

# Cirugía de la ptosis palpebral: resección de la aponeurosis del elevador

G. Martínez Grau

Unidad  
de Oculoplastia  
Centro  
de Oftalmología  
Barraquer  
Barcelona

*Cirujano-Director*  
Prof. Joaquín  
Barraquer

## Resumen

La resección de la aponeurosis del elevador es una técnica quirúrgica que ofrece resultados muy satisfactorios en aquellas ptosis palpebrales con una función de elevador igual o superior a 5 mm, para las que es, probablemente, la técnica de elección. La intervención realizada bajo microscopio quirúrgico permite la disección de planos anatómicos con suma facilidad, con lo que se convierte en una intervención poco invasiva y que no altera prácticamente la anatomía palpebral.

## Resum

La resecció de l'aponeurosi de l'elevador és una tècnica quirúrgica que ofereix resultats molt satisfactoris en aquelles ptosi palpebrals amb una funció d'elevador igual o superior a 5 mm, per les que és, probablement, la tècnica d'elecció. La intervenció realitzada amb microscopi quirúrgic permet la dissecció de plans anatòmics amb molta facilitat, amb el que es converteix en una intervenció poc invasiva i que gairebé no altera l'anatomia palpebral.

## Summary

Levator aponeurosis resection is the gold standard in the management of ptosis with a levator function greater than or equal to 5 mm. The procedure done under surgical microscope becomes easier and facilitates the dissection of the different layers of the lid. As such, the intervention is minimally invasive and the results are cosmetically and functionally satisfactory.

La ptosis palpebral es una de las patologías que más frecuentemente se observan en una unidad de oculoplastia. Muchas técnicas se han descrito para su manejo, y la elección de una u otra dependerá en gran medida de la función que demuestre el músculo elevador. En aquellos casos en los que afortunadamente se comprueba una buena función de elevador, la técnica quirúrgica de elección es la resección de la aponeurosis del elevador por vía externa, que permite un abordaje sencillo a la zona, muy facilitado por el uso del microscopio quirúrgico, y unos resultados espectaculares con mínimo riesgo de complicaciones. A continuación analizaremos dicha técnica paso a paso.

En primer lugar realizamos el marcado de la incisión, bien en la posición del surco palpebral, si éste

es correcto, o en el lugar donde lo queramos localizar (algo más alto en las mujeres, a unos 8 mm, que en los hombres, a 6 mm aproximadamente) (Figura 1). Como en la práctica totalidad de pacientes acompañaremos la cirugía de la realización de una blefaroplastia, marcamos asimismo en este momento el tamaño de la misma, recogiendo la piel redundante con una pinza (Figura 2), como si de una blefaroplastia cosmética se tratara.

La incisión de piel podemos realizarla con bisturí frío, eléctrico o láser. En nuestro caso utilizamos un equipo Valleylab Force 2 con aguja de Colorado, que nos permite un máximo control de corte y coagulación en el mismo elemento de mano (Figura 3). Éste, junto al uso del microscopio en la cirugía, son los elementos más importantes para realizar una correcta

Correspondencia:  
Gorka Martínez Grau  
Centro de Oftalmología  
Barraquer  
Muntaner, 314  
08021 Barcelona



Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

Figura 4.

Figura 5.

cirugía por planos. El espesor palpebral será atravesado por nuestro instrumento, disecando los distintos niveles anatómicos hasta llegar a identificar e individualizar los diversos planos. Así, tras la incisión de piel atravesaremos el orbicular, caracterizado por su gran vascularización y la disposición horizontal de sus fibras. Al profundizar en él llegamos al plano de la aponeurosis del elevador, fácilmente identificable del orbicular por su color blanquecino y la disposición en vertical de sus fibras (Figura 4). Este plano es abierto en su totalidad, tanto hacia abajo, sobre el tarso, como hacia arriba, hasta el septum (Figura 5). Es interesante remarcar en este punto que las

fibras de la aponeurosis se insertan en toda la superficie anterior del tarso, no en su borde, por lo que la disección del plano orbicular sobre el tarso mantendrá el elevador. Así, el siguiente paso será despegar el elevador de la superficie anterior del tarso, lo que debe realizarse con la máxima prudencia para no dañar estructuras tarsales ni la fina película de aponeurosis (Figura 6). Disecando hacia arriba la aponeurosis encontraremos, al acabar el tarso, con la continuación de su plano, el músculo de Müller, fácilmente identificable en la disección por su enorme y abigarrada vascularización, así como unos pequeños filamentos que virtualmente lo unen a la

Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.



Figura 10.



Figura 11.



Figura 12.



Figura 13.



aponeurosis, y que son fácilmente identificables (Figura 7). Así llegaremos a obtener una total disección de la aponeurosis del elevador, que según sea la ptosis puede ser necesaria seguir más allá del septum. Posteriormente realizaremos dos cortes laterales en vertical a la aponeurosis para "liberarla" de sus anclajes laterales y conseguir así un avance funcionalmente efectivo del músculo (Figura 8). Esta aponeurosis será entonces reinsertada en la cara anterior del tarso tras realizar una resección. Existe controversia en el modo cómo medir la cantidad de aponeurosis a reseccionar en cada caso. Aunque existen multitud de reglas y tablas propugnadas por diversos autores, en nuestra experiencia no son realmente válidas en la práctica, dada la gran variabilidad existente entre los pacientes. Recomendamos dar un punto central en tarso a 12-16 mm de la sección de aponeurosis, según el caso (Figura 9), y sentar al paciente en la mesa operatoria para ver el comportamiento del párpado. Esta maniobra nos permitirá modificar la altura de este punto central en la misma operación, según veamos su posición, y nos permite ser muy exactos en cada paciente. La utilización de la menor cantidad de anestesia posible, con mínimo efecto edematizante y el no empleo de adrenalina, produce un efecto muy real de la posición del párpado cuando el paciente adopta una postura sentada. Una vez satisfechos del nivel, suturamos otros dos puntos, nasal y temporal, para conseguir un anclaje lo más fisiológico posible (Figura 10), tras lo cual resecamos la aponeurosis sobrante y el orbicular suprainscisional para conseguir un efecto lo

más fisiológico posible. Incluso podemos, en este momento, reformar el pliegue palpebral a nuestra voluntad, suturando el orbicular y la aponeurosis en dos o tres puntos. La intervención termina con la realización de la blefaroplastia previamente marcada, y la sutura de la piel (Figura 11).

Los resultados de esta técnica son muy buenos en la gran mayoría de casos si la indicación ha sido la correcta y la intervención se realiza de acuerdo a los pasos antes mencionados. En las imágenes se observa una paciente con una ptosis congénita del OD antes (Figura 12) y dos años después de la operación (Figura 13).

## Bibliografía recomendada

- Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Arch Ophthalmol* 1975; 93:629-634.
- McCord C. Levator Surgery. In: *Eye lid surgery principles and techniques*. Lipincott-Raven, 1995.
- McCord C. Decision making in ptosis surgery. In: *Eye lid surgery principles and techniques*. Lipincott-Raven, 1995.
- Jordan DR, Anderson RL. The aponeurotic approach to congenital ptosis. *Ophthalm Surg* 1990;21:237-44.
- Tyers AG, Collin JRO. Ptosis surgery. In: *Colour atlas of ophthalmic plastic surgery*. Churchill Livingstone, 1995.