

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

PÁRPADOS

8

Protocolo diagnóstico de la ptosis palpebral

José Manuel Abalo Lojo

Servicio de Oftalmología. Unidad de Órbita y Oculoplástica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

La ptosis palpebral es una posición anormalmente baja del párpado superior. Según su etiología, la ptosis se clasifica en aponeurótica, miogénica, neurogénica, mecánica o traumática (tabla 1). Según el momento de aparición las ptosis pueden ser congénitas o adquiridas (1).

La **historia clínica** es importante para determinar el inicio, la progresión, los signos y síntomas asociados, el patrón de variación diurna y cualquier factor que exacerbe o mejore la ptosis. Se debe preguntar sobre posibles antecedentes de cirugía o traumatismos oculares y la utilización de lentes de contacto blandas o rígidas (2.) La **documentación fotográfica** de los pacientes con ptosis, previa y posterior a la cirugía nos aportará información valiosa (1) (tabla 2).

A la hora de explorar un párpado con ptosis es importante conocer las **medidas de un párpado en posición normal** (1,3):

MEDIDA:	VALOR NORMAL
Altura del borde palpebral superior	1-1,5 mm por debajo del limbo superior
Diámetro corneal vertical	11 mm
Hendidura palpebral	9-11 mm
Surco palpebral superior	8-10 mm (mujeres); 6-8 mm (hombres)
Canto externo	2 mm por encima del canto interno

El grado de ptosis se cuantifica con el paciente sentado frente al explorador, con los ojos en posición primaria de mirada y las pupilas sin dilatar, sin elevar el mentón y con la frente relajada. Según su gravedad, las ptosis se clasifican en:

- **Ptosis leve:** el borde libre del párpado se sitúa 1-2 mm por debajo de la posición normal. El borde libre se encuentra a nivel del borde pupilar superior (fig. 1) (3).
- **Ptosis moderada:** el párpado se sitúa 3-4 mm por debajo de la posición normal. El borde libre cubre parcialmente la pupila (fig. 2) (3).
- **Ptosis grave:** el párpado se sitúa más de 4 mm por debajo de la posición normal. La pupila se encuentra totalmente cubierta (fig. 3) (3).

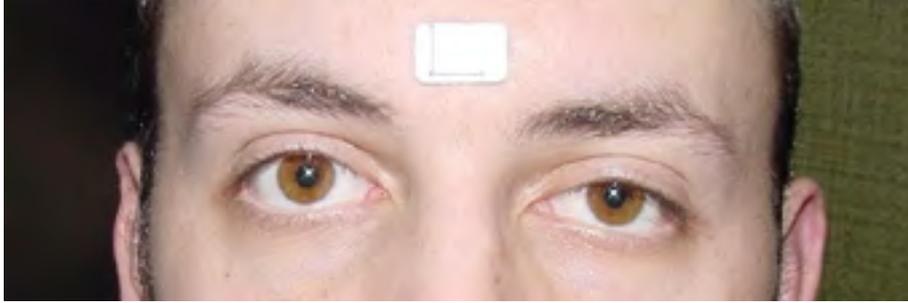


Figura 1: Ptosis leve párpado superior izquierdo.



Figura 2: Ptosis moderada párpado superior izquierdo.



Figura 3: Ptosis grave en párpado superior derecho y ptosis moderada en párpado superior izquierdo.

Tabla 1. Clasificación etiopatogénica de la ptosis (1)

<p>PTOSIS APONEURÓTICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Involutiva o senil – Congénita – Hereditaria tardíamente adquirida – Síndrome de blefarocalasia – En los estados gravídicos – En portadores de lentes de contacto rígidas – En orbitopatía tiroidea – Ptosis en parálisis facial – Ptosis en frotadores crónicos – Ptosis en cavidades anoftálmicas
<p>PTOSIS MIOGÉNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Congénita: <ul style="list-style-type: none"> – Simple. – Asociada a debilidad del músculo recto superior – Síndrome de blefarofimosis – Fibrosis de músculos extraoculares. – Adquirida: <ul style="list-style-type: none"> – Miastenia grave – Oftalmoplejía externa progresiva crónica – Distrofia miotónica – Síndrome oculofaríngeo – Distrofia muscular progresiva
<p>NEUROGÉNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Parálisis congénita o adquirida del tercer par craneal – Síndrome de Horner congénito o adquirido – Ptosis de Marcus-Gunn – Regeneración aberrante del tercer par craneal – Migraña oftalmopléjica – Síndrome de Duane – Síndrome de Guillain-Barre – Esclerosis múltiple
<p>MECÁNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Por peso excesivo del párpado: edemas, inflamaciones, tumores, luxación de la glándula lagrimal, dermatocalasia – Cicatrices conjuntivales
<p>TRAUMÁTICA</p>	

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de los principales tipos de ptosis (7)

PTOSIS APONEURÓTICA	PTOSIS MIOGÉNICA CONGÉNITA	PTOSIS MIASTENIA (PTOSIS MIOGÉNICA ADQUIRIDA)	PTOSIS CPEO (PTOSIS MIOGÉNICA ADQUIRIDA)	PTOSIS III PAR (PTOSIS NEUROGÉNICA)	PTOSIS SD. HORNER (PTOSIS NEUROGÉNICA)
1. Pliegue del párpado alto (>10 mm).	1. Pobre función del elevador.	1. Ptosis-fluctúa, empeora con el transcurrir del día.	1. Oftalmoplejía lentamente progresiva.	1. Ptosis leve a completa.	1. Ptosis leve (1-2 mm).
2. Ptosis moderada (3-4 mm).	2. Retraso del párpado al mirar hacia abajo.	2. Desalineación ocular, diplopía.	2. Ptosis bilateral.	2. Disminución de la elevación, aducción y depresión.	2. Miosis.
3. Buena función del elevador (>10 mm).	3. Descartar defectos de la motilidad, estrabismos verticales.	3. Fatiga de los párpados.	3. Raramente tienen diplopía, debido a la simetría de la enfermedad.	3. Posible dilatación pupilar ipsilateral: puede ser sutil a completa.	3. Anhidrosis.
4. No hay retraso en el párpado al mirar hacia abajo.	4. Descartar ambliopía.	4. Contracción del párpado de Cogan.	4. No hay variabilidad (como en la miastenia grave).		4. Ptosis inversa del párpado inferior.
		5. Debilidad del orbicular.			5. Hipopigmentación del iris (casos congénitos).

EXPLORACIÓN DE LA PTOSIS PALPEBRAL

Además de determinar los parámetros mencionados anteriormente, es necesario realizar una exploración ocular completa (tabla 3). Los elementos clave para valorar la ptosis son:

1. Distancia margen-reflejo 1 (DRM-1). Es la distancia existente entre el reflejo luminoso de la linterna en el centro de la pupila y el margen palpebral superior. En condiciones normales es mayor de 3 mm (generalmente 4-4,5 mm) (1, 3).

2. Distancia margen-reflejo 2 (DRM-2). Es la distancia existente entre el reflejo luminoso de la linterna en el centro de la pupila y el margen palpebral inferior. En condiciones normales es de 5 mm. El margen del párpado inferior se encuentra generalmente en el limbo inferior (fig. 4) (1, 3).

3. Grado de función del elevador del párpado superior (FEPS). Es la excursión que realiza el borde del párpado superior desde la mirada extrema hacia abajo hasta la mirada extrema hacia arriba. Se cuantifica con la regla colocada delante de los párpados, sin tocar las pestañas, se miden, los milímetros que el borde del párpado se ha desplazado hacia arriba. En condiciones normales es de 15 mm³. Puede ayudar a determinar si la ptosis es el resultado de la desinserción de la aponeurosis del elevador, en la que la FEPS

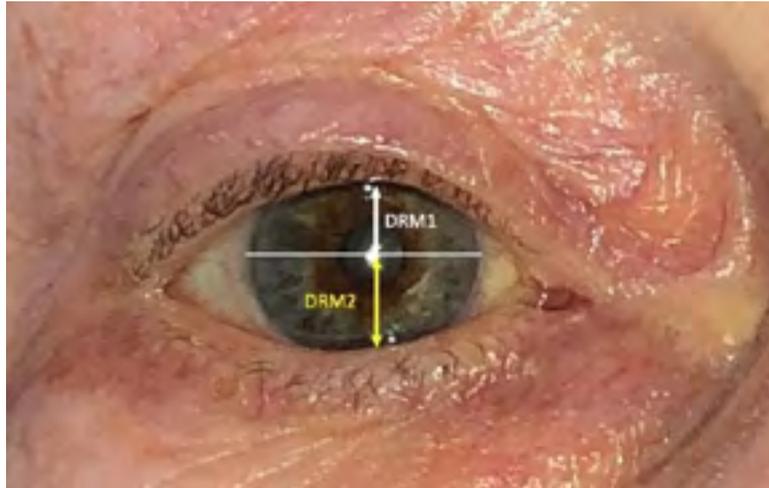


Figura 4: DRM-1 y DRM-2.

suele ser de buena a excelente, o debido a causas miogénicas o neurogénicas, en las que la FEPS suele estar disminuida. La FEPS es importante para determinar el procedimiento quirúrgico más eficaz para corregir la ptosis (2). La contracción del músculo frontal puede elevar el párpado hasta 3 o 4 mm, por lo que debemos eliminar cualquier posible contribución al desplazamiento del párpado. Para conseguir esto, debemos colocar un pulgar firmemente sobre la ceja para inmovilizarla contra el borde supraorbitario durante la medición (fig. 5) (4). Se debe descartar la presencia de hiperacción de los músculos frontales que pueden enmascarar una ptosis bilateral leve o disminuir el grado de una ptosis mayor o incluso llegar a considerar sano el lado con menor componente de ptosis por ser una ptosis asimétrica (3). Es útil clasificar la FEPS puesto que esto puede ayudarnos a determinar la técnica quirúrgica que vamos a utilizar para su corrección. Con esta finalidad, la FEPS se clasifica en (3):

- **Función excelente:** si el párpado se desplaza 13 mm o más.
- **Función muy buena:** si el párpado se desplaza entre 10 y 12 mm.
- **Función buena:** si el párpado se desplaza entre 7 y 9 mm.
- **Función mala:** si el párpado se desplaza de 4 a 6 mm.
- **Función nula:** si el párpado se desplaza menos de 4 mm.



Figura 5: Grado de función del elevador del párpado superior.

4. Calidad del movimiento palpebral. Además de la excursión del párpado, también debe tenerse en cuenta la calidad del movimiento, por ejemplo, si es rápido o lento, lo que sugiere un proceso miogénico. Esta evaluación es puramente cualitativa (5).

5. Posición del párpado. Debe ser evaluada en posición primaria de mirada y en la mirada hacia abajo. En la ptosis involutiva, debida a la desinserción de la aponeurosis del elevador, la hendidura palpebral tiende a estrecharse cuando miramos hacia abajo, lo que puede causar dificultades en la lectura. En la ptosis congénita, el músculo elevador no se contrae ni se relaja bien, lo que hace que el párpado con ptosis aparezca más alto en la mirada hacia abajo (**lid lag**) (2).

6. Posición del pliegue del párpado superior. Este pliegue está elevado en los pacientes con ptosis involutiva (fig. 6), mientras que en los pacientes con ptosis severa congénita presentan pliegues pobres o ausentes (fig. 7) (2).



Figura 6: Ptosis involutiva párpado superior izquierdo con posición elevada del pliegue del párpado superior izquierdo.



Figura 7: Ptosis congénita párpado superior izquierdo con ausencia del pliegue palpebral.

7. Signo de Charles Bell. Se le da este nombre al desplazamiento hacia arriba que realizan los ojos durante el cierre de los párpados. Se valora pidiendo al paciente que cierre los ojos mientras el explorador mantiene abiertos ambos párpados con los dedos índice y pulgar (3). La ausencia del signo de Bell debe tenerse en cuenta al recomendar la cirugía de la ptosis ya que aumenta el riesgo de exposición corneal postoperatoria (fig. 8) (5).



Figura 8: Signo de Charles Bell. Se mide pidiendo al paciente que cierre los ojos mientras el explorador mantiene abiertos los párpados con los dedos índice y pulgar.

8. Cierre palpebral. Se debe de comprobar si existe debilidad del músculo orbicular y anotar en la historia clínica la presencia de **lagofthalmos preoperatorio o retracción** del párpado inferior, ya que puede ser necesario abordarlo quirúrgicamente o considerar una reparación de ptosis menos agresiva (2,3).

9. Fenómeno de Marcus-Gun. Es necesario comprobar la presencia de este fenómeno, ya que un 5% de las ptosis que aparecen en el nacimiento presentan este fenómeno. Consiste en la aparición de movimientos involuntarios del párpado superior al activarse los músculos de la masticación. Se debe preguntar a los padres si el grado de ptosis se modifica cuando el niño toma el biberón. En niños mayores provocaremos movimientos de masticación o deglución para valorarlo (3).

10. Existencia de blefarocalasia. En los adultos, debe observarse cualquier exceso de piel del párpado superior y cualquier grado de ptosis de las cejas (5).

11. Test de la fenilefrina. La instilación de colirio de fenilefrina al 2,5% o al 10% se usa para evaluar casos de ptosis leve. La fenilefrina produce una contracción del músculo de Müller y eleva ligeramente el párpado. Una prueba positiva de fenilefrina sugiere que el paciente respondería bien a una conjuntivo-mullerectomía (fig. 9) (6). El párpado superior contralateral al párpado con ptosis debe observarse para ver si desciende después de que el párpado con ptosis se levante manualmente o con gotas de fenilefrina. Esta caída del párpado contralateral se debe a la ley de Hering, y es importante señalar que puede indicar la necesidad de una reparación bilateral de la ptosis en pacientes con ptosis que inicialmente parece ser unilateral (2).

12. Determinación de la agudeza visual. La ptosis congénita no corregida puede causar **ambliopía**. El 20% de los bebés con ptosis congénita tendrán estrabismo, de los cuales el 50% tienen una desviación vertical concurrente (5). La ptosis puede enmascarar un **estrabismo**. Este problema no debe pasar desapercibido y si existe, debe ser corregido en un acto quirúrgico previo y distinto de la ptosis. El cover test permitirá detectar falsas ptosis por desviaciones verticales (3).



Figura 9: Test de fenilefrina positivo, se observa mejoría de la ptosis del párpado superior izquierdo tras poner gota de fenilefrina.

13. Examen con lámpara de hendidura. Esta exploración puede revelarnos la presencia de **síndrome de ojo seco** con la presencia de una queratopatía punteada y una disminución del tiempo de ruptura de la película lagrimal (2). Tras una cirugía de ptosis se puede agravar una sequedad ya existente que no se había manifestado por estar el ojo protegido por el párpado caído (3).

14. Examen de las pupilas. Debemos valorar su tamaño, simetría y reactividad. La exploración de las pupilas puede revelar la presencia de una anisocoria, que junto a la ptosis puede llevarnos al diagnóstico de un síndrome de Horner (fig. 10), una parálisis del III par, o la posibilidad de un síndrome del ápex orbitario (2). La aparición de una ptosis palpebral puede representar la primera manifestación de una enfermedad neurológica que podría poner en peligro la vida del paciente.



Figura 10: Ptosis leve y miosis del ojo derecho en paciente con síndrome de Horner. Puede observarse la elevación de la ceja derecha para compensar la ptosis palpebral.

15. Examen de la motilidad ocular. Este examen puede detectar problemas que cursan asociados con ptosis, como la miastenia gravis, oftalmoplejía externa crónica progresiva (CPEO, fig. 11), o la parálisis del III par craneal (tabla 2).

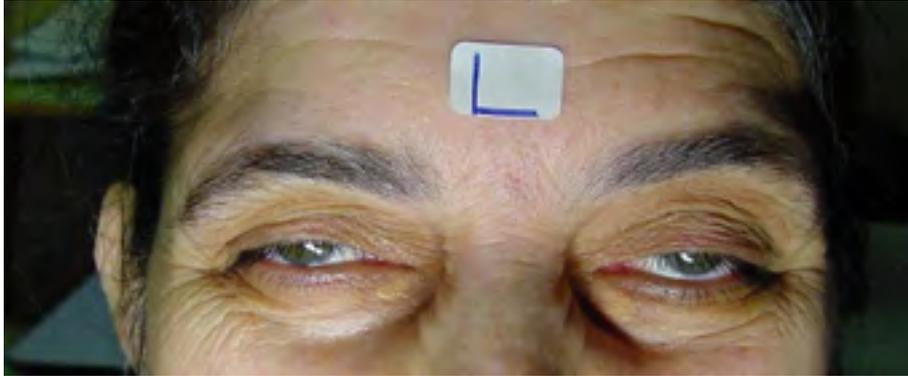


Figura 11: Ptosis bilateral en paciente con oftalmoplejía externa crónica progresiva.

16. Sensibilidad corneal. La sensibilidad de la córnea puede comprobarse con un bastoncillo de algodón o un pañuelo de papel. La reducción de la sensibilidad corneal aumenta notablemente el riesgo de problemas si hay lagofthalmos y exposición de la córnea tras cirugía de la ptosis (2).

17. Exploración de la conjuntiva. La eversión del párpado superior puede revelar la causa de una ptosis. La conjuntivitis papilar, simblefaron, masas color salmón en linfoma conjuntival pueden simular una ptosis. La presencia de una ampolla quística de trabeculectomía debe alertarnos puesto que puede correr el riesgo de perforarse durante la cirugía de ptosis (5).

18. Exploración periocular. Debemos explorar el párpado superior, el reborde orbitario superior, la zona periocular y la glándula lagrimal para excluir la presencia de cualquier masa que pueda inducir una ptosis. Además, debemos descartar la presencia de un **síndrome de párpado flácido**, lo que requeriría una técnica quirúrgica diferente para su corrección (2).

19. Posición de los cantos palpebrales. Si se encuentran desinsertados deben ser corregidos quirúrgicamente para evitar ojos con hendidura palpebral redondeada después de la cirugía para corregir la ptosis (3).

20. Exploración orbitaria. Debemos comprobar si hay presencia de **enoftalmos o irregularidades óseas** que sugieren una fractura del marco orbitario o la presencia de **anormalidades faciales** que orienten hacia un síndrome malformativo como blefarofimosis, craneosinostosis o dismorfias craneofaciales (3).

21. Situaciones especiales. Debemos descartar la presencia de condiciones que pueden imitar la presencia de ptosis (**pseudoptosis**): hipotropía del ojo con ptosis, retracción del párpado contralateral, enoftalmos/ptosis bulbi, anoftalmos/microftalmos o dermatocalasia severa (fig. 12) (7).



Figura 12: Paciente con dermatocalasia severa de ambos párpados superiores.

HISTORIA CLÍNICA

Edad de inicio:

Modo de inicio:

Progresión:

Intermitente / contante/ fatiga:

Cualquier historia familiar asociada:

Antecedente de cirugía o traumatismos:

Otras anomalías asociadas: diplopía, visión borrosa

Lentes de contacto:

Síntomas de ojo seco:

Medicación anticoagulante o antiagregante.

Tabla 3. Hoja de exploración de la ptosis (8)

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Visión		
Ptosis		
Reacción de las pupilas		
Examen ocular general		
Segmento anterior		
Segmento posterior		

MEDIDAS PTOSIS	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
DRM-1		
DRM-2		
Hendidura palpebral		
Función del elevador		
Altura pliegue palpebral		
Fenómeno de Bell		
Test fenilefrina		
Debilidad músculo orbicular		
Posición de la cabeza		
Hendidura palpebral en mirada hacia abajo		
Fenómeno de Marcus-Gunn		
Incremento de la ptosis con el ejercicio		
Dermatocalasia / ptosis de las cejas		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: TRATAMIENTO QUIRURGICO RECOMENDADO:

BIBLIOGRAFÍA

1. Mateos Sánchez E, Martínez Grau G, Mascaró Zamora F. Ptosis palpebral. En: Toledano N, Martínez Grau G, Prada Sánchez C, Sanz López A, Medel Jiménez R, Blanco Mateos G. Cirugía palpebral y periocular. LXXXV Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Oftalmología. MAC LINE SL, 2009. P. 187-234.
2. Thiagarajah C, Kersten R. Preoperative decision making in ptosis surgery. En: Cohen AJ, Weinberg DA. Evaluation and management of blepharoptosis. New York: Springer, 2011. P.49-57.
3. Mateos Sánchez E. Ptosis palpebral. Tipos, exploración y tratamiento quirúrgico. Madrid: Ed. Ergon, 2005. P 119-136.
4. Dutton JJ, Gayre GS, Proia AD. Diagnostic atlas of common eyelid diseases. New York: Ed Inform Healthcare, 2007. P. 11-17.
5. Leatherbarrow B. Oculoplastic surgery. 2ª Edición Londres: Ed. Informa Healthcare, 2011. P 136-176.
6. Grover AK, Bageja S. Congenital ptosis: evaluation and management. En: Garg A, Toukhy EE, Nasaralla BA. Oculoplasty and reconstructive surgery Made Easy. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd, 2009. P. 157-197.
7. Repke CS. Ptosis. En: Gault JA, Vander JF. Ophthalmology secrets in color. 4ª ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. P. 292-297.
8. Arnab Biswas. Ptosis surgery. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd, 2010. P 62.