

Ptosis senil es a párpado superior como entropión senil es a párpado inferior

Joan Prat

Director

En medicina, ocurre a veces que dos enfermedades aparentemente distintas comparten una misma etiopatogenia. Este es el caso de dos trastornos palpebrales, la ptosis y el entropión seniles, que no raramente pueden encontrarse en el mismo paciente coexistiendo o no en el tiempo, y que son causadas por la misma lesión, si bien se manifiestan de forma totalmente distinta debido a que una afecta a párpado superior y la otra al inferior.

La ptosis palpebral es un descenso del párpado superior respecto de su nivel de referencia, generalmente entre 1 y 2 milímetros debajo del limbo estando el paciente en posición primaria de la mirada. Las causas básicas de ptosis son la parálisis del III pc, la miopatía del músculo elevador del párpado superior o la dehiscencia de su tendón en la inserción de la cara tarsal anterior. A este último tipo de ptosis se le denomina ptosis aponeurótica y es el tipo más frecuente que ocurre del anciano, el tendón del elevador se adelgaza, desgarrar y separa de su inserción tarsal permitiendo la caída del párpado por el efecto de la gravedad. Es decir, aquí el sistema retractor (tendón del elevador) se rompe y el párpado **des-ciende**.

El entropión inferior es una rotación del margen palpebral hacia el globo ocular, más concretamente, es el tarso, una estructura de apenas 5mm de altura que proporciona la textura al párpado inferior, el que sufre la rotación sobre su eje transversal. Las causas básicas de este fenómeno son una rotura en el complejo retractor palpebral o una cicatriz contráctil en la cara conjuntival. El retractor palpebral inferior es una estructura bastante más complicada que su homólogo del párpado superior donde el movimiento se produce esencialmente por una contracción y relajación de un músculo especializado, el elevador. La estructura aponeurótica que tira del tarso inferior hacia abajo proviene con las aletas aponeuróticas que parten del recto inferior y

el oblicuo inferior de manera que el párpado des-ciende junto con el globo ocular como si el recto inferior fuera el encargado de descender tanto el ojo como el párpado.

En el entropión senil se pierde uno de los dos sistemas de estabilización del párpado inferior; mientras el tarso y los tendones cantales si parecen funcionar con suficiente normalidad no ocurre lo mismo con el retractor que se adelgaza, desgarrar y retrae separándose del borde tarsal inferior. El tarso queda fijado por los lados pero al perder la fijación del retractor, que mantiene el tarso verticalizado, sufre una rotación hacia dentro por efecto de la fuerza del orbicular. Aquí, el sistema retractor se rompe y el párpado **rota**.

Ocasionalmente la rotura aislada de los retractores del párpado inferior puede producir ectropión en vez de entropión, principalmente en pacientes con exoftalmometrías altas y orbicular poco potente. Recordemos que en el ectropión senil generalmente se hallan alterados tanto los retractores como el tarso, el cual se vuelve laxo, e incluso el orbicular, que pierde fuerza.

Si bien la ptosis aponeurótica está siendo tratada quirúrgicamente, y de forma unánime desde ya hace muchos años, mediante una reparación del tendón del elevador esto no ha ocurrido con el entropión senil, enfermedad que podría figurar en el libro "Guinness" debido a la cantidad de técnicas quirúrgicas reparadoras que se han descrito a lo largo de la historia de la medicina. El libro correspondiente a la Ponencia de la SEO sobre "cirugía de los párpados" del Dr. Zaragoza expresa claramente esta confusión. Si bien la mayoría de estas técnicas son suficientemente efectivas solamente una de ellas, la que se dedica a reparar estrictamente el retractor, es la que actúa directamente sobre la etiopatogenia de la enfermedad.

Excepto en los casos, no poco frecuentes, en que varios factores influyan en la génesis del entropión senil de párpado inferior, tanto éste como la ptosis aponeurótica deberían solucionarse con la misma operación, la reparación de los retractores palpebrales! Además, los ectropiones seniles sin laxitud, aunque parezca que es un trastorno opuesto, también pueden solucionarse con la misma operación.

Bibliografía recomendada

Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Ach Ophthalmol* 1975;93(8):629-34.

Jones LT. The anatomy of the lower eyelid and its relation to the cause and cure of entropión. *Am J Ophthalmol* 1960;49:29-36.