

PÁRPADOS

11

**Malposición palpebral: ptosis.
Clasificación y patogenia**

Andrea Sales Sanz



DEFINICIÓN

Se define como ENTROPION la anomalía en la posición y/o estructura del párpado, principalmente del párpado inferior, que hace que se invierta hacia adentro. Es decir, se voltea de forma que la línea de las pestañas y el borde palpebral rozan contra la superficie del ojo, provocando importante alteración de la superficie ocular: irritación, úlceras y cicatrización (fig. 1).

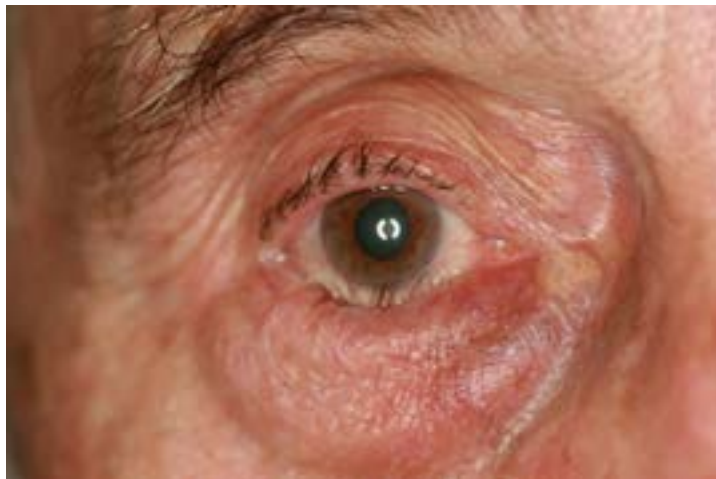


Figura 1

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas vienen derivados del roce de las pestañas contra la superficie ocular:

- Sensación de cuerpo extraño: picor, irritación, escozor.
- Lagrimeo.
- Hiperemia.
- Queratitis. Si persiste la causa: ulceración, cicatrización.

EXPLORACIÓN

Hay que explorar el párpado de forma estática y dinámica, porque en ocasiones, especialmente al inicio, el entropion puede ser intermitente y no manifestarse en la exploración inicial.

1. Posición del margen palpebral:

1. En posición primaria.
2. Tras cierre forzado.
3. En la mirada inferior: si hay una desinserción de los retractores, el párpado no acompañará al movimiento del ojo y el tarso puede rotar hacia adentro.

2. Tono y tensión de las estructuras palpebrales: medimos la laxitud igual que en el caso del ectropion:

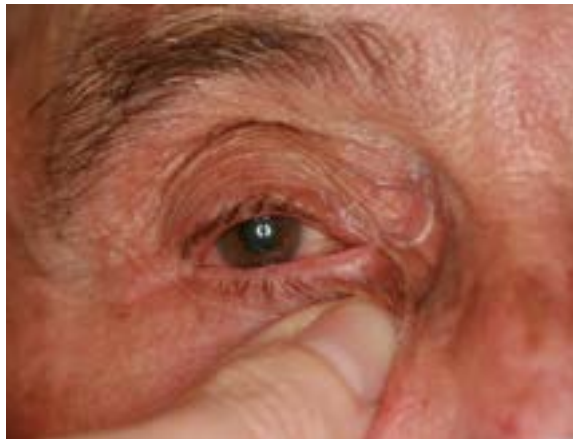
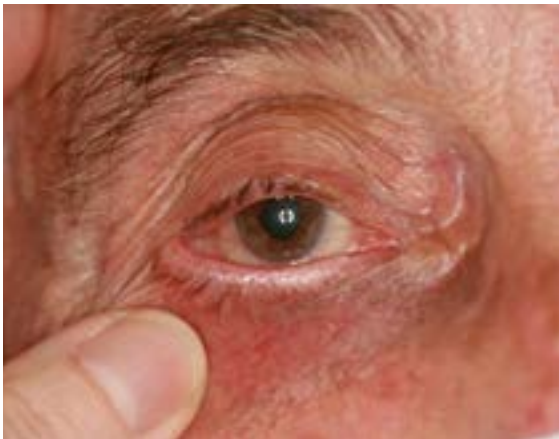
1. Traccionando hacia abajo, para ver lo que tarda el párpado en volver a su posición («snap back»), si lo hace de forma rápida, lenta, parpadeando o no vuelve (fig. 2).
2. Pellizcando el párpado (patológico si la separación del globo es $>1\text{cm}$) (fig. 3).
3. Traccionando lateralmente, para explorar los tendones cantales (figs. 4 y 5).



Figura 2: Maniobra para saber lo que tarda el párpado a su posición.



Figura 3: Pellizcando el parpado, es patológico si la separación es $>1\text{ cm}$.



Figuras 4 y 5: Exploración de los tendones cantale.

Tipos de entropion

- Involutivo o senil.
- Cicatricial.
- Congénito.

Etiología

1. Músculo orbicular: debido a cambios involutivos, el orbicular preseptal se desplaza hacia arriba sobre el pretarsal.
2. Retractores del párpado inferior: su laxitud o dehiscencia permite que el borde inferior del tarso rote hacia afuera.
3. Tarso: pierde su rigidez, permitiendo que el borde superior se invierta.
4. Laxitud horizontal: cambios involutivos en los tendones cantales, el tarso y el orbicular, asociado al enoftalmos relativo por atrofia de la grasa orbitaria.

El hecho de que el párpado se invierta o everta depende de la acción del orbicular, los retractores y el tarso. Pero los principios básicos son similares en ambos casos, por eso el tratamiento del entropion o del ectropion involutivo a veces es similar.

Tratamiento

Si el entropion está produciendo erosión corneal, no podemos dejar salir a un paciente de la consulta sin colocarle un esparadrapo que tense el párpado hacia afuera y lubricación, mientras aplicamos otros tratamientos (fig. 6).

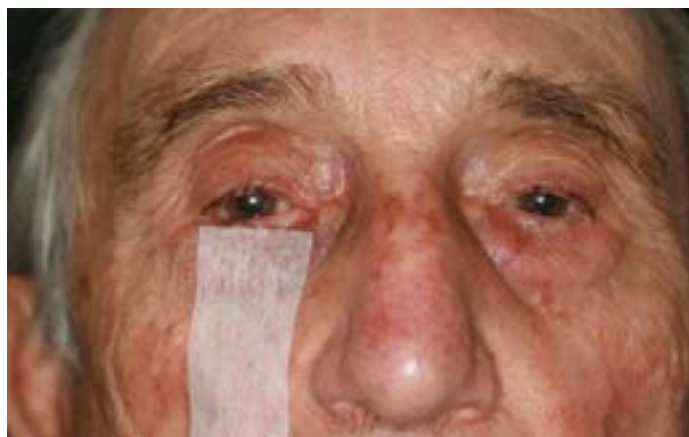


Figura 6: Solución practica para evitar la erosión corneal.

Lo primero que hay que evaluar es la laxitud horizontal.

Si ésta no es muy elevada y el entropion es leve, unas suturas pueden corregir el defecto. Esta corrección será temporal, en cualquier caso, pero puede ser suficiente para romper el círculo vicioso que ha desestabilizado el párpado. Una inyección de toxina botulínica en el orbicular pretarsal puede ser efectiva en cualquier tipo de entropion, pero su duración es breve.

Si el entropion es significativo, pero no hay mucha laxitud, es posible actuar sobre el orbicular y/o los retractores tensándolos.

Si la laxitud es significativa, hay que valorar los tendones cantales, y si son muy laxos, acortarlos o acortar el tarso.

En ocasiones, se precisa una combinación de técnicas para actuar sobre las distintas causas del entropion.

1. **TOXINA BOTULÍNICA:** la dosis aconsejada de inyección es el 20u en 0.1ml en el tercio externo del orbicular preseptal (para evitar ectropion del punto). La duración aproximada es de 12 semanas.
2. **SUTURAS EVERTIDORAS:** evitan el desplazamiento hacia arriba del orbicular preseptal y tensan los retractores. Indicadas para tratamiento a corto plazo (18 meses) fácil, rápido y repetible. Se pasan 3 suturas reabsorbibles de 4/0 desde la conjuntiva hacia la piel. Se pueden hacer transversas (en casos leves), desde justo debajo del tarso hasta la piel a 2 mm más arriba, o bien evertidoras, entrando más abajo hacia el fórnix y saliendo por la piel cerca de las pestañas. Se retiran en 10/14 días.
3. **SECCIÓN TRANSVERSA:** El párpado se secciona para crear una barrera cicatricial horizontal que impida el ascenso y acabalgamiento del orbicular preseptal. Se combina con el tensado de los retractores realizando suturas evertidoras.
4. **MIOPLASTIAS:** la transposición de una tira del orbicular pretarsal produce la eversión rotando el margen palpebral hacia adelante con la contracción, a la vez que la cicatriz impide el acabalgamiento del orbicular preseptal sobre el orbicular pretarsal.
5. **ACORTAMIENTO HORIZONTAL: EXTIRPACION DE CUÑA O TIRA TARSAL LATERAL.** Corrige el exceso de laxitud del párpado y evita que se evierta o invierta. Sirve por tanto para corregir igualmente entropion como ectropion.
 - **EXTIRPACION EN CUÑA:** se realiza una incisión vertical del margen del párpado hasta el final de la placa tarsal, a unos 5 mm del canto lateral. A continuación, una incisión horizontal medial y lateral bajo el tarso de espesor completo. Se superponen las dos tiras y se reseca el sobrante, dejando una tensión palpebral adecuada, y se sutura por planos.
 - **TIRA TARSAL LATERAL:** aporta como ventaja que no acorta la hendidura palpebral. Se realiza una incisión horizontal en el canto lateral. Se secciona el brazo inferior del tendón cantal lateral. Se fabrica un nuevo tendón eliminando la piel, orbicular, pestañas y conjuntiva del tarso en la longitud requerida para tensar el párpado en su nueva posición. Se expone el periostio del canto lateral y se sutura esta tira mediante un punto en «u» al periostio en la cara intraorbitaria del reborde, para que no se separe del globo ocular, con una sutura no reabsorbible de 5/0. Ayuda utilizar una aguja muy curva.
6. **RETRACTORES:** Se puede acceder a ellos desde la piel o desde la conjuntiva. Equivalen al elevador del párpado superior. Se encuentran profundos al orbicular preseptal y la grasa orbitaria, se aprecian como una línea blanca que avanza o retrocede al mirar arriba o abajo. Para tensarlos o reinsertarlos se suturan con una sutura doblemente armada a la piel del borde inferior de la herida y al borde inferior del tarso y piel del borde superior, con suturas reabsorbibles.

7. COMBINACIÓN DE TÉCNICAS: cuando la causa del entropion es multifactorial.
 - a. SECCION TRANSVERSA + SUTURAS (TÉCNICA DE WIES)
 - b. SECCION TRANSVERSA, SUTURAS, ACORTAMIENTO HORIZONTAL (QUICKERT)

Se produce por cicatrización conjuntival: enfermedades mucocicatrizantes, traumatismos, tracoma etc. Puede aparecer tanto en el párpado inferior como en el superior. Su corrección requiere técnicas avanzadas como fractura tarsal o injertos de lámina posterior.

El verdadero entropion congénito es muy raro. Es más frecuente el Epiblefaron, especialmente en niños de razas orientales. Consiste en una hipertrofia de la piel y del orbicular que crea un pliegue de piel que empuja las pestañas hacia adentro, especialmente en la zona medial. Suele crear poca sintomatología y remitir espontáneamente. Si produce erosión corneal, la corrección quirúrgica consiste en la extirpación de una semiluna de piel y orbicular y la sutura al borde inferior del tarso para impedir el acabalgamiento, como en el entropion involutivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collin JRO. A manual of systematic eyelid surgery. 2ª ed, 1989. Churchill Livingstone. ISBN 0 443 040095.
2. Nesi F, Waltz K. Smith's Practical Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery. 2ª ed 1994. Mosby. ISBN 0-8016-6355-5.
3. Tyers AG, Collin JRO. Colour Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery. 2ª Ed, 2001. Elsevier. ISBN 0 7506 4254 8.
4. Steel DH, Hoh HB, Harrad RA, Collins CR. Botulinum toxin for the temporary treatment of involutional lower lid entropion: a clinical and morphological study. *Eye (Lond)*. 1997;11 (Pt 4):472-5. doi: 10.1038/eye.1997.128. PMID: 9425409.
5. Rainin EA. Senile entropion. *Arch Ophthalmol*. 1979 May;97(5):928-30. doi: 10.1001/archophth.1979.01020010486022. PMID: 444129.
6. Tenzel RR (1969) Treatment of lagophthalmos of the lower lid. *Arch Ophthalmol* 12:98-103.
7. Anderson RL, Gordy DD. Tarsal Strip Procedure. *Arch Ophthalmol*. 1979;97(11):2192-2196. doi:10.1001/archophth.1979.01020020510021.