palpebral
10. Conjuntivitis crónica
11. Posterior a corrección incompleta de Ptosis
12. Situaciones especiales

Las indicaciones para la intervención por vía cutánea varían según los autores, pero la idea es que debe hacerse con un

complemento conocimiento de las estructuras palpebrales por vía anterior. Arbitrariamente se ha descrito que una resección de 10 a 13 mm. del elevador es pequeña, de 14-17 mm. es moderada y 23 mm. o más es máxima. Siempre que se haga una resección del elevador es mejor pensar en sobrecorrección, ya que ésta tiene tratamiento médico, en cambio la Ptosis Residual únicamente se puede corregir con reintervención.

II. OPERACIONES QUE UTILIZAN EL FRONTAL

Fue utilizada y expuesta por primera vez por Dransart en 1880, o suspendiendo el párpado del músculo frontal con suturas inabsorbibles, luego se ha utilizado para esta suspensión gran variedad de materiales como sigue(15): Suspensión con fragmentos de piel (Panas, 1886); suspensión con tiras de músculo (Reese, 1924); suspensión con Bandas de Fascia Lata Autógena (Wright, 1922); suspensión con tiras de Tendon Autógeno (Inglaterra), suspensión con Bandas de Fibra Colágena Reconstituída (Iliff, 1963); suspensión con colgajos de Esclera; suspensión con trasplante de músculos corrugadores superficiales (Jones & Wilson, 1967). Todas ellas con cambios en distintos pasos de la técnica. La que tiene más aceptación de todas ellas, por el momento, es la técnica propuesta por S. Fox en 1966, utilizando Bandas de Fascia Lata Autógena (10)(5).

III. OPERACIONES QUE UTILIZAN EL MUSCULO RECTO SUPERIOR

Fue descrita por primera vez por Motais y Parinaud en 1897, utilizando un colgajo del recto superior y suturándolo al tarso. Ha sido modificada por Young (1924), Kirby (1928), Trainor (1935), Jameson (1937), Dickey (1936), Ellis (1943) y Verzella (1957).

La técnica de más aceptación es la modificación de Berke Motais (1949) (8), en la que se acorta el recto superior para

aumentar su poder y el fragmento redundante del tendón se utiliza para unir el párpado al recto superior. Las ventajas que ofrece este procedimiento son:

1. Tiende a minimizar la hipotrofia del músculo
2. La unión al párpado es amplia, con lo que evita el ensamblaje de la parte central.

Las indicaciones para este tipo de operaciones son pocas y como último recurso, ya que ésta ocasiona pérdida de los reflejos de parpadeo y en más de la mitad de los casos el peso excesivo del párpado y globo ocular ocasionan hipotrofia y diplopía.

COMPLICACIONES

Estas se presentan en la mayoría de casos y pueden ser evitadas con una buena evaluación preoperatoria y pleno conocimiento de la técnica quirúrgica a utilizar y las estructuras anatómicas. Estas pueden ser: Sobrecorrección, ptosis residual, lagofthalmos, queratitis por exposición, ectropión, entropión, pérdida de las pestañas, pérdida del contorno palpebral, prolapso conjuntival, deformidad del pliegue palpebral, inbalances musculares, hemorragia e infección.

EVALUACION POST-OPERATORIA

La evaluación de los resultados post-operatorios está basada en cinco principios:

1. La posición perfecta de ambos párpados en todas las posiciones y sin deformidad.
2. Que los movimientos reflejos palpebrales estén presentes y sincrónicos en ambos ojos.

3. Que exista simetría entre los pliegues palpebrales
4. Que no exista lagofthalmos durante el sueño
5. Que la córnea no esté expuesta.

IX. TRABAJO DE CAMPO

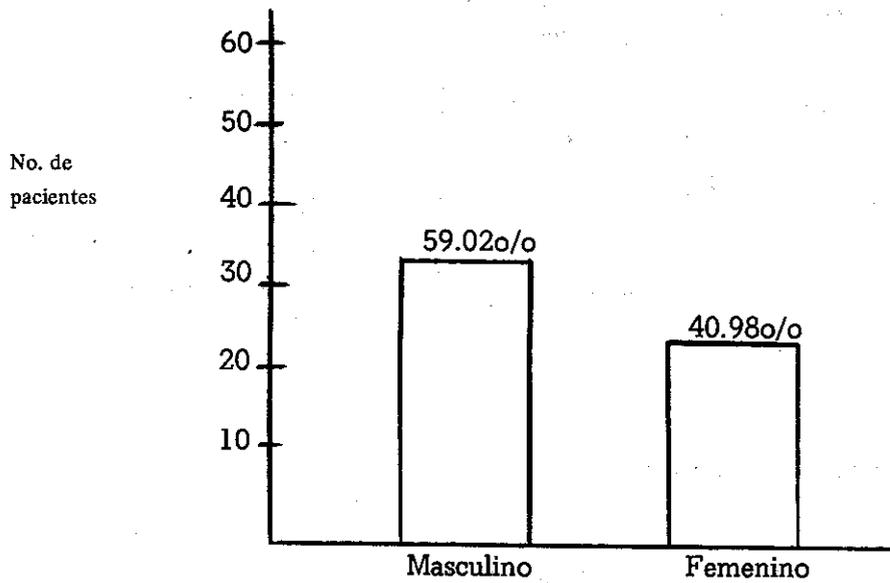
PRESENTACION DE DATOS

Los datos a presentar proceden de la revisión de los registros clínicos de los pacientes que asisten a la Consulta Externa del Hospital Rodolfo Robles V.

DISTRIBUCION POR SEXOS

	Casos	
Masculino	36	59.02o/o
Femenino	25	40.98o/o
		<hr/>
		100.00

CUADRO

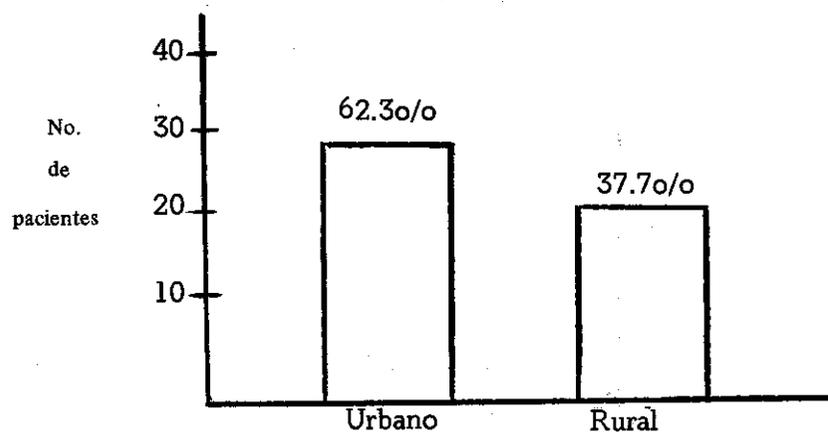


EDADES:

El caso reportado de menor edad fue 5 meses y el dato referente a mayor edad ocurrió en un paciente de 80 años.

PROCEDENCIA:	Urbano-Local	38 casos-62.3o/o
	Rural	23 casos-37.7o/o

CUADRO



OBSERVACIONES

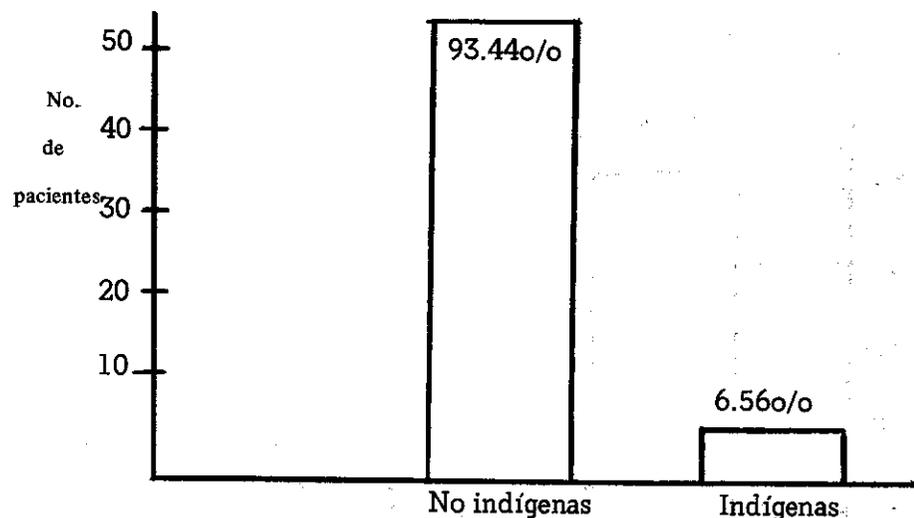
Los datos expuestos sobre procedencia de los pacientes, son alterados debido a que los pacientes declaran direcciones falsas.

RAZA:

La distribución de los pacientes por grupo étnico en los casos observados fue así:

Indígenas	4 casos - 6.56o/o
No indígenas	57 casos - 93.44o/o
	<hr/>
	61 100.00o/o

CUADRO



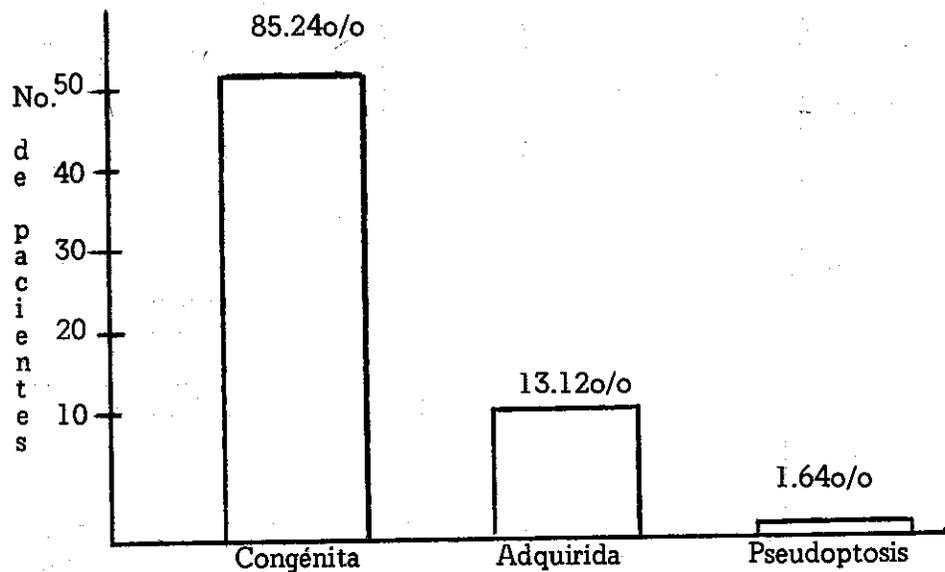
OBSERVACIONES:

La interpretación de este cuadro debe ser tomado con cautela, en vista de que la asignación del grupo étnico de los pacientes es enteramente subjetiva a juicio del personal encargado de recabar la información para la documentación.

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LOS CASOS ENCONTRADOS

	Casos	o/o
I. Congénita	52	85.24
II. Adquiridas	8	13.12
III. Pseudoptosis	1	1.64
	<u>61</u>	<u>100.00</u>

CUADRO

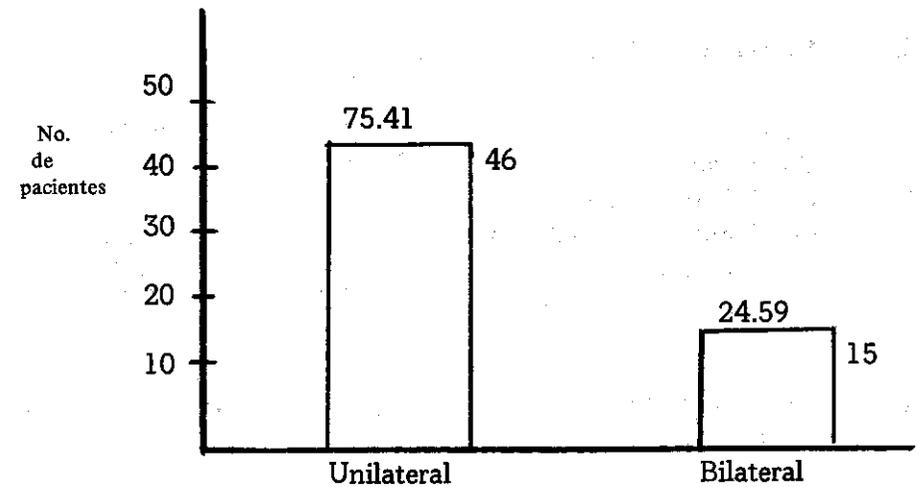


Representación de los órganos afectados:

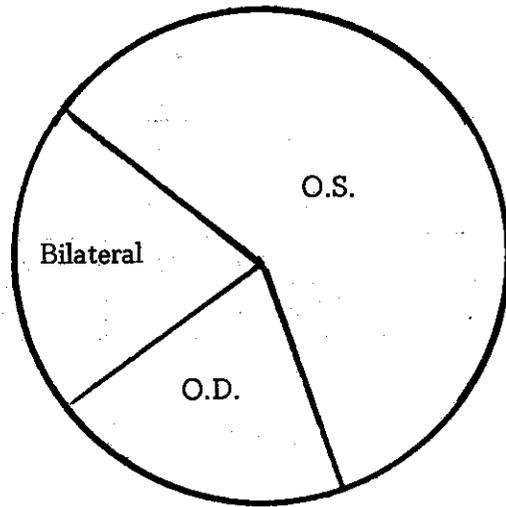
	Casos	o/o
Ptosis unilateral	46	75.41
Ptosis bilateral	15	24.59
	<u>61</u>	<u>100.00</u>

	OD	OS	=	
Unilateral	13	33	=	46
	21.31	54.10	=	75.41

CUADRO



Ptosis Unilateral + Bilateral
Detalle entre OS + OD



I. PTOSIS CONGENITA

	Casos	o/o
Simple	46	75.41
Complicada	2	3.28
Con Oftalmoplejía		
Con Sinkinesis (paradójica)	2	3.28
Con otras anomalías ^(*)	2	3.28
	<u>52</u>	<u>85.25</u>

(*) Este ítem incluye: Coloboma, entropión, síndrome mongoloide, Blefarofimosis, etc.

De estos 52 casos, 78.8o/o (41 casos) fueron unilaterales y el 21.2o/o (11 casos) fueron bilaterales.

II. PTOSIS ADQUIRIDA

	Casos	o/o
Neurogénica	1	1.64
Traumática	2	3.28
Senil	1	1.64
Miogénica	3	4.92
Mecánica	1	1.64
	<u>8</u>	<u>13.12</u>

De estos 8 casos: 4 casos (50o/o) fueron unilaterales y 4 casos (50o/o) bilaterales.

III. PSEUDOPTOSIS

Se encontró únicamente 1 caso (1.64o/o) con defecto unilateral.

OTROS DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

Conjuntivitis	3 casos
Tracoma	4 "
Esotropía	2 "
Exotropía	4 "
Dacriocistitis	2 "
Ampliopía	3 "
Ametropía	22 "
Tumor retrobulbar	1 "

TRATAMIENTO EFECTUADO

Quirúrgico	18 casos	29.50
Médico	22 "	36.10
Ninguno(*)	21 "	34.40
	<u>61 casos</u>	<u>100.00o/o</u>

(*) A este número de pacientes no se les efectuó TX alguno, por inasistencia a citas posteriores, no completar estudios, referencia a otro centro para atención.

TRATAMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO

Fasanella-Servat	5 casos
Resección elevador	12 "
Fijación a frontal	1 "
	<u>18 casos</u>

RESULTADO POST-OPERATORIO

	Sobrecorrección	Ptosis Residual	OK
Fasanella-Servat	0	3(*)	2
Resección elevador	1	1	10
Fijación a frontal	0	0	1
	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>13</u>

(*) 2 pacientes fueron reintervenidos efectuándoseles Resección del elevador.

COMPLICACIONES OBSERVADAS

Keratitis x exposición	1 caso
Úlcera corneal	1 "
Entropión	1 "
Fenómeno de Bell invertido	1 "
Granuloma x cuerpo extraño	1 "

EVOLUCION POST-OPERATORIA 6 MESES DESPUES

	Mejoraron	No mejoraron
Fasanella	4	1
Resección	11	1
Suspensión del frontal	1	0

RELACION ENTRE PTOSIS-ACCION DEL ELEVADOR Y PORCION DEL ELEVADOR RESECADA

Caso	A.E.	Ptosis	Resección Elevador	Resultado
1	3 mm	3 mm	20 mm	S. C.
2	3 mm	7 mm	16 mm	+
3	11 mm	5 mm	20 mm	+
4	3 mm	3 mm	14 mm	+
5	3 mm	6 mm	18 mm	+
6	5 mm	6 mm	18 mm	+
7	4 mm	10 mm	18 mm	+
8	2 mm	5 mm	14 mm	+
9	4 mm	5 mm	13 mm	+
10	2 mm	9 mm	22 mm	+
11	10 mm	4.5 mm	15 mm	+
12	7 mm	4 mm	18 mm	Ptosis Residual

Se observa que la variación entre porciones de la córnea cubiertas es entre 3 mm., y 10 mm., como mínimo y máximo respectivamente. Asimismo, la Acción del Elevador menor fue 2 mm., y la mayor de 10 mm., La menor porción del elevador resecada fue 13 mm., y la mayor 22 mm.

X. CONCLUSIONES

1. La Blefaroptosis es un padecimiento poco frecuente en nuestro medio, llegando a representar el 2.30/o de los pacientes que consultan al Hospital Rodolfo Robles.
2. No existe un criterio unificado para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Blefaroptosis.
3. Los registros clínicos adolecen de muchos defectos, ya que no brindan la información necesaria.
4. Debido a la calidad de los pacientes investigados, muchos no fueron sometidos al tratamiento quirúrgico necesario, debido a que no completaron los estudios preoperatorios.
5. La mayoría de casos detectados pertenecían a Blefaroptosis Congénita (85.25o/o), según bibliografía consultada.
6. La mayoría de casos detectados de Blefaroptosis Congénita Simple son Unilaterales (62.30/o).
7. Los casos sometidos a cirugía solo ascienden al 29.50/o, en contra de lo recomendado por la bibliografía.
8. El tratamiento médico utilizado en el resto de pacientes no pudo ser evaluado, debido a falta de información posterior.
9. La técnica quirúrgica más utilizada fue la resección del músculo elevador.
10. La técnica quirúrgica que reportó más complicaciones fue la de Fasanella-Servat, con un porcentaje de 44.4 por ciento de todas las complicaciones observadas.

11. La mayoría de resecciones del elevador efectuadas fueron del tipo máximo, de acuerdo a la bibliografía, con buena función del elevador y resultados post-operatorios satisfactorios.
12. Es necesario una mayor difusión del carácter de esta entidad, para lograr un diagnóstico precoz y facilitar un tratamiento efectivo.

XI. RECOMENDACIONES

1. Debe hacerse énfasis en el buen manejo de la ficha oftalmológica, para que sea un instrumento de utilidad.
2. La edad adecuada para el tratamiento quirúrgico de la Blefaroptosis es de los 2 a 3 años de edad; mientras tanto deberá utilizarse otro método para evitar la ambliopía.
3. Utilizar en los sucesivos la clasificación de Blefaroptosis propuesta en este trabajo, ya que es la más completa hasta la fecha.
4. Ampliar la cobertura a este tipo de pacientes, a través de campañas de divulgación a nivel escolar y comunal.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. DUKE-ELDER, Stewart
Textbook of Ophtalmology
London G. B. ed. Henry Kimpton. 1952
Vol. V. The Ocular Adnexa
2. WOLFF, Eugene
Anatomy of the Eye and Orbit
5a. Edición. Philadelphia W. B.
Saunders Company. 1961
3. DONALDSON, David D.
Atlas of External Disease of the Eye
Vol. II. Diseases of the Lids, Conjunctive and Adnexa
Saint Louis 1968. The C.V. Mosby Company.
4. SCHELE, Harold y Daniel M. Albert
Oftalmología
8a. Edición traducida al español por Luis A. Méndez
México. Editorial Interamericana, 1969.
5. ARGAMASO, R.V., LEWIN, M. L.
Fascia Lata Sling in Blepharoptosis:
Enhancement of Result by Postoperative Adjustement
Journal of Pediatric Ophthalmology
13 (1): 51-55, Jan. 1976.
6. FOX, Sidney A.
A New Ptosis Clasification
Late Spontaneous Ptosis
Arch Ophthalmol
88: 59)-593. Dec. 1972.
7. FOX, Sidney A.
Surgery for Progresive Familial Myopathic Ptosis
Annals of Ophthalmology

1: 1033-1039. Sept. 1071.

8. BERKE, R.N., CHANDLER, A.C.
Surgical Treatment of Congenital and Acquired
Blepharoptosis.
Trans. Amer. Acad. Ophthal. Otolaring.
C. 10. 1971.

9. FASANELLA, R.M.
Levator Resection For Minimal Ptosis
The Fasanella-Servat Operation 1971
Trans. Amerc. Acad. Ophthal. Otolaryng
C. 134. 1971.

10. FOX, S.A.
Congenital Ptosis
II Frontalis Sling
Journal Pediatric Ophthalmology
1: 24. 1966.

11. FOX, S.A.
The Palpebral Fissure
American Journal Ophthalmology
62 (1): 73-78. 1966.

12. FOX, S.A.
Congenital Ptosis
Trans Amerc. Acad. Ophthal. Otolaring
C 144. 1971.

13. JOHNSON, Carl C.
Ptosis
Trans. Amer. Acad. Ophthal. Otolaring
C. 164. 1971.

14. SOUBIRAN A., KEARNEY J.
El Diario de la Medicina
Ira. Edición traducido al español por Ramón Masoliver
Ed. Interamericana.
1: 20. 1963.

15. BEARD, CROWELL
Ptosis
Saint Louis. The C. V. Mosby Company. 1969.

16. BEESON, P.B. & W. McDermott, Cecil-Loeb
Textbook of Medicine
Décimotercera edición, traducida al español por
Adolfo Folch y Pi.
Ed. Interamericana. 1972.

17. KEMPE, C. H. Silver, H. K. et al.
Pediatric Diagnosis & Treatment
3ar. Edition
Lange Medical Publications. 1974.

18. HILL, George J.
Outpatient Surgery
Philadelphia W. B. Saunders
Company. 1973.

[Handwritten signature]

Br. Jorge Alfredo Solórzano Benítez

[Handwritten signature]

Aesor

Mario Roberto Curley P.

[Handwritten signature]

Revisor

Dr. Marco Antonio Celada T.

[Handwritten signature]

Director de Fase III

Julio De León M.

[Handwritten signature]

Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Bo.

[Handwritten signature]

Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo