



CASO CLÍNICO

doi: 10.35366/119428



Corrección de ptosis palpebral severa con técnica de Cortés (triple rienda preservadora de músculo y bolsas grasas para suspensión tarsal)

Correction of severe eyelid ptosis with the Cortes technique (triple reins preserving muscle and fat pads for tarsal suspension)

Dr. Luis Enrique Cortés-Gutiérrez,^{*,‡} Dr. Álvaro José Cortés-Salazar,^{*,§}
Dra. Ana Cristina Rosales-Nieto,^{*,¶} Dra. Yaneli Madrid-Ferto,^{*,||}
Dr. Carlos Iván Amezcua-Equihua^{*,**}

Palabras clave:

blefaroptosis severa, músculo elevador del párpado, re inserción, párpado superior, cirugía reconstructiva, blefaroplastia y tarso

Keywords:

severe blepharoptosis, elevator palpebrae muscle, reattachment, upper eyelid, reconstructive surgery, blepharoplasty and tarsus

* Hospital Regional de Alta Especialidad Tipo B Bicentenario de la Independencia. México.

‡ Cirujano plástico, profesor titular del curso de cirugía plástica y reconstructiva. ORCID: 0009-0006-7351-8726

§ Médico residente de cirugía plástica y reconstructiva. ORCID: 0009-0007-7782-6651

¶ Médico residente de cirugía plástica y reconstructiva. ORCID: 0009-0002-6495-2134

|| Médico residente de cirugía plástica y

RESUMEN

La ptosis del párpado superior es el nivel anormalmente bajo del borde libre del párpado superior durante la mirada directa hacia adelante. Se considera posición normal del párpado 2 mm por debajo del limbo esclerocorneal superior, cubre el tercio superior de la córnea y deja totalmente libre la pupila. La blefaroplastia es el término quirúrgico para la corrección de la ptosis. Presentamos dos casos en los que mostramos la técnica de re inserción de la aponeurosis del músculo elevador del párpado al tarso; en ambos casos, el margen palpebral superior/limbo corneal es mayor a 6 mm, con disminución del campo visual en la mirada directa. La técnica quirúrgica se realizó con acceso cutáneo mediante incisión horizontal de blefaroplastia superior, exposición del músculo elevador y su aponeurosis, respetando el músculo orbicular y las bolsas grasas orbitales, realizando suspensión tarsal parcial de la aponeurosis del elevador al tarso. Se obtuvo corrección de la ptosis con mejoría en la visión; el grado de asimetría fue inferior a 0.3 mm. El edema palpebral postoperatorio se resolvió a partir del séptimo día postquirúrgico, desapareciendo hacia el décimo día, permitiendo una valoración fiable en ese momento. El grado de satisfacción de los pacientes fue bueno o muy bueno y el campo visual fue completo en todos los pacientes. Se trata de una técnica quirúrgica que ofrece mejores resultados funcionales en cuanto al campo visual, con un buen grado de satisfacción, en caso de ptosis severa.

ABSTRACT

Upper eyelid ptosis is the abnormally low level of the free edge of the upper eyelid during direct forward gaze. The normal upper eyelid ptosis is the abnormally low level of the free edge of the upper eyelid during direct forward gaze. The normal position of the eyelid is 2 mm below the superior corneal scleral limbus; it covers the upper third of the cornea and leaves the pupil completely free. Blepharoplasty is the surgical term for ptosis correction. We present two cases in which we show the technique of reinserting the aponeurosis of the elevator palpebra muscle to the tarsus. In both cases, the upper palpebral margin/corneal limbus is greater than 6 mm, with a decrease in the visual field during direct gaze. The surgical technique was performed with cutaneous access through a horizontal upper blepharoplasty incision, exposure of the elevator muscle and its aponeurosis, respecting the orbicularis muscle and the orbicularis fat pads, performing partial tarsal suspension of the elevator aponeurosis to the tarsus. Correction of ptosis was obtained with an improvement in vision; the degree of asymmetry was less than 0.3 mm. Postoperative eyelid edema resolved on the 7th day after surgery, disappearing by the 10th day, allowing a reliable assessment, at that time. The degree of the patients' satisfaction was good or very good and the visual field was complete in both patients. It is a surgical technique that offers better functional results in terms of the visual field, with a good degree of satisfaction, in case of severe ptosis.



Citar como: Cortés-Gutiérrez LE, Cortés-Salazar AJ, Rosales-Nieto AC, Madrid-Ferto Y, Amezcua-Equihua CI. Corrección de ptosis palpebral severa con técnica de Cortés (triple rienda preservadora de músculo y bolsas grasas para suspensión tarsal). *Cir Plast.* 2024; 34 (4): 147-152. <https://dx.doi.org/10.35366/119428>



reconstructiva. ORCID:
0009-0008-5440-0970

** Médico residente
de cirugía plástica y
reconstructiva. ORCID:
0000-0002-2550-0867

Recibido: 28 julio 2024

Aceptado: 28 septiembre 2024

INTRODUCCIÓN

La fisura palpebral define la forma del ojo y mide, en promedio, 28 a 30 mm de largo y 9 a 10 mm de alto. El párpado superior descansa de 1.5 a 2 milímetros sobre el limbo esclerocorneal, mientras que el párpado inferior se encuentra al mismo nivel, o a 1 mm por debajo de éste. El pliegue palpebral superior se sitúa de 8 a 10 mm del borde libre del párpado superior y está formado por inserciones cutáneas de la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior.¹

El espacio pretarsal es el área de piel entre la línea de inserción de las pestañas y el pliegue palpebral superior, en el cual la piel y el músculo están firmemente adheridos a la placa tarsal subyacente. El surco palpebral es el área cóncava entre el pliegue palpebral y el borde orbitario superior. El pliegue palpebral inferior se sitúa de 4 a 6 mm del borde libre del párpado inferior y está formado por inserciones cutáneas de la fascia capsulopalpebral.²

Los tarsos son el «esqueleto» de los párpados, miden aproximadamente 25 mm de largo, 1 mm de ancho y 10 mm de alto en los párpados superiores y 4 mm de alto en los párpados inferiores. Los tarsos se insertan en su extremo medial y lateral al periostio de la órbita mediante los tendones cantales. Con los años, estos tendones y los tarsos pierden tono, lo que permite que los párpados se separen del globo ocular algunos milímetros y dar lugar al entropión senil.³

Se define como ptosis palpebral a la caída del párpado superior por debajo de su posición normal, manteniendo la mirada en posición neutra. Se considera posición normal del párpado a su ubicación a unos 2 mm por debajo del limbo esclerocorneal superior, cubriendo el tercio superior de la córnea, dejando totalmente libre la pupila. La ptosis palpebral puede ser congénita o adquirida y a su vez puede ser clasificada por su causa en miogénica, aponeurótica, mecánica o traumática. La causa más común en 80-90% es por distrofia del músculo elevador del párpado. El tipo más común de la ptosis adquirida es causada por el estrechamiento o la desinserción de la aponeurosis del elevador (causa aponeurótica). Los casos de etiología aponeurótica resultan de la

desinserción, elongación o dehiscencia de la aponeurosis del músculo elevador.⁴

La ptosis palpebral se puede definir, dependiendo del margen palpebral superior, en normal (0-2 mm), leve (2-4 mm), moderada (4-6 mm) y grave (> 6 mm). La evaluación del músculo elevador palpebral puede ser realizada por el método de Berke y Wadsworth. Con el paciente en posición neutra de la mirada, se bloquea la acción del músculo frontal por digitopresión y se observa la medida de la excursión del párpado superior, entre la infraversión (relajamiento máximo) y la superversión (contracción máxima). Con esa medida, se puede graduar la función del músculo elevador en excelente, buena, delgada o mala. La función del músculo elevador del párpado se define con base en el margen de elevación del borde palpebral superior, en excelente si es de ≥ 13 mm, buena de 8-12 mm, delgada de 5-7 mm y mala menor de 4 mm.⁵

La corrección del párpado superior en cuanto a ptosis es un procedimiento complejo, la técnica de avance o reinserción del elevador es una de las técnicas más utilizadas para la corrección de la ptosis. El borde inferior de la aponeurosis del elevador es el punto de referencia más utilizado para este propósito, recomendándose un avance de 3 a 4 mm por cada milímetro de corrección de ptosis que se necesitaba; es decir, la corrección 1:3 o 1:4. Esta estimación se basó en tres parámetros: a) la cantidad de corrección de ptosis necesaria; b) el grado de elevación compensatoria de la ceja presente; y c) dominancia ocular. La suma de estos tres parámetros proporciona una ubicación recomendada en un eje vertical superpuesto en la unión músculo-aponeurótica en la línea pupilar media, para hacer avanzar el elevador hasta el tarso anterior.⁶

Presentamos dos casos de ptosis severa atendidos por el servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital Regional de Alta Especialidad tipo B Bicentenario de la Independencia, en los que se utilizó la técnica quirúrgica consistente en suspensión tarsal parcial, con colocación de tres riendas a la aponeurosis del músculo elevador del párpado y preservación del músculo orbicular de los párpados y bolsas grasas, con extirpación del exceso de piel, con buenos resultados en el campo visual.

Técnica quirúrgica

Antes de la operación, con el paciente en mirada primaria, se realiza marcaje de tres líneas en el párpado superior a nivel de la línea media pupilar, canto medial y lateral, lugares de colocación de la sutura de avance. La escisión de la piel está determinada por la cantidad excedente de la misma y la caída anticipada de la ceja.

Bajo anestesia general se procede a realizar asepsia y antisepsia con aerosol antiséptico en la región facial y en el mecanismo de ventilación respiratoria. Se realiza el marcaje quirúrgico en el párpado superior izquierdo: línea vertical de la porción media pupilar y a 12 mm del borde libre del párpado superior una línea horizontal sobre el borde superior tarsal hasta una vertical sobre el canto externo e interno.

El espesor de piel a resecar se marca con 5 mm de grosor en sentido al marcaje de la línea horizontal. Se procede a infiltrar lidocaína con epinefrina de 0.3 mL y posterior a latencia de 8 minutos se realiza incisión con bisturí hoja 15 sobre el marcaje, reseca el espesor completo de la piel, exponiendo las fibras del músculo orbicular del párpado, el cual se disecciona en sentido longitudinal de sus fibras en tres porciones de forma parcial, de 2 por 2 mm cada una, en región medial, media y lateral, con hemostasia cuidadosa. Se expone el tejido celular subcutáneo pre aponeurótico y se reseca de forma parcial la almohadilla medial en plano muscular previamente reseca, preservando la almohadilla media. Se procede a pintar con tintura de violeta tres líneas verticales en sentido y espacio conforme a la pupila y bordes del iris sobre la piel y plano muscular ya expuestos con compás. Se visualiza la aponeurosis del músculo elevador del párpado a 6 mm de la unión muscular y se realiza plicatura simple de la aponeurosis del músculo elevador del párpado al borde tarsal en tres puntos: lateral, medio y medial, con polipropileno calibre 6-0, puntos de colchonero y anclaje mediante punto invertido, con evidencia de corrección de la ptosis palpebral superior inmediata de forma completa.

Se procede a realizar el mismo procedimiento y técnica quirúrgica en el párpado superior derecho.

Se cierra la herida del párpado izquierdo y posteriormente derecho, afrontando las fibras musculares de los orbiculares de los párpados, con puntos interrumpidos invertidos con polipropileno 6-0 y la piel con misma sutura punto intradérmico continuos con nylon 6-0. Se limpia, seca y colocan apósitos adhesivos estériles sobre las heridas, dando por terminado el procedimiento.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Hombre de 68 años, referido del Servicio de Oftalmología con diagnóstico de ptosis palpebral severa secundaria a disfunción del músculo elevador del párpado de causa degenerativa. Con antecedentes de hipertensión arterial sistémica en tratamiento y demás antecedentes negados, con exámenes de laboratorio normales. Inició con problemas para la visión bilateral progresiva desde 2010 que requirió posición compensadora. A la exploración física dirigida con ptosis palpebral severa, con un margen palpebral superior/limbo corneal de +0.6 mm, con compensación frontal para la visión directa (*Figura 1*). Se llevó a cabo la técnica de suspensión tarsal descrita previamente, con colocación de fijación medial de la placa tarsal (*Figura 2*), fijación del borde de la placa tarsal a 3 mm distal de la inserción (*Figura 3*). Finalmente, el paciente tuvo una adecuada evolución postoperatoria, con corrección del campo visual y mejoría en su calidad de vida en el postoperatorio tardío (*Figura 4*).

Caso 2

Hombre de 69 años, referido del Servicio de Oftalmología con diagnóstico de ptosis palpebral severa secundaria a disfunción del músculo elevador del párpado de causa degenerativa. Con antecedente de trasplante de córnea hace 18 años y resto de antecedentes negados, con exámenes de laboratorio normales. Inició con problemas para la visión bilateral progresiva desde 2003, que requirió posición compensadora. A la exploración física dirigida, con ptosis palpebral severa, con un margen palpebral superior/limbo corneal de +0.6 mm, con com-

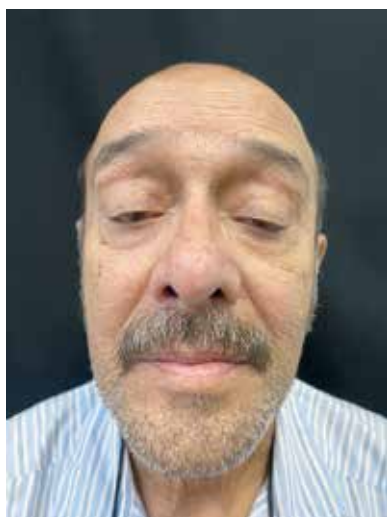


Figura 1: Preoperatorio de paciente con evidencia de ptosis palpebral severa senil.



Figura 2: Intraoperatorio señalando el punto de fijación medial de la placa tarsal.

pensación frontal para la visión directa (*Figura 5*). Se llevó a cabo la técnica de suspensión tarsal descrita previamente, con las tres riendas de polipropileno fijas a la placa tarsal (*Figura 6*). Se puede observar el marcaje vertical interno de puntos de fijación medial, medio y lateral (*Figura 7*). El paciente tuvo una adecuada evolución postoperatoria, con corrección de campo visual y mejoría en su calidad de vida en el postoperatorio tardío (*Figura 8*).

DISCUSIÓN

La causa más común de ptosis palpebral es por distrofia del músculo elevador del párpado en el paciente senil. Entre las indicaciones más comunes para realizar una plicatura del párpado superior, destacan la dermatocalasia y blefaroptosis. La elección de la técnica quirúrgica a utilizar deberá ser individualizada para



Figura 3: Intraoperatorio con fijación del borde de la placa tarsal a 3 mm distal de la inserción de la aponeurosis del músculo elevador del párpado a tres puntos, previa



Figura 4: Postoperatorio tardío.



Figura 5: Preoperatorio de paciente con evidencia de ptosis palpebral severa senil.



Figura 6: Intraoperatorio con colocación de riendas de polipropileno a la placa tarsal.

cada paciente, como lo sugiere la literatura. La técnica estándar ha consistido en realizar resección de piel, músculo orbicular y almohadillas grasas, con una plicatura de la placa tarsal al músculo elevador del párpado, con evidencia de deformidades antiestéticas (en tienda de campaña), en el postquirúrgico tardío.

La técnica de Cortés, descrita en el presente artículo, es una alternativa quirúrgica que se

plantea como procedimiento más conservador, funcional y estético, al preservar la mayor cantidad de músculo orbicular mediante una disección cuidadosa y fijación a tres riendas mediante la orientación pupilar y de ambos tarsos a la aponeurosis del músculo elevador del párpado, con medición previa de la severidad de ptosis palpebral y elección de altura de la



Figura 7: Intraoperatorio con marcaje vertical interno de puntos de fijación medial, medio y lateral de la placa tarsal a la aponeurosis del músculo elevador del párpado.



Figura 8: Postoperatorio tardío.

plicatura a la misma, así como resección parcial de una sola bolsa o almohadilla grasa (medial).

CONCLUSIÓN

Se ha demostrado durante las consultas postoperatorias a dos y tres meses que los pacientes han obtenido corrección completa en su campo visual, mejorando su calidad de vida y satisfacción y disminuyendo los costos personales e institucionales asociados con la atención médica por ptosis palpebral.

REFERENCIAS

1. Toquica A, Barrera J, Acosta A. Anatomía de la órbita: estructuras en detalle y zonas de riesgo para procedimientos en la práctica dermatológica. *Rev Asoc Col Dermatol Cir Dematol* [Internet] 2021; 29 (3): 214-228. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1666>
2. Novo Torres A, Salvador Sanz JF, Lorda Barraguer E, Laredo Ortiz C. Corrección de ptosis palpebral por la incisión de blefaroplastia. *Cir Plast Ibero-latinoam* [Internet] 2006; 32 (3): 179-184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0376-78922006000300004&lng=es&nrm=iso
3. Kim YS, Hwang K. Shape and height of tarsal plates. *J Craniofac Surg* 2016; 27 (2): 496-497. doi: 10.1097/SCS.0000000000002369.
4. Mangan MS, Tekcan H, Yurttaser Ocak S, Ozcelik Kose A, Balci S, Ercalik NY et al. Müller muscle-conjunctival resection for treatment of contralateral ptosis following unilateral external levator advancement. *Plast Reconstr Surg* 2023; 152 (3): 533-539. doi: 10.1097/PRS.00000000000010309.
5. Martínez Reinoso MA, Padilla Árias MC, Arias Manciatí CV. Cirugía de la ptosis palpebral: análisis de tres tipos de procedimientos. *Cambios Rev Med* 2022; 21 (2): 853.
6. Ng SK, Chan W, Marcet MM, Kakizaki H, Selva D. Levator palpebrae superioris: an anatomical update. *Orbit* 2013; 32 (1): 76-84. doi: 10.3109/01676830.2012.736602.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Correspondencia:

Dr. Luis Enrique Cortés-Gutiérrez

E-mail: [cirugia.plastica01@hotmail.com](mailto:cirurgia.plastica01@hotmail.com)