

# Empleo del cartílago auricular como espaciador palpebral

F. Mascaró Zamora<sup>1</sup>  
A. Toribio<sup>2</sup>  
S. Muñoz Quiñones<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Bellvitge  
L'Hospitalet de Llobregat  
Barcelona  
<sup>2</sup>Hospital de León

## Resumen

Los espaciadores palpebrales son materiales de diferente procedencia que se implantan en el espesor del párpado para corregir defectos de tamaño y aportar estructura de soporte. Se presenta la técnica quirúrgica para extracción e implante de cartílago auricular como espaciador palpebral en un caso de retracción postraumática de párpado inferior.

## Resum

Els espaiadors palpebrals són materials d'origen variat que són implantats dins del gruix de la parpella per corregir defectes de manca de teixit i aportar estructura de suport palpebral. Es presenta la tècnica quirúrgica per a l'extracció i implant de cartílag auricular com a espaiador palpebral en un cas de retracció post-traumàtica de parpella inferior.

## Summary

Eyelid spacers are materials implanted inside eyelid thickness in order to correct size defects and provide stability. Surgical technique to obtain and to implant auricular cartilage like eyelid spacer is described in a case of post-traumatic lower lid retraction.

La principal indicación para colocar un espaciador palpebral es la retracción grave de párpado inferior. El espaciador ideal debe aportar consistencia para dar soporte al párpado, presentar escasa morbilidad en la zona de extracción en caso de utilizar injertos, y tener buena tolerancia a largo plazo en el párpado implantado.

Podemos clasificar los espaciadores, según el material empleado, en:

- Injertos autólogos (tejidos obtenidos del propio paciente).
- Injertos homólogos (tejidos obtenidos de pacientes donantes).
- Materiales sintéticos.

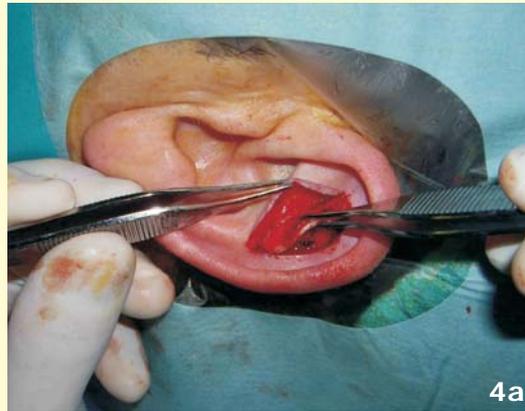
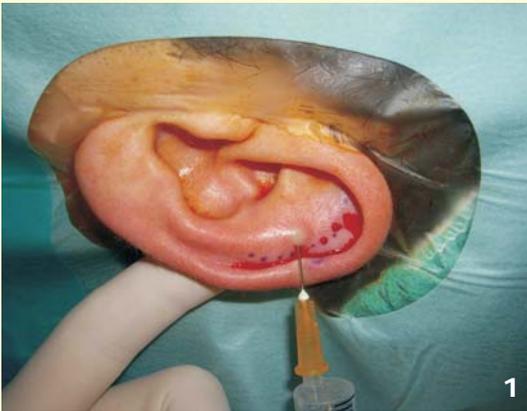
Dentro de los autólogos, se han empleado cartílago auricular, mucosa del paladar duro, cartílago nasal, tarso, periostio de calota, fascia temporal y fascia lata. El cartílago auricular es nuestra primera opción por la baja morbilidad en la zona de extracción, por

la abundancia de tejido que puede obtenerse y por su consistencia. Entre los injertos homólogos, la esclera es el más utilizado, pero presenta el inconveniente de ser reabsorbible. Entre los materiales sintéticos, las láminas de Medpor® son las más empleadas, siendo la exposición su principal complicación a largo plazo.

La extracción de cartílago auricular puede realizarse bajo anestesia local. Sin embargo, es preferible la anestesia general ya que hay que trabajar en dos campos quirúrgicos. En casos de retracción postraumática, es de elección, ya que la fibrosis palpebral dificulta la difusión del anestésico.

Se extrae el cartílago de la fosa escafoidea tras marcar con rotulador la incisión, dejando al menos 1 cm de arco de cartílago para evitar la complicación por la falta de soporte en el arco de la oreja ("oreja de perro"). Con varias inyecciones subcutáneas de anestésico con adrenalina se separa la piel del cartílago, además de favorecer la vasoconstricción (Figura 1).

Correspondencia:  
Ferrán Mascaró Zamora  
Hospital Universitari de  
Bellvitge  
Feixa Llarga, s/n  
08907 L'Hospitalet de  
Llobregat  
Barcelona  
E-mail: fmz@csub.scs.es



**Figura 1.**  
Inyección de anestésico con adrenalina para separar la piel del cartílago y favorecer la vasoconstricción

**Figura 2.**  
Disección de la piel de la cara anterior del cartílago auricular

**Figura 3.**  
Corte del cartílago siguiendo la línea de incisión cutánea

**Figura 4.**  
Figura 4a: Disección del cartílago de la piel posterior

Figura 4b: Extracción de fragmento de cartílago que emplearemos como espaciador palpebral. Se debe coagular con insistencia el lecho cutáneo

**Figura 5.**  
Sutura continua de la incisión con seda 5/0

Se realiza una incisión con bisturí frío (hoja nº 15) sobre la línea trazada y se disecciona la piel anterior del cartílago con la tijera de Weskott o bisturí eléctrico (Figura 2). Una vez expuesta el área de cartílago a extraer, se perfora el mismo con bisturí nº 11 respetando la piel posterior. Se utiliza esta entrada para

completar el corte en el cartílago siguiendo la línea de incisión cutánea (Figura 3).

Se disecciona el cartílago de la piel posterior (Figura 4a) y se extrae (Figura 4b). Es importante realizar una correcta hemostasia de la piel antes de suturarla con

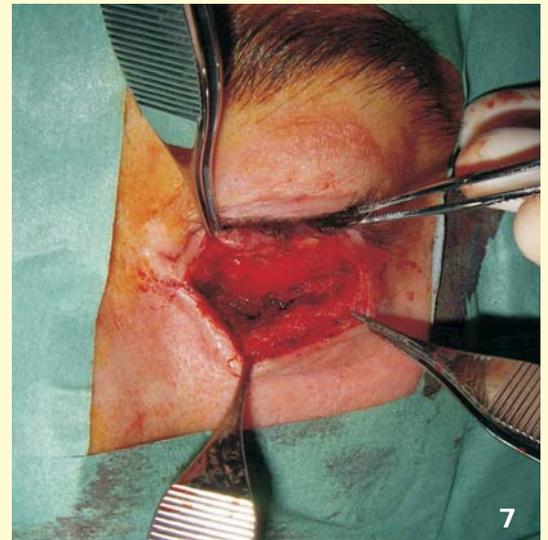
**Figura 6.**

**Figura.6a:** Abordaje palpebral por vía subciliar

**Figura 6b:** Se debe abarcar la anchura completa del párpado, para liberar adherencias

**Figura 7.**

**Disección de las lamelas palpebrales anterior y posterior**



seda 5/0 (Figura 5) para evitar hematomas auriculares y posible necrosis del cartílago.

Una vez obtenido el cartílago, se inicia la cirugía palpebral con una incisión subciliar en el párpado inferior (Figura 6a) que debe abarcar la longitud completa del párpado (Figura 6b). Se realiza una disección en bicapa, separando la lamela anterior (piel y músculo orbicular) de la lamela posterior (tarso y conjuntiva), dejando así expuesto el tarso inferior (Figura 7).

Tras desinsertar el tarso de los retractores, se interpone el tejido obtenido entre el tarso y el reborde

orbitario (Figura 8a). Para conseguir una correcta alineación del cartílago al párpado se pueden realizar cortes verticales de espesor parcial en el injerto, lo cual reduce la tensión horizontal del mismo sin disminuir su efecto vertical (Figura 8b).

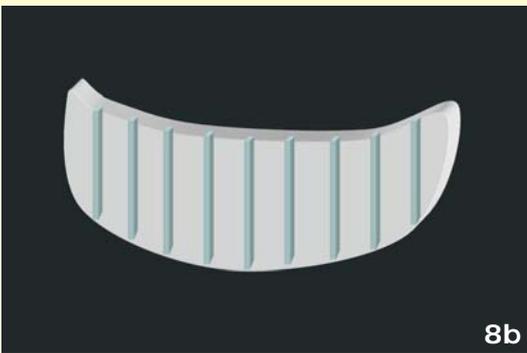
Se fija el injerto al tarso y al reborde orbitario con sutura reabsorbible, Vicryl 5/0 (Figura 9). Se cierra el plano cutáneo con una sutura continua de seda 5/0 y se deja un punto de tracción a retirar en los 2-3 días siguientes. Este punto favorece la cicatrización en la posición deseada y dificulta que aparezca una exoquemosis (Figura 10).



**Figura 8.**  
**Figura 8a.** Interposición del cartílago auricular entre el tarso y el reborde orbitario  
**Figura 8b.** Esquema de los cortes verticales de espesor parcial para conseguir una adecuada coaptación del injerto al párpado

**Figura 9.**  
 Fijación del injerto con Vicryl® 5/0

**Figura 10.**  
 Sutura continua de la piel con seda 5/0 y punto de tracción (punto de Frost)



## Bibliografía

1. Verity DH, Collin JR. Eyelid reconstruction: the state of the art. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 12(4):344-8.
2. Friedhofer H, Salles AG, Jucá MC, Ferreira MC. Eyelid reconstruction using cartilage grafts from auricular scapha. *European Journal of Plastic Surgery* 1999; 22(3):96-101.
3. Prat J, Armentia J, Arruga J. Tratamiento de la orbitopatía distiroidea. *Annals d'Oftalmologia* 1993;3(4).
4. Pérez Moreiras JV, Coloma Bockos JE, Prada Sánchez MC. Orbitopatía tiroidea (Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento) *Arch Soc Esp Oftalmol* 2003;78(8):407-31.