

PÁRPADOS

10 Ectropión

Maentxu del Águila Trueba



DEFINICIÓN

Los párpados son las estructuras oculares cuya misión principal es proteger al globo ocular del exterior, por lo cual, cualquier malposición de los párpados debe ser diagnosticada correctamente y se debe instaurar el tratamiento médico o quirúrgico adecuado.

Las dos malposiciones palpebrales más frecuentes son el Ectropion y el Entropión.

Se define como ECTROPIÓN la anomalía en la posición y/o estructura del párpado, principalmente del párpado inferior, que hace que se evierta hacia afuera, es decir, se voltea de forma que queda visible el borde palpebral y la conjuntiva tarsal inferior en los casos más evolucionados, de esta forma la superficie del ojo, conjuntiva y zona inferior de la córnea pueden quedar expuestas.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas vienen derivados de la falta de distribución uniforme de las lágrimas sobre la superficie ocular, de la eversión u obliteración frecuente de los punctum lagrimales y de la exposición de la superficie del globo ocular.

- Epifora.
- Hipersensibilidad a la luz.
- Hiperemia.
- Punctum lagrimales obstruidos.
- Picor, irritación, escozor.
- Queratitis.

ETIOLOGÍA

Suelen haber varios factores implicados en mayor o menor medida en la mayoría de las causas de ectropión (fig. 1):



Figura 1.

- La laxitud horizontal o pérdida del tono de los tendones cantales
- La fuerza variable del musculo orbicular inferior.
- El envejecimiento de los tejidos periorculares que debilita las estructuras.

A consecuencia de esta condición se producen una serie de molestias y lesiones palpebrales y oculares.

EXPLORACIÓN

El diagnóstico se realiza por exploración directa, ya sea visualizando la everción o la causa que la produce. Debemos también hacer exploración manual para valorar el tono y la tensión de las estructuras oculares.

- Valoración de la laxitud lateral – vemos el canto lateral de forma redondeada y la distancia al reborde orbitario suele ser mayor de 1 cm.
- Snap back test – Estiramos o pellizcamos con los dedos la parte central del párpado inferior y observamos que le cuesta volver a su posición normal de contacto corneal (fig. 2).
- Valoración de la laxitud cantal medial – estiramos el párpado lateralmente y observamos que el punctum lagrimal inferior se desplaza de su posición, pudiendo llegar a nivel del limbo o incluso pupila en casos más avanzados.



Figura 2: Snap back test.

TIPOS DE ECTROPIÓN

Podemos clasificar los diferentes tipos de Ectropión según la causa principal que los produce.

Es el más frecuente de todos. Afecta principalmente al párpado inferior de pacientes mayores.

Asocia varios factores etiológicos relacionados con la edad (fig. 3):

- Laxitud tisular horizontal por desinserción o estiramiento de la rama inferior del tendón cantal lateral.
- Laxitud del tendón cantal medial.
- Debilitamiento del tono del músculo orbicular
- Laxitud o desinserción de los retractores inferiores.
- Influencia de factores ambientales como daño actínico crónico, hábito de fumar, carencias alimenticias etc.



Figura 3: Laxitud de los tendones cantales.



Figura 4: Eversión del Punto lagrimal

El efecto de la gravedad y un tarso inferior poco estable contribuyen a esta eversión del borde palpebral inferior, alargamiento del párpado e hipertrofia y queratinización de la conjuntiva tarsal inferior por contacto con el exterior.

Los síntomas varían desde epifora, picor, escozor o sequedad en casos leves hasta lesión conjuntival con queratitis y úlcera corneal en casos avanzados. Estos síntomas suelen implicar una manipulación y frotamiento continuo que empeoran el cuadro.

Hay dos variantes de este ectropión senil que precisan mención especial:

–**Ectropión medial:** solo se produce eversión de la zona proximal del párpado inferior, lo que conlleva eversión del punctum lagrimal y con frecuencia la epitelización de éste. Produce lagrimeo y picor continuo. Requiere corrección quirúrgica asociando puntoplastia al procedimiento (fig. 4).

–**Síndrome del párpado laxo o floppy eyelid:** se hablará extensamente en otro capítulo de este libro. Se origina por la retracción de los tejidos del párpado. Puede haber lesión en la lámina anterior (piel y músculo orbicular) y/o en la lámina media (septum, retractores, grasa).

En su origen suele haber una fase aguda o inflamatoria y una fase crónica o cicatricial (fig. 5).



Figura 5: Síndrome del párpado laxo o floppy-eyelid.

Causas:

- Quemadura térmicas o químicas.
- Traumatismos.
- Cirugías palpebrales previas (postblefaroplastia, cirugía neoplásica etc.).
- Inflamación – enfermedad tiroidea.
- Enfermedades dermatológicas-ictiosis, psoriasis, rosácea, dermatosis.

Clínicamente observaremos eversión del borde libre palpebral y con frecuencia un cierto grado de retracción inferior.

Suele ser necesario tratamiento quirúrgico complejo para su resolución, con revisión y liberación de la cicatriz, tensado del párpado con tiratarsal lateral y con frecuencia injertos cutáneos.

Suele ser secundario a un espasmo o parálisis del VII par craneal o N. Facial ipsilateral, de forma temporal o permanente.

Se produce por la afectación del tono del músculo Orbicularis Oculi, encargado de cerrar los párpados. Suele asociarse a ptosis de la ceja y a cierto grado de retracción palpebral inferior o lagoftalmos.

Esta dificultad de cierre o parpadeo débil producirá evaporación del film lagrimal, fallo de la bomba lagrimal e irritación crónica secundaria, así como malposición del punctum. Todo esto hace que sea frecuente la queratitis por exposición.

El tratamiento al principio suele ser conservador con uso de lubricantes oculares en gotas y pomada y oclusión por la noche, con parche o cámara húmeda. En casos de mayor exposición corneal y queratitis severas con mal reflejo de Bell, debemos recurrir a tarsorrafias temporales quirúrgicas o químicas con toxina botulínica. Si la lesión del nervio es permanente deberemos hacer corrección quirúrgica tipo tarsorrafia lateral, cantoplastia medial o lateral o inserción de pesas de oro o platino en el párpado superior para proteger la córnea.

Se produce de forma secundaria a tumoraciones benignas o malignas protruyentes del borde del párpado, acumulación de fluidos, grasa orbitaria herniada etc

El tratamiento debe ir enfocado a la extirpación de esas lesiones y ajuste de la laxitud horizontal si lo precisa.

Poco frecuente. Es excepcional de forma aislada, se suele producir en el contexto de trastornos genéticos o síndromes. Suele asociarse al Síndrome de blefarofimosis.

Se produce por un acortamiento horizontal de la lamela anterior del párpado, y si es severo puede llevar a queratitis por exposición y epifora crónica.

Los casos leves no precisan tratamiento. Si es sintomático precisara corrección quirúrgica con injerto de lamela anterior y tira tarsal lateral en la mayoría de los casos.

TRATAMIENTO DEL ECTROPION

Tratamiento médico:

Encaminado a la lubricación de la superficie ocular y a evitar la queratitis secundaria a exposición.

- Evitar frotarse los ojos y traccionar continuamente la zona medial al secar las lágrimas
- Lágrimas artificiales – colirios, pomadas.
- Pomadas con antibiótico/cortisona – para control de infección o inflamación asociada.
- Oclusión palpebral – con parches oculares, papel film, ptosis química con toxina botulinica etc.

Tratamiento quirúrgico (tabla 1)

Debe ser totalmente individualizado y encaminado a solucionar la etiología presente y los hallazgos clínicos.

Se puede esquematizar así:

- Ectropion completo – técnicas de acortamiento horizontal palpebral (exéresis de cuñas en pentágono, tiras tarsales lateral o medial, plicaturas) o reinserción de los retractores al borde inferior del tarso (figs. 6 y 7).
- Ectropion medial – técnica de conjuntivoplastia medial, inferior al punctum lagrimal asociada a punto inversor y a veces tira tarsal lateral. Se debe realizar punto-plastia inferior.
- Ectropion cicatricial – al tener varias causas el tratamiento debe ir encaminado a la corrección etiológica. En casos leves puede ser suficiente reseca el tejido cicatricial y cantoplastia. En casos generalizados y graves solemos necesitar asociar injertos y colgajos.
- Ectropion mecánico – imprescindible exéresis de la tumoración o lesión causante lo más precozmente posible.



Figuras 6 y 7: Ectropion senil completo. Antes y después de la cirugía.

Algoritmo de tratamiento



Tabla 1: Algoritmo de tratamiento. Extraído de Ortiz-Pérez S. Réplica a «Ectropión en cirugía dermatológica: exploración y técnicas reconstructivas». Actas Dermosifiliogr. 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.005>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kanski, Jack. Oftalmología Clínica. Editorial Elsevier. 6ª 2009 edición. 2006. www.kanskionline.com
2. Thea Superficie Ocular 2018-1. 059. Ectropión retracción cicatricial del párpado inferior Ángel Arteaga Sánchez Mónica Hijós Gastón. Teresa Vozmediano Serrano. Santos Fuentemilla Rodríguez. Servicio de Oftalmología. Unidad de Cirugía Oculoplástica. Hospital Universitario de Móstoles.
3. Basic and Clinical Science Course. 1992-1993. Section 7. orbit, Eyelids and lacrimal System. American Academy of Ophthalmology.
4. Fernández Canga P, Varas Meis E, Castineiras ~ González J, Prada García C, Rodríguez Prieto M. Ectropion in dermatologic surgery: exploration and reconstruction techniques. Actas Dermosifiliogr. 2020; 111:229-35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2019.06.004>.
5. Willey A. Commentary on simultaneous lateral tarsal strip and medial spindle procedures for cicatricial ectropion. Dermatologic Surg. 2019; 45:906---7, <http://dx.doi.org/10.1097/DSS.0000000000001955>.
6. Chan D, Sokoya M, Ducic Y. Repair of the malpositioned lower lid. Facial Plast Surg. 2017; 33:598---605, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1608711>.
8. O'Donnell BA. Eyelid retractor surgery as an adjunct to cicatricial ectropion repair. Clin Exp Ophthalmol. 2000; 28:293.
7. Nerad JA. The diagnosis and treatment of ectropion in Oculoplastic Surgery. The requisites. Ed Mosby 2001; 71-88.
8. Heimmel MR et al. Entropion-Ectropion the influence of axial globe projection on lower eyelid malposition. Ophthal Plast Reconstr Surg 2009; 25: 7-9.
9. Bashour M, Harvey J. Causes of involutional ectropion and entropión agerelated tarsal changes are the key. Ophthal Plast Reconstr Surg 2000; 16: 131-41.

10. Goldberg RA et al. Treatment of lower eyelid retraction by expansion of the lower eyelid with hyaluronic acid gel. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2007; 23: 343-8.
11. Anderson RL, Gordy DD. The lateral strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979; 97: 2192-6. 9. Choi CJ et al. Full-thickness skin graft as an independent or adjunctive technique for repair of cicatricial lower eyelid ectropion secondary to actinic skin changes. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2015; 31: 474-7.
12. Fox SA. Marginal (tarsal) ectropion. *Arch Ophthalmol* 1960; 63: 660-2.
13. Singa RM, Aadalu VK, Putterman AM, Epstein GA. Lower-eyelid tarsal ectropion repair with the Putterman ptosis clamp for lower-eyelid conjunctival Mueller's muscle resection and lateral tendon tuck. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2012; 28: 224-7.