

Reconstrucciones del párpado inferior mediante injertos tarsoconjuntivales libres

V. Huerva
C. Jurjo
R. Espinet
MC. Sánchez
J. Asenjo

Servicio
de Oftalmología
Hospital Arnau
de Vilanova de Lleida

Resumen

Objetivo: Documentar la técnica quirúrgica de reconstrucción del párpado inferior tras cirugía oncológica mediante injertos tarsoconjuntivales obtenidos del párpado superior del mismo lado.

Resultados: Los injertos tarsoconjuntivales libres permiten tapar defectos mayores a un cincuenta por ciento tras la extirpación oncológica en el párpado inferior, mejorar la estabilidad palpebral y la lubricación ocular, además de conseguir un buen aspecto estético.

Resum

Objectiu: Documentar la técnica quirúrgica de reconstrucció de la parpella inferior després de cirurgia oncològica mitjançant empelts tarsoconjuntivals obtinguts de la parpella superior del mateix ull.

Resultats: Els empelts tarsoconjuntivals permeten tapar defectes fins al cinquanta per cent darrera la extirpació oncològica de la parpella inferior, millorar la estabilitat de les parpelles i la lubricació ocular, a banda d'obtenir un bon aspecte estètic.

Summary

Aim: To describe the surgical technique for the reconstruction of the lower eyelid after oncological surgery, using tarso-conjunctival flaps obtained from the upper eyelid on the same side.

Results: Tarso-conjunctival flaps allow defects to be covered higher to 50% after the oncological excision of lesions on the lower eyelid, improving lid stability and ocular lubrication, as well as achieving a good cosmetic result.

Tras una cirugía oncológica en el párpado inferior se puede reconstruir la lamela posterior mediante injertos tarso-conjuntivales obtenidos del párpado superior. Estos injertos pueden ser por deslizamiento (técnica de Hugues)¹⁻³ o libres¹. En el presente trabajo se presenta la técnica quirúrgica de reconstrucción del párpado inferior mediante injertos tarsoconjuntivales libres.

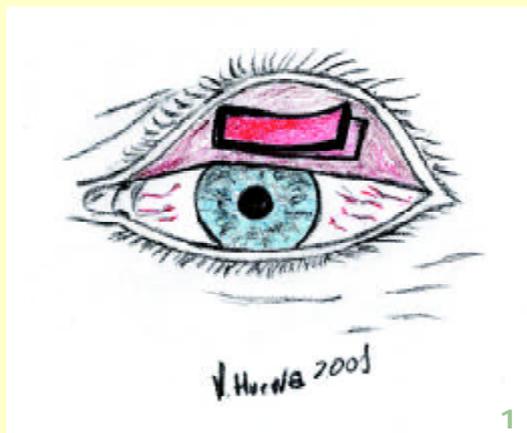
Tras la escisión quirúrgica de la tumoración en el párpado inferior y tras infiltración local con anestésicos locales (Lidocaina + Bupivacaina), se evierte el párpado superior y con un bisturí se corta un colgajo

rectangular que abarca la conjuntiva y todo el espesor del tarso, tal como se muestra en la Figura 1. La longitud del injerto dependerá del tamaño del defecto que se tenga que tapar. Ayudados de la tijera de Wescott se separa el injerto de las capas mas externas al tarso (aponeurosis y orbicular).

Una vez obtenido el injerto lo colocamos en la zona del defecto del párpado inferior de tal manera que la cara cubierta por conjuntiva quedará aposicionada hacia el globo ocular. En defectos centrales del párpado se suturara los bordes medial y lateral tarsales del injerto mediante suturas reabsorbibles con los

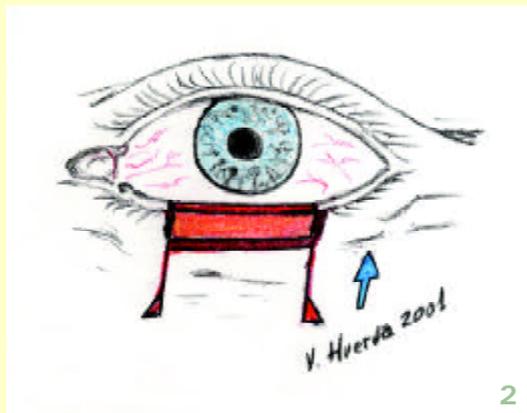
Correspondencia:
Valentín Huerva
Rio Ara, 20
22520 Fraga (Huesca)
E-mail:
v_huerva@wanadoo.es

Figura 1.
Obtención de un injerto libre de forma rectangular en el párpado superior



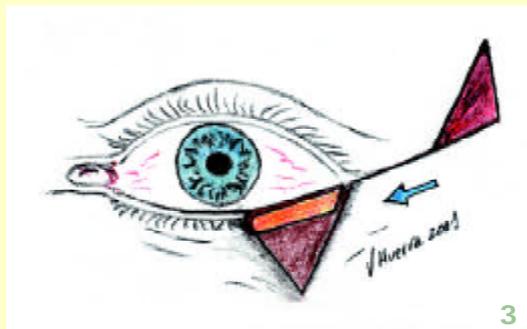
1

Figura 2.
Colocación del injerto tarsoconjuntival en defectos centrales y deslizamiento de piel hacia arriba para reconstruir la lamela externa



2

Figura 3.
Colocación de injerto tarsoconjuntival en defectos laterales y deslizamientos laterales de piel para reconstruir la lamela externa



3

Figura 4.
Carcinoma Basocelular central en párpado inferior (izquierda). Reconstrucción mediante injerto libre tarso conjuntival y reconstrucción de lamela externa mediante deslizamiento de la piel hacia arriba (derecha)



4

bordes tarsales del defecto en el párpado inferior (Figura 2). El borde inferior se sutura a los retractores del párpado. La lamela externa se puede reconstruir mediante un deslizamiento de piel hacia arriba (Figura 2). Cuando el defecto es lateral o engloba al canto externo se suturará tarso de párpado inferior con borde de tarso medial del injerto y el borde lateral del injerto se suturará al periostio a nivel del tubérculo de Withnall, intentando conseguir la oblicuidad del canto externo (Figura 3). En este último paso aconsejamos una sutura monofilamento no reabsorbible. En estos casos reconstruiremos la lamela externa mediante deslizamientos laterales de piel en sentido oblicuo (Figura 3).

En la Figura 4 se muestra el resultado estético tras reconstrucción palpebral después de la escisión de una tumoración central. En la Figura 5 se muestra el aspecto tras la reconstrucción del canto lateral mediante esta técnica.

Existen varias técnicas para tapar defectos en el párpado inferior. Con los colgajos tipo Tenzel y Mc Gregor se consiguen muy buenos resultados estéticos^{2,3}, pero tienen la desventaja de que la parte lateral del párpado se queda sin su armazón tarsal y sin conjuntiva. Los injertos tarso-conjuntivales libres del párpado superior nos ayudan a tapar el defecto originado tras la extirpación oncológica en el párpado inferior. Nos permiten mejorar la estabilidad palpebral al existir tarso en todo su espesor y a la lubricación ocular al adjuntar conjuntiva. Con injertos libres podemos tapar defectos mayores del 50% de extensión cuando el tumor no sea mayor a 5mm en sentido vertical desde el borde libre. No podemos utilizar colgajos cutáneos libres para reconstruir la lamela externa, siempre deben de ser colgajos por deslizamiento, ya que el riesgo de necrosis del injerto cutáneo es muy elevado⁴ por tratarse de doble injerto. Los desplazamientos de piel hacia arriba en defectos del párpado inferior contribuyen a la aparición de una cierta retracción y ectropion². Los injertos tarsoconjuntivales por deslizamiento (Técnica de Hughes) tienen la ventaja de mantener la vascularización tarso-conjuntival, permitiendo la utilización de injertos cutáneos libres de otras localizaciones^{2,3}. Con esta técnica se pueden reconstruir defectos de hasta un 75%. Como desventaja cabe señalar el hecho de tener que intervenir al paciente hacia las seis semanas para seccionar el injerto tarsal del párpado superior.

Mediante las técnicas documentadas se reconstruye el párpado inferior con el superior del mismo lado, lo cual es ventajoso en el momento de la anestesia y la exposición de campo quirúrgico. Los resultados cos-

méticos obtenidos son aceptables. El pronóstico dependerá de la extirpe de tumor y si la resección ha sido completa, como ocurre en otras técnicas^{2,5}. La escisión del rectángulo tarso conjuntival en el párpado superior no crea problemas de estabilidad, ptosis ni signos de sequedad ocular. La misma técnica serviría para reconstrucciones del párpado superior del lado contralateral.



Figura 5.
Carcinoma Basocelular
en tercio externo
del párpado inferior
(izquierda).
El canto externo y su
oblicuidad se mantienen
perfectamente tras
la reconstrucción
(derecha)

Bibliografía

1. Beyer-Machule CK. Reconsruccion des paupières supérieure et inférieure. In: Beyer-Machule CK, von Noorden GK. *Atlas de chirurgie ophtalmologique. Paupières-Orbite-Muscles extra-oculaires*. Paris: Masson, 1991; 72-102.
2. Vázquez Doval FJ, Aliseda Pérez de Madrid D. In: Aliseda Pérez de Madrid D. *Cirugía oncológica de los párpados*. Pamplona: Eunsa, 1999;171-85.
3. Tyers AG, Collin JRO. *Colour atlas of ophthalmic plastic surgery*. Glasgow: Butterworth Heinemann, 1995; 255-307.
4. Patrinely JR, Marines HM, Anderson RL. Skin Flaps in periorbital reconstruction. *Surv Ophthalmol* 1987;31: 249-61.
5. Aliseda D, Vázquez J, Idoate M. Cirugía micrográfica de Mohs en tumores periorbitarios. *St Ophthal* 1997; 16:223-33.