

Blefaroplastia de párpado superior

Upper eyelid blepharoplasty

Hugo Moreno,¹ Ana Paula Sánchez Stieb,² Fabiana Cergneux² y Mauro Coringrato³

RESUMEN

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción del exceso de piel palpebral y/o músculo orbicular, asociada o no a la escisión de las bolsas de grasa. Puede realizarse por motivos cosméticos, funcionales o reparadores. Es importante para el dermatólogo cirujano conocer la anatomía del área palpebral y las diversas técnicas quirúrgicas que allí se pueden aplicar, como también saber resolver las posibles complicaciones. La blefaroplastia del párpado superior es una técnica sencilla, con escasas complicaciones y excelentes resultados, que produce satisfacción tanto a los pacientes como al médico (*Dermatol. Argent., 2015, 21 (1): 71-75*).

Palabras clave:

blefaroplastia, párpado superior, cirugía de párpado superior.

ABSTRACT

Blepharoplasty is a surgical procedure that involves the removal of excess eyelid skin and / or orbicularis muscle, associated or not with fat pads excision. It can be performed for cosmetic, functional or repair reasons. It is important for the surgeon dermatologist to know the anatomy of the eyelid area and the various surgical techniques that can be applied well to know how to resolve potential complications. The upper eyelid blepharoplasty is a simple technique with few complications and excellent results, which provides satisfaction to both patient and physician (*Dermatol. Argent., 2015, 21 (1): 71-75*).

Keywords:

blepharoplasty, upper eyelid, upper eyelid surgery.

Fecha de recepción: 26/02/2015 | **Fecha de aprobación:** 30/03/2015

¹ Médico dermatólogo

² Médica dermatóloga concurrente

³ Médico de planta dermatólogo

Servicio de Dermatología, Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz, Uspallata 2272, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Fabiana Cergneux. pinic7@hotmail.com

Introducción

La dermatocalasia corresponde al exceso de piel en el párpado superior (foto 1), inferior o en ambos, y también puede incluir la abundancia de grasa e hipertrofia del músculo orbicular de los párpados. Con el envejecimiento puede haber una progresión de la dermatocalasia, que además de ser un problema estético, en algunos casos produce sensación de peso en los ojos, dificultad para elevar el párpado, incluso puede provocar disminución de la agudeza visual por obstrucción mecánica del campo.

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de exceso de piel palpebral y/o músculo orbicular asociada o no a la escisión de las bolsas de grasa. Puede realizarse por motivos cosméticos, funcionales o reparadores.

Como la dermatocalasia es un problema que compromete la piel de los párpados, consideramos que es importante que el dermatólogo cirujano esté preparado para poder resolverla. Es por eso que en este trabajo describimos una técnica sencilla de blefaroplastia del párpado superior.

Antes de realizar una blefaroplastia es necesario hacer una buena anamnesis e historia clínica del paciente, con una evaluación cuidadosa de la anatomía orbitaria, periorbitaria y facial. El examen de la posición de las cejas es esencial; si hubiera ptosis, debería corregirse previamente. También se debe tener en cuenta el aspecto psicológico del paciente y el grado de sus expectativas.

Algunas enfermedades oculares pueden influir directamente en la cirugía, por ejemplo glaucoma, diplopía, blefaritis, alergias, blefaroespasma, angioedema y síndrome de ojo seco. En estos casos es indispensable la evaluación del oftalmólogo.

Se describe a continuación la técnica quirúrgica, con un repaso previo de la anatomía local para una mejor comprensión.^{1,2}

Anatomía

Los párpados están constituidos por 7 planos superpuestos, que de adelante hacia atrás son: piel, tejido conectivo laxo, capa de músculo estriado (músculo orbicular del ojo), nuevamente una capa de tejido conectivo laxo, un plano fibroelástico o tarso (constituye la estructura esquelética de los párpados, dándoles su forma y firmeza), una capa de fibras musculares lisas (conocido como músculo orbitario, tarsal o de Müller, el cual tiene una acción sinér-

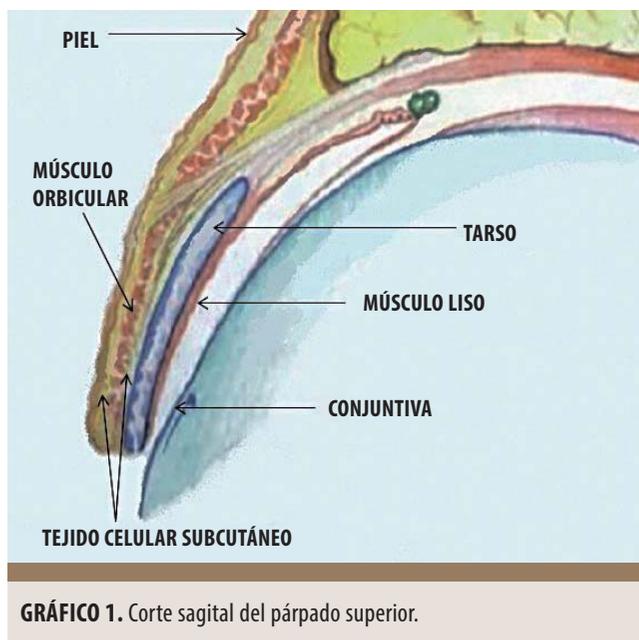


GRÁFICO 1. Corte sagital del párpado superior.

gica con el músculo elevador del párpado) y la conjuntiva (membrana mucosa delgada y lisa que cubre la cara profunda de los párpados) (gráfico 1). En la blefaroplastia se trabaja hasta el tercer plano sin comprometer estructuras más profundas.

Los párpados tienen dos caras, una anterior y otra posterior, separadas por la “línea gris”, que corresponde a la desembocadura de las glándulas de Meibomio en el borde libre palpebral.

La cara anterior del párpado superior está dividida por un surco curvo-cóncavo llamado surco palpebral, en dos partes: una inferior, ocular o tarsal y otra superior, denominada porción orbitaria, que en profundidad corresponde a la grasa de la cavidad orbitaria.

La cara posterior es lisa-cóncava y está compuesta por la conjuntiva.

El párpado superior contiene dos almohadillas de grasa: una medial y otra central. Están separadas por el músculo oblicuo superior. La almohadilla de grasa medial tiene un color más claro, consistencia más firme y es vecina de la rama terminal de la arteria oftálmica, la cual hay que tener en cuenta durante la cirugía para no dañarla y así evitar sangrado y hematomas. La glándula lagrimal se encuentra en la porción lateral del párpado superior y hay que tener cuidado para no confundirla con la bolsa de grasa medial.³⁻⁵

Técnica quirúrgica

Paso 1, marcación. El diseño de la incisión de la blefaroplastia depende de la forma de los párpados y de la cara del individuo. El paciente debe estar sentado. Las líneas de incisión se marcan con un lápiz dermatográfico, previa limpieza de la piel con clorhexidina. Se dibuja una elipse, cuya línea inferior debe seguir el trazado normal del surco palpebral, comenzando aproximadamente 3 o 4 mm por fuera del canto externo y continuando hacia la zona interna hasta 4 mm por encima del punto lagrimal. La línea superior se consigue uniendo los puntos de marcación que se obtienen a nivel medial, central y lateral, usando una pinza sin dientes, con la que se toma la piel redundante desde el surco palpebral hacia arriba. Si también existe exceso de piel en la región cantal externa, el marcado se completará haciendo que la elipse termine en forma oblicua hacia arriba y hacia afuera (foto 2).

Paso 2, anestesia. Luego de la marcación, el paciente se coloca en posición de decúbito dorsal y se procede a realizar anestesia local mediante la infiltración de lidocaína al 2% y epinefrina al 1:100.000. En nuestro Servicio se prefiere la técnica de anestesia tumescente, que consiste en la infusión de una mezcla de adrenalina, lidocaína, solución fisiológica y bicarbonato (tabla 1), porque además de una adecuada anestesia, otorga mayor firmeza, produce diseción de los planos y disminuye el sangrado operatorio y post operatorio (foto 3).

Paso 3, escisión cutánea. La primera incisión debe hacerse con el bisturí en el pliegue palpebral, cortando suave y firmemente la piel, cuidando de no lesionar el músculo elevador del párpado que está próximo a la superficie cutánea. La segunda incisión sigue la línea curva superior. La tercera incisión es la prolongación lateral del párpado desde el canto externo hacia la parte lateral y superior de la ceja. Después se extirpa y disecciona la piel delicadamente

TABLA 1. Anestesia tumescente

Adrenalina	0,25 ml
Lidocaína 2%	12,5 ml
Bicarbonato	4 ml
Solución fisiológica	250 ml

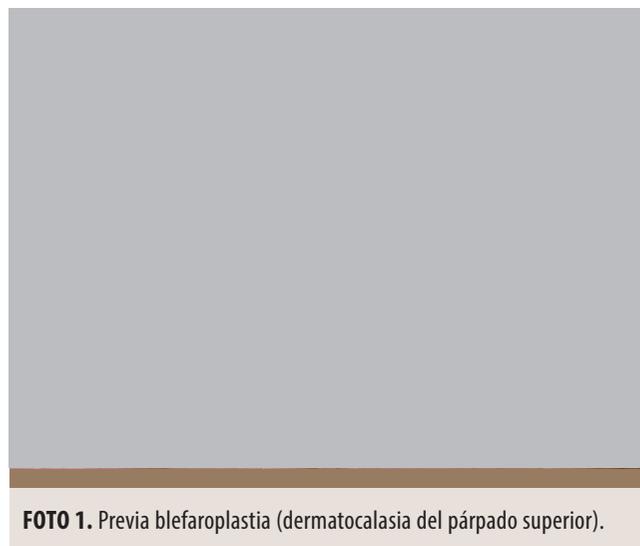


FOTO 1. Previa blefaroplastia (dermatocalasia del párpado superior).



FOTO 2. Marcación con lápiz dermatográfico.



FOTO 3. Anestesia con técnica tumescente.

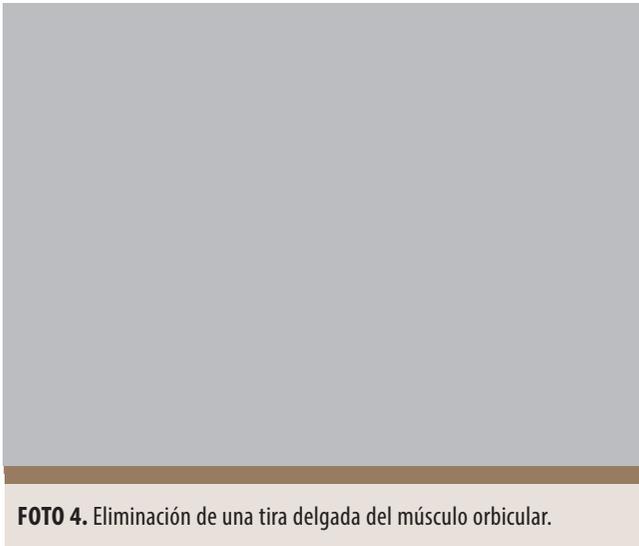


FOTO 4. Eliminación de una tira delgada del músculo orbicular.



FOTO 5. Resección de grasa.



FOTO 6. Sutura simple no reabsorbible.

con una tijera iris curva, tomándola con una pinza con dientes desde un extremo de la elipse.

Es importante realizar hemostasia de los vasos sangrantes mediante el uso de radiofrecuencia con pinza bipolar.

Algunos autores proponen la eliminación de una tira delgada, de aproximadamente 2 a 4 mm de ancho, de la parte superior del vientre del músculo orbicular, si es que éste fuera redundante o hipertrófico, con el fin de ayudar a definir mejor la región supratarsal.⁶ Mientras que otros consideran que no hay evidencia científica que apoye la eficacia de esta técnica, e incluso advierten que este paso puede contribuir al vaciamiento indeseado de la órbita superior⁷ (foto 4).

Paso 4, resección de grasa. Es importante la eliminación de aproximadamente un 50% de las bolsas de grasa nasal y medial, sólo lo suficiente para no correr el riesgo de provocar una concavidad exagerada en la región.

Para mejor visualización de las bolsas de grasa, se realiza una incisión con tijera en el músculo orbicular y en el septo orbicular subyacente, siguiendo el sentido de sus fibras. Una vez identificadas, se traccionan suavemente con pinza Adson y se las infiltra con una pequeña cantidad de anestesia. Luego se las agarra con pinza Kelly curva y se realiza su destrucción con coagulación (foto 5).

Las almohadillas adiposas deben ser manipuladas con mucho cuidado para no dañar los vasos retroseptales que las irrigan, y evitar así el sangrado de los mismos.

Paso 5, cierre. La incisión de la blefaroplastia puede cerrarse con suturas absorbibles o no reabsorbibles. Con puntos simples o continuos (foto 6). La cicatriz será menos ostensible si se cierra meticulosamente la incisión y se retiran oportunamente las suturas al cabo de 5 a 7 días (foto 7). Nosotros obtenemos buenos resultados haciendo puntos simples a una distancia aproximada de 3 mm uno de otro, con nailon 6 ceros. Se toman con delicadeza ambos bordes libres de la herida y se los retira a los 7 días. Inmediatamente después de la sutura se coloca sobre la herida vaselina sólida y se cubre con un apósito de gasa durante 24 horas. Se indica reposo en domicilio y analgésico oral, según dolor. La primera curación se hace al día siguiente. Allí se limpia la herida quitando delicadamente las costras con gasa húmeda con solución fisiológica y luego se deja la herida sólo cubierta con vaselina. Tras la blefaroplastia es común que exista un grado variable de equimosis y edema durante una semana. El uso de bolsas de hielo, restricción de la actividad física y elevación de la cabeza pueden acelerar la recuperación.⁸⁻¹²

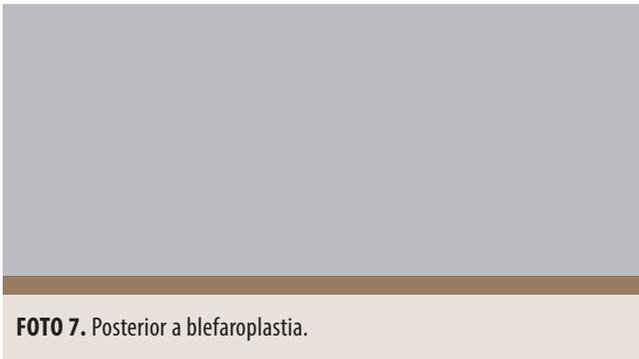


FOTO 7. Posterior a blefaroplastia.

Complicaciones

Las complicaciones son raras, pero pueden incluir lo siguiente: asimetría, fibrosis cicatrizal, infecciones, exposición corneal, lagofthalmos y ceguera.

La complicación más frecuente es la asimetría. La mejor táctica para evitarla es el marcado preoperatorio. La fibrosis cicatrizal y las infecciones son poco frecuentes. Muchos pacientes experimentan una exposición corneal inferior de grado leve durante el post operatorio precoz, que se resuelve cuando se recupera la función del orbicular. La ceguera secundaria a hemorragia post operatoria rara vez ocurre. Si el paciente experimenta molestias importantes o tumefacción palpebral marcada durante las primeras 24 horas, debe ser atendido de inmediato, y la abertura de la herida quirúrgica y evacuación de la hemorragia pueden restaurar la visión perdida.

Puede producirse diplopía post operatoria transitoria o permanente, ocasionada por hematoma, quemosis, anestesia local o daño del oblicuo mayor cuando se realiza una cauterización exagerada en el cuadrante superior nasal al extraer las almohadillas de grasa.

Una complicación común luego de la blefaroplastia es el lagoftholmo, que en la mayoría de los casos es transitorio y se resuelve con tratamiento conservador como lubricación y oclusión de los párpados. Pero si a pesar de la terapia conservadora el problema persiste luego de seis meses, será necesario hacer un injerto de piel.

También puede presentarse exceso de tejido cantal, en ambos lados, pero es más común en el medial. Es el resultado de alargar la incisión de piel en demasía hacia el centro y cerca del margen o de extirpar tejido de manera exagerada.¹²⁻¹⁵ Es posible resolverlo haciendo pequeñas resecciones de piel luego de unos meses de la blefaroplastia.

Conclusiones

La blefaroplastia del párpado superior es una técnica quirúrgica sencilla, que puede ser incorporada al arsenal terapéutico del dermatólogo cirujano con entrenamiento y conocimiento de la anatomía de la región periocular. Las complicaciones son escasas y en general, de bajo nivel de gravedad. Sus resultados producen grandes satisfacciones tanto a los pacientes como al médico.

Bibliografía

1. Cho I. Aging Blepharoplasty, *Arch. Plast. Surg.*, 2013, 40: 486-491.
2. Jeffrey A., Nerad M.D. Alteraciones involutivas periorbitarias: dermatocalasia y ptosis de cejas. *Cirugía oculoplástica, los requisitos en oftalmología*, Ed. Elsevier, España, 2001, 120-155.
3. Chen M.C., Ma H., Liao W.C. Anthropometry of pretarsal fullness and eyelids in oriental women, *Aesthetic Plast. Surg.*, 2013, 37: 617-624.
4. Hwang K. Surgical anatomy of the upper eyelid relating to upper blepharoplasty or blepharoptosis surgery, *Anat. Cell Biol.*, 2013, 46: 93-100.
5. Rouviere H., Delmas A. *Órgano de la visión. Anatomía humana*, Masson, 1999, 329-338.
6. O'Doherty M., Joshi N. The "bespoke" upper eyelid blepharoplasty and brow Rejuvenation, *Facial Plast. Surg.*, 2013, 29: 264-272.
7. LoPiccolo M.C., Mahmoud B.H., Liu A., Sage R.J. et al. Evaluation of orbicularis oculi muscle stripping on the cosmetic outcome of upper lid blepharoplasty: a randomized, controlled study, *Dermatol. Surg.*, 2013, 39: 739-743.
8. Zorab R., Straus H., Arturo C., Tanka S. Malposiciones periorbitales y cambios involutivos. *Órbita, párpados y aparato lagrimal*, Elsevier, España, 2012, 222-240.
9. Costa Palermo E. Blefaroplastia superior. Dos Reis Gadelha A; Carvalho Costa I. *Cirugía Dermatológica em Consultorio*, 2ª edición, Ed. Atheneu, Sao Pablo, 2009, 843-866.
10. Kim S.S. Effects in the upper face of far east Asians after Oriental blepharoplasty: a scientific perspective on why Oriental blepharoplasty is essential, *Aesthetic Plast. Surg.*, 2013, 37: 863-868.
11. Moon K. C., Yoon E.S., Lee J. M. Modified double-eyelid blepharoplasty using the single-knot continuous buried non-incisional technique, *Arch. Plast. Surg.*, 2013, 40: 409-413.
12. Prischmann J., Sufyan A., Ting J.Y., Ruffin C. et al. Dry eye symptoms and chemosis following blepharoplasty: a 10-year retrospective review of 892 cases in a single-surgeon series, *JAMA Facial Plast. Surg.*, 2013, 15: 39-46.
13. Weissman J.D., Most S.P. Upper lid blepharoplasty, *Facial Plast. Surg.*, 2013, 29: 16-21.
14. Adam M., Terella T.D., Wang M. Complications in periorbital surgery, *Facial Plast. Surg.*, 2013, 29: 64-70.
15. Stanciu N. A., Nakra T. Revision blepharoplasty, *Clin. Plast. Surg.*, 2013, 40: 179-189.