

# Cirugía de retractores en el entropión de párpado inferior

R. Medel

Ciutat Sanitària Vall  
d'Hebrón e IMO.  
Barcelona

## Resumen

Uno de los factores etiopatogénicos más relevantes en la producción del entropión del párpado inferior es la disfunción o desinserción de los retractores del párpado inferior. Es por tanto crítico, en los casos en que ésta aparezca, realizar una corrección de este factor para la resolución definitiva del entropión.

## Resum

Un dels factors etiopatogènics més rellevants en la producció del entropió de la parpella inferior és la disfunció o desinserció dels retractors de la parpella inferior. És per tant crític, en els casos en que aquesta apareix, realitzar una correcció d'aquest factor per a la resolució definitiva de l'entropió.

## Summary

Lower eyelid retractor's disfunction is one of the most important factors in the pathogenesis of entropion. So, in these particular patients, the correction of this factor is critical to achieve a good result in our surgery.

Los pacientes que padecen una insuficiencia de retractores del párpado inferior (RPI) suelen tener ausente el pliegue palpebral inferior (Figura 1), que en condiciones normales se hace más evidente en la mirada inferior. Otras alteraciones asociadas a la desinserción de los RPI pueden ser un fondo de saco conjuntival inferior excesivamente profundo o la excesiva flacidez de la conjuntiva del mismo. La consecuencia de la insuficiencia de retractores es la pérdida de la estabilidad rotacional del párpado inferior pudiendo conducir al entropión.

Las técnicas quirúrgicas que utilizamos van encaminadas a la reposición anatómica y funcional de los RPI<sup>1-4</sup>. Por ejemplo, mediante una incisión paralela al borde libre 4 mm. por debajo de éste, podemos hallar los RPI en el plano inmediatamente posterior al de los panículos adiposos, en forma de una lámina blanquecina (Figura 2). Uniremos los RPI al borde inferior del tarso mediante una sutura no reabsorbible y posteriormente cerraremos la piel en un segundo plano, o bien,

suturaremos en un solo plano piel-RPI-tarso-piel mediante una sutura no reabsorbible de 4 o 5/0 (Figura 2). En el postoperatorio inmediato podemos objetivar ya la resolución del entropión así como la formación del pliegue del párpado inferior (Figura 3).

Cuando existe una laxitud horizontal del aparato tarsoligamentoso, pondremos de evidencia una distancia entre cornea y párpado mayor de 7 mm en el test de tracción anterior (Figura 4) o un excesivo desplazamiento del párpado a la tracción lateral (Figura 5) o medial (Figura 6). En estos casos, podemos asociar a la reconstrucción de los RPI un acortamiento horizontal del párpado inferior. Empezaremos realizando una incisión transversal de espesor total del párpado, a la misma altura que la descrita anteriormente, Continuaremos con un corte vertical, también de espesor total, con tijera de Stevens, a 5 mm del canto lateral, obteniendo así dos bloques bien definidos de párpado inferior, uno medial móvil y uno lateral fijo. Eliminaremos el exceso horizontal

Correspondencia:  
Ramón Medel Jiménez.  
Monner 10  
08022 Barcelona



Figuras 1 a 8.



Figuras 9 y 10.



del párpado acortando el colgajo medial (Figura 7) y suturaremos los dos extremos de la misma forma que lo haríamos en la reparación de cualquier otro tipo de defecto horizontal. Posteriormente, identificaremos los RPI en el plano inmediatamente anterior al de la conjuntiva (Figura 8) y los insertaremos a nivel del borde inferior del tarso como ya hemos descrito, o bien los deslizaremos hacia arriba mediante unas suturas eversoras que emerjan por debajo de la línea de pestañas (Figura 9). Por último, suturaremos la piel con una sutura no reabsorbible de 6/0, que retiraremos en una semana (Figura 10).

## Bibliografía

1. Collin JRO, ed. *A manual of systematic eyelid surgery*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989;7.
2. Wies FA. Spastic entropion. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1955;59:503.
3. Quickert MH, Rathbun JE. Suture repair of entropion. *Arch Ophthalmol* 1971;85:304.
4. Harguiss JL. Inferior aponeurosis vs orbital septum tucking for senile entropion. *Arch Ophthalmol* 1973;89:210.