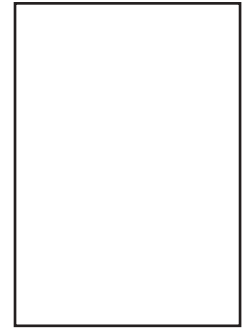


Ptosis palpebral congénita: indicaciones, técnicas, trucos y trampas

Congenital palpebral ptosis: indications, surgical techniques, pitfalls and some tricks



Enríquez de Salamanca Celada, J.*, Berenguer Froehner, B.**, González Meli, B.**,
Rodríguez Urcelay, P.**, Marín Gutzke, M.**

Enríquez de Salamanca
Celada, J.

Resumen

La ptosis palpebral congénita consiste en una caída del párpado superior de aparición perinatal con complejidad y severidad variable. Constituye un problema fundamentalmente estético con repercusión psicológica, también variable, que aparece en las edades de inicio de escolarización y relación social.

La alteración visual, consistente en disminución de agudeza visual y peligro de amaurosis, es rara pero cuando existe constituye en sí misma una indicación de cirugía.

Según su gravedad se utilizan técnicas diferentes para su corrección, no habiendo un patrón uniforme de tratamiento sino muchas opciones posibles.

Aunque la corrección completa es excepcional los resultados de la cirugía son satisfactorios en tres de cada cuatro casos, en nuestra casuística.

Abstract

Congenital ptosis is defined as eyelid drooping that presents in the perinatal period. It has a variable degree of complexity and severity and can lead to a psychological disturbance around school age or adolescence. When this happens or when there is visual alteration surgical correction is indicated.

Depending on the severity different techniques are used and there is no standard pattern of treatment.

Complete correction of the defect is rare. However the results are considered good or fair in 3 out of 4 in our series.

Palabras clave Ptosis palpebral, blefarofimosis.

Código numérico 2506

Key words Palpebral ptosis, blepharophimosis.

Código numérico 2506

* Jefe de Sección.

** Médico Adjunto

Introducción

La ptosis palpebral consiste en una caída del párpado superior. Puede ser adquirida, con afectación de un grupo de edad diferente y debida a otras causas, o congénita. Ésta se define como la que se presenta en el periodo perinatal, aunque a veces es difícil de reconocer por el edema palpebral del neonato (1).

El cuadro incluye, aparte de la caída descrita, una inclinación caudal de las pestañas; atenuación del pliegue palpebral más o menos severa, obstrucción del eje visual con repercusión funcional rara pero posible y gestos de compensación consistentes en elevación forzada de las cejas y báscula cefálica (Figs. 1 - 3).

Se acepta que su etiología es una distrofia del músculo levator palpebralis (2,3), y la gravedad de la distrofia parece guardar relación con la de la ptosis. En casos graves es habitual tener dificultades en la identificación y manejo del levator, de pobre calidad y escasa consistencia, lo que corrobora lo mencionado previamente.

Los casos leves pueden acentuarse con el paso de los años por la distensión de las estructuras debida al envejecimiento. La ptosis, independientemente de su gravedad, se acentúa con el cansancio y se hace más llamativa con determinadas situaciones emocionales por interferencia con el otro elevador del párpado, el músculo de Müller, de inervación autónoma.

Puede ser uni o bilateral, y de forma peculiar es más frecuentemente izquierda cuando es unilateral (Figs. 1 - 3).

Su gravedad se valora según el grado de ptosis o midiendo el recorrido del párpado desde la mirada hacia abajo hasta la mirada hacia arriba (Cuadro 1).

Cuadro 1: valoración de la gravedad de la ptosis

GRADO DE PTOSIS:

-Leve:	< 2 mm
-Moderada:	3 mm
-Grave:	> ó = 4 mm

FUNCIÓN DEL MÚSCULO ELEVADOR:

-Buena:	> 8 mm
-Mediana:	4-8 mm
-Mediocre:	2-4 mm
-Mala:	0-2 mm

El músculo frontalis puede mover el párpado varios milímetros en dirección cefálica, y la medición del recorrido activo del párpado debe hacerse bloqueando su acción (Figs 4, 5).

En nuestra impresión, sin embargo, la valoración de la gravedad y por tanto la selección de la técnica quirúrgica dependen mucho del examinador y son pues muy subjetivas.

Material y Método

Hemos revisado los casos operados en la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital "Niño Jesús" de Madrid (España) entre los años 1999 y 2001, analizado la severidad de la deformidad, estudiado las técnicas empleadas y los resultados obtenidos, y anotado las complicaciones y fracasos presentados.



Fig. 1: Ptosis palpebral izquierda. Caída del párpado superior.



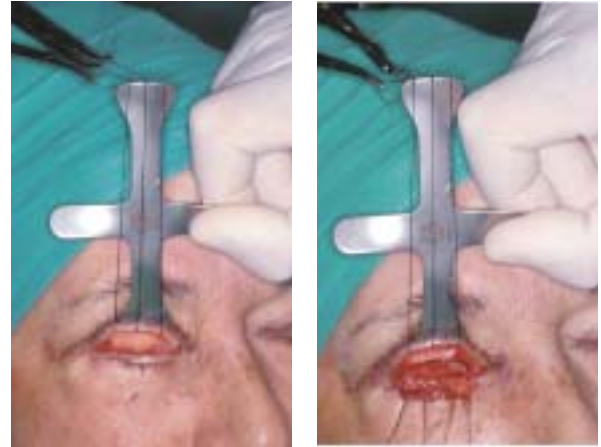
Fig. 2: Ptosis palpebral izquierda. Obstrucción del eje visual, inclinación caudal de las pestañas.



Fig. 3: Ptosis palpebral bilateral, blefarofimosis. Desaparición de los pliegues palpebrales. Hay gestos compensatorios: elevación forzada de cejas, báscula cefálica, para mejorar la visión dada la obstrucción del eje visual.



Figs. 4 y 5: valoración de la función del músculo frontalis midiendo el recorrido del párpado desde la mirada hacia abajo hasta la mirada hacia arriba. El bloqueo de la ceja para anular la acción del músculo frontal está exagerada a efectos didácticos.



Figs. 6 y 7: Resección tarso mülleriana por vía posterior, con el instrumento diseñado por el Dr. Rafael de la Plaza. Esta técnica se puede usar también en los adultos para el tratamiento de problemas como la ptosis senil, como se observa en la imagen. (Imagen cortesía del Dr. De la Plaza).

Edad: Solemos indicar la intervención hacia los 6 años de vida, en general. Sin embargo tendemos últimamente a adelantar la fecha de intervención hacia los 5 años y cuando hay repercusión sobre la agudeza visual operamos en el momento que la detectamos independientemente de la edad.

Indicación: Como ya hemos mencionado la indicación la sienta la repercusión psicológica del problema estético sobre el paciente, siempre que no haya alteración de la agudeza visual que constituye una indicación absoluta "per se".

Técnica quirúrgica: De acuerdo con la gravedad usamos tres técnicas diferentes:

La resección tarso mülleriana por vía posterior (R. TM. V. P.) consiste en resecar una elipse de espesor parcial palpebral incluyendo conjuntiva, cartílago tarsal y músculo de Müller. Para ello usamos, como truco, un instrumento quirúrgico diseñado por el Dr. D. Rafael de la Plaza que nos resulta muy útil. (Figs 6 y 7).

En casos moderados usamos la técnica de acortamiento de levator por vía anterior descrita originalmente por Everbusch (4), resección aponeurótica por vía anterior (R. A. V. A.). A través de piel, orbicularis y septum orbitale alcanzamos la grasa preaponeurótica. Esta grasa no debe ser extirpada sino apartada con un blefarostato tipo Desmarre para evitar el aspecto hundido que se produce si la quitamos. Disecamos y resecamos la aponeurosis del levator en una longitud variable, siendo la guía dejar el borde libre del párpado 1 mm por encima del centro de la pupila asumiendo que la mirada está centrada al frente. Como los orígenes del rectus superioris y levator son comunes es frecuente que en la disección se traccione el primero y que el globo rote dirigiendo la pupila hacia abajo. La corrección debe hacerse teniendo en cuenta este

factor, pero, en nuestro conocimiento, si se produce este fenómeno no hay regla exacta para calcular la longitud de aponeurosis a resecar. (Figs 8 - 11).

Hay varias alternativas y variantes de esta técnica, abordando el párpado por la misma vía o por vía posterior y resecando segmentos de tejidos palpebrales de espesores variables (5, 6) de las que no tenemos experiencia suficiente como para desarrollar el tema.

En casos graves usamos la suspensión frontal. En esta técnica se suspende el párpado superior del músculo frontalis. Para ello se han utilizado tiras de diferentes materiales, sintéticos o naturales (7-9). Nosotros utilizamos la aponeurosis del músculo temporalis, a veces con el pericráneo en continuidad, con lo que no tenemos que cambiar de campo quirúrgico y con cicatrices resultantes bastante ocultas por el cabello. Las tiras de tejido suspensorio se anclan en el borde cefálico del tarso y en el músculo frontalis, pasándolas por un túnel que une heridas hechas en el párpado y sobre la ceja (Figs. 12 - 16).

Resultados

Hemos encontrado 42 pacientes, con un total de 48 párpados operados. En 8 la ptosis era grave, en 27 moderada y en 7 leve.

En 25 pacientes empleamos resección aponeurótica por vía anterior, en 9 resección tarso mülleriana por vía posterior y en 8 suspensión frontal con fascia temporal.

Los resultados fueron buenos en 22 pacientes (52%), aceptables en 10 (24%) y malos en 10 (24%).

Como complicaciones hemos encontrado 4 lagofthalmos persistentes, 2 úlceras corneales, 1 alteración de la curvatura, 1 herniación de fornix conjuntival, 1 hematoma retrobulbar y 2 enoftalmos. La herniación

Falta figura 8



Figs. 8, 9: Técnica de Everbusch: disección de aponeurosis de levator y cálculo de la longitud a resecar.

Falta figura 10



Fig. 10: Técnica de Everbusch: aspecto del exceso de aponeurosis de levator a resecar tras sutura a tarso.

Fig. 11: Técnica de Everbusch: corrección hecha. Obsérvese que la mirada está dirigida hacia abajo y el defecto aparentemente hipercoregido.

de fornix y un enoftalmos precisaron corrección quirúrgica; el resto se solucionaron con tratamiento conservador.

En 7 casos la corrección fue insuficiente y en un caso hemos encontrado un síndrome de Marcus Gunn, con buen resultado estático y malo dinámico. Un caso más de este síndrome está pendiente de tratamiento y no se ha incluido en el estudio.

Trucos y trampas:

1.-La ptosis puede asociarse a alteraciones de otros músculos orbitarios y, por tanto, a **estrabismo**. Esto ocurre más frecuentemente en los casos graves en los que, a veces, hay que adelantar la intervención por alteración visual. Como éste se hace más llamativo tras corregir la ptosis debe obtenerse iconografía preoperatoria y avisar a la familia del fenómeno que se va a producir (1) (Figs. 17 y 18).

2.- En ocasiones a la ptosis se asocia **anisocromía** que se hace de nuevo más llamativa tras la corrección

de la caída del párpado. Debe observarse, reflejarse en la historia, obtenerse iconografía y avisar a los familiares (Fig. 19).

3.- **Asimetría**: Cuando la ptosis es bilateral puede ocurrir que haya **asimetría**, naturalmente o por cirugía previa. En estos casos han de emplearse técnicas suficientemente diferentes como para obtener un resultado razonablemente simétrico en el postoperatorio (Figs. 20 - 22).

4.- **Asincronía**: Este fenómeno se produce en el síndrome de Marcus Gunn. En él se abre involuntariamente el párpado ptósico al abrir la boca, por una conexión neurológica anómala. Es de muy difícil tratamiento y el paciente y la familia deben estar avisados que la corrección de la ptosis no corregirá el defecto estético dinámico (Figs. 23 y 24).

5.- **Lagofthalmos**: Se trata de una consecuencia poco menos que inevitable cuando se corrigen ptosis de una cierta gravedad. Todos los textos lo mencionan como



Figs. 12 y 13: Suspensión frontal: diseño de incisiones y creación de túnel del párpado a la ceja.



Fig. 14 : Zona dadora de tejido fascial: aponeurosis temporal y pericráneo.



Figs. 15 y 16: Suspensión frontal: colocación de las tiras fasciales y cierre. Obsérvese que el defecto queda de nuevo hipercoregido.

una secuela a evitar, pero si se quiere corregir el defecto, particularmente con la técnica de Everbusch y al menos en los primeros meses y en la vista caudal, aparece inexorablemente en nuestra experiencia (Fig 25).

6.- Complicaciones, resultados insuficientes, recaídas: Uno de cada cuatro casos de nuestra serie

tiene un resultado valorado como “malo” o “pobre”. Esto incluye las correcciones parciales o insuficientes y las recaídas, que pueden aparecer incluso años después de la intervención.

En cuanto a las complicaciones se incluyen las propias de toda herida en esta zona, de las que nosotros consideramos son un aspecto más del proceso, como



Figs. 17 y 18: estrabismo asociado a ptosis que se hace muy llamativo tras la corrección de la ptosis.



Fig. 19: Anisocromía.



Figs. 20, 21, 22: Asimetría por ptosis operada (izq.) previamente. Tras corrección derecha y retoque izquierdo se logra un equilibrio aceptable entre los dos párpados en el postoperatorio mediato.



Figs 23 y 24: Síndrome de Marcus Gunn: El párpado ptósico se abre involuntariamente al abrir la boca. El defecto estético dinámico es muy llamativo.



Fig. 25: secuencia de imágenes que demuestra la ptosis preoperatoria, su corrección y el lagofthalmos inicial resultante en la mirada caudal.



Figs. 26: ptosis grave, postoperatorio. Este caso es el mismo de la figura 2. Entropion y conjuntivitis en el postoperatorio mediato.



Fig. 27: Conjuntivitis curada y corrección parcial espontánea del entropion en el postoperatorio tardío. El grado residual de entropion es inaceptable pese a todo.



Fig. 28: Resultado definitivo tras la reintervención: Aunque incompleto es satisfactorio dada la gravedad del caso.

el edema y los hematomas. Las conjuntivitis y dehiscencias parciales las vemos a veces y se suelen solucionar con medidas tópicas.

Más raramente hemos visto complicaciones más graves como entropion y herniación de fornix conjuntival, habiendo tenido que reintervenir en alguna ocasión para corregirlos como se refiere en Material y Método. La complicación potencialmente más seria, el hematoma retrobulbar, lo hemos observado en una sola ocasión y afortunadamente se resolvió espontáneamente sin progresar hasta el daño óptico.

En las figuras siguientes se aprecian algunas de las complicaciones descritas (Figs. 26 – 28).

Aparte de los casos ya reflejados se muestran a continuación ejemplos de casos operados en la Unidad.

Casi nunca podemos conseguir que los párpados ptóticos vuelvan a la normalidad. Sin embargo en un porcentaje muy importante de los casos operados (75% aprox.) los pacientes y las familias estiman que ha habido una mejoría suficiente como para que la

cirugía haya merecido la pena. La mejoría oscila entre “aceptable” y “muy buena”, con algún caso en el que el comentario de la familia es “espectacular” (Figs 29 – 34).

Discusión

Hay varias decenas de técnicas publicadas para la corrección de la ptosis palpebral congénita, lo cual significa probablemente que ninguna de ellas es plenamente satisfactoria. Se pueden agrupar de la siguiente manera: suspensión del músculo frontal; resección del levator palpebralis; acortamiento o plicatura de su aponeurosis; y resección del músculo de Müller con tarso. El primer grupo se suele reservar para los casos más severos; los dos grupos de puesta a tensión, mediante acortamiento o plicatura del levator palpebralis o su aponeurosis, se usan para los casos intermedios; y los casos leves o los retoques de perfeccionamiento se suelen tratar mediante reseccio-



Fig. 29: Ptosis leve tratada mediante R. TM. V. P.



Fig. 30: Ptosis moderada tratada con R. TM. V. P.



Fig. 31: Ptosis moderada tratada con R. A. V. A.



Fig. 32: Ptosis moderada tratada con R. A. V. A. El resultado persiste en el tiempo.



Fig. 33: Síndrome de Marcus Gunn. El resultado de la ptosis, grave, tratada mediante R. A. V. A. es excelente, el defecto dinámico no se puede apreciar en la imagen estática.



Fig. 34: Blefarofimosis con ptosis grave. Suspensión frontal con excelente resultado. El paciente es el mismo de las figuras 12 a 16.

nes parciales de cartílago tarsal y músculo de Müller. En nuestra Unidad hemos decidido seleccionar las técnicas descritas en el artículo como las que mejores resultados nos han dado, y hemos decidido no dispersar el esfuerzo de aprendizaje y protocolización ciñéndonos, en general, a ellas.

En este tipo de problemas nosotros no nos consideramos capaces de devolver a los párpados afectados un aspecto completamente normal, pero sí somos capaces de obtener en un porcentaje bastante alto, tres cuartas partes de los casos, buenos resultados.

La tasa de complicaciones no es baja en nuestra casuística. Afortunadamente se suelen solucionar, excepto en lo referido al lagofthalmos del que, en los casos severos, nos suele quedar una secuela permanente. Al revisar la bibliografía, éste es un apartado que se trata en poca extensión y con no mucho detenimiento. Sin embargo cuando se estudia con tranquilidad lo publicado se suele encontrar mencionado casi todo lo referido, eso si, mezclado con el resto de los conceptos.

De igual modo cuando se estudia el problema se encuentran las cuestiones referidas en "trucos" y "trampas", pero dispersos, de forma inconstante y sin unidad de doctrina. Sin embargo son hallazgos comunes para todos los que tratamos este tipo de patología con una cierta frecuencia.

La ptosis palpebral congénita es un problema fundamentalmente estético y raramente funcional. El impacto psicológico de la deformidad y de los gestos de compensación, (giro de la cabeza particularmente) suele ser importante. El problema funcional principal es el de ceguera por privación, pero afortunadamente, al menos en nuestra experiencia, es raro. En el periodo de ejercicio en nuestra Unidad hemos visto nada más unos pocos casos de alteración de la agudeza visual y en el único caso de disminución severa, casi ceguera, hubo una corrección completa tras la cirugía de la ptosis. Sin embargo esta es una consecuencia muy grave del problema, por lo que recomendamos estar muy alerta y no menospreciarla.

Conclusiones

La cirugía de la ptosis palpebral, cuando hay una repercusión psicológica que la indique, es en general

agradecida. Técnicamente no es sencilla y el postoperatorio no está exento de complicaciones pero la mejoría en el aspecto es valorada favorablemente, por lo general, por paciente y familia.

Dado que ésta es la justificación de las intervenciones estéticas pensamos tenemos a nuestra disposición un arma muy útil para aliviar el malestar de los pacientes y, secundariamente, sus familiares.

Dirección del autor

Dirección del autor: Dr. J. Enríquez de Salamanca Celada.

S. de Cirugía Plástica, Hospital "Niño Jesús".

Avda. Menéndez Pelayo 65, 28009 Madrid

E-mail: jedesalamanca@yahoo.com

Bibliografía

1. **Carraway, J. H., Rubinstein, C., Christensen, F. H.** "Congenital deformities of the Eyelids". Pediatric Plastic Surgery, Michael L. Bentz Ed.. Appleton & Lange, 1998.
2. **Berke, R. N., Wadsworth, J.A.C.** "Histology of levator muscle in congenital and acquired ptosis". Arch Ophthalmol 1955; 53:413
3. **Isakson, I.** "Studies on congenital genuine blepharoptosis." Orstadius, Goteborg, 1962
4. **Everbusch, O.** "Zur operation der congenitalen blepharoptosis." Klin. Mbl. Augenbeilk. 1883; 21:100.
5. **Jones, L. T.** "The anatomy of the upper lid and its relation to ptosis surgery." Am J. Ophthalmol. 1964; 57: 943
6. **Mustarde, J. C.:** "The orbital region." Plastic Surgery in Infancy and Childhood, 3rd. Ed., Mustarde & Jackson Eds. Churchill Livingstone, 1988
7. **Wright, W. W.:** "The use of living sutures and the treatment of ptosis." Arch. Ophthalmol. 1982; 51:99
8. **Wagner R. S., Mauriello J. A. jr, Nelson L. B. et al. :** "Treatment of congenital ptosis with frontalis suspension : A comparison of suspensory material." Ophthalmology 1993; 91 245.
9. **Steinglocker, F. J. et al.:** "Gore-Tex soft tissue patch frontalis suspension technique in congenital ptosis and blepharophimosisptosis syndrome." Plast. Reconstr Surg 1993; 92: 1057.

Comentario al trabajo «Ptosis palpebral congénita: indicaciones, técnicas, trucos y trampas»

Prof. Ángel Martínez Sahuquillo
Cirujano Plástico. Sevilla
Numerario Real Academia Medicina

Los autores realizan una revisión de los casos operados de ptosis palpebral congénita en la unidad de Cirugía Plástica del Hospital del “Niño Jesús” de Madrid, entre los años 1999 y 2001, tratando 42 pacientes con un total de 48 párpados operados.

Para su tratamiento han usado las diferentes técnicas habituales para corregir esta deformidad, dependiendo del grado de la misma, habiendo conseguido tres resultados satisfactorios de cada cuatro casos, por lo que les felicito, estando totalmente de acuerdo en que las ptosis leves y moderadas constituyen un problema estético por su repercusión psicológica sobre la persona que las padece. No obstante, me gustaría hacer algunas consideraciones sobre algunos aspectos de estas ptosis:

Las ptosis congénitas se clasifican en a) ptosis congénitas con debilidad del músculo recto superior, b) las que forman parte del síndrome de la blefarofimosis c) las sincinéticas. Dentro de este último grupo se incluye el Síndrome del Marcus – Gunn y la mala dirección del III nervio.

El síndrome de Marcus – Gunn se caracteriza por una gran caída del párpado que se reduce cuando el paciente hace movimientos de masticación. Esto se evidencia indicando al paciente que abra y cierre la boca: al abrir ampliamente la boca la ptosis desaparece y al cerrarla con fuerza reaparece. Tiene una intensidad variable, siempre es congénito y unilateral afectando con más frecuencia al lado izquierdo. Suele asociarse a debilidad del músculo recto superior y rara vez se ve en el adulto, como si se corrigiese espontáneamente, aunque en este sentido no hay nada demostrado. Su tratamiento constituye un gran problema quirúrgico. Antes de iniciar una terapéutica quirúrgica debe educarse al niño para corregir su ptosis mediante pequeños movimientos mandibulares que se hacen imperceptibles. En los casos leves y moderados que no se corrigen con este movimiento, está indicado un acortamiento moderado del músculo elevador para hacer menos evidente la ptosis, seguida de rehabilitación que consistirá fundamentalmente en lograr que el paciente, con la boca cerrada, eleve a la vez los dos párpados superiores. En los casos graves y persistentes con fracaso de este procedimiento, la solución es la miectomía del elevador con suspensión del párpado a músculo frontal.

El síndrome de mala dirección del III par es muy raro y se caracteriza por movimientos abigarrados del párpado que acompañan a ciertos movimientos del globo ocular. Si los movimientos son muy acentuados y continuos, puede intentarse la interrupción del control de la elevación del párpado por el III par y su sustitución por el control del músculo frontal mediante una suspensión.

Por último, indicar que en las ptosis moderadas somos partidarios de la plicatura del músculo elevador frente al acortamiento, por conservar con este procedimiento la acción del músculo de Muller que tiene inervación simpática y por tanto aprovechando, aunque sea escasa, su acción elevadora. También indicar que durante mucho tiempo estuvimos usando para la suspensión al frontal aponeurosis autógena, pero desde hace tiempo la hemos sustituido por hilos no reabsorbibles y desde entonces no usamos ninguna incisión ni en párpados ni en frente.

Bibliografía

1. **Duke – Elder, S.:** “System of ophthalmology. Vol III, part 2 a “Congenital deformities”, Henry Kimpton, London, 1964.
2. **Duque, B. Y García Martínez L.M.** “Ptosis congénita severa tratada con resección de la aponeurosis del elevador”. *Cir. Plast. Ibero-latinoamer*, 2003; 29(3); 215.
3. **González Vanrell, F.:** “Enfermedades de los párpados”. Salvat Editores, Barcelona 1948.
4. **Fasanella R.M. y Servat, J.** “Levator resection for minimal ptosis: Another simplified operation” *Arch. Ophthalmol.* 1963; 65:493.
5. **Fox S.A.** “Surgery of ptosis” Williams & Wilkins, Baltimore, 1980.
6. **Martínez Sahuquillo, A., Mazuelo Vela, C., Permuy Rodríguez, J. Y Pérez Maiquez, T.:** “Consideraciones sobre las miopatías oculares y tratamiento quirúrgico de la ptosis palpebral”. *Rev. Esp. Cir. Plast* 1974; 7 (2):99.
7. **Martínez – Sahuquillo Márquez, J.M.:** “Nuestra sistemática y aportación personal en el tratamiento quirúrgico de los procesos patológicos de los párpados y partes blandas de la región orbitaria por envejecimiento”. Tesis doctoral, Sevilla (España) 1992.
8. **Martínez Sahuquillo A.:** “Malformaciones congénitas de los párpados”. En Coiffman: *Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética*. Ed. Masson – Salvat, Barcelona, 1994.
9. **Martínez Sahuquillo A.:** “Cirugía Plástica de los párpados”. Ed. Masson, Barcelona, 1996.
10. **Mustarde, J.C.** “Reconstrucción de los párpados y de las cejas”. En Grabb, W, C. Y Smith, J.W. *Cirugía Plástica* Pp 315-330, Salvat Editores, Barcelona 1980.
11. **Mustardé J. C.** “Cirugía reparadora y reconstructora de la región orbital” Toray, Barcelona, 1982.

Respuesta al comentario del Prof. Ángel Martínez Sahuquillo

Dr. J. Enríquez de Salamanca

Agradezco las observaciones del Dr. Martínez Sahuquillo. Tengo el privilegio de disponer, por transmisión de mi padre, de muchos de sus trabajos y siempre he disfrutado leyéndolos y aprendido estudiándolos. Gran conocedor del tema de las ptosis palpebrales, y maestro de todos, una vez más me ha gustado leer lo que ha escrito.

Aprovecho la ocasión para pedir disculpas por no haberle mencionado en la bibliografía, falta más grave cuanto que sigo usando sus textos, con los que empecé a estudiar el tema, cuando lo repaso. La pedantería de usar la literatura sajona a veces nos hace descuidar lo que tenemos cerca.

