

Manejo de la ptosis palpebral miogénica congénita

Congenital Myogenic Palpebral ptosis management



Lagarón Comba, E.J.*; Gómez Bravo, F.**; Delgado Muñoz, M.D.**; Herrero López, E.***

Lagarón Comba, E.J.

Resumen

La ptosis palpebral congénita es una malformación relativamente frecuente con implicaciones estéticas y, en los casos más graves, funcionales, que pueden conducir a una importante merma en la agudeza visual del paciente. La ptosis palpebral miogénica es con mucho la más frecuente y la de mayor incidencia infantil. La evaluación correcta de cada caso, el análisis de su etiología, de su evolución y de su grado de severidad nos permitirá realizar una selección adecuada de la técnica quirúrgica que debemos emplear. A continuación presentamos nuestra experiencia de los últimos cinco años.

Abstract

Upper eyelid congenital ptosis is a relatively frequent malformation which not only has aesthetic consequences but often, in more severe cases, may have a functional significance with a considerable loss of eyesight. Myogenic upper eyelid ptosis is by far the most frequent type and the one with the highest incidence in children. An adequate preoperative assessment, including an analysis of the cause, clinical progress and degree of severity will allow us to select the most appropriate surgical technique for each case. Following is our experience from the past five years.

Palabras clave Ptosis palpebral congénita

Código numérico 2506

Key words Congenital Ptosis Eyelids

Código numérico 2506

* Médico Adjunto.

** Ex-Médico Residente del Servicio

** Jefe de Sección

Introducción

Dentro de las diferentes causas que dan lugar al signo clínico de ptosis palpebral, la miogénica es con mucho la más frecuente y la de mayor incidencia infantil.

Definimos 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, es decir, apenas cubriendo el tercio superior de la cornea y dejando totalmente libre la pupila. Consideramos como posición neutra de la mirada, la que localiza el punto de visión central justo en el mismo plano de los ojos y con la frente totalmente relajada.

La etiología de la ptosis palpebral es diversa, la clasificación de Frueh (1) divide los casos de ptosis en función del sustrato patológico que la origina, lo que va a determinar el tratamiento y la evolución de la misma. Así, la ptosis palpebral puede clasificarse en miogénica, aponeurótica o neurogénica, a las cuales pueden añadirse dos grupos más en función de otros factores extrínsecos que inciden sobre la morfología y la fisiología del párpado: la mecánica y la traumática. Estas últimas merecerían un capítulo aparte ya que incluirlas en el mismo capítulo que las anteriores nos conduciría a graves errores de tratamiento.

En este artículo nos vamos a referir a la ptosis miogénica y en particular a la de origen congénito, aunque esto no necesariamente signifique que se haga presente en los primeros años de la vida.

Consideramos como ptosis miogénica aquella debida a la disfunción del músculo elevador del párpado superior, lo que Beard y Callahan (2) definen como *distrofia del elevador*, bien de forma aislada o bien asociada a la disfunción de otros músculos oculomotores o incluso de músculos ajenos al área orbitaria. En muchos casos, esta disfunción se aprecia ya en la infancia y se mantiene con una evolución estable a lo largo de los años. En otros casos los primeros síntomas no aparecen hasta la segunda o tercera década de la vida y por lo general son de evolución progresiva. En unos y otros, el origen es genético con un grado de penetración y de expresión variable. A todos estos casos hay que añadir los de patología muscular adquirida asociada, por lo general, a otros síntomas sistémicos.

Diagnóstico e indicación quirúrgica

En función de lo dicho, dentro de este grupo de ptosis miogénica podemos citar:

- La *distrofia del elevador congénita simple*, con mucho la más frecuente; es de carácter hereditario y está causada por falta de desarrollo muscular (Berke, 1955) (3)
- La *ptosis asociada al hipodesarrollo de otros músculos oculomotores*, en particular del recto superior, Se diferencia de la *oftalmoplejia crónica progresiva* (Koerner, 1972) (4) en que ésta es de aparición tardía, de carácter evolutivo y afecta a la práctica totalidad de los músculos extraoculares. Otra entidad de similar manifestación es la *fibrosis congénita de los músculos extraoculares* (Laughlin, 1956) (5) que conlleva desde muy temprana edad la restricción global de la motilidad ocular.
- La *blefarofimosis*, cuadro sindrómico que se asocia clásicamente con la presencia de epicanto inverso y telecanto y que es de manifestación bilateral (6).
- El *síndrome oculofaríngeo* que asocia la ptosis palpebral progresiva con la afectación de los músculos constrictores de la faringe produciendo disfagia y disartria. (Jhonson, 1974) (7)
- La *distrofia muscular progresiva*, con atrofia y debilidad de otros grupos musculares de la cabeza y el cuerpo (Koesner, 1972).
- Las *miopatías mitocondriales*, que muchas veces debutan con la aparición de la ptosis palpebral.
- La *distrofia miotónica*, también hereditaria y multisistémica, que se manifiesta como debilidad muscular por déficit de relajación, atrofia testicular, reabsorción del cristalino y calvicie frontal.
- La *miastenia gravis*, prototipo de miopatía adquirida autoinmune cuyo origen reside en la afectación de la placa neuromuscular (8).

Así, considerando la variedad de procesos encuadrados en esta patología, cuya génesis y evolución es completamente diferente, es fácil comprender que encuadrar y valorar cada caso en particular es esencial a la hora de fijar el momento del tratamiento, la indicación quirúrgica y las expectativas que se pueden ofrecer al paciente en función del resultado y de su evolución.

Ante un caso de ptosis palpebral hemos de hacer una adecuada anamnesis en donde se refleje:

- la edad del paciente, la edad en la que se apreciaron los primeros síntomas y su evolución a lo largo del tiempo y durante el día, los antecedentes familiares, la existencia de otras patologías sistémicas, la repercusión funcional de la deformidad (ambliopía, disminución de la agudeza visual, hiperlordosis cervical compensadora, etc), y la evaluación preanestésica, si procede.

En cuanto a la exploración nunca debe dejar de observarse:

1°. La localización del párpado en posición neutra de la mirada, que nos llevará a determinar el grado de ptosis. En la ptosis unilateral se mide en relación con el párpado normal contralateral. En la ptosis bilateral podemos considerar la posición normal del párpado a 9 mm del limbo esclerocorneal inferior. Según lo citado anteriormente podemos clasificar la ptosis en tres grados distintos:

- Ptosis leve, cuando el párpado cubre parcialmente la porción superior de la cornea sin sobrepasar el borde superior de la pupila (2 a 3 mm de ptosis).
- Ptosis moderada, cuando el párpado cubre parcialmente la pupila (3 a 4 mm de ptosis).
- Ptosis severa, cuando el párpado cubre prácticamente toda la pupila (4 ó más mm de ptosis).

2ª La función del músculo elevador bloqueando la acción del frontal, nos permite valorar la técnica a emplear y las expectativas de resultado. Se mide evaluando el recorrido del párpado desde la mirada extrema hacia abajo a la mirada extrema hacia arriba. Es importante reseñar que en la distrofia muscular congénita simple, la mirada extrema hacia abajo puede llevar consigo un déficit del cierre completo del párpado superior por relajación incompleta, signo que podemos tomar como patognomónico de esta afección.

Consideramos como buena o excelente función del elevador a un recorrido superior a 8 mm; pobre función del elevador a un recorrido entre 4 y 8 mm; muy pobre o nula función del elevador a un recorrido inferior a 4 mm.

3° La motilidad del resto de los músculos oculomotores y la capacidad de cierre palpebral por parte del músculo orbicular.

4° Determinar el ojo dominante, que generalmente es el derecho en los diestros y el izquierdo en los zurdos. Sobrecorregir el ojo dominante puede llevar a una ptosis del ojo no dominante, antes apenas evidenciada por la compensación que ejercía.

5° La presencia o ausencia de Fenómeno de Bell, definido como el recorrido ascendente del globo ocular sincrónico al cierre palpebral. Su ausencia, del mismo modo que la anestesia o hipoestesia corneal, que también hay que valorar, es un indicador del grado de sobrecorrección que podemos arriesgar sin producir lesiones corneales severas.

6° La presencia de signos asociados, como el signo de Marcus Gunn, síndrome de Horner o síndrome de Duane, que nos hablan de ptosis neurogénica.

7° El aspecto externo del párpado: La piel del párpado, su elasticidad y posible redundancia o insuficiencia; localización del surco palpebral en relación



Fotos 1, 2, 3. *Distrofia del elevador congénita simple*. Resección de 20 mm del elevador por vía anterior.

con el borde ciliar; profundidad del surco palpebral; presencia o no de pliegues epicantales; relación del párpado inferior con el limbo esclerocorneal inferior, ectropion del tercio externo y localización del punctum, factores muchas veces alterados en la blefarofimosis.

En este amplio grupo de las ptosis miogénicas sabemos que el sustrato estructural sobre el que tenemos que valorar las posibilidades de actuación es el músculo elevador del párpado superior.

Las técnicas quirúrgicas que habitualmente realizamos y que tienen por objetivo potenciar la acción del músculo elevador se dividen en cinco grupos:

1º Resección en bloque tarso conjuntival. Técnica de Fassanella Servat, indicada en las ptosis leves con buena función del elevador; en términos generales deberá researse 1 mm de tarso por cada mm de ptosis y 3 mm de conjuntiva por cada mm de ptosis, lo que supone 1,5 mm. a cada lado del reborde tarsal. La modificación de Putterman incluye la conjuntiva y el músculo de Müller sin resear la placa tarsal (9).

2º Resección cutánea, resección segmentaria del músculo orbicular y plicatura de la aponeurosis del elevador. Especialmente indicada en las ptosis aponeuróticas y en las correcciones secundarias por hipocorrección de las miogénicas.

3º Resección del músculo elevador. En las miogénicas de moderadas a severas con buena o pobre función del elevador. Técnica clásica de Von Blascovich modificada (10); Por vía anterior o cutánea cuando debemos hacer reajustes de la piel o del surco palpebral indefinido. (Fig 1-3); por vía posterior o conjuntival. Cuando la piel palpebral es adecuada y el surco palpebral definido. (Fig 4-6).

La resección del elevador que debe liberarse a nivel de su inserción tarso aponeurótica debe ser de 4 mm por cada mm de ptosis. Las resecciones inferiores a 16 ó 20 mm casi siempre resultan insuficientes. Al término de la operación el párpado debe ser hiperextendido, situándose el borde palpebral por encima del borde corneal superior.

4º Suspensión estática del elevador al músculo frontal. Se han empleado distintos materiales, siendo actualmente los que utilizamos la fascia lata autóloga, la fascia lata de banco y la fascia lata liofilizada. Especialmente indicada en los pacientes pediátricos muy jóvenes con nula acción del elevador, que presentan ambliopía por afectación unilateral y cuya intervención debe ser precoz. En la afectación bilateral la intervención puede posponerse algo más, dado que el paciente compensa su déficit visual mediante la hiperextensión cervical, aunque no el tiempo sufi-



Fotos 4, 5, 6. *Distrofia del elevador congénita simple*. Resección de 16 mm del elevador por vía posterior.

ciente como para que pueda desarrollar trastornos vertebrales. Esta técnica exige una reeducación del paciente, que debe aprender a elevar las cejas al centrar la mirada. (Fig 7-9).

5° Mioplastia dinámica del músculo frontal. Se utiliza una tira de músculo frontal activo que se ancla al tarso. Lo utilizamos en casos secundarios o en pacientes jóvenes o adultos con buena capacidad de rehabilitación (11) (Figl 10-12).

Material y Método

Se han revisado 50 casos de ptosis congénita miopática, valorados en nuestro Servicio de Cirugía Plástica del Hospital 12 de Octubre de Madrid (España) en los últimos cinco años.

Se descartan otras causas de ptosis como la neurogénica o sincinética con signo de Marcus Gunn presente (cuatro casos en nuestra serie), cuya etiología hay que buscar en la existencia de fibras nerviosas compartidas entre el III y el V par craneal. También se descartaron los casos de ptosis aponeurótica involutiva y de ptosis mecánica o secundaria a blefarochalasia.

Considerando el momento de su aparición, pudimos definir como ptosis puramente congénitas 43 casos. Los siete casos restantes, también hereditarios

y con antecedentes familiares, corresponden a: 5 casos con edad de comienzo a partir de los cuatro años, afectación de otros músculos oculomotores y de evolución progresiva; 1 caso de oftalmoplejia progresiva hereditaria de inicio en la edad adulta; estos 6 casos, por su naturaleza hereditaria, los incluimos en el estudio de evaluación, pero no se incluyen entre los pacientes operados. En definitiva el estudio se basa en 44 casos operados.

Desde el punto de vista etiológico podemos dividir los casos evaluados en:

Ptosis congénita simple 28 casos; Ptosis congénita sindrómica 3 casos, de los que uno correspondió a un Síndrome de Sprintger Golberg, otro a un Síndrome de Noonan y el otro a un Síndrome de Turner; Blefarofimosis 5 casos; Ptosis asociada a afectación de otros músculos oculomotores 6 casos: Con afectación simultánea del recto superior 1 y con afectación simultánea del recto externo 5 ; ptosis ciliar por hipofunción del músculo frontal 1 caso y ptosis secundaria a miopatía mitocondrial 7 casos.

Se encontraron antecedentes familiares en 9 pacientes de los 50 citados. La presentación fue unilateral en 30 casos, frente a 20 de presentación bilateral. Entre las unilaterales aparecía mas afectado el ojo no dominante (habitualmente el izquierdo) en 20



Fotos 7, 8, 9. Blefarofimosis. Suspensión al frontal con fascia lata.

casos, frente a 10 casos de afectación del dominante (habitualmente el derecho).

La sintomatología acompañante se concretaba en: Ambliopía 2 casos; trastornos de la agudeza visual 7 casos; hiperlordosis del cuello 15 casos; escoliosis cervical 2 casos; facies de Hutchinsonson 3 casos y Cefaleas 1 caso (probable insuficiencia vertebro basilar).

En lo que se refiere a los datos exploratorios, consideramos como: ptosis leve 10 casos; ptosis moderada 26 casos; ptosis severa 8 casos.

En cuanto a la función del elevador: muy pobre o nula función del elevador 12 casos; pobre o relativamente buena función del elevador 15 casos; buena o excelente función del elevador 17 casos y no valorados por falta de colaboración del paciente 6 casos.

Nos llama la atención que no siempre existe correlación entre el grado de ptosis y el grado de función del elevador, en especial en los dos primeros grupos. De hecho constatamos: Ptosis palpebral severa con buena función del elevador 6 casos; ptosis moderada o leve con mala o nula función del elevador 10 casos; ptosis moderada y buena función del elevador 26 casos y ptosis severa con mala o nula función del elevador 2 casos.

Como hemos dicho antes es importante valorar la presencia del Fenómeno de Bell que estaba presente en 46 casos y ausente en 4.

Las edades de los pacientes en el momento de la intervención fueron las siguientes: con menos de 4 años 11 casos; la mayor parte de estos pacientes (6 casos) fueron operados por el Servicio de Oftalmología mediante suspensión estática frontal con lámina de Goretex (12) y ante el pobre resultado del tratamiento fueron posteriormente enviados al Servicio de Cirugía Plástica donde nos hicimos cargo de su tratamiento en una edad posterior. Entre 4 y 6 años hubo 17 casos y con más de 6 años 22 casos

En cuanto a las intervenciones realizadas: Técnica de Fassanella Servat o modificación de Putterman en 5 casos; resección cutánea y del músculo orbicular y plicatura de la aponeurosis 2 casos; resección del músculo elevador 26 casos: por vía anterior 12 casos y por vía posterior 14 casos; suspensión frontal con Goretex en 6 casos; suspensión estática frontal con fascia lata en 2 casos y mioplastia dinámica del frontal 3 casos.

El grado de resección media efectuada para el elevador fue: Para ptosis leves de 2 mm 6 mm de resección en 4 casos y 8 mm. de resección en 2 casos.



Fotos 10, 11, 12. Ptosis asociada al hipodesarrollo del recto superior derecho. Colgajo miofascial del músculo frontal. Nótese el déficit asociado del recto superior derecho.

Para ptosis leves de 3 mm a 9 mm de resección en 5 casos y 12 mm de resección en 5 casos. Para ptosis moderadas de 4 mm a 12 mm de resección en 4 casos y 16 mm de resección o más en 4 casos. Para ptosis severas por encima de 4 mm a 20 mm de resección o más en 2 casos.

Resultados

En lo que se refiere a los resultados obtenidos:

- Consideramos como resultados muy buenos o excelentes (a juicio de nuestros pacientes o de sus familiares y de nosotros mismos) con valoración 4/5 o 5/5:

De los pacientes con ptosis palpebral severa con buena función del elevador, 1 de 6 pacientes (35%).

De los pacientes con ptosis moderada o leve con mala o nula función del elevador, 7 de 10 pacientes (70%).

Del grupo de moderada ptosis y buena función del elevador, 10 de 26 pacientes (42%).

Del grupo de ptosis severa con mala o nula función del elevador, 2 de 2 pacientes (100%).

El resto de los casos fueron considerados como suficientes, con grado de valoración 3/5, sin que en ningún caso se apreciara un empeoramiento o nulo resultado.

De todo ello deducimos que resulta más agradecida la cirugía en los casos de ptosis moderada, leve o incluso severa con mala o nula función del elevador.

Discusión

La elección de la técnica quirúrgica para la corrección de la ptosis palpebral depende de tres factores fundamentales: en primer lugar de la severidad de la ptosis, en segundo término del grado de función del músculo elevador y por último de la etiología de la misma. Utilizar una técnica estándar para la corrección de todo tipo de ptosis puede conducir a resultados cuando menos insuficientes y en muchos casos puede agravar el problema.

En función de nuestra experiencia y de la de otros autores nos permitimos hacer las consideraciones que presentamos a continuación.

El grado de ptosis nos indicará el grado de acortamiento del músculo elevador o de las estructuras tarsoconjuntivales. La potencia o función del músculo elevador nos definirá el grado de mejoría que puede alcanzarse y es un factor predictivo. La causa de la ptosis nos habla del sustrato anatómico sobre el que tenemos que actuar.

Por poner un ejemplo concreto, la ptosis neurogénica sincinética con Fenómeno de Marcus Gunn positivo no debe ser corregida potenciando el músculo elevador. De hecho esto acentuaría la ya de por sí anómala situación existente, al actuar el músculo elevador simultáneamente con los músculos masticadores (13). Su corrección es mejor llevarla a cabo mediante suspensiones frontales estáticas o dinámicas. Del mismo modo, la simple plicatura de la aponeurosis del elevador no corrige suficientemente la ptosis miogénica y debe reservarse para la ptosis aponeurótica, hereditaria o involutiva (14).

La ptosis mecánica por blefarochalasia debe ser corregida mediante una blefaroplastia convencional asociada a la resección parcial del músculo orbicular. Este último procedimiento lo utilizamos también en intervenciones secundarias por subcorrección.

En cuanto a la ptosis puramente miogénica es más importante valorar el grado de función del elevador que la propia severidad de la ptosis.

Aunque es aceptado por todos que en términos generales, el resultado del tratamiento quirúrgico será más natural cuanto mejor sea la función preoperatoria del elevador, lo cierto es que en nuestra experiencia ptosis moderadas o severas con pobre o nula acción del elevador nos han dado un resultado más satisfactorio que las ptosis moderadas con buena o suficiente acción del elevador. Tal vez esto sea debido a que tendemos en estos casos a extremar la resección muscular, lo que confirma que el grado de resección del músculo elevador debe ser amplio, de manera que obtengamos una sobrecorrección inmediata notable, aunque inicialmente nos pueda parecer excesiva. Si la acción del elevador es suficientemente efectiva, el lagofthalmos postoperatorio apenas dura unas pocas semanas, corrigiéndose espontáneamente. Si por el contrario la potencia del elevador es muy limitada, su propia falta de relajación hace que esta sobreexposición se mantenga indefinidamente. Ante esta situación es muy importante valorar preoperatoriamente la presencia o ausencia del Fenómeno de Bell (15). Pacientes con ausencia del mismo, en los que al cerrar los ojos no se produce una rotación del globo ocular hacia el polo superior, corren el riesgo de mantener expuesta la córnea con grave riesgo de ulceraciones corneales en el postoperatorio.

Los mejores resultados los hemos obtenido cuando la resección del elevador es, de al menos, el cuádruple del grado de ptosis palpebral medido, es decir 8, 12 ó 16 mm. según el grado de ptosis.

En los casos de nula acción del elevador es preferible hacer una suspensión frontal antes que actuar sobre el propio músculo elevador (16).

Los casos leves de ptosis de 1 ó 2 mm y hasta de 3mm con buena función del elevador se resuelven

satisfactoriamente con el procedimiento simple de Fasanella Servat de resección tarso conjuntival sin resección del músculo elevador.

- En cuanto a la vía de abordaje, anterior o posterior, conjuntival o cutánea, dependerá de la suficiencia cutánea y de la necesidad de acentuar el surco conjuntival, que debe quedar siempre a la misma altura del lado contralateral.

Conclusiones

La ptosis palpebral congénita es una malformación relativamente frecuente con implicaciones estéticas, y en los casos más graves funcionales, que pueden llevar a la merma de la agudeza visual. Salvo en estos últimos casos que precisan un tratamiento precoz, es conveniente saber esperar al momento más adecuado para su tratamiento, entre los cuatro y seis años de edad. Una evaluación correcta de cada caso nos permitirá elegir la técnica quirúrgica más adecuada y nos facilitará el informar correctamente a nuestros pacientes sobre la evolución, el alcance y las expectativas de mejoría de su ptosis palpebral, no siempre a la altura de los deseos del paciente y del propio cirujano. Es importante hacer notar que los casos bilaterales son más agradecidos que los unilaterales, pues permiten una mejor simetría. No se deben desdeñar los riesgos de infección, queratitis, úlceras corneales por sobreexposición y la subcorrección o sobrecorrección quirúrgica que pueden requerir cirugías secundarias (17).

Dirección del autor

Dr. Emilio José Lagaron Comba
C/ Solano 35-3º D
28223 Madrid. España

Bibliografía

1. **Frueh, BR.** "The mechanistic classification of ptosis." *Ophthalmol.* 1980; 87: 961.
2. **Callahan MA, Beard C.** *Beard's Ptosis*, ed. 4. Aesculapius Publishing Co, Birmingham. 1990.
3. **Berke, RN; Wadsworth, JAC:** "Histology of levator muscle in congenital and acquired ptosis". *Arch Ophthalmology* 1995; 77: 872.
4. **Koerner, F; Scholote, W. :** "Chronic progressive external ophthalmoplegia." *Arch. Ophthalmol* 1972; 88:155.
5. **Laughlin, RC:** "Congenital fibrosis of the extraocular muscles." *Amer. J Ophthalmology* 1974; 77:872.
6. **Karacaoglan N.** "One-stage repair of blepharophimosis. A new method". *Plast. Reconstr. Surg.*, 1994; 93 (3) : 1406.
7. **Johnson, CC; Kuwawara,T:** "Oculopharyngeal muscle dystrophy". *Amer. J. Ophthalmology* 1974; 77: 872.
8. **Sergot, R:** *Myasthenia gravis. "The eye in Systemic Disease"*. JB Lippincott, Philadelphia, 1990
9. **Guyuron B., Davies B.** "Experience with the Putterman Procedure." *Plast. Reconstr. Surg.*, 1988; 82 (5): 775.
10. **Carraway J., Vincent M.** "Levator advancement technique for eyelid ptosis." *Plast. Reconstr. Surg.*, 1986; 77 (3): 394.
11. **Zhou L., Chang S.** "Frontalis myofascial flap from eyebrow region for the correction of ptosis of the upper eyelid. *Eur J Plast Surgery*. 1988,11: 73.
12. **Steinkogler F.J.** "Gore-Tex soft tissue patch frontalis suspension technique in congenital ptosis and in blepharophimosis -ptosis syndrome" *Plast. Reconstr. Surg.*, 1993; 92 (6): 1057.
13. **Pratt SG. , Beyer CK., Jhonson CC.:** "The Marcus Gunn Phenomenon. A review of 71 cases". *Ophthalmol* 1984; 91:27.
14. **Jones LT., Quickert MH., Wobig JL.** "The cure of ptosis by aponeurotic repair." *Arch Ophthalmol* 1975; 93:629.
15. **Sisler, HA.** "Comprehensive evaluation of the blepharoptosis patient." *Adv Ophtal Plas Reconstr Surg*, 1982; 1:23.
16. **Crawford, JS.** "Repair of ptosis frontalis muscle and fascia lata; a 20 year review." *Ophth. Surg* 1977; 8:4.
17. **Beyer C.** "Congenital ptosis and complications of ptosis surgery". *Plast. Reconstr. Surg.*, 1988; 81 (5):789.