

Corrección quirúrgica del párpado paralizado en la parálisis facial

Surgical approach the correction of the paralyzed eyelid in facial paralysis



Hontanilla Calatayud, B.

Hontanilla Calatayud, B.*, Aubá Guedea, C.**

Resumen

Las alteraciones que aparecen tanto en el párpado superior como en el inferior tras la lesión del nervio facial están bien establecidas. El lagofthalmos, la ptosis palpebral, el ectropion, la epífora, la ptosis de la ceja y la luxación de las tres bolsas grasas de los párpados inferiores se corrigen mediante una combinación de técnicas clásicas con ciertas variaciones. A nuestro juicio, el manejo quirúrgico de las alteraciones que se producen en el párpado paralizado tras una parálisis facial tiene que ser lógico asemejar la función fisiológica del párpado normal. Se presentan en este trabajo las distintas técnicas y sus variaciones y se discuten de forma precisa.

Abstract

The phenomena which appear in the upper and lower lid after the lesion of the facial nerve are well established. The lagophthalmos, the palpebral ptosis, the ectropion, the epiphora, the eyebrow ptosis and the herniation of the three lower fat pockets are surgically corrected by means of a combination of classic techniques with variations. In our opinion, the surgical management of the alterations present in the paralyzed eyelid must be logic and should be corrected in a similar way to the physiological function of the normal eyelid. The different techniques and its variations are presented in this paper and they are precisely discussed.

Palabras clave Parálisis palpebral, cirugía

Código numérico 257

Key words Eyelid, paralysis, surgery

Código numérico 257

* Cirujano Plástico. Profesor adjunto Facultad de Medicina

** Médico interno residente. Profesora ayudante Facultad de Medicina

Departamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona (España)

Introducción

Las alteraciones que aparecen tanto en el párpado superior como en el inferior tras la lesión del nervio facial están bien establecidas. El lagofthalmos es el trastorno más frecuentemente hallado en el párpado paralítico. Este fenómeno es habitualmente la causa de la sequedad ocular y en último término de la aparición de úlceras corneales. Otra alteración frecuentemente asociada a este trastorno es la aparición de ptosis palpebral que, en su grado máximo, constituye un ectropion. La ptosis y el ectropion del párpado inferior provocan dificultad en la correcta aposición del punto lacrimal inferior al globo ocular, por lo que se ve dificultado el drenaje de la lágrima. Este hecho conduce a la caída de la lágrima o epífora. Sin embargo, en ocasiones, la epífora puede ser secundaria a una hipersecreción lacrimal refleja debida a la exposición corneal por alteración del cierre palpebral del lagofthalmos. También puede ser secundaria a una inervación aberrante de la glándula lacrimal por el nervio facial, fenómeno que aparece durante los primeros meses tras la lesión de éste, en las parálisis faciales temporales. En los pacientes afectados de una parálisis facial periférica es habitual observar una ptosis de la ceja, sobre todo en pacientes seniles, y en ocasiones, la luxación de las tres bolsas grasas de los párpados inferiores. Este último fenómeno se debe a la parálisis del músculo orbicular que no puede contener la presión que ejercen estas bolsas hacia el exterior. La presencia de luxación de las bolsas grasas en el párpado paralítico se hace más prominente en pacientes con laxitud de piel.

Para la corrección de todas estas alteraciones son numerosas las técnicas descritas; entre los procedimientos utilizados para la corrección del lagofthalmos se encuentran, fundamentalmente, el implante en el párpado superior de una prótesis palpebral de oro (1), la transposición del músculo temporal (2), el injerto nervioso facial cruzado (3) o la transposición del nervio hipogloso (4). Otras técnicas clásicamente descritas son la utilización de una cincha palpebral (5) o el lazo de Arion (6). La ptosis de la ceja puede ser corregida mediante una escisión elíptica frontal (7) o mediante suspensión endoscópica (8). La corrección de la ptosis palpebral y el ectropion se realiza mediante la interposición de una cincha tendinosa (9) o materiales aloplásticos (10) en el borde libre del párpado inferior. También es útil la cantoplastia externa (11), la cantoplastia interna (12), la resección en cuña y la tarsorrafia (13).

Como podemos observar existen numerosas técnicas para la corrección de estos defectos. Con el presente trabajo se ha pretendido elaborar un protocolo

lógico en el manejo quirúrgico del párpado paralítico atendiendo a los fenómenos fisiopatológicos que ocurren en el mismo. Se introducen algunas modificaciones a las técnicas clásicamente descritas y finalmente éstas se discuten estableciendo las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

Material y Método

En este trabajo se han utilizado 25 pacientes afectados de una parálisis facial periférica con afectación palpebral. A las alteraciones antes descritas hemos añadido otras variables detectadas en la exploración física: el exceso cutáneo en el párpado superior o inferior; efecto favorecedor de la caída de la ceja sobre el párpado superior durante el cierre palpebral y laxitud del ligamento cantal externo en el párpado ectrópico. Estas variables han condicionado la utilización de forma aislada o combinada de las técnicas clásicamente descritas con algunas modificaciones.

De los 25 pacientes estudiados 10 eran hombres y 15 mujeres; agrupados según las alteraciones que presentaban en 5 grupos de 5 pacientes cada uno. El primer grupo estaba constituido por aquellos pacientes con ptosis de la ceja, lagofthalmos, epífora y ptosis del párpado inferior (Fig. 1A). El segundo grupo presentaba ptosis de la ceja, lagofthalmos, ectropion y epífora (Fig. 1B). El tercer grupo presentaba lagofthalmos, ectropion y epífora (Fig. 1C). Los pacientes que formaban el cuarto grupo únicamente presentaban lagofthalmos (Fig. 1D). El último grupo está representado por pacientes con ptosis del párpado inferior (Fig. 1E) (Tabla I).

Además de las alteraciones referidas en la tabla, tres pacientes del grupo II y tres pacientes del grupo III presentaban una laxitud cutánea importante. Por otro lado, un paciente del grupo I y otro del grupo V tenían asociada una luxación de las bolsas grasas palpebrales inferiores. La edad media de los pacientes de los grupos I, II y III era de 67 años, mientras que en los grupos IV y V era de 42 años. El tiempo medio de evolución de la parálisis facial de los tres primeros grupos fue de 1.5 años, y en los grupos IV y V de 4 años.

Técnica quirúrgica

Corrección del párpado superior

Para la corrección del lagofthalmos se utilizó la implantación de una prótesis palpebral de oro en el párpado superior, colocada a 5 mm del borde libre del párpado superior mediante incisión en el pliegue palpebral superior a través de la piel y del músculo orbicular de los párpados, hasta exponer el plano tarsal

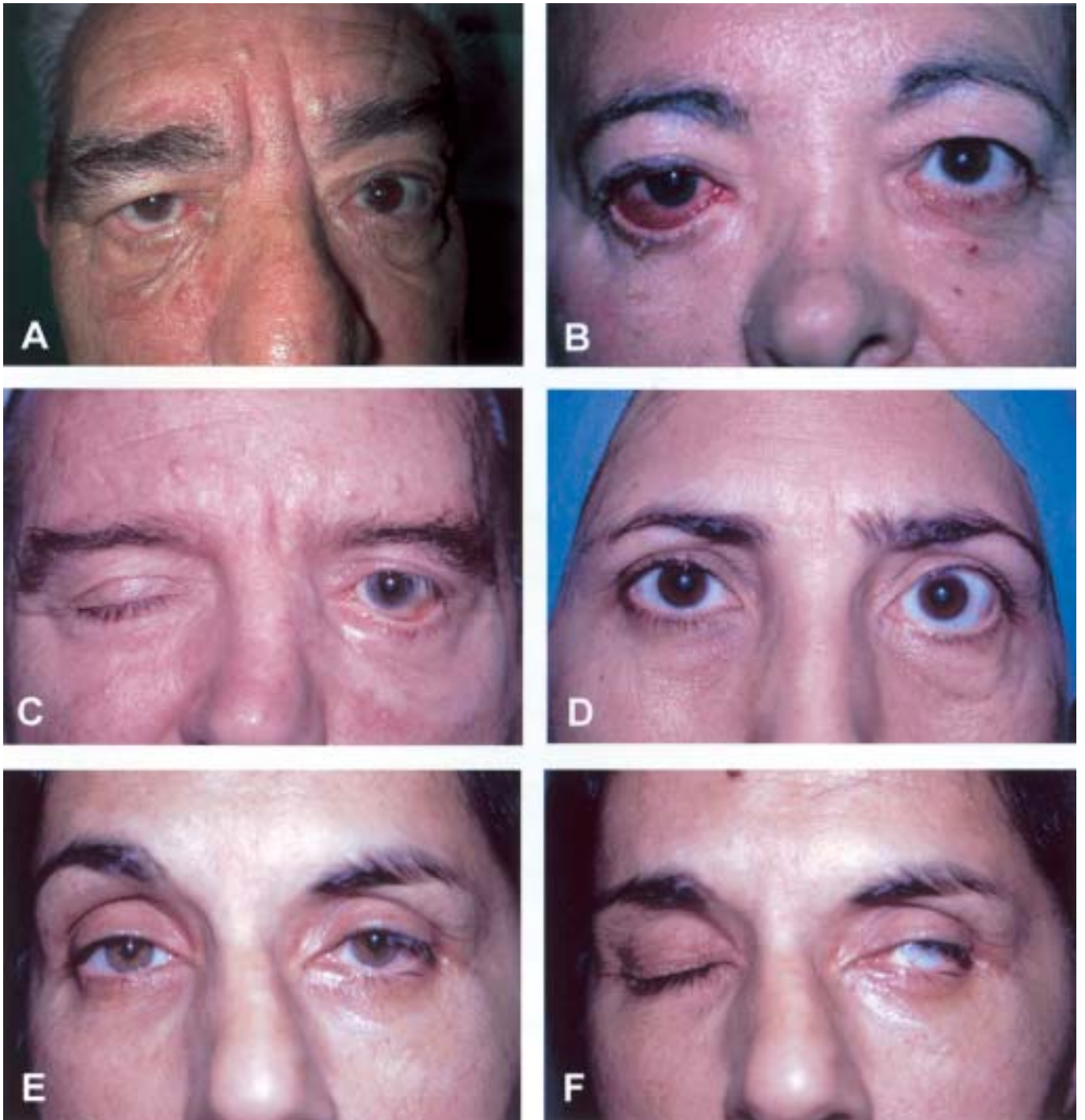


Figura 1. Paciente del grupo I (A), II (B), III (C), IV (D) y V (E).

TABLA I

Alteración	Ptosis ceja	Lagoftalmos	Ptosis PI	Ectropion	Epífora
Grupo I	•	•	•		•
Grupo II	•	•		•	•
Grupo III		•		•	•
Grupo IV		•			
Grupo V			•		

PI: párpado inferior

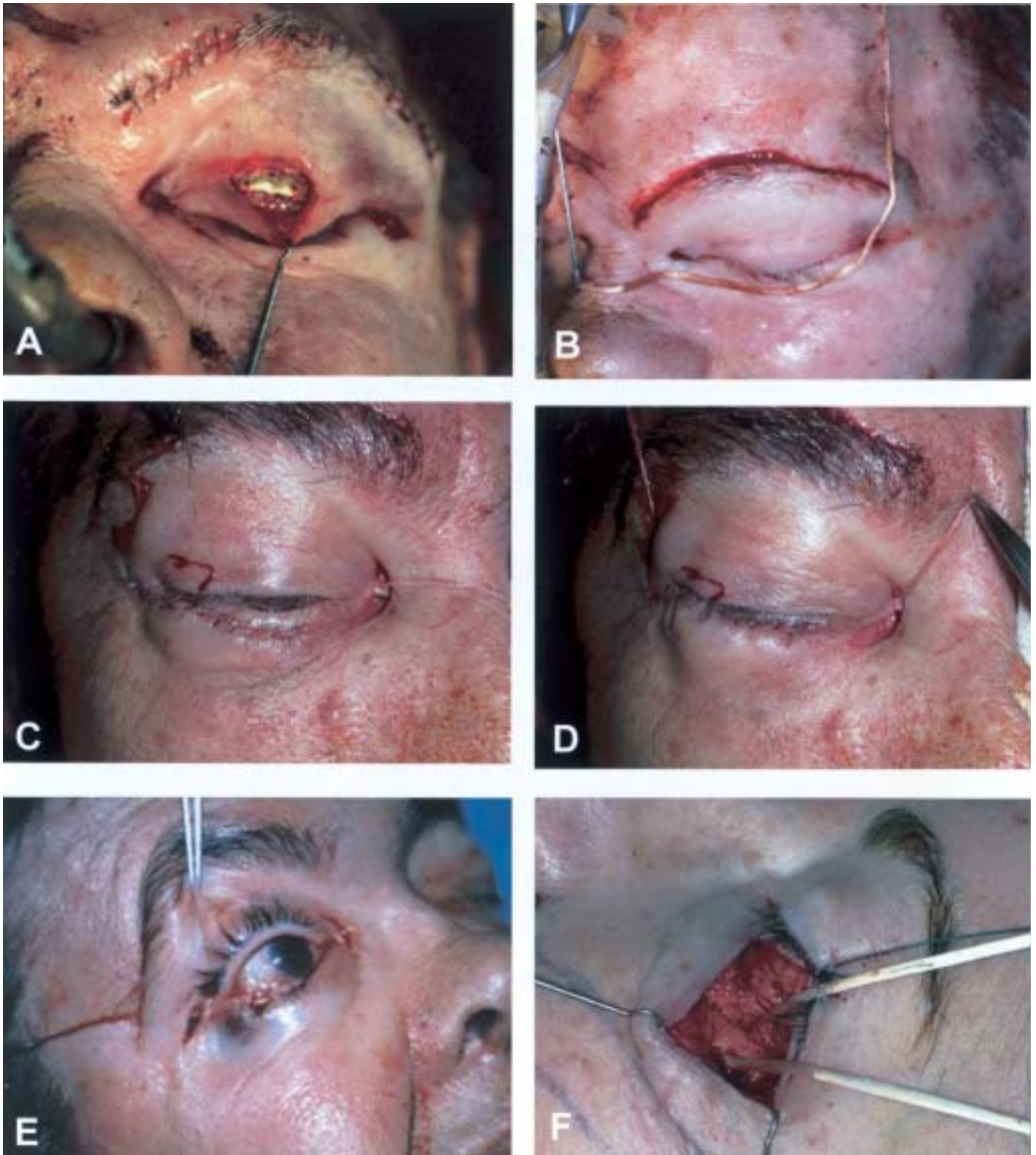


Figura 2. A. Colocación de la prótesis palpebral de oro en el párpado superior para la corrección del lagofthalmos. B. Interposición de la cincha tendinosa en el párpado inferior para la resolución de la ptosis y/o ectropion. C. Cantopexia interna sin tracción. D. Cantopexia interna con tracción. E. Párpado ectrópico y laxo. Interposición de cincha tendinosa y resección en cuña. F. Suspensión de la mejilla mediante cincha tendinosa suspendida al marco infraorbitario para demarcación del tercio superior del surco nasogeniano. Con esta medida se consigue la reducción de la luxación de las bolsas grasa palpebrales inferiores.

(14) (Fig. 2A). La prótesis se fija en la mitad superior del tarso, de manera que al elevar el párpado es posible esconder el abultamiento que esta produce. La fijación de la pesa al tarso se realiza con un poliéster de 5/0 teniendo especial cuidado de no atravesar la conjuntiva. El cálculo del peso final de la prótesis,

para provocar el cierre completo de párpado, viene determinado por la fórmula $m_1 = m_2 \cos \alpha / \cos \beta$ siguiendo la variación de los ángulos entre los planos cutáneo y pretarsal. Esta variación determina la adición de 0.2 grs a la pesa de prueba que se realizó en consulta (15). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el cierre

ocular puede estar parcialmente favorecido tanto por el exceso cutáneo del párpado superior como por el peso que ejerce la ceja ptósica al caer sobre el párpado. Así, hay que tener especial cuidado a la hora de calcular el peso definitivo si se va a llevar a cabo de forma adicional una blefaroplastia superior en el párpado paralizado, o si se procederá a la corrección de la ceja ptósica. De esta manera, clasificamos el lagofthalmos en dos grados: el grado I es aquel en el cual la caída de la ceja sobre el párpado superior no contribuye al cierre del mismo, mientras que el grado II es en el que sí contribuye. Al corregir estos defectos (blefaroplastia para el exceso cutáneo y escisión elíptica frontal para la ptosis de la ceja), desaparecen éstos como factores favorecedores del cierre palpebral, siendo el peso calculado de la prótesis insuficiente. Por ello, en el caso del lagofthalmos grado I que se acompañe de exceso cutáneo del párpado superior, es necesario añadir otros 0.2 g al peso calculado de la prótesis que se ubicará en el tarso. Si el lagofthalmos que se corrige es de grado II, con exceso cutáneo del párpado superior, el peso resultante de la prótesis sería el calculado más 0,4 g (Tabla II).

Para la corrección de la ptosis de la ceja, se ha utilizado la escisión elíptica frontal descrita por Passot con sus posteriores modificaciones (7). Esta técnica consiste en realizar una incisión horizontal justo en el límite superior de la ceja, disecando en sentido craneal, en un plano subcutáneo, y resecando el exceso de tejido presente. Siempre hay que hiper corregir la elevación de la ceja, puesto que con el trascurso de los meses ésta tiende invariablemente a descender. Si existe un exceso cutáneo en el párpado superior realizamos una blefaroplastia superior, uni o bilateral para obtener un mejor resultado estético. Cuando se llevan a cabo estos dos procedimientos en el mismo momento de la corrección del lagofthalmos hay que tener especial cuidado, como se ha comentado previamente, en reajustar el peso de la prótesis en el párpado superior.

TABLA II

	Exceso cutáneo PS	No exceso cutáneo PS
Lagofthalmos I	Pesa + 0,2 g Blefaroplastia	Pesa
Lagofthalmos II	Pesa + 0,4 g Blefaroplastia EEF	Pesa + 0.2 g EEF

PS: Párpado superior.

EEF: Escisión elíptica frontal.

Corrección del párpado inferior

A fin de entender bien las técnicas que se han utilizado para la corrección quirúrgica de los trastornos presentes en el párpado inferior, hemos dividido estas alteraciones en cuatro grados atendiendo a la gravedad y aparición de los síntomas:

Grado I: Ptosis con exposición escleral \leq 2mm

Grado II: Ectropion sin epífora

Grado III: Ectropion con epífora

Grado IV: Ectropion con epífora + exposición escleral $>$ 2 mm

La interposición de una cincha tendinosa es la técnica de elección para corregir tanto la ptosis como el ectropion del párpado inferior. Se trata de una técnica de reconstrucción estática que consiste en sostener el párpado inferior, de modo que el margen palpebral quede correctamente aposicionado al globo ocular y a 1 mm del borde inferior pupilar. El tendón procede del palmar mayor cuando sólo se lleva a cabo la corrección palpebral de la parálisis facial, o bien del músculo delgado plantar cuando además se asocia una suspensión estática a nivel facial (6). Más raramente se extrae de la fascia lata. Se realizan 3 incisiones: una con forma de V sobre el ligamento cantal medial, otra en la zona lateral de la ceja paralela a los folículos pilosos y una tercera en el margen lateral del párpado inferior a 3 mm del reborde ciliar. La cincha de 2 mm se tuneliza desde la incisión lateral del párpado hasta la zona medial con la ayuda de una aguja de Keith o similar, y se fija al ligamento cantal medial. La correcta colocación del tendón para evitar un ectropion o entropión es a 1,5 mm del reborde pupilar inferior. Posteriormente se tuneliza desde la incisión lateral del párpado, superficialmente al ligamento cantal lateral, hasta el reborde orbitario súpero-lateral, fijándolo al periostio. A este nivel es desde donde aplicamos una mayor o menor tensión del tendón tratando de colocarlo 2-3 mm más tenso de lo que aparentemente sería la tensión óptima. Se fija el tendón sobre sí mismo con suturas irreabsorbibles. Este procedimiento aporta un buen soporte del párpado inferior sin deformarlo (Fig. 2B).

Cuando existe una epífora resultante de la falta de aposición del punto lagrimal al globo ocular, se realiza una cantopexia interna (12). que consiste en, una vez localizado el ligamento cantal interno unido a la cincha tendinosa, fijarlo con puntos de ethilon 4/0 al periostio de los huesos propios nasales en dirección ascendente, asegurándonos de la correcta aposición del punto lagrimal al globo ocular (Fig. 2C-D).

En otras ocasiones, en pacientes con piel gruesa o paquidérmica y fundamentalmente para reforzar la

cincha tendinosa, realizamos una cantoplastia externa (11). Esta técnica se lleva a cabo por medio de una incisión cutánea en la región cantal externa. A continuación se procede a la cantolisis del ligamento cantal y se fija éste al periostio del reborde orbitario superior-lateral con un ethilon de 5/0. En muy raras ocasiones la hacemos de forma aislada en un párpado paralítico, aunque esta técnica tiene sus indicaciones precisas en la cirugía de la blefaroplastia. La resección en cuña se lleva a cabo siempre asociada a la interposición de la cincha tendinosa. Esta resección pentagonal del párpado inferior, se realiza cuando existe una laxitud cutánea importante asociada al ectropion y que provoque un descolgamiento importante del párpado inferior (Fig. 2E).

Finalmente, para la corrección de la luxación de las bolsas grasas palpebrales inferiores frecuentemente asociada al párpado paralítico, solemos realizar una blefaroplastia. Sin embargo, hemos observado que cuando se lleva a cabo una suspensión estática del tercio superior del surco nasogeniano por medio de una cincha tendinosa, el arrastre que se produce de todo el párpado inferior en dirección ascendente es suficiente para resolver este problema (Fig. 2F). Hemos querido resumir las técnicas realizadas según los diferentes grados señalados en la Tabla III.

TABLA III

Grado 1		CT
Grado 2	Laxitud CE No laxitud CE	CT-CE CT
Grado 3	Laxitud CE No laxitud CE	CT-CE-CI CT-CI
Grado 4		CT-Cuña-CI

CT: Cincha tendinosa
CE: cantoplastia externa
CI: cantopexia interna

En la siguiente tabla se resumen las técnicas quirúrgicas utilizadas en cada paciente según las alteraciones que presentaban cada uno de ellos (Tabla IV).

Resultados

El seguimiento de todos los pacientes ha tenido un rango entre 1.5 y 2 años. La resolución del lagofthalmos fue total en el 99% de los casos no requiriendo a los dos años seguimiento con otra técnica quirúrgica. En un caso se explantó la pesa por contaminación de la misma, lo que provocó una supuración crónica en

TABLA IV

Técnicas quirúrgicas utilizadas en cada paciente según las alteraciones presentadas

Grupo	Pacientes	Alteración	Técnica quirúrgica
I	4	Ptosis ceja + L I + ptosis PI<2mm + Ep	EEF- pesa- CT- CI
	1	Ptosis ceja + L I + ptosis PI<2mm + Ep + LBG	EEF- pesa - CT - CI - BI
II	3	Ptosis ceja + LII + Ec + Ep + ptosis>2mm	EEF- (pesa+0,2g)- CT- Cuña- CI
	2	Ptosis ceja + LII + Ec + Ep	EEF- (pesa+0,2g)- CT - CI
III	2	LI + Ec + Ep + laxitud canto externo	Pesa- CT- CE- CI
	3	LII con exceso cutáneo PS + Ec + Ep + ptosis>2mm	(Pesa+0,4g)- BS- EEF- CT- Cuña- CI
IV	3	LI con exceso cutáneo PS	(Pesa+0,2g)- BS
	1	LII con exceso cutáneo PS	(Pesa+0,4g)- BS- EEF
V	1	LI	Pesa
	4	Ptosis PI<2mm	CT
	1	Ptosis PI<2mm + LBG	CT- BI

BI: Blefaroplastia inferior
BS: Blefaroplastia superior
CE: Cantoplastia externa
CI: Cantopexia interna
CT: Cincha tendinosa
Ec: Ectropion
Ep: Epífora
EEF: Escisión elíptica frontal
LI: Lagofthalmos tipo I
LII: Lagofthalmos tipo II
LBG: Luxación de las bolsas grasas palpebrales inferiores
PS: Párpado superior
PI: Párpado inferior

la herida palpebral. Esta complicación se resolvió satisfactoriamente mediante la cura de la herida y cierre por segunda intención; al cabo de tres semanas se interpuso otra pesa con resultados satisfactorios. Sin embargo, en el 36% de las ocasiones los pacientes requerían de la elevación en 30° del cabecero de la cama para un correcto cierre ocular mientras dormían, requiriendo el 25% de este grupo la necesidad de cierta ayuda para el cierre ocular durante el sueño. En cuanto a la ptosis de la ceja esta se resolvió en el 100% de los casos no requiriendo otras técnicas complementarias. La solución tanto de la ptosis como del ectropion del párpado inferior se logró en el 100% de las ocasiones, si bien hubo que retensar la cincha tendinosa en una ocasión a los tres meses de la cirugía, y se produjo un decúbito del tendón en dos ocasiones, solucionándose esta complicación por medio de la cobertura del mismo con un pequeño colgajo palpebral. No se provocó entropión tras la realización de esta técnica. Más aún, en dos casos la epífora estaba todavía presente aunque los pacientes referían una mejora de la misma respecto de la situación previa a la cirugía. Los resultados de los pacientes en cada uno de los grupos se muestran en la figura 3.

Discusión

En este trabajo describimos con detalle nuestro protocolo de actuación quirúrgica ante las distintas alteraciones que pueden aparecer en un párpado paralítico. En relación a la corrección del lagofthalmos, se ha propuesto la implantación de una pesa de oro en el párpado superior frente a otras técnicas como la transposición del músculo temporal utilizada por otros autores (2, 16). La colocación de la pesa es una técnica rápida y sencilla, que se puede realizar bajo anestesia local. En un alto porcentaje de casos esta técnica funciona satisfactoriamente cuando se tienen en cuenta que ciertas variaciones anatómicas de la angulación del párpado, intervienen en el cálculo de la pesa (15). Más aún, cuando se asocia una blefaroplastia o la corrección de la ptosis de la ceja, se ha de añadir un peso adicional a la prótesis. Otra de las ventajas que presenta esta técnica es la conservación del reflejo corneal fisiológico. De esta manera, cuando se deseca la cornea, se produce una relajación del elevador del párpado superior, de manera que éste cae sobre el inferior por acción de la pesa. Hay que tener en cuenta que fisiológicamente el párpado inferior apenas interviene en el cierre ocular, siendo el superior el que realiza la mayor parte del recorrido para conseguir la oclusión (14). Sin embargo, este reflejo se pierde con la transposición del músculo temporal, puesto que para cerrar el párpado es necesario apretar

los dientes de forma voluntaria. Es verdad que el cierre palpebral que se consigue con la trasposición del músculo temporal es dinámico, tanto del párpado superior como del inferior, pero no es un movimiento fisiológico. Por lo tanto, una técnica dinámica frente a una estática no parece que ofrezca mayores ventajas, siendo esta última más agresiva. La transposición del músculo temporal es una buena opción cuando no son eficaces las pesas de oro. Así, en el 10% de los casos, la pesa de oro no proporciona un cierre palpebral adecuado o se extruye (17). En estos casos la transferencia del músculo temporal tendría su indicación concreta. Manktelow propone colocar la pesa de oro a 5 mm del borde libre palpebral para que ésta quede escondida en el surco y tenga un mejor resultado estético. Sin embargo, al implantar la pesa de esta manera hemos observado que el párpado no cierra totalmente. Esto se explica porque la pesa colocada en el plano tarsal ejerce un peso menor al que ejerce sobre el plano cutáneo debido a la variación de los ángulos de estos planos. Por ello para conseguir un adecuado cierre palpebral es necesario añadir 0,2 g al peso de la prótesis de prueba (15). Por otro lado, como también se ha comentado anteriormente, la importancia de la contribución al cierre palpebral de la ceja ptósica y del exceso cutáneo del párpado superior, de modo que determinan un aumento en el peso calculado de la prótesis. Así, se aumentará en 0,2 g por cada factor que se corrige.

Otras técnicas descritas para la reanimación del párpado superior son el injerto nervioso facial cruzado (3) o la transposición del nervio hipogloso (4). El injerto nervioso facial cruzado es un procedimiento válido pero que comienza a ser eficaz transcurridos 6 meses desde que se realiza. Este es el tiempo necesario para que se produzca la regeneración nerviosa a través del injerto desde el lado sano de la cara hasta el paralizado. Se utilizan como nervios donantes dos ramas palpebrales del nervio facial del lado sano. Por ello, lo más adecuado es implantar una pesa de oro hasta que se produzca la regeneración. La transposición del nervio hipogloso presenta también el mismo inconveniente que el injerto facial cruzado en cuanto al tiempo de regeneración, aunque generalmente éste es más corto debido a la menor distancia en el recorrido. Sin embargo, aunque existe cierto tono palpebral en reposo, no se conserva el reflejo corneal fisiológico puesto que el paciente tiene que mover la lengua para conseguir cerrar el párpado.

Los dos procedimientos más habituales para la corrección de la ptosis de la ceja son la escisión elíptica frontal (7) y la suspensión endoscópica de la ceja (8). Esta última parece poco segura por el alto índice de recidivas que presenta. En una parálisis facial el



Figura 3. Resultados de los mismos pacientes de la figura 1. Paciente del grupo I (A), II (B), III (C), IV (D) y V (E).

músculo frontal se encuentra denervado y por tanto incompetente para sostener el peso de la ceja ptósica. La escisión elíptica es de una técnica sencilla con excelentes resultados en cuanto a la posición final de la ceja, siendo la cicatriz final poco visible. La suspensión endoscópica de la ceja podría plantearse por motivos estéticos en pacientes jóvenes aunque es poco frecuente observarla en estos casos.

El procedimiento más utilizado para corregir el ectropion que se produce en un párpado paralítico es la interposición de una cincha tendinosa. A esta técnica se le suman otras como son la cantoplastia externa, la cantopexia interna, la resección en cuña y la tarsorrafia. Sin

embargo, existen materiales aloplásticos como el gore-tex que también son utilizados con cierta frecuencia. Pensamos que la utilización de los tejidos propios del paciente contribuye a la mejor tolerancia de los mismos con una disminución de las posibilidades de infección y de desnaturalización y falta tensión con el tiempo (18). En el caso de que el ectropion se asocie a epífora o exista una ptosis importante del párpado inferior proponemos realizar una cantopexia interna. Esta técnica mejora notablemente la epífora ya que contribuye de modo más directo a la correcta aposición del punto lacrimal al globo ocular. La resección en cuña es eficaz cuando existe una gran laxitud cutánea del párpado inferior. En estos

casos el párpado inferior está muy ptósico con una exposición escleral importante. La resección en cuña del exceso cutáneo complementa la interposición de una cincha tendinosa para la corrección óptima del ectropion. La no realización de esta pequeña técnica en un párpado muy ptósico o ectrópico y laxo conduciría a la aparición de un pliegue cutáneo a nivel del margen temporal del párpado inferior. La cantoplastia externa en muy raras ocasiones se realiza de forma aislada en un párpado paralítico, aunque esta técnica tiene sus indicaciones precisas en la cirugía de la blefaroplastia. Hay que tener en cuenta que no existe tono del músculo orbicular de los párpados que contribuya a dar cierto soporte a los mismos. Por otro lado, es cierto que la cincha tendinosa que se coloca en el borde libre del párpado inferior tras la realización de una trasposición del músculo temporal mejora tanto la ptosis como el ectropion. Sin embargo, resulta aparentemente innecesario la aplicación de una técnica dinámica a un párpado inferior paralizado. Finalmente, y a nuestro juicio, la tarsorrafia es un procedimiento cuyos resultados estéticos son deficientes al disminuir el tamaño de ojo además de provocar una disminución en muchas ocasiones del campo visual de la zona temporal.

La blefaroplastia inferior es un método adyuvante para la mejoría estética palpebral que no debe olvidarse, y que en nuestro centro la asociamos con cierta frecuencia a la cirugía del párpado paralítico. Sin embargo, cuando en el mismo momento quirúrgico realizamos la suspensión del tercio superior del surco nasogeniano, la fuerza que hacia arriba se realiza sobre la mejilla, hace que sea ésta la que reduzca la luxación de las bolsas grasas, y por tanto no sea necesaria la realización de una blefaroplastia.

Conclusiones

A nuestro juicio, el manejo de las alteraciones que se producen en el párpado paralítico tras una parálisis facial tiene que ser lógico, en cuanto que hemos de utilizar las técnicas quirúrgicas cuyo resultado asemeje la función fisiológica del párpado normal. De esta manera, la utilización de las pesas de oro como primer escalón para la corrección del lagofthalmos tiene una indicación precisa. La trasposición del músculo temporal estaría reservada en caso de que éstas no funcionaran. La utilización de una cincha tendinosa para la suspensión de la ptosis y/o ectropion del párpado inferior es una técnica aceptable. La realización de la cantopexia interna para conseguir una buena aposición del punto lagrimal inferior al globo ocular, mejora la corrección de la epífora. Finalmente, la asociación de la cantoplastia externa, la resección en cuña y la blefaroplastia vienen determinadas por el tipo de párpado que estemos corri-

giendo y si se asocian o no otros procedimientos estáticos o dinámicos a nivel facial.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. R. T. Manktelow del Toronto General Hospital (Toronto, Canadá) y a la Dra. Salimbeni del Hospital St. Chiara (Pisa, Italia) por los comentarios y críticas para la elaboración de este trabajo.

Dirección del autor

Dr. Bernardo Hontanilla Calatayud
Departamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.

Clínica Universitaria. Universidad de Navarra
Avda. Pío XII, 36
31008 Pamplona. Navarra. España

Bibliografía

1. **Jobe R.P.** "A technique for lid loading in the management of lagophthalmos of facial palsy". *Plast. Reconstr. Surg.* 1974; 53:29.
2. **Guillies H.** "Experiences with fascia lata grafts in the operative treatment of facial paralysis". *Proc. Royal Soc. Med.* 1934. Vol XXVII. London: Jonh Bale, Sons and Danielsson Eds. Pp. 98-104.
3. **Smith M.F., Goode R.L., Smith M.F., Goode R.L.** "Eye protection in paralyzed face". *Laryngoscope.* 1979; 89 (3): 435.
4. **Eberle R.C.** "Facial reanimation in facial paralysis". *Otolaryngol. Clin. North Am.* 1972; 5(3): 631.
5. **Levine R.E., Pulec J.L.** "Eyelid reanimation with the palpebral spring after facial nerve graft surgery: An interdisciplinary approach". *Ear Nose Throat J.* 1993; 72: 686.
6. **Arion H.G.** "Technique of dynamic closure of the eyelids in orbicular paralyses". *Ann. Chir.* 1969; 23 (15): 847.
7. **Passot R.** "Chirurgie Esthetique Pure: Techniques et Resultats". 1930. Paris. Gaston Doin & Cie Eds.
8. **McCain L.A., Jones G.** "Application of endoscopic techniques in aesthetic plastic surgery". *Plast. Surg. Nurs.* 1995;15 (3): 149.
9. **Carraway J.H., and Manktelow R.T.** "Static sling reconstruction of the lower eyelid". *Operative Techniques in Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 6 (3): 163.
10. **Daigeler R., Bohmert H.** "Masseterplasty in facial paralysis. Use of the Gore-Tex (PTFE) soft tissue patch as a tendon rein". *Fortschr. Med.* 1986; 104 (15): 304.
11. **Glat P. M., Jelks G.W., Jelks E. B., Wood M., Gadangi P. and Longaker M. T.** "Evolution of the lateral canthoplasty: Techniques and indications". *Plast. Reconstr. Surg.* 1997; 1396.
12. **Fruen B.R., Su C.S.** "Medial tarsal suspension: a method of elevating the medial lower eyelid". *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.* 2002; 18 (2): 133
13. **Warren A.G.** "A method of medial tarsorrhaphy for correction of lagophthalmos and ectropion". *Lepr. Rev.* 1996; 37 (4): 217
14. **Manktelow R.T.** "Use of the gold weight for lagophthalmos". *Operative Techniques in Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 6 (3):157.
15. **Hontanilla B.** "Weight measurement of upper eyelid gold implants for lagophthalmos in facial paralysis". *Plast. Reconstr. Surg.* 2001; 108 (6): 1539.
16. **Salimbeni G.** "Eyelid reanimation in facial paralysis by temporal muscle transfer". *Operative techniques in Plas. Reconstr. Surg.* 1999; 6 (3): 159.
17. **Pickford M.A., Scamp T., Harrison D.H.** "Morbidity after gold weight insertion into the upper eyelid in facial palsy". *Br. J. Plast. Surg.* 1992; 45: 460.
18. **Costantinides M., Galli S.K., Miller P.J.** "Complications of static facial suspensions with expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE)". *Laryngoscope.* 2001; 111 (12): 2114.

Comentario al trabajo «Corrección quirúrgica del párpado paralizado en la parálisis facial»

Dr. Antonio de la Fuente
Cirujano Plástico
Práctica Privada. Madrid (España)

Por lo que respecta al párpado superior el procedimiento de elección es la implantación en el párpado superior de la pesa de oro descrita por Jober en 1974, que sigue siendo actualmente un procedimiento popular debido a su simplicidad técnica y eficacia, si bien merece la pena advertir que no está exenta de complicaciones a medio o largo plazo (los autores hablan de un seguimiento de año y medio o dos años máximo), como son la posible visualización del implante o incluso su ulceración y extrusión por descúbito sobre unos tejidos muy finos. En este sentido Friedhofer (1) ha propuesto el uso del cartílago auricular tomado de la concha para sustituir la pesa de oro, de forma que incluye dos piezas, una mayor sobre el músculo elevador y otra más pequeña sobre la placa tarsal.

Para la corrección de la ptosis de la ceja, los autores aconsejan y utilizan una escisión directa sobre la ceja, por tratarse de “una técnica sencilla y con una cicatriz poco visible”. Los autores mencionan la posibilidad de corrección endoscópica en pacientes jóvenes, si bien se refieren a esta técnica como “poco segura por el alto índice de recidivas que presenta”. Coincido con los autores en la sencillez de la escisión directa y puede aconsejarse en pacientes de cierta edad, siempre que se evite la complicación más habitual de esta técnica que es la alopecia de la ceja, mediante el biselado de la incisión

y la preservación de los folículos pilosos. Aún en cierto desacuerdo con la afirmación del alto índice de recidivas en el abordaje endoscópico (siempre que la técnica y la fijación sean correctas), creo efectivamente que no es la técnica de elección y que obviamente requeriría reajustes, dado el carácter unilateral de la ptosis, por lo que sin descartar esta técnica podría, en pacientes jóvenes o de mediana edad utilizarse una técnica transpalpebral de elevación (2), sin descartar el empleo de la toxina botulínica en el lado contralateral, consiguiendo de una forma simple una excelente simetría en la posición de las cejas al actuar selectivamente sobre el músculo frontal activo o incluso la suspensión mediante pequeñas incisiones, descrita por Onur Erol (3).

En conclusión los autores expresan su sistemática de tratamiento que emplean con acierto de acuerdo a los resultados mostrados, por lo que merecen nuestra sincera felicitación.

Bibliografía

1. **Friedhofer H.** “Aesthetic considerations in facial Reinnervation” (Marcus Castro Ferreira). *Clinics in Plastic Surgery* 2002; 29: 523.
2. **John Siebert:** “Browpexy via supper eyelid”. *Aesthetic Surgery of the Aging Face Symposium.* Manhattan Eye, Ear & Throat Hospital. Nov. 20,22 2003. New York.
3. **Onur Erol:** *Plastic Reconstructive Surgery* 2002, 109:2523.

Respuesta al comentario del Dr. Antonio de la Fuente

Dr. B. Hontanilla Calatayud

La utilización del cartílago auricular, como describió Friedhofer en una comunicación personal durante el congreso de Sao Paulo en 1999, para la resolución del lagofthalmos tras una parálisis facial, es una técnica de la que no se saben sus resultados a largo plazo. No existe ninguna otra comunicación ni referencia, además de la ya comentada, que haga alusión sobre la bondad de dicha técnica. Por otro lado, pensamos que

el lifting endoscópico tiende a la recidiva en los pacientes con parálisis facial ya que el tono del músculo frontal, presente sin embargo en los pacientes que se someten a una intervención de cirugía estética, no aporta tensión para la elevación de la ceja incluso haciendo grandes hipercorrecciones. Finalmente, agradecemos sinceramente los comentarios del Dr. de la Fuente a nuestro trabajo.