

Tratamiento quirúrgico del ectropion del punto lagrimal

X. Corretger
Ch. Wolley-Dod

Servei d'Oftalmologia
Hospital de la Santa
Creu i Sant Pau
Barcelona

Resumen

Se describe una técnica quirúrgica para la corrección del ectropión del punto lagrimal inferior mediante la reinserción y sutura "en lazo" de los retractores y la conjuntiva tarsal inferior, ya sea aislada o asociada a procedimientos de acortamiento palpebral horizontal.

Resum

Es descriu una tècnica quirúrgica per a la correcció de l'ectropi del punt lacrimal inferior mitjançant la reinserció i sutura "en llaçada" dels retractors i conjuntiva tarsal inferior, ja sigui aïllada o associada a procediments d'escurçament palpebral horitzontal.

Summary

The surgical technique for inferior punctum ectropion is described by means of the reinsertion and looping suture of retractors and inferior tarsal conjunctiva, either alone, or in conjunction with horizontal eyelid shortening procedures.

El procedimiento más utilizado para la corrección del ectropión del punto lagrimal sin laxitud palpebral asociada es la resección fusiforme horizontal del tarso, conjuntiva y retractores palpebrales inferiores al punto y la sutura simple con puntos reabsorbibles¹. Sin embargo, con esta técnica la hipocorrección y la recidiva son frecuentes. Otra técnica, conocida con el nombre de "lazy T" y que describió Byron Smith², combina procedimientos de acortamiento horizontal y vertical del párpado, es compleja y obliga a realizar suturas en el borde libre, con el riesgo que conlleva de provocar alteraciones focales en este margen y distopías cantales.

Nosotros utilizamos la técnica basada en la que describió David T. Tse³, manejando los retractores del párpado inferior y que destaca por su sencillez y efectividad.

Tras inyectar anestésico local con vasoconstrictor en fondo de saco conjuntival y piel, se evierte el párpado

inferior con un Desmarres o similar y se realiza una incisión subtarsal horizontal en la conjuntiva y retractores con tijera de Weskott o bisturí eléctrico (Figuras 1 y 2). El tamaño de la incisión dependerá de la zona a invertir, pero habitualmente es de entre 5 y 10 mm y centrada en el punto lagrimal. Tras localizar y disecar de forma roma los retractores del párpado inferior, cerramos el defecto creado con una sutura reabsorbible de vicryl 6/0 con doble aguja de la siguiente manera: pasamos inicialmente un brazo de la sutura a través de los retractores en el borde inferior de la incisión de dentro a fuera para dirigir luego la aguja a través del borde inferior de tarso y conjuntiva (de fuera a dentro) en el borde superior de la incisión (Figura 3). Luego repetimos el mismo procedimiento con el otro brazo de la sutura de manera que al traccionar de los dos brazos ponemos en contacto los dos bordes de la incisión (Figura 4). Posteriormente vamos a dirigir una de las agujas hacia el fórnix conjuntival (Figura 5) para atravesar el párpado

Correspondencia:
Xavier Corretger Ruhi
Servei d'Oftalmologia
Hospital de la Santa Creu i
de Sant Pau
Av. St. Antoni M. Claret, 167
08025 Barcelona

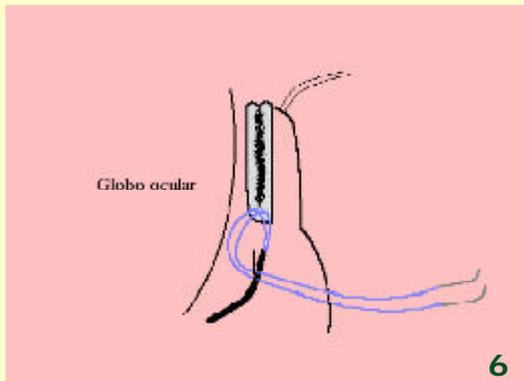
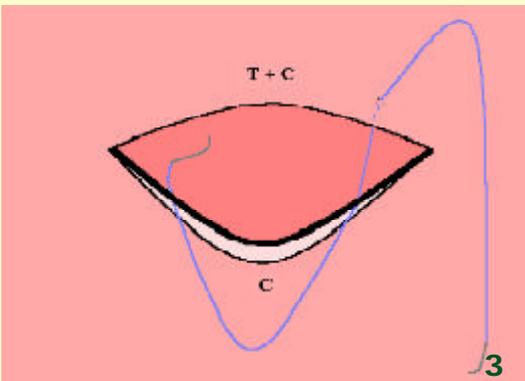
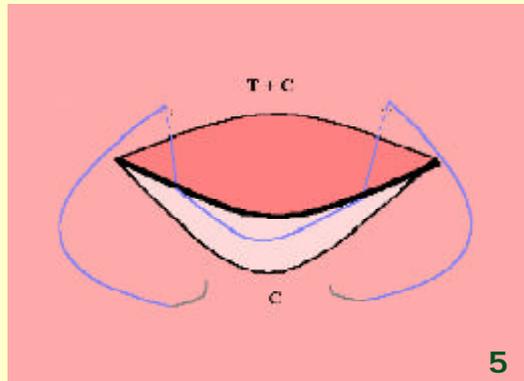
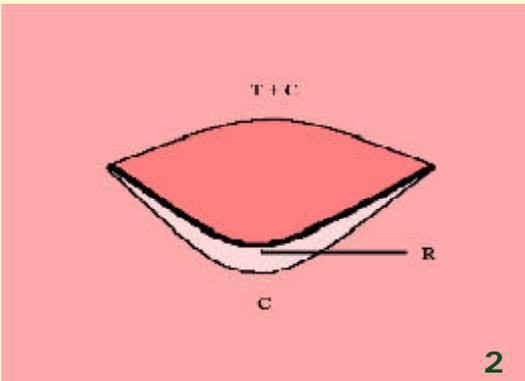
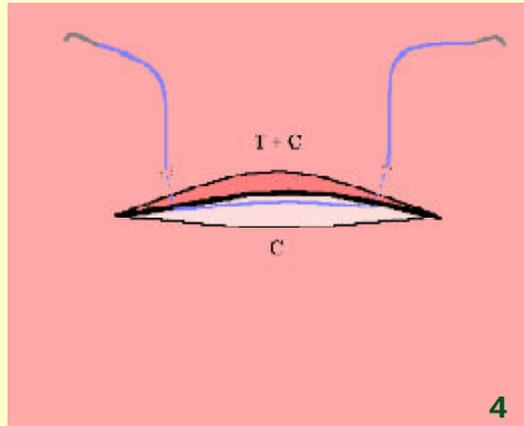
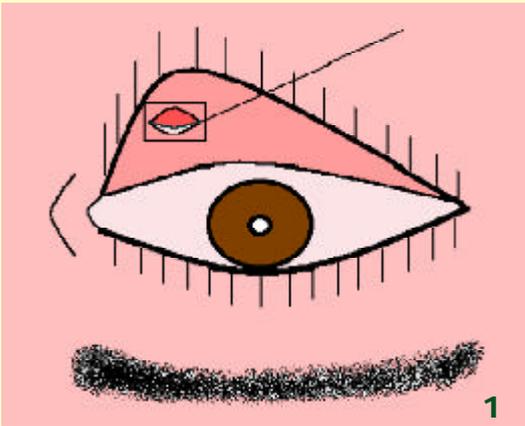


Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

Figura 4.

Figura 5.

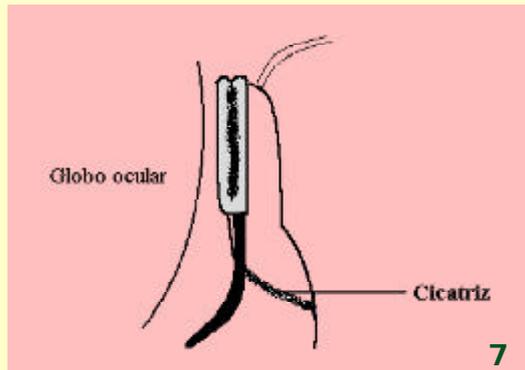
Figura 6.

T+C: Tarso+conjuntiva; R: Retractorres palpebrales; C: Conjuntiva

do en todo su espesor y salir a nivel cutáneo unos 10 a 12 mm por debajo del borde libre palpebral. Luego repetimos la maniobra con el otro brazo de la sutura (Figura 6) y anudamos sobre la piel después de ajus-

tar la posición deseada del párpado. Podremos observar que a medida que traccionamos de la sutura se producirá una rotación interna del borde medial. Es deseable una discreta hipercorrección inicial. La

Figura 7.



sutura se puede retirar a las dos o tres semanas o dejar que se reabsorba.

Cuatro factores contribuyen al éxito de esta técnica⁴:

1. La unión de los retractores con el borde inferior del tarso restablece la anatomía normal.
2. El trayecto "en lazo" de las suturas induce un vector de fuerza que tira del tarso hacia abajo y rota el margen palpebral posteriormente.
3. El paso de las suturas reabsorbibles a través del espesor palpebral produce la suficiente reacción inflamatoria para crear una cicatriz que mantiene el efecto inversor (Figura 7).

4. La cirugía se realiza con abordaje transconjuntival y la cicatriz en la lamela posterior contribuye también a la inversión palpebral.

Esta técnica puede combinarse con procedimientos de acortamiento del tendón cantal lateral⁵ o medial⁶ si existe laxitud horizontal asociada, hecho que ocurre con frecuencia y puede corregir cualquier grado de ectropión siempre que no exista una contractura secundaria de la lamela anterior.

Bibliografía

1. Frueh BR, Schoengarth LD. Evaluation and treatment of the patient with ectropion. *Ophthalmology* 1982; 89:1049-54.
2. Smith B. The "lazy T" correction of ectropion of the lower punctum. *Arch Ophthalmol* 1976;94:1149-50.
3. Tse D T. Surgical correction of punctal malposition. *Am J Ophthalmol* 1885;100:339-41.
4. Tse D T, Kronish J W, Buus D. Surgical correction of lower eyelid tarsal ectropion by reinsertion of the retractors. *Arch Ophthalmol* 1991;109:427-31.
5. Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979;97:2192-6.
6. Fante RG, Elnor VM. Transcaruncular approach to medial canthal tendon plication for lower eyelid laxity. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2001;17:16-27.