

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

PÁRPADOS

15

## Blefaroplastia superior

Alejandro Álvarez López



SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE OFTALMOLOGÍA

La blefaroplastia superior es una de las cirugías más comunes del mundo para el tratamiento del envejecimiento facial. Se realiza por motivos funcionales para mejorar el campo visual, por motivos cosméticos (fig. 1) o por ambos al mismo tiempo. El conocimiento de la anatomía aplicada y la adecuada evaluación previa del candidato a una blefaroplastia son claves para obtener resultados adecuados. La blefaroplastia superior es una cirugía segura y altamente satisfactoria, aunque no está exenta de complicaciones de índole médico, oftalmológico o estético que pueden resultar graves si no se realiza una correcta selección del paciente y las técnicas adecuadas.



**Figura 1:** Blefaroplastia superior cosmética; imagen preoperatoria (arriba) y postoperatoria (abajo).

## ANATOMÍA APLICADA

El párpado superior se compone de varias estructuras anatómicas relevantes (*ver capítulo de anatomía palpebral*).

- *Piel:* habitualmente redundante fruto del envejecimiento facial. Está firmemente adherida en la región pretarsal y más suelta en la región preseptal, por encima del surco palpebral superior, donde se realiza la escisión cutánea de la blefaroplastia.
- *Músculo orbicular:* estrechamente adherida al plano cutáneo, su manipulación es clave para evitar el lagofthalmos postoperatorio, especialmente en la región preseptal. Es de vital importancia preservarlos en pacientes con potencial riesgo de patología de superficie ocular.
- *Septum orbitario:* contiene la grasa palpebral y su unión con la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior (EPS) forma el surco palpebral superior.

- *Surco palpebral superior*: localizado a unos 8-12mm del margen superior en párpados caucásicos (aproximadamente 6-8mm en hombres y 10-12mm en mujeres), se forma por la unión del septum y la aponeurosis del EPS, que proyecta unas fibras hacia la piel formando el surco. Limita la posición vertical de la grasa central. Durante el envejecimiento, las fibras de la aponeurosis del EPS tienen tendencia a soltarse de su inserción en el tarso, subiendo la altura del surco palpebral superior condicionando una flaccidez de la piel pretarsal y una ptosis de pestañas.
- *Grasa*: existen dos compartimentos grasos palpebrales: medial o interno, de coloración más clara; y central o preaponeurótico, más amarillento y localizado por encima de la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior. Además, debemos valorar la grasa ocular retro orbicular (ROOF, acrónimo de retro-orbicularis oculi fat) localizada lateralmente por debajo de la ceja.
- *Glándula lagrimal*: localizada en el tercio lateral del párpado, puede presentarse prolapsada aportando volumen en la región temporal del párpado y obligando a su corrección (fig. 2).



**Figura 2:** Aumento de volumen lateral por prolapso de glándula lagrimal, más evidente en mirada hacia abajo (flecha).

- *Cejas*: En la mujer son arqueadas y están localizadas por encima del reborde orbitario superior, mientras que en el hombre son más planas y están ligeramente por encima del reborde orbitario superior (fig. 3). La ptosis de cejas es de gran relevancia ya que el descolgamiento de predominio lateral debe ser corregido mediante técnicas de elevación de la ceja para obtener un resultado cosmético satisfactorio (fig. 4) (*ver capítulo de manejo cosmético de la ceja*).

15. Blefaroplastia superior

Alejandro Álvarez López



**Figura 3:** Imagen preoperatoria de paciente con ptosis de cola de ceja y dermatochalasis superior (arriba) y aspecto de la dermatochalasis residual tras simulación de elevación de ceja mediante tracción manual en consulta (abajo).



**Figura 4:** Blefaroplastia superior, inferior y cejaplastia lateral directa; imagen preoperatoria (arriba) y postoperatoria (abajo).

- *Pestañas:* habitualmente en posición horizontal o ligeramente elevadas, pueden descender limitando el campo visual por efecto por pérdida de soporte provocado por el descenso de la piel pretarsal y la elevación del surco palpebral superior.

En los pacientes asiáticos la unión del septum y la aponeurosis del EPS es más baja, presentando una grasa preaponeurótica casi sobre las pestañas, con un surco palpebral superior muy bajo o prácticamente inexistente.

## EVALUACIÓN PREOPERATORIA

La evaluación general del paciente candidato a una blefaroplastia superior debe incluir:

- *Historial médico:* con especial interés en patologías, medicaciones o tratamientos que predispongan al sangrado. Debemos identificar alergias, cirugías previas eventuales problemas con anestesias, alteraciones de la cicatrización, tabaquismo, problemas cutáneos o tratamientos cosméticos periorculares previos entre otros.
- *Exploración oftalmológica completa:* especialmente agudeza visual, estudio de la superficie ocular y lágrima, con especial atención a una eventual patología de ojo seco mediante test de Schirmer, tiempo de ruptura y tinciones del epitelio corneal, así como otras patologías del margen palpebral como blefaritis o disfunción de las glándulas de Meibomio. Se debe detallar cualquier patología oftalmológica relevante para el resultado de la cirugía de blefaroplastia.
- *Fotografías:* obtener fotografías donde se visualicen correctamente los párpados abiertos y cerrados en posición primaria de la mirada, de frente y de medio perfil derecho e izquierdo. Asimismo, es recomendable realizar fotografías de los detalles destacables o particulares de algunos pacientes de ser relevantes para el caso.
- *Discusión con el paciente de sus necesidades y preocupaciones, exploración, objetivos, planificación quirúrgica, evolución postoperatoria, resultados y potenciales complicaciones.*

En pacientes candidatos a blefaroplastia funcional deberemos realizar un examen de campo visual para detectar posibles limitaciones del campo visual que justifiquen la necesidad de la intervención (fig. 5).



**Figura 5:** Blefaroplastia superior funcional; imagen preoperatoria (arriba) y postoperatoria (abajo).

En pacientes con claros objetivos cosméticos es necesario conocer las motivaciones de la cirugía, así como entender las necesidades y preocupaciones estéticas específicas. Se recomienda buscar de forma activa pacientes con expectativas no realistas de la blefaroplastia, ya que además de ser potenciales pacientes insatisfechos, pueden ser origen de conflictos médico-legales.

Además de la exploración de la anatomía aplicada, se deberá evaluar:

- *Ptosis de ceja y eventual compensación con frontal*: Tras la cirugía de la blefaroplastia superior se pierde el estímulo de elevación de la frente por lo que la ptosis de cejas será más evidente. Se recomienda su corrección de forma conjunta con la blefaroplastia, en caso contrario se informará al paciente de sus limitaciones a nivel cosmético (fig. 6).



**Figura 6:** Paciente con dermatochalasis severa, ptosis de ceja y compensación de la misma con contracción de músculo frontal.

- *Ptosis palpebral superior o asimetrías de la altura palpebral*: Éstas serán mas evidentes tras la blefaroplastia por lo que deben ser corregidas con la técnica más adecuada en función del tipo y magnitud de la ptosis palpebral.
- *Prolapso de glándula lagrimal*: deberá ser reposicionada detrás del reborde orbitario superior (fig. 7).



**Figura 7:** Imagen intraoperatoria de glándula lagrimal (asterisco) y reposicionamiento mediante sutura tras reborde orbitario superior.

## MARCADO DE LA BLEFAROPLASTIA

El marcado se realiza indistintamente con el paciente sentado o tumbado, aunque se recomienda revisarlo posteriormente sentado y con la cara en reposo. La simetría de los surcos es fundamental para evitar asimetrías postoperatorias.

- Borde inferior: determinará la posición final del surco palpebral superior. Habitualmente localizado en la parte central a unos 6-8mm en hombres y 9-10 en mujeres, siguiendo aproximadamente el surco preexistente o el contorno del borde superior del tarso. En asiáticos su posición será mas baja en función de las necesidades y objetivos del paciente.
- Borde superior: se puede marcar mediante una pinza colocada en el surco palpebral superior y pellizcando el exceso cutáneo en varios puntos del párpado (fig. 8). Como norma general se suele marcar unos 10mm por debajo de la implantación de la ceja.



**Figura 8:** Marcado de blefaroplastia superior; medida de borde superior mediante uso de pinza en zona central.

- Borde medial: el ángulo irá determinado en función del exceso cutáneo. Si es escaso el ángulo será más agudo, si es mayor, se realizarán bordes más amplios en 45º o incluso redondeados en excesos cutáneo muy marcados.
- Borde lateral: habitualmente se marcando una línea desde el canto lateral al borde lateral de la ceja. Variará en función del exceso de piel lateral y de la posición de la cola de la ceja y su eventual elevación.

Como norma general se recomienda realizar resecciones conservadoras de piel y músculo orbicular por cirujanos inexpertos y muy especialmente en pacientes mayores, con debilidad del músculo orbicular, laxitud palpebral inferior marcada o presencia de ojo seco previo con el objetivo de evitar un lagofthalmos postoperatorio o problemas de superficie ocular.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

La cirugía es normalmente ambulatoria y se realiza con anestesia local, aunque se puede añadir sedación intravenosa para comodidad del paciente.

La anestesia local se infiltra subcutánea de 1-3cc por párpado de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 y ocasionalmente mezclada 1:1 con bupivacaína, con aguja de 27-30G. Esta infiltración ayuda a la disección de piel-orbicular y vasoconstricción.

Posteriormente se realiza la incisión en piel preferentemente con bisturí frío del 15, o mediante bisturí eléctrico o de radiofrecuencia, sin que existan diferencias significativas en la cicatrización postoperatoria según la literatura. Tras la escisión cutánea y revisión de la hemostasia, se mantendrá el orbicular total o parcialmente en función de la planificación previa (fig. 9a). Se conservará en pacientes con párpados vacíos, músculo orbicular débil y con patología de superficie ocular. En pacientes con párpados gruesos o pesados se tenderá a resear parcialmente.

Posteriormente se realizará una apertura en la zona alta del septum orbitario para acceder a los paquetes grasos sin dañar la aponeurosis del EPS. En la grasa medial puede abrirse únicamente un ojal del septum y ejercer una ligera presión sobre el ojo para prolapsar la grasa y manipularla (fig. 9b). La grasa central se reduce con menor frecuencia, únicamente en casos seleccionados (fig. 10). Las técnicas actuales priorizan el preservar y recolocar la grasa a las grandes lipectomías con el objetivo de mantener los volúmenes adecuados.

En caso de querer reformar el surco, se realizará suturando el borde superior del orbicular pretarsal a la aponeurosis del EPS con una sutura absorbible de poliglactina 7/0 o 6/0 (Vicryl®). Finalmente se sutura la piel habitualmente mediante una sutura continua de polipropileno (Prolene®) o nylon 7/0 o 6/0 (figs. 9c y 9d).



**Figura 9:** Técnica quirúrgica; a. músculo orbicular expuesto tras resección cutánea; b. apertura de ojal en septum y resección de grasa interna; c. sutura cutánea continua con polipropileno 7/0; d) aspecto tras finalizar cirugía.





**Figur 10:** Blefaroplastia superior con lipectomía central; imagen preoperatoria (arriba) y postoperatoria (abajo).

Vídeo 1: Técnica completa de blefaroplastia superior

Vídeo 2: Técnica de lipectomía simple en blefaroplastia superior

Vídeo 3: Trasposición grasa en blefaroplastia superior

Vídeo 4: Cejaplastia directa en blefaroplastia superior

## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Se recomienda la aplicación de frío local frecuente las primeras 24-48h para el control de la inflamación. Se aplica lágrima artificial para lubricar superficie ocular, pomada de antibiótico sobre las incisiones y eventualmente toma analgésicos en caso de dolor. Antibióticos orales no son necesarios debido a la extremadamente baja incidencia de infecciones. Asimismo, se recomienda evitar esfuerzos físicos unos días para evitar riesgo de sangrado y la exposición solar en los 3 meses posteriores a la intervención para evitar pigmentaciones de los hematomas o cicatrices.

### Complicaciones

La blefaroplastia superior es una cirugía segura en manos experimentadas con un escaso índice de complicaciones. La mayor parte de las complicaciones son transitorias, no son graves y responden adecuadamente a tratamientos conservadores, como sequedad o irritación ocular, hinchazón, hematomas o tirantez persistentes.

Ocasionalmente pueden aparecer asimetrías en volúmenes grasos, pliegue y/o surco palpebral superior que requieran de una revisión quirúrgica postoperatoria.

Otras complicaciones menos frecuentes son:

- Ptosis palpebral superior por traumatismos del EPS o su aponeurosis.
- Problemas de cicatrización con cicatriz evidente, dehiscencia de la sutura o quistes.
- Hemorragia postoperatoria persistente.
- Infección postoperatoria.
- Lagofthalmos por exceso de resección cutánea.
- Pérdida visual por hemorragia retrobulbar intra/postoperatoria.

Como norma general un paciente en el transcurso de un postoperatorio de blefaroplastia superior debe ser evaluado de forma urgente en caso de sangrado persistente, pérdida de visión o dolor intenso.

## RESUMEN

- La blefaroplastia superior es una cirugía segura y altamente satisfactoria en manos experimentadas, aunque no está exenta de complicaciones.
- Una correcta selección y evaluación del paciente, así como una conversación aclarando objetivos y expectativas es fundamental para evitar resultados insatisfactorios.
- La anamnesis previa con especial insistencia en tratamientos que favorezcan el sangrado es fundamental para la prevención de complicaciones hemorrágicas.
- El surco palpebral superior es un punto clave en la anatomía y evaluación de la blefaroplastia superior. Su correcto manejo previene las asimetrías postoperatorias.
- La presencia de ptosis de cejas, ptosis palpebral y prolapso de glándula lagrimal deben ser corregidos durante la blefaroplastia.
- La resección conservadora de piel y orbicular son de vital importancia para prevenir el lagofthalmos y problemas de superficie ocular.

## BIBLIOGRAFÍA

- Master Techniques in Blepharoplasty and Periorbital Rejuvenation. Massry, Guy G. Springer Link. ISBN-13: 9781461400660.
- Essentials in Ophthalmology Oculoplastics and Orbit. R. F. Guthoff J. A. Katowitz. Springer Berlin Heidelberg NewYork. ISBN 978-3-540-33675-4.
- Smith and Nesi's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. Black Evan H, Nesi Frank A. Springer New York Dordrecht Heidelberg London. ISBN 978-1-4614-0970-0.
- Centrofacial Rejuvenation. Tonnar Patrick L, Verpaele Alexis M, Bensimon Richar H. Thieme. ISBN:9781626236868.