

de Abullarade, J.

Reconstrucción completa y dinámica del párpado superior

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 153-157

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533930006>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,

ISSN (Versión impresa): 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Reconstrucción completa y dinámica del párpado superior

Complete and dynamic upper eyelid reconstruction



de Abullarade, J.

de Abullarade, J.*

Resumen

La reconstrucción de un defecto completo de párpado superior puede llegar a ser una tarea difícil por su complejidad; depende del tejido remanente con que contemos para poder lograr un resultado anatómico, funcional y estético. Siempre hemos de tener como principal objetivo la protección del globo ocular pero sin olvidar que el resultado estético es también muy importante para el paciente.

Describimos la técnica reconstructiva empleada en un caso de gran defecto palpebral y realizada en un solo tiempo quirúrgico, que nos condujo a lograr un resultado dinámico en el párpado y a la vez estético con gran satisfacción por parte de la paciente.

Abstract

The reconstruction of a complete defect of the upper eyelid can be a difficult task due to its complexity, according to remain tissue at the time of the reconstruction, in order to achieve an anatomical, functional and aesthetic result. Since the main objective is to protect the eyeball, we must not forget that aesthetics is also important to the patient.

This article reports a reconstructive technique in one stage used in a clinical case, with dynamic and aesthetic result on the total eyelid reconstruction and complete patient's satisfaction.

Palabras clave Párpado,
Reconstrucción palpebral.

Código numérico 221-2441-158330

Key words Eyelid,
Eyelid reconstruction.

Numeral Code 221-2441-158330

* Cirujano Plástico.

Introducción

Los tumores malignos de los párpados constituyen cerca del 40% de todos los carcinomas de la región orbital. Cerca del 90% de los casos afectan el párpado inferior y al canto medio. Del 73 al 90% son carcinomas basocelulares, los cuales raramente dan metástasis (en el rango de 0.02 a 0.1), pero que se caracterizan por un crecimiento constante y progresivo con tendencia a infiltrar los tejidos adyacentes. Menos comunes son el carcinoma espinocelular y el melanoma que presentan alta malignidad local y especialmente este último, elevada tendencia a metastatizar (1).

El tratamiento de elección frente a los tumores palpebrales es el quirúrgico, y consiste en la resección radical del tumor llegando a bordes quirúrgicos de tejido sano. Se cree que con 3 a 4 mm de margen libre se logran bordes sanos en el carcinoma basocelular (2).

La reconstrucción del párpado superior es una de las más complejas y exige no solo un buen resultado estético, sino también funcional debido a que es preciso mantener la integridad de la córnea y la visión del ojo involucrado, y para ello lograr restaurar la función completa y normal del párpado afectado.

Por otro lado, si bien el cáncer de piel del párpado superior es mucho menos común que el del párpado inferior, la reconstrucción del párpado superior es mucho más importante debido a su principal papel protector de la córnea durante el parpadeo y el cierre ocular (3). Este tipo de reconstrucción continúa siendo un gran reto para el cirujano plástico; solo el simple hecho de la localización anatómica hace difícil este reto, no digamos la compleja y única estructura del párpado.

En este artículo presentamos un caso de resección completa del párpado superior en el que el carcinoma basocelular había infiltrado la totalidad del mismo; la reconstrucción se hizo con tejidos locales a pesar de la complejidad del caso, diseñando un colgajo de avance órbiculo-tarsal-conjuntival, con un excelente resultado estético, funcional y dinámico del párpado superior.

Existen factores determinantes en la reconstrucción del párpado superior, como son la extensión horizontal del defecto y la cantidad de placa tarsal remanente (3). Tomando como base estos factores, diseñamos un colgajo de avance que, al liberar el ligamento del canto externo, nos permitía avanzar también el tarso remanente y no solo el tejido remanente de la lamela superior, de forma que al prolongar la incisión temporalmente, a la vez avanzamos una porción del músculo orbicular que al unirlo con las estructuras elevadoras del párpado, hacen que éste sea completamente funcional y dinámico.

Caso clínico

Mujer de 87 años de edad referida a nuestro Servicio de Cirugía Plástica por Dermatología con diagnóstico de carcinoma basocelular en el párpado superior izquierdo comprobado por biopsia en parafina (Fig. 1). Se programa para resección quirúrgica tumoral que abarca el 80% del párpado superior, resecando el tumor con márgenes libres de 3 mm alrededor y se envía la muestra para biopsia por congelación. En el defecto resultante quedó expuesto el tarso; el 90% de la piel del párpado con músculo orbicular palpebral se extirpó al observar que estaba infiltrado por el tumor (Fig. 2).

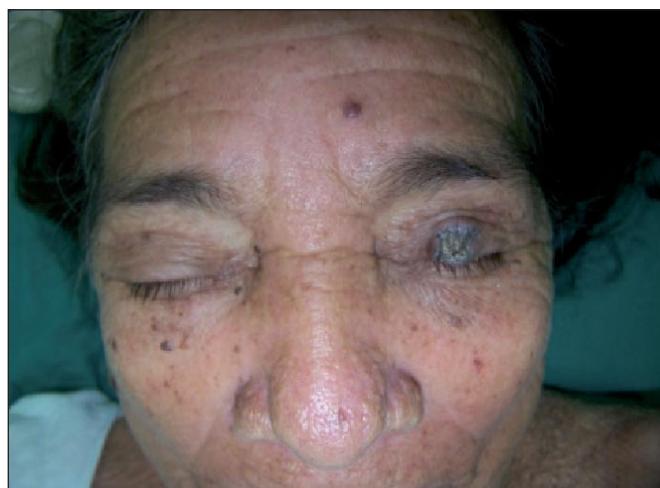


Fig. 1. Carcinoma basocelular que abarca casi la totalidad del párpado superior del ojo izquierdo.



Fig. 2. Resección tumoral exponiendo la placa tarsal; la biopsia por congelación informó de afectación tumoral remanente en tarso y borde derecho.

Anatomía Patológica nos indicó que los límites quirúrgicos derecho y del tarso eran positivos, por lo que tuvimos que extirpar estas zonas casi en su totalidad.

Viéndonos obligados a resecar el párpado superior prácticamente en su totalidad, quedaba un remanente del 10% en el lado izquierdo en el que se podía observar una pequeña porción de tarso de 4 mm x 5 mm y unas pestañas (Fig. 3).

Se pensó en trazar un colgajo dinámico, que en su momento se diseñó hacia el lado temporal con base en la arteria temporal (Fig. 4) izquierda siguiendo un curso céflico, pensando en lograr una mayor disponibilidad de tejido y bordeando la piel cabelluda temporal izquierda.

Incidimos el colgajo incluyendo músculo orbicular de los párpados y el remanente de conjuntiva y tarso y se desarticuló del canto externo del ojo para poder avanzarlo hacia el defecto. Al realizar esta maniobra, el colgajo órbiculotarsocconjuntival se pudo avanzar fácilmente y se procedió a su sutura con las estructuras remanentes. La conjuntiva del colgajo se suturó con la conjuntiva remanente usando vicryl 6-00, y después se procedió a reparar el remanente de tarso del colgajo con el complejo musculoaponeurótico elevador del párpado, suturando la porción pretarsal y orbital del músculo orbicular del párpado del colgajo a la porción preseptal del músculo orbicular del párpado con polipropileno 6-00 proximalmente; distalmente, se alineó el margen del párpado con los remanentes de la placa tarsal y de la conjuntiva: porción

pretarsal del músculo orbicular del párpado y piel con el remanente de conjuntiva y de porción orbital del músculo orbicular del párpado empleando vicryl 5-00 y alineando con precaución la línea gris y la línea de las pestañas a la parte medial. Finalmente, suturamos la piel con nylon 6-00 (Fig. 4 y 5). El canto externo se reparó con polipropileno 3-00.

RESULTADOS

La paciente presentó en el postoperatorio inmediato edema por alteración del drenaje linfático del párpado superior en la reconstrucción, que se mantuvo hasta un mes después, momento en el que se inició masaje suave de drenaje obteniendo una importante mejoría. No se reportó infección, ni dehiscencia, ni sequedad ocular ya que el sistema de drenaje lagrimal quedó intacto.

En los controles a 6, 12 y 24 meses, la paciente abre y cierra el ojo, parpadea y guña con un movimiento completo. Tampoco se ha evidenciado recurrencia del tumor durante el periodo de seguimiento. La paciente se muestra satisfecha con el resultado final obtenido, tanto estética como funcionalmente (Fig. 6).

Discusión

La reconstrucción completa de párpado superior se practica fundamentalmente mediante colgajo Cutler-Beard o colgajo puente (4) y colgajo de Mustardé que se basa en la porción central del párpado inferior (5). Ambos requieren dos tiempos quirúrgicos para su realización. El colgajo que presentamos se realiza en un solo tiempo, reparando todas las estructuras del párpado al avanzar tanto la lamela anterior como el tarso remanente, y evitando al mismo tiempo las complicaciones propias de los colgajos Cutler Beard y Mustardé como son el endoprión, la retracción del párpado inferior y la cicatriz retráctil, además de que precisan oclusión temporal del ojo y añaden una herida en el párpado inferior (6).



Fig. 3. Vistas del párpado superior del ojo izquierdo tras la resección, una vez que la biopsia por congelación indicó que todos los límites quirúrgicos eran negativos. Se puede observar el remanente de tarso de 4 x 5 mm y la porción de pestañas que se incluyeron en el colgajo, así como el diseño del colgajo órbiculotarsocconjuntival.



Fig. 4 y 5. Vistas frontal y oblicua izquierda del colgajo órbiculotarsocconjuntival. Se puede observar como sobresale la porción remanente de tarso de 4 x 5 mm y la porción remanente de pestañas.





Fig. 7. Postoperatorio a los 3 meses. Observamos la dinámica del párpado con excelente resultado anatómico-fisiológico-estético.

O'Donnell y Mannor recomiendan el avance del colgajo tarsconjuntival del párpado superior (3), pero a diferencia de este colgajo, el nuestro avanza parte del músculo orbicular del párpado al prolongarse hacia la porción temporal y además no necesita colocar un injerto de piel sobre el colgajo tarsconjuntival. Esto supone una ventaja puesto que hace que la reconstrucción practicada sea dinámica, permitiendo la apertura y oclusión del párpado.

En nuestro caso contamos con la ventaja de tener un remanente de tarso en el colgajo suficiente como para dar soporte al párpado, tal y como se puede comprobar con las imágenes; de otra manera hubiéramos tenido que emplear injerto de cartílago para reponer esta estructura, que también encontraría lugar ya que el colgajo es un colgajo axial y no al azar, ventaja que permite integrar cualquier injerto de cartílago que sea necesario.

Están descritas diversas técnicas para la reconstrucción completa de párpado superior, algunas de las cuales hemos mencionado al inicio de esta discusión; además también conocemos la posibilidad de usar transferencias de colgajos libres como las descritas por Thai y col. (7). Pero sabemos que para lograr un resultado estético y funcional debemos trabajar con los tejidos circundantes que son los más similares a los tejidos palpebrales y los que nos van a permitir respetar en la reconstrucción las características anatómicas específicas que hacen falta para completar el párpado dañado.

El conocer y tener en cuenta cualquiera de las técnicas descritas nos ayuda a planificar una técnica propia, como es el caso del colgajo de avance órbiculo-tarsconjuntival que presentamos, de acuerdo a las necesidades del paciente en ese momento, analizando cuidadosamente el caso y los tejidos residuales con los que contamos en ese momento. De esta forma podremos alcanzar el éxito, no solo estéticamente, sino también logrando una reconstrucción palpebral dinámica y en un solo tiempo quirúrgico.

Conclusiones

En comparación con otras técnicas descritas para la reconstrucción completa del párpado superior, creemos que con el colgajo que describimos alcanzamos un resultado superior, evitando el sacrificio del párpado inferior y por lo tanto, evitando riesgo y morbilidad añadida como por ejemplo, la que supone ocluir el ojo temporalmente, el endoprión o la cicatriz en el párpado inferior.

La reconstrucción de los párpados es de las más difíciles y retadoras para un cirujano plástico, y en particular la reconstrucción del párpado superior, que siendo la menos frecuente, es mucho más compleja debido al poco tejido funcional con el que se cuenta. La movilidad espontánea del párpado es extremadamente demandante, y el diseño reconstructivo que empleemos debe cubrir por completo al globo ocular tanto en la estética (mientras el paciente duerme) como en la dinámica. Alcanzar una función palpebral completa, que es básica en la fisiología ocular, se debe hacer idealmente utilizando tejido circundante siempre que esto sea posible, ya que es el tejido más similar al tejido palpebral. Nuestra técnica de avance del colgajo órbiculo-tarso-conjuntival es ideal para lograr esta meta y supone una herramienta más dentro del arsenal de alternativas técnicas en un solo tiempo quirúrgico que el cirujano plástico-reconstructivo debe conocer.

Dedicatoria

En memoria de mi amado esposo, el Dr. José Eduardo Abullarade Dahbura, 1956-2012.

Dirección del autor

Dra. Jezabel de Abullarade
Servicio de Cirugía Plástica
Unidad Médica Atlacatl-Hospital Roma del Instituto
Salvadoreño del Seguro Social
San Salvador, El Salvador.
e-mail: drdeabullarade@yahoo.com

Bibliografía

1. Wojcicki, P., Zachara, M.: Surgical Treatment of Eyelid Tumors. *J. of Craniofac. Surg.* 2010, 21 (2):520-525.
2. Su, S., Giorlando, F., Ek, E., Dieu, T.: Incomplete Excision of Basal Cell Carcinoma: A Prospective Trial. *Plast. Reconst Surg.* 2007, 120 (5): 1240-1248.
3. O'Donnell, B.A., Mannor, G.E.: Oculoplastic Surgery for Upper Eyelid Reconstruction After Cutaneous Carcinoma. *Int. Ophthal. Clin.* 2009, 49 (4):157-172.
4. Di Francesco, L.M., Codner, M., McCord, C.D.: Upper Eyelid Reconstruction. *Plast. Reconst Surg.* 2004. 114 (7):98-107.
5. Codner, M.A., McCord, C.D., Mejia, J.D., Lalonde, D.: Upper and Lower Eyelid Reconstruction. *Plast. Reconst Surg.* 2010, 126, (5):231-245.
6. Rafii, A.A., Enepekides, D.J.: Upper and lower eyelid reconstruction: the year in review. *Curr Opin Otolaryngol Head and Neck Surg.* 2006, 14 (4) 227-233.
7. Thai, K.N., Billmire, D.A., Yakuboff, K.P.: Total Eyelid Reconstruction with Free Dorsalis Pedis Flap after Deep Facial Burn. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999, 104 (4): 1048-1051.