

Blefaroplastias cosméticas

M. Cervera
M. Esteban Masanet
C. Infantes
V. Menezo

Servicio
de Oftalmología
Hospital Provincial
Castellón

Resumen

Se hace una revisión de la cirugía cosmética de los párpados, en especial de las blefaroplastias tanto de párpado superior como inferior. Se revisa la anatomía palpebral que es la base de las diferentes técnicas quirúrgicas. Se comentan las indicaciones, técnicas quirúrgicas actuales y complicaciones.

Resum

Es fa una revisió de la cirurgia cosmètica de les parpelles, en particular de les blefaroplasties superiors i inferiors. Es donen unes pautes per fer una adient selecció dels pacients. Es revisa la anatomia palpebral, en la que es fonamenten les diverses tècniques operatories que s'utilitzen. Es discuteixen les indicacions i complicacions de les tècniques quirúrgiques actuals.

Summary

We present a review of lid cosmetic surgery, particullary about upper and lower blepharoplasties. Some rules are exposed for the correct selection of the patients. We review lid anatomy, basically for election of the different surgery procedures. We discuss indications and complications of the nowadays surgical procedures.

Introducción

Conforme el oftalmólogo se introduce progresivamente en la cirugía oculoplástica, y de forma más específica, en la cirugía cosmética de los párpados^{1,2}, a la vez que aumenta el número de pacientes que acuden a su consulta con la intención de solicitar dicha cirugía, aprende a diferenciar a los pacientes por sus características anatómicas y también las psicológicas, distinguiendo los "casos buenos", de aquellos que etiquetamos como "casos problemáticos o conflictivos". Es por tanto necesario realizar una evaluación completa del aspecto palpebral y facial del paciente, tanto por parte del cirujano como del propio paciente, confrontando objetivos y expectativas de ambos.

Además de realizar una anamnesis exhaustiva incidiendo sobre todo en la existencia de alergias, enfermedad tiroidea, y tratamientos anticoagulantes fundamentalmente, hemos de realizar un cuidadoso estudio de las diferentes estructuras perioculares^{3,4}. El examen de las cejas permitirá diagnosticar una ptosis que podrá ser uni o bilateral, y también asimétrica, y que habrá que tener en cuenta para evitar blefaroplastias que provoquen una aproximación de cejas y pestañas nada estética, y resultados en general, poco brillantes. En el párpado superior habrá que analizar el exceso de piel y orbicular, la existencia de herniación grasa, sobre todo nasal, presionando el globo ocular hacia abajo con el párpado superior traccionado superiormente, y la existencia o no de un pliegue palpebral superior y que éste ten-

ga una altura apropiada (9-11 mm), para en caso contrario, valorar la formación de un nuevo pliegue. También habrá que descartar una ptosis palpebral y el prolapsos de glándula lagrimal para no confundirla con una herniación grasa temporal. En el párpado inferior, valoraremos el exceso de piel haciendo mirar hacia arriba al paciente y evitando resecciones excesivas que provoquen exposición escleral, las bolsas de grasa nasal, medial, temporal y temporal extrema, para incidir en las que estén aumentadas, y también se valorará la laxitud palpebral y laxitud cantal externa para asociar en los casos que haga falta una cantoplastia externa para corregir el defecto.

Es muy importante insistir en el diálogo con el paciente, para descartar a aquellos que se fabrican expectativas irreales tanto en su aspecto físico como en cambios prácticos de su vida cotidiana. Debemos recordar que con frecuencia, los pacientes persiguen una mejoría en su aspecto cuando su vida ha sufrido un shock brusco, como por ejemplo, un divorcio o una decepción grande, y cualquier cambio en su situación personal depende únicamente del resultado quirúrgico. Por lo tanto la comunicación médico paciente ha de ser completa ya que el insomnio y la desazón del cirujano en situaciones postoperatorias agobiantes, no tienen precio y además estrechan progresivamente su coronaria. De ahí la importancia también, del estudio fotográfico preoperatorio del paciente, para confrontar resultados con situaciones previas, ya que en mi experiencia, la memoria del paciente para recordar su aspecto facial puerio, en algunas ocasiones es muy corta.

Recuerdo anatómico de los párpados

Los párpados superiores (PS) e inferiores (PI) tienen esencialmente las mismas estructuras anatómicas aunque se encuentran más desarrolladas y con mayor movilidad en los superiores. Se pueden distinguir en el párpado una porción tarsal y una septal. La tarsal puede dividirse en una lámina anterior formada por piel y músculo orbicular pretarsal, y una lámina posterior de tarso y conjuntiva tarsal subyacente. Ambas láminas se dividen en el borde libre en la línea gris. La porción septal, y de fuera a dentro comienza por la piel, muy fina y de gran movilidad. Le sigue el músculo orbicular, inervado por el VII par, con tres porciones, pretarsal, preseptal y orbitaria, que interviene en el cierre involuntario y voluntario de los párpados, y participando a nivel de comisuras palpebrales en la formación de los tendones cantales interno y externo. Por debajo del orbicular en su porción preseptal, e insertándose en el tarso, existe un

tejido conjuntivo, denominado septum orbitario. Cercano a su inserción tarsal entrecruza algunas fibras con la aponeurosis del músculo elevador (ME), quedando éstas insertadas en el orbicular pretarsal y en el tejido subcutáneo, formando el surco palpebral superior. Por debajo del septum se encuentra la grasa orbitaria. En el PS se distingue un paquete adiposo nasal y otro centrolateral, mientras que en el PI existen tres, medial, central y lateral. El músculo oblicuo inferior se encuentra entre el paquete medial y central. Los mediales en ambos párpados son más blanquecinos y más vascularizados. Por debajo de la grasa, se encuentran los retractores de los párpados: en el PS la aponeurosis del ME y el músculo de Müller, y en el PI la fascia capsulo palpebral y un Müller menos desarrollado. El ME nace en el anillo de Zinn, y por encima del recto superior llega a la porción anterior de la órbita, formando una condensación conjuntival, el ligamento de Whitnall. Por delante de éste, el ME se convierte en una aponeurosis, que acaba insertándose en el borde adherente del tarso. La fascia capsulopalpebral o retractores del PI, nace del tejido conectivo del recto inferior, rodea al oblicuo inferior, y de ahí se insertan fibras en el borde inferior del tarso, otras en la conjuntiva del fornix y otras se extienden a través de la grasa compartimentalizándola en los tres paquetes grasos ya referidos. Por debajo de los retractores se encuentra un músculo liso de inervación simpática, el músculo de Müller, más abundante en el párpado superior, y que funciona como retractor secundario. Se inicia en la unión músculo aponeurótica del ME y se inserta en el tarso. Por último, la capa más interna corresponde a la conjuntiva, que se inicia en el borde libre del párpado por detrás de la línea gris y se adhiere firmemente al tarso, continuando hacia el fondo de saco donde en su porción anterior se une al músculo de Müller y en su porción posterior a los retractores. Por último cabe recordar, el importante aporte sanguíneo que reciben los párpados, a través de las arterias carótidas externa e interna y que tanto en PS como en el PI a 2-3 mm del borde libre terminan en una arcada marginal, a tener en cuenta desde el punto de vista quirúrgico.

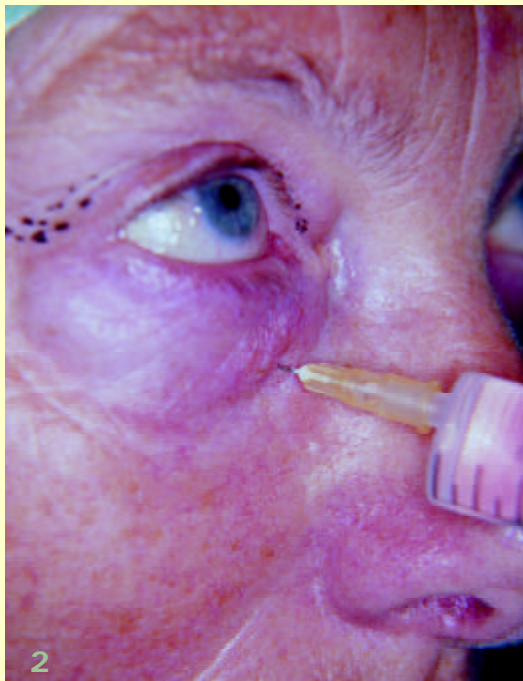
Blefaroplastia superior

El objetivo de esta técnica es retirar la piel redundante del PS, asociada o no al músculo orbicular, y en ocasiones, la grasa que protuye a través del septum orbitario. La resección del orbicular permite el acceso rápido y en un paso al septum, el sangrado es menor, además que en las dermatochalasis, suele

Figura 1.
Blefaroplastia superior.
Marcado de la piel
a resecar



Figura 2.
Blefaroplastia inferior.
Anestesia peribulbar
con tres puntos de
entrada.
Infiltración medial



estar hipertrofiado con lo que si se deja puede dejar relieves, sobre todo en los ángulos laterales.

El primer paso consiste en delimitar la zona a resecar. Con el paciente sentado, elevándole la ceja y abriendo y cerrando los ojos, se pinta el borde inferior de la incisión, que coincide con el pliegue palpebral, desde el lado nasal -que coincide a la altura del punto lagrimal- al lado temporal, por fuera del borde externo del párpado y elevando la línea en ambos extremos. Con los dedos o con pinza se abarca la piel redundante que evierta discretamente las pestañas y que permita el cierre palpebral marcando el punto más superior y desde ahí continuar con una

línea que se una de forma curvilínea y descendente al margen inferior de la incisión (Figura 1).

La anestesia siempre será local, aunque en pacientes más nerviosos el anestésista puede sedarlo moderadamente. La infiltración será subcutánea con una mezcla de lidocaína o mepivacaína al 2% y bupivacaína con epinefrina, aunque a veces realizamos anestesia peribulbar si pensamos resecar paquetes grasos en dos o tres puntos equidistantes del PS. Dejamos unos minutos, mientras nos lavamos, para que vaya haciendo efecto tanto la anestesia como la vasoconstricción (el ayudante realiza masaje sobre la zona).

La incisión se puede realizar con una hoja de bisturí nº15, con un terminal de radiocirugía, o bien con el láser de CO₂^{5,6}, dependiendo de los gustos del cirujano, del acceso a la tecnología, con mejor hemostasia y consecuentemente mejor manejo de los planos anatómicos, en radiocirugía y sobre todo con el láser, pero recordando que los bordes de la incisión sufren menos con un corte directo del bisturí o incluso con la radiocirugía que con el láser^{7,8}. Tras completar la incisión superior e inferior, se reseca de forma conjunta piel y orbicular en todo su espesor. Se realizará una excelente hemostasia con pinza bipolar, dejando el campo bien seco, lo que os ayudará a evitar hematomas postoperatorios nada estéticos. El plano que nos encontramos a continuación es el septum orbitario a través del cual se trasluce la grasa preaponeurótica.

Mediante tracción de dos pinzas se incide el septum, que se corta de forma limpia, en un solo tiempo, hacia los extremos nasal y temporal. Comenzando por el paquete nasal -si no, es más difícil su extirpación completa, además de recordar que es el más vascularizado e innervado- se disecciona primero la parte superior de la grasa, traccionando el ayudante de ésta hacia abajo y separando el borde superior de la herida con un Desmarres. Después se abarcará toda la grasa con el Desmarres y se liberará en su parte inferior de la aponeurosis del músculo elevador. Si la lipectomía se realiza con láser de CO₂, no se requiere ayuda hemostática ya que los vasos se sellan con este equipo. Si utilizamos corte normal o radiocirugía, se realizará pinzamiento previo de la grasa y cauterización exhaustiva después de la resección.

Si hay que rehacer el surco palpebral, se darán tres puntos equidistantes con sutura reabsorbible, desde músculo orbicular por debajo de la piel en el borde inferior de la incisión hacia el borde superior del tarso en su unión a la aponeurosis. La piel la suturamos con seda 7/0, más cómoda que el nylon para el cirujano y para el paciente, que se retira a los 5-7 días.

Blefaroplastia inferior

Abordaje cutáneo

El manejo de la dermatochalasis por vía cutánea lo utilizamos en contadas ocasiones, cuando verdaderamente existe mucha piel redundante. El método anestésico empleado es el mismo que en el abordaje transconjuntival. Consiste en la infiltración de lidocaína y bupivacaína antes comentada, mediante técnica de peribulbar con tres entradas, a la altura de los paquetes grasos medial, central y lateral (Figura 2). Previamente marcaremos una línea a 1,5 - 2 mm por debajo de las pestañas, 1 mm temporal al punto lagrimal, extendiéndose hasta 2-3 mm lateral al canto externo y de ahí se continúa con una línea de 1,5 cm ligeramente hacia abajo, siguiendo alguna de las líneas de expresión. Se incide la piel, diseándola del músculo orbicular hasta el reborde orbitario inferior. Se tracciona de éste con dos pinzas para realizar un corte limpio, que se extienda nasal y temporal, abriéndose el plano del septum orbitario.

Tras la abertura del septum se presiona el globo ocular para que protuya la grasa. La forma de reseccionar la grasa es similar a la explicada en la blefaroplastia superior evitando tracciones y sangrados. Además es recomendable comenzar por el paquete temporal, ya que será difícil de prolapsar al final, recordando que en ocasiones existe un segundo paquete graso temporal, que se debe resecar para evitar bolsas de grasa residuales.

La piel se extiende hacia arriba y afuera, pidiendo al paciente que mire hacia arriba y con la boca abierta que evitará una resección excesiva. Se reseca la piel siguiendo el borde de las pestañas en forma de triángulo con base externa y vértice nasal (Figura 3). Además se resecciona otro triángulo temporal. Para finalizar se sutura con seda 6/0 comenzando con la parte temporal, y posteriormente la incisión infraciliar de dentro a afuera⁹.

Abordaje transconjuntival

Es la técnica que empleamos prácticamente en todos los casos de dermatochalasis de PI por su rapidez y sencillez¹⁰. Tras la administración de anestésico tópico en fondo de saco, realizamos una anestesia peribulbar, similar a la explicada en el abordaje cutáneo, con sedación asociada.

Colocamos previamente un punto de tracción de seda 4/0 en línea gris del PI, que junto con la presión sobre el globo ocular, facilitará la exposición de gra-



Figura 3.
Blefaroplastia inferior con abordaje cutáneo. Resección de triángulo de piel de base externa



Figura 4.
Blefaroplastia inferior con abordaje transconjuntival. Punto de tracción y presión sobre el globo ocular para favorecer la protusión de la grasa orbitaria



Figura 5.
Aplicación de hielo en el postoperatorio inmediato

sa (Figura 4). Se corta posteriormente la conjuntiva en un punto central, e intermedio entre borde inferior de tarso y fornix, introduciendo las ramas de la tijera a través de la incisión central para disecar de forma roma el espacio subconjuntival en dirección nasal y temporal, cauterizando la línea de conjuntiva que cortaremos de forma amplia para exponer bien los tejidos, desde el punto lagrimal hasta el canto externo. Disecando el plano subconjuntival, encontraremos un tejido blanquecino, los retractores del PI. Continuando la disección hacia abajo, llegare-

mos al septum. Tras su abertura, realizaremos una disección roma de los paquetes grasos y la extripación se realizará como en el abordaje cutáneo, teniendo en cuenta la importancia de presionar el globo ocular para que se hernie la grasa y se pueda reseca. Por último se cerrará la conjuntiva con tres puntos sueltos de Vycril 6/0.

Cuidados postoperatorios

Al finalizar la cirugía, colocaremos hielo picado en bolsas estériles y con presión directa del paciente, o con unas gafas de protección (Figura 5), lo pondremos en contacto con los ojos del paciente, alrededor de 20 minutos para que pueda irse a casa con los ojos destapados y mínimamente inflamados. En las heridas quirúrgicas, betadine y ungüento antibiótico será suficiente. En su casa, deberá seguir dos o tres días, con aplicación de hielo, y betadine si la herida quirúrgica es cutánea. No suele ser necesario tratamientos antiinflamatorios sistémicos. Cuando se re-

tiren los puntos del párpado superior, y durante quince días, aplicaremos pomada de hidrocortisona en forma de masaje para mejorar la cicatriz quirúrgica. En la práctica quirúrgica habitual es frecuente la corrección quirúrgica simultánea de los cuatro párpados (Figuras 6 y 7).

Complicaciones

La complicación más severa es la hemorragia orbitaria con pérdida visual definitiva, y siempre hay que tenerla en cuenta a la hora de tratar la grasa y el músculo orbicular, siendo minuciosos en la hemostasia. Más frecuentes son en el PI las malposiciones que se producen tanto por no tener en cuenta todos los factores existentes previos a la cirugía, como por resecciones excesivas de piel o tratamientos inadecuados de la conjuntiva. En el PS, la existencia de ptosis que pasa desapercibida puede, en el postoperatorio, resaltar aún más, así como haber dificultades en el cierre palpebral por exceso de resección de la piel.

Figura 6.
Imagen a:
Dermatochalasis bilateral superior e inferior. Foto preoperatoria.
Imagen b: **Misma paciente. Foto postoperatoria a las dos semanas**

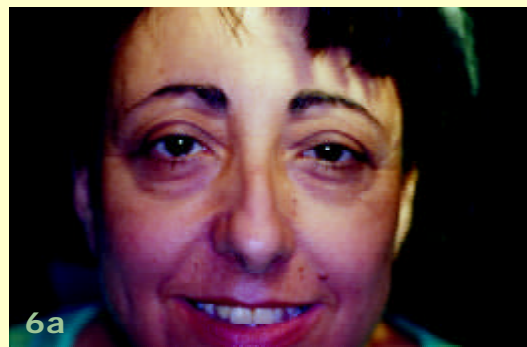
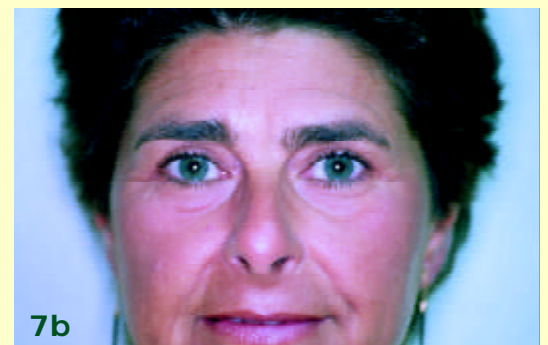


Figura 7.
Imagen a: **Otro caso de dermatocalasis de cuatro párpados. Foto preoperatoria.**
Imagen b: **Misma paciente. Foto postoperatoria al mes**



En la cirugía estética de los párpados, siempre es mejor quedarse cortos que pasarse, y un retoque quirúrgico para reseca algo de piel o de grasa redundante no tiene excesiva importancia, hecho que sirve para comentar a los pacientes la posibilidad que existe siempre de tener que realizar una segunda intervención quirúrgica para obtener los objetivos deseados.

Bibliografía

1. Aiach G. Rejuvenation surgery of the face: lifting-eyelids. *Inf Dent* 1990;72(44):4397.
2. De la Fuente, P. *Cirugía estética de párpados y cejas*. Tecimedia editorial SL. 1998.
3. Putterman AM. *Cosmetic Oculoplastic Surgery*. Philadelphia: WB Saunders Company. Pennsylvania, 2nd ed, 1993.
4. Salcedo, G. Cirugía cosmética periorbitaria. *Asociación para evitar la ceguera en México, IAP*. México DF. 2001.
5. Bisaccia E, Scarborough DA. Blepharoplasty with radiosurgical instrumentation. *Cosmet Dermatol* 1995; 8:9-10.
6. Bosniak S, Zilhka MC. Cosmetic Radioblepharoplasty. *Int J Aesthetic Restor Surg* 1995;3:53-6.
7. Tobin HA, Fink SH. Cosmetic blepharoplasty: a comparison of CO2 laser and electrosurgical technique. *Am J Cosmetic Surg* 1997;14:15-22.
8. Trelles MA, Baker SS, Ting J, Toregard BM. Carbon dioxid laser transconjunctival lower lid blepharoplasty complications. *Plast Reconstr Surg* 1996;37:465-8.
9. Tse DT. *Oculoplastic Surgery*. Color Atlas. Philadelphia: JB.Lippincott Company, 1992.
10. Waldmann SR. Transconjunctival blepharoplasty: minimizing the risks of lower lid blepharoplasty. *Facial Plas Surg* 1994;10(1):27-41.