

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

PÁRPADOS

16

## Blefaroplastia inferior

José Nieto Enríquez



SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE OFTALMOLOGÍA

La cirugía cosmética del párpado o blefaroplastia inferiores incluye una serie de procedimientos que tienen el objetivo de rejuvenecer el área periorbitaria inferior. Los signos característicos del envejecimiento que se producen en esta región anatómica son la hernia de grasa orbitaria, la laxitud palpebral, el adelgazamiento cutáneo y la acentuación de la transición entre párpado y mejilla.

Tradicionalmente ha sido el cirujano plástico y estético el profesional que mayoritariamente realizaba esta intervención. Sin embargo, en la última década otras especialidades entre las que figuran la oftalmología, la otorrinolaringología y la cirugía maxilofacial, han ganado protagonismo en la cirugía cosmética facial. En el caso de la cirugía periorbitaria, el oftalmólogo especializado en cirugía oculoplástica es el profesional idóneo para realizarla. La formación en oftalmología y microcirugía, y la experiencia en cirugía órbito-palpebral reconstructiva, nos convierte en la figura más indicada para realizar cirugía cosmética palpebral.

## BREVE EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Las primeras referencias que encontramos sobre cirugía estética palpebral datan de inicios del siglo 19 (1), pero el auge de la cirugía cosmética ocurre especialmente desde los años 1980, en un auge imparable hasta hoy, cuando la demanda sigue creciente.

Existen dos avances o evoluciones de la blefaroplastia inferior que podemos considerar como «disruptores», pues han producido cambios conceptuales significativos en este procedimiento. Son:

1. El abordaje transconjuntival frente al abordaje transcutáneo. La primera descripción de este procedimiento es de Bourget (2) en 1924 en literatura médica francesa. Como veremos, este abordaje es claramente superior al original.
2. La evolución hacia técnicas de preservación de la grasa orbitaria frente a la clásica cirugía exéretica. Hamra (3) describe la redistribución de grasa en 1995, con el objetivo de evitar concavidades o hundimientos postquirúrgicos de la periórbita inferior, así como para mejorar la transición párpado-mejilla.

Por último, avances en instrumentación como las mejoras en los electrobisturís y la aparición del láser de CO<sup>2</sup> nos permiten realizar cirugías más rápidas, menos invasivas, y con menor tiempo de recuperación.

## ELECCIÓN DEL PACIENTE. EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Cuanto realizamos una blefaroplastia estética, estamos tratando una persona sana que probablemente tenga unas expectativas muy altas de mejora. Es importante en la primera visita ajustar las expectativas del paciente a la realidad, y establecer una relación de confianza basada en la honestidad. También es importante una alta motivación para someterse a esta cirugía, por eso generalmente prefiero el paciente que acude a mí

por iniciativa propia con deseo de mejorar sus párpados, que aquel paciente que acude a visita por otro motivo y se le sugiere una cirugía que él no había pensado.

Todo problema médico debe estar controlado para afrontar una cirugía, y cabe ser especialmente cuidadoso si indicamos cirugías en pacientes con ojo seco.

Debemos examinar el grado de laxitud horizontal del párpado inferior, usando el test de distracción y el snap-back test. En caso de laxitud significativa, deberemos incluir un procedimiento de tensado horizontal, especialmente si planeamos algún tipo de tensado cutáneo. En cuanto a la presencia de bolsas palpebrales, deberemos clasificar su grado de prominencia, a la vez que examinar la transición párpado-mejilla, el grado de prominencia malar y la presencia de scleral show. Aquellos pacientes con un exoftalmos y/o hipoplasia malar (vector negativo) o con surcos orbitarios prominentes (fig. 1), requieren una atención especial. En estos casos, la exéresis de grasa orbitaria puede estar contraindicada o debe ser muy conservadora, ya que puede provocar una retracción al empeorar el soporte palpebral, y acentuar la sensación óptica de exoftalmía.



**Figura 1:** Paciente con vector negativo y surco orbitario marcado. La exéresis grasa en este caso podría favorecer la retracción palpebral e incrementar la sensación óptica de exoftalmía.

## TÉCNICA ANESTÉSICA

Este es un aspecto fundamental y frecuentemente problemático en la cirugía de blefaroplastia inferior. El confort del paciente (y por ende nuestro) es un primer y fundamental requisito para poder realizar una cirugía de forma adecuada.

La anestesia loco regional más sedación intravenosa es suficiente, pero requiere un adecuado bloqueo sensitivo. La siguiente técnica proporciona una excelente anestesia locoregional y permite trabajar bajo sedación media o superficial:

1. Inyección transconjuntival de 1ml en cada uno de los tres paquetes grasos, utilizando una jeringa de 5ml y aguja de 30g. Esto actúa a modo de bloqueo peri-

bulbar. Realizando una distracción del párpado inferiormente y presionando el globo ocular logramos una exposición de la grasa orbitaria que nos facilitará la inyección del anestésico (fig. 2).



**Figura 2:** Maniobra de distracción del párpado inferior y presión sobre el globo ocular para exponer la grasa orbitaria.

2. Adicionalmente podemos inyectar 0.5-1 ml más a nivel subcutáneo si planeamos actuar sobre la piel. Esto nos aportará vasoconstricción en la zona.
3. En caso de realizar una cirugía de transposición de grasa sobre el reborde orbitario, recomiendo un bloqueo del nervio infraorbitario con 1ml de la misma solución y 1ml más aplicado sobre el reborde orbitario.

Durante el procedimiento, el anestesta mantendrá al paciente en un estado de relajación y somnolencia mediante el uso de diferentes fármacos en función de sus preferencias, y que pueden incluir el propofol, el midazolam y el remifentanilo.

El anestésico local empleado es una mezcla de lidocaína 2% y bupivacaina 0.5% con epinefrina al 1:100.000.

En mi larga experiencia con este procedimiento, encuentro muy infrecuente la necesidad de reforzar el bloqueo durante la cirugía usando esta técnica anestésica.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

La blefaroplastia inferior puede solucionar o mejorar los siguientes problemas: hernia de grasa orbitaria, pliegues o arrugas estáticas, surcos orbitarios y bolsas malares. La tipología de paciente puede variar desde un paciente joven con una leve bolsa grasa en el que realicemos un abordaje solamente transconjuntival, a un paciente más complejo con bolsa grasa, bolsa malar y laxitud palpebral significativa que requiera una combinación de técnicas.

### Cirugía transconjuntival

El abordaje conjuntival a la grasa orbitaria ofrece varias ventajas, y la principal no es la ausencia de cicatriz. Su superioridad yace en poder acceder a la grasa orbitaria sin manipulación del musculo orbicular. Esto supone una menor invasividad y una gran seguridad.

Para realizarla trabajaremos por un pequeño espacio creado por nuestro asistente mediante un retractor de Desmarres. Tras realizar una incisión conjuntival horizontal con electrobisturí en potencia entre 8 y 10, disecaremos ínfero-anteriormente con el mismo instrumento. Para el cirujano novel, es aconsejable en este momento colocar una sutura de tracción desde el complejo conjuntiva- retractores al campo quirúrgico a nivel de la frente. Esto mejorará nuestra exposición y servirá además de protector ocular. A continuación, seguiremos nuestra disección mientras presionamos el globo ocular con el dedo meñique (con la protección del párpado superior) para favorecer la exposición de la grasa orbitaria. Con esta maniobra, la posición de los paquetes grasos resulta obvia y podemos continuar con la apertura de los septos fibrosos que nos separan de ella. Con la ayuda de un mosquito y una tijera Westcott realizaremos una exéresis conservadora de cada uno de los paquetes grasos, cauterizando la base antes de liberar el mosquito (fig. 3). La hemostasia meticulosa es fundamental para acortar la recuperación del paciente y evitar la temida complicación del hematoma orbitario.



**Figura 3:** Paquete graso medial expuesto por vía transconjuntival. Clampeo del mismo con la ayuda de mosquito para posterior exéresis y cauterización de la base.

### Transposición de grasa orbitaria sobre el reborde orbitario

A diferencia de lo anteriormente expuesto, en este caso vamos a preservar la mayor parte de la grasa orbitaria, utilizándola para mejorar la transición párpado-mejilla. En mi

experiencia, esta técnica aporta resultados superiores a la cirugía exerética en todos los casos, pero es especialmente importante en pacientes con surcos inferiores marcados o vector negativo (figs. 4 y 5).



**Figura 4:** Paciente de mediana edad con hernia grasa inferior, surcos incipientes y laxitud cutánea moderada.

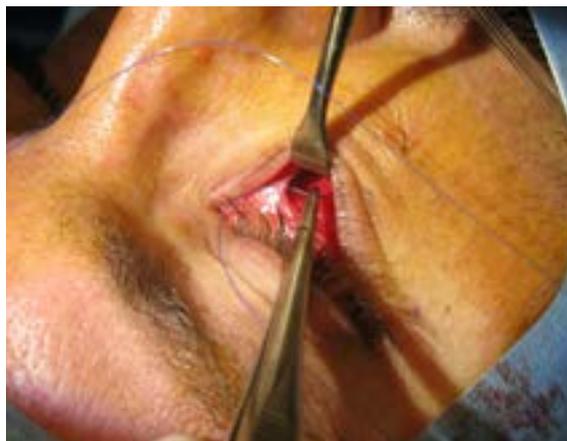


**Figura 5:** Resultado 6 semanas después de transposición grasa inferior y peeling químico, junto con blefaroplastia superior.

El abordaje inicial sigue los mismos pasos expuestos anteriormente, pero una vez identificado el septo orbitario, proseguimos la disección inferiormente hasta llegar al reborde orbitario. En este momento realizaremos una incisión del periostio con bisturí eléctrico a lo largo de todo el reborde, liberando por completo el ligamento orbitomalar. La cirugía continúa con una disección sub o pre-perióstica a lo largo de la mejilla, con especial atención en no lesionar el paquete neurovascular infraorbitario. La extensión de la disección dependerá de qué paquetes grasos queremos transponer: medial y central, o solamente central. Una vez creado un bolsillo amplio, movilizaremos los paquetes grasos de forma que se asienten cómodamente sobre el hueso maxilar, sin tensión (fig. 6). Utilizaremos una sutura de polipropileno 5-0 doble aguja para fijar cada uno de los paquetes, exteriorizando dicha sutura a nivel de la mejilla (fig. 7) y anudándolo sin excesiva tensión. En cuanto al paquete graso lateral, se realiza una exéresis conservadora del mismo.



**Figura 6:** Preparación de colgajo septo-graso para su transposición sobre reborde orbitario.



**Figura 7:** Fijación de colgajo graso mediante sutura de polipropileno doblemente armado.

### Tensado de la piel

Cuando el paciente presente un adelgazamiento cutáneo con pliegues o arrugas significativas, podemos plantear un procedimiento de tensado cutáneo. El procedimiento más empleado para ello debido a su sencillez es la resección cutánea utilizando el método «pinch».

Utilizando dos pinzas pinzaremos la piel a nivel subciliar y estimaremos la cantidad de piel a resear (fig. 8), que debe ser siempre conservadora para evitar descensos del párpado inferior o ectropion. Pinzando la piel de forma sostenida a lo largo de todo el párpado inferior, lograremos que la piel permanezca enrollada mientras realizamos una exéresis de la misma con tijeras Westcott. Tras una cauterización cuidadosa de vasos sangrantes procederemos a suturar utilizando sutura continua de 6-0 o 7-0.



**Figura 8:** Técnica pinch para exéresis de piel en párpado inferior.

En casos de laxitud muy significativa, la técnica pinch puede no ser suficiente. En estos casos realizaremos una incisión subciliar a 1-2 mm de las pestañas, con una breve extensión lateral de máximo 1cm. Proseguiremos con una disección subcutánea inferiormente de forma amplia a lo largo de la región periorbitaria inferior y pasados los pliegues principales de la piel. Una vez completada la disección realizaremos una exéresis de la piel que consideremos sobrante. De nuevo, esto se realizará de forma conservadora, y debemos pensar como norma que el excedente real de piel es menor de lo que nos aparenta en la camilla de quirófano. Tras una cauterización minuciosa para control del sangrado, procederemos a suturar.

Existen también formas no quirúrgicas de mejora de la laxitud cutánea que sólo mencionaré ya que se escapan del objetivo general de este trabajo. Se trata de los peelings químicos y los láseres. El ácido tricloroacético en diferentes concentraciones es el agente más utilizado para un peeling medio del párpado inferior. En lo que se refiere a láseres, el de dióxido de carbono es el más empleado.

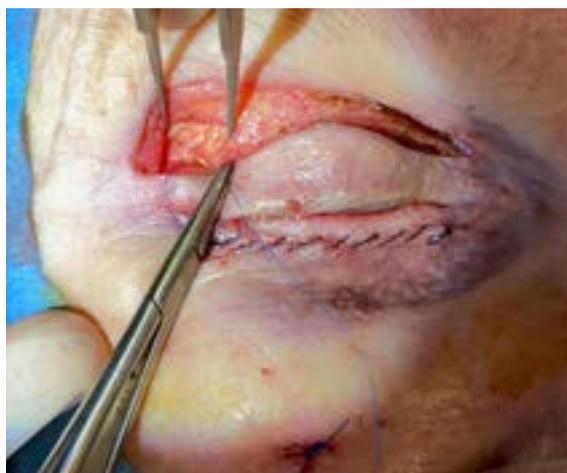
#### Procedimientos de tensado horizontal: Cantopexia y cantoplastia

Los procedimientos de refuerzo horizontal del párpado inferior pueden ser necesarios si el paciente presenta una laxitud significativa a la exploración, especialmente si planeamos un procedimiento de tensado cutáneo.

La cantopexia se refiere al refuerzo del tendón cantal lateral, sin realizar cantotomía y cantolisis. Para ello pasaremos una sutura de polipropileno 5-0 doble armada a través de la línea media del margen palpebral, a nivel del cantolateral (fig. 9). Rescatamos la aguja a través de la incisión de blefaroplastia superior (o pequeña incisión creada para ello), y pasamos la misma a través del periostio del reborde orbitario laterosuperior (fig. 10). Una vez completada esta maniobra con ambas agujas, anudaremos con moderada tensión.



**Figura 9:** Cantopexia utilizando sutura polipropileno doblemente armada. Paso de ambos extremos a través de margen palpebral a nivel del cantolateral y rescate de aguja a través de la incisión superior.



**Figura 10:** Paso de ambos extremos de la sutura a través del periostio de órbita supero-lateral para luego anudar con tensión moderada.

La cantoplastia es un procedimiento que implica la sección del canto lateral y del tendón cantal lateral, con o sin tira tarsal, y no es un procedimiento indicado en cirugía estética, ya que puede producir alteraciones del canto lateral de difícil corrección.

## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

El postoperatorio de una blefaroplastia inferior es indoloro, el paciente solo suele referir ligeras molestias o sensación de cuerpo extraño los primeros días. El edema postoperatorio es normal, así como la equimosis, pero esta última puede evitarse o minimizarse realizando una cirugía cuidadosa. Es importante que el paciente evite esfuerzos físicos o posturales durante 10 días para evitar sangrados.

El tratamiento suele consistir en higiene palpebral, colirio y/o pomadas de antibiótico y antiinflamatorio, y antiinflamatorio oral según el caso. La aplicación de frío postoperatorio resulta agradable para el paciente, aunque no acorta la recuperación. Si existen suturas, se retiran al cabo de 1 semana.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Von Graefe CF. De Rhinoplastice. Berlin: Dietrich Reimer; 1818. p. 13.
2. Bourguet J. Les lernies graissenses de l'orbite: Notre traitement chirurgical. Bull Acad Med (Paris). 1924; 92:1270.
3. Hamra ST. Arcus marginalis release and orbital fat preservation in midface rejuvenation. Plast Reconstr Surg. 1995; 96:354–362.