

Capítulo 58

Blefaroplastia

María Socorro Bescós
Jorge Pamias
Manel Sáez
J. González Godino
José Carlos Moreno Vázquez
Miguel Burgueño García

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	795
1.1. Concepto	795
1.2. Repercusión social.....	795
1.3. Gestión sanitaria.....	795
1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	796
2. PREVENCIÓN	796
2.1. Factores etiológicos	796
2.2. Medidas preventivas.....	796
2.3. Selección del paciente.....	797
3. DIAGNÓSTICO.....	797
4. MANEJO TERAPÉUTICO	798
4.1. Indicación terapéutica.....	798
4.2. Plan de tratamiento.....	798
4.3. Objetivos.....	798
4.4. Manejo perioperatorio	799
5. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	800
5.1. Blefaroplastia superior	800
5.2. Blefaroplastia inferior	800
5.3. Cirugía de la región cantal.....	801
5.4. Ptosis palpebral	802
6. TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS.....	802
7. COMPLICACIONES.....	803
8. RESULTADOS.....	803
9. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE	804
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	804

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto

La blefaroplastia se define como la corrección quirúrgica de los párpados con objetivo funcional, reparador y estético, en la que puede realizarse:

- Cirugía excisional de tejidos redundantes
 - Piel.
 - Grasa.
 - Músculo
- Cirugía remodeladora
 - Suspensiones.
 - Cantopexias.

En la mayoría de los casos se realizan técnicas combinadas.

1.2. Repercusión social

La blefaroplastia supone entre 10-15% de las intervenciones realizadas en cirugía plástica general y que asciende hasta un 50% si se considera exclusivamente la cirugía estética facial.

La blefaroplastia corrige los efectos fisiológicos del envejecimiento que en un momento u otro de la vida afecta a toda la población. Además los ojos y los párpados tienen una gran influencia en la expresión facial lo cual es uno de los motivos más frecuentes de consulta. La blefaroplastia consigue modificar la expresión de cansancio y fatiga mediante la exéresis de la piel redundante en párpado superior y la extirpación de las bolsas grasas del párpado inferior.

Aunque todavía con predominio femenino, cada vez son más los hombres que demandan este tipo de operación como en general todos los procedimientos de cirugía estética.

1.3. Gestión sanitaria

Los límites de la blefaroplastia funcional y estético se entremezclan, siendo difíciles de acotar. Definir si debe ser competencia de la sanidad pública o privada se hace complicado en determinados casos.

Hay que considerar además que esta es una técnica quirúrgica que pueden realizarla diferentes especialistas: cirujanos plásticos, oftalmólogos y cirujanos maxilofaciales.

En pacientes de edad avanzada en los que el exceso de piel del párpado superior puede disminuir el campo de visión (blefarocalasia), parece razonable que la sanidad pública dé cobertura a esta patología.

1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

Establecer indicaciones y protocolos para el diagnóstico y tratamiento de pacientes tributarios de blefaroplastia.

Informar a los pacientes para poder identificar los problemas y poner en su conocimiento las diferentes opciones de tratamiento y procedimientos complementarios.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

Antes de realizar una blefaroplastia hay que descartar la existencia de una patología de base que haya provocado una alteración en la morfología palpebral.

- Edema palpebral.
 - Disfunción tiroidea.
 - Enfermedad renal.
 - Enfermedad cardiovascular.
 - Blefarocalasia.
- Ptosis palpebral.
 - Miastenia gravis.
- Ptosis glándula lagrimal.
 - Enfermedad de Sjögren.
- Exoftalmos.
 - Tumores orbitarios.
 - Hipertiroidismo.
 - Miopía magna.
- Redundancia dérmica sin edema.
 - Dermatocalasia.

2.2. Medidas preventivas

Las medidas preventivas son comunes a las utilizadas en la prevención del envejecimiento facial, como son: el uso adecuado de cremas hidratantes y otros productos que ofrece la cosmetología, unido al control del estrés y de una buena salud física. Todos estos elementos se unen en los programas de "antiaging" antienvjecimiento, cada vez más en auge.

Programa "antiaging":

- Tratamiento nutricional
- Suplementos, vitaminas, minerales, antioxidantes y enzimas
- Ejercicio físico
- Técnicas de control del estrés, estímulo de la memoria y de la concentración.
- Evitar tóxicos como el tabaco.

2.3. Selección del paciente

La selección de paciente es clave y determina el éxito de esta cirugía que depende de la satisfacción del paciente con el resultado final.

- Hay que descartar enfermedades psiquiátricas que contraindican la cirugía.
- Trastornos bipolares mal controlados, donde en fase de manía pueden tomar decisiones poco meditadas y poco estables en el tiempo.
- Dismorfofobias, en las que el paciente magnifica un defecto que, incluso puede no existir.
- Otros trastornos psiquiátricos.
- Ante la duda, debe prescribirse una valoración psiquiátrica previa por un especialista.

Debemos identificar a un subgrupo de pacientes que por sus características pueden contraindicar de forma relativa la cirugía.

- No entienden el procedimiento quirúrgico.
- No asumen las posibles complicaciones.
- Pacientes muy exigentes o con expectativas poco realistas.

3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es la fase más importante y difícil de la blefaroplastia, y se basa casi en su totalidad en la exploración física. Es útil que el paciente ante un espejo, señale y exprese directamente sus problemas estéticos. La exploración debe ser minuciosa y debe incluir:

- **Piel.** Valorar la calidad y cantidad de la piel, raza y enfermedades dermatológicas.
- **Cejas.** Valoración de la forma y posición.
- **Abertura palpebral.** Debe ser de 10 mm
- **Surco superior.** Puede borrarse por la piel redundante y protusión de la grasa orbitaria, o puede pronunciarse en caso de atrofia de la grasa orbitaria.
- **Sacos adiposos.** En número de dos en el párpado superior y tres en el inferior. Al presionar el globo, las bolsas acentúan su protusión.
- **Ángulos cantales.** Debe de evaluarse la posición de los ángulos cantales lateral y medial. El canto externo debe de estar más elevado que el interno alrededor de unos 15° respecto a la horizontal.
- **Tendon cantal.** Para valorar su competencia y grado de laxitud se utiliza un test de tracción del párpado inferior. Una separación superior a 6mm se considera un ligamento laxo.
- **Distancia intercomisural:** distancia entre las comisuras lateral y medial. El descenso del tendón lateral produce un acortamiento de la distancia intercomisural.
- **Margen palpebral y exposición de la esclerótica.** Presencia o no de exposición escleral, ectropión, entropión u otros trastornos subyacentes.
- **Glándula lagrimal.** Debe evaluarse su tamaño y posición. Evaluar función con test de Schimer, en casos dudosos.

4. MANEJO TERAPÉUTICO

4.1. Indicación terapéutica

- **Redundancia dérmica.** Afecta principalmente al párpado superior, dando al paciente un aspecto de “mirada triste”. En casos muy extremos puede incluso entorpecer la visión.
- **Protusión de las bolsas adiposas.** Aunque afecta tanto al párpado superior como al inferior, es más patente en el inferior. Confiere al paciente un aspecto de “cansado”. No confundir la glándula lagrimal ptósica con una bolsa adiposa.
- **Laxitud del ligamento cantal.** Se refleja con una exposición de la esclerótica inferior y lagofthalmos.

El proceso involutivo o senil provoca un descenso del tendón cantal lateral y secundariamente una laxitud y redundancia del párpado inferior y la porción inferolateral del septo orbitario. Esto da lugar al desarrollo de ectropion, entropion y exposición escleral, así como a la herniación de la grasa orbitaria.

4.2. Plan de tratamiento

Una vez realizado el diagnóstico el cirujano debe elegir la técnica correcta entre la pléthora de procedimientos disponibles. Podemos utilizar un pequeño esquema que nos ayudará a establecer el plan quirúrgico.

- | | | |
|-------------------------------------|-------|---------------------------|
| – Redundancia dérmica | _____ | Resección |
| – Protusión bolsas adiposas | _____ | Resección |
| – Protusión glándula lagrimal | _____ | Suspensión |
| – Hipertrofia del músculo orbicular | _____ | Resección |
| – Ptosis | _____ | Suspensiones, cantopexias |
| – Laxitud del ligamento cantal | _____ | Plicaturas, bandas |
| – Atrofia adiposa orbital | _____ | Injertos adiposos |
| – Asimetrías oculares | | |

4.3. Objetivos

Los objetivos principales son obtener unos resultados satisfactorios y mantener una buena función palpebral. Estos serían:

- Estética palpebral
 - Adecuada tensión dérmica.
 - No protusión de bolsas adiposas y de la glándula lagrimal.
 - Surco superior aplanado.
 - Ángulo cantal lateral agudo y más alto que el interno (ángulo de 10-15°).
- Buena oclusión palpebral, sin exposición de la córnea o esclera.
- Adecuado drenaje lagrimal, sin producir lagrimeo o lagofthalmos.

4.4. Manejo perioperatorio

4.4.1. Preoperatorio

- Valorar el riesgo anestésico, ASA.
- Pruebas de coagulación.
- Tratar infecciones oculares o palpebrales.

4.4.2. Intraoperatorio

La mayoría de las técnicas llevadas a cabo en la blefaroplastia pueden realizarse en quirófano en régimen de cirugía ambulatoria. Algún paciente puede requerir anestesia general, sobre todo los que precisen algún tratamiento complementario o por preferencia del paciente o del profesional.

- *Sedación y anestesia local.*

La sedación se administra por vía intravenosa y debe realizarse previa a la infiltración de anestésico local, dejando al paciente un breve periodo en estado de inconsciencia y amnesia. Se aconseja la administración de oxígeno suplementario mediante gafas nasales en este periodo.

La anestesia local se realiza de manera subcutánea con lidocaina o articaina al 2% y epinefrina al 1:100 000, a dosis aproximada de 0.75-1ml en cada párpado.

Puede aplicarse una gota de tetracaina en cada ojo para la anestesia tópica de la córnea y conjuntiva en la superficie interna de los párpados.

- *Monitorización de constantes durante la cirugía.* Saturación de oxígeno, tensión arterial y ritmo cardiaco.

4.4.3. Postoperatorio

- *Tratamiento médico.* Antibiótico, antiinflamatorio y analgésico.
- *Medidas generales*
 - Evitar la desecación del ojo: lubricantes en forma de ungüentos, cremas oculares, o lágrimas artificiales durante las primeras 48 horas
 - Frío local: durante los primeros 5 días, aplicado durante 30 minutos aproximadamente cuatro o cinco veces al día
 - Medidas posturales: cabeza elevada con respecto al resto del cuerpo durante los primeros días postoperatorios
- *Consideraciones de interés*
 - Cicatrices y puntos: los puntos son retirados entre los 4-6 días. No se recomienda la utilización de cremas o cosméticos en la semana siguiente para evitar la formación de quistes en relación a los orificios de los puntos.
 - Actividad física: se recomienda 2 días de reposo a partir de los cuales puede comenzarse una actividad sedentaria. No se recomienda realizar ejercicio físico hasta las 2 semanas postoperatorias.

5. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

5.1. Blefaroplastia superior

El principio de la blefaroplastia superior es eliminar la piel redundante del párpado superior y obtener una franja lisa de piel por encima de la línea de las pestañas (espacio de la sombra de ojos en las mujeres). La técnica básica consiste:

- Diseño de la excisión cutánea: la posición central del pliegue del párpado superior se marca a 8.5 a 10 mm por encima de las pestañas.
- Incisión cutánea, muscular y septum orbitario
- Excisión de la grasa preaponeurótica y bolsa grasa nasal prolapsadas con bisturí eléctrico después de aplicar 0.5 ml de anestésico local adicional
- Puede ser necesaria la reposición de la glándula lagrimal prolapsada para evitar que protruya por encima del área preseptal lateral del párpado
- Hemostasia cuidadosa y cierre con puntos sueltos nylon 6/0

Actualmente se asocian con frecuencia procedimientos de corrección de la ceja laxa o ptósica ya que sino podría dar lugar a pliegues residuales en el párpado y un estrechamiento del espacio entre la ceja y las pestañas.

- *Pexia de la ceja*: este procedimiento se utiliza para corrección de la laxitud media a moderada de la ceja, en el tercio lateral y se realiza a través de la incisión de la blefaroplastia asociado a este procedimiento.
- *Suspensión directa de la ceja*: procedimiento utilizado generalmente en varones y consiste en una suspensión directa de la ceja a través de exéresis directa de piel en el área encima de la ceja. asociado a la blefaroplastia y a la pexia interna de la ceja. Es de rápida y fácil ejecución y resulta eficaz en los casos de ptosis de la ceja de leve a moderada.
- *Suspensión temporal directa*: se trata de la suspensión de la cola de la ceja por medio de un abordaje temporal directo. Puede ser una técnica eficaz para los pacientes con ptosis leve o moderada.
- *Lifting frontal por vía endoscópica*: procedimiento utilizado en mujeres para los dos tercios nasales de la ceja y área glabellar, y generalmente complementado con la pexia interna de la ceja.
- *Resección parcial de corrugadores, transblefaroplastia*.

5.2. Blefaroplastia inferior

5.2.1. Blefaroplastia inferior transconjuntival

La vía transconjuntival es utilizada en pacientes jóvenes, con poco o ningún exceso de piel, en los que el problema fundamental es la presencia de unas bolsas grasas palpebrales prominentes. Este abordaje también permite la redistribución de la grasa en pacientes que presentan depresiones en la región nasoyugal o reborde orbitario lateral, aunque no proporciona acceso adecuado a la región mediofacial. Las arrugas finas pueden tratarse

por medio de una resección cutánea marginal con suspensión del orbicular, sin necesidad de crear colgajos cutáneos o miocutáneos, o mediante la aplicación de láser

Este abordaje es más rápido y presenta menos riesgos que la vía transcutánea. La técnica consiste en:

- Incisión conjuntival por debajo del tarso
- Apertura del septo orbitario y resección con o sin reposición de las bolsas grasas
- Punto de sutura reabsorbible en posición lateral a la córnea

5.2.2. Blefaroplastia inferior transcutánea

La vía transcutánea está indicada en pacientes que presentan exceso de piel en el párpado inferior y que precisan procedimientos de tensado a nivel cantal o tratamiento de la región medifacial (suspensión de la mejilla). Permite asimismo un fácil abordaje de la grasa tanto para su resección como redistribución.

Entre sus desventajas se incluyen; una mayor complejidad técnica y duración, y una mayor posibilidad de fibrosis secundaria que puede dar exposición escleral y ectropion.

La técnica consiste en:

- Incisión cutánea inicial en un pliegue lateral al canto
- Disección del espacio suborbicular preseptal e incisión cutánea y muscular con tijeras desde lateral a medial hasta el punto lagrimal inferior. Se eleva el colgajo miocutáneo con facilidad
- Apertura del septo y excisión con o sin reposición de las bolsas grasas
- Exéresis del exceso de piel
- Hemostasia cuidadosa y cierre con puntos sueltos nylon 6-0

Puede asociarse otros procedimientos como:

- *Suspensión (lift)* medifacial

La valoración del estado de la región medifacial en la blefaroplastia inferior es tan importante como lo es la evaluación de la posición de la ceja en la blefaroplastia superior.

Entre las indicaciones de la suspensión medifacial se incluyen el alargamiento de la distancia entre el párpado inferior y la mejilla, la presencia de una concavidad en el reborde orbitario y el desplazamiento inferior de la almohadilla grasa malar.

El abordaje periocular a la región medifacial se realiza a través de la región lateral del párpado. La almohadilla grasa malar se eleva en dirección superolateral por medio de suturas de suspensión.

5.3. Cirugía de la región cantal

La cirugía de la región cantal se realiza para corrección de las malposiciones del párpado inferior que incluyen el ectropion (la eversión del borde palpebral), el entropion (inversión palpebral) y la retracción del párpado (exposición escleral). Entre las posibles causas, con-

génitas o adquiridas, las más frecuentes son las involutivas o seniles. Los tendones cantales se vuelven más laxos y los cantos se sitúan a un nivel más bajo, sobre todo el canto lateral.

Las técnicas que se utilizan en casi todos los casos de malposición del párpado inferior incluyen la reposición de todo el tendón cantal lateral o el tensado de la rama inferior del mismo y se engloban bajo los términos de cantopexia y cantoplastia.

- *Cantopexia*. Es un procedimiento de soporte del canto en el que no se seccionan o interrumpen los pilares del canto lateral. Por lo general el tendón cantal común se fija en una posición superolateral proporcionando soporte al párpado inferior.
- *Cantoplastia*: es un procedimiento de soporte del canto en el que se secciona la rama inferior de tendón cantal lateral de forma que los elementos tarsales se erigen en un nuevo tendón cantal.

Una de las técnicas más eficaces en el tratamiento de la laxitud del párpado inferior es la de la "tira tarsal lateral" en el que se crea una tira tarsal que hace las funciones de nueva rama inferior del tendón cantal lateral que debe insertarse en el tubérculo de Whitnall en el sitio de inserción de la rama superior del tendón cantal.

5.4. Ptosis palpebral

La selección de la técnica quirúrgica depende de dos factores: la función del elevador y el grado de ptosis:

- Müllerectomía conjuntival tarsal. (procedimiento de Fasanella Servat). Indicada en grados de ptosis leves. En esta técnica se realiza la resección del músculo de Müller, del tarso superior y de la conjuntiva para acortar de forma efectiva toda la lamela posterior del párpado superior. Puede tener algunas desventajas como producir irritación corneal, alteración de la simetría del contorno del párpado superior que hace preferible la utilización de la técnica que se describe a continuación.
- Avance del elevador. Es la técnica más adecuada para la corrección de la ptosis en los pacientes que presentan una buena función del músculo elevador con independencia del grado de ptosis que presenten. La técnica consiste en el avance del músculo elevador hasta el tarso
- Suspensión al frontal. No es un procedimiento de elección pero puede ser el único viable cuando la función intrínseca del elevador no es la adecuada.

6. TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS

Otras técnicas ayudan a conseguir el restablecimiento de la armonía y en muchas ocasiones son necesarias otras técnicas para lograr dicho fin.

- **Botox**. Para tratamiento de arrugas de expresión en la zona periorbitaria puede utilizarse el complejo neurotóxico de toxina botulínica A purificada (Botox). Se trata de un remedio temporal pero muy útil para aplanar la arrugas glabellares, líneas transversales frontales y arrugas periorcúlares. También puede asociarse aplicándolo unos días antes (su efecto se produce a los 3-5 días de la aplicación) al tratamiento láser mejorando los resultados de éste.

NOTA: El botox actualmente no se permite utilizar con este fin. Actualmente se utiliza para este fin el Vistabel®, que es toxina botulinica igual que el botox.

- **Láser.** Para rejuvenecimiento de la piel con fines estéticos se cuenta en la actualidad con la tecnología de láser ablativo y no ablativo.

La renovación ablativa (láser de CO2 y el láser erbio-YAG todavía se considera el tratamiento de rejuvenecimiento cutáneo más efectivo a través de la lesión de la epidermis. Esta técnica proporciona los resultados más espectaculares en el tratamiento de las arrugas finas y cicatrices, pero requiere un postoperatorio prolongado con complicaciones potenciales.

Los láseres no ablativos inducen la producción de colágeno por parte de la piel y suponen una segunda opción terapéutica para el tratamiento de las arrugas leves sin el traumatismo de la epidermis. Sin embargo esta tecnología se encuentra todavía en etapas iniciales.

7. COMPLICACIONES

En general son poco frecuentes:

- **Amaurosis.** Complicación poco frecuente, alrededor de 1 de cada 25.000 casos, y se atribuye en general a un hematoma retrobulbar.
- **Excesiva resección dérmica.** Produce, si se realiza en el párpado superior, la aparición de lagofalmo, y si es en el inferior, ectropion, retracciones y exposición escleral.
- **Diplopia.** Por lesión de la musculatura extraocular
- **Hematomas.** Menos frecuente en el abordaje transconjuntival de la blefaroplastia inferior
- **Lesión corneal.** Una de las lesiones más frecuentes, en general abrasiones que curan espontáneamente a las 24 horas, pero son causa de gran incomodidad para el paciente
- **Asimetría y malposición palpebral**
- **Ojo seco**
- **Quistes dérmicos cicatriciales.**
- **Resección excesiva o inadecuada de las bolsas grasas.**

8. RESULTADOS

Tras la realización de la blefaroplastia debemos obtener:

- Un buen resultado de las funciones de los párpados.
 - Oclusión. Aunque en el postoperatorio inmediato puede aparecer una dificultad al cierre de los párpados, en poco tiempo se debe recuperar, para que la córnea quede protegida.
 - Vía lagrimal. Se debe evitar el daño directo de la vía lagrimal, la laxitud del ligamento cantal y el ectropion, ya que nos produciría la aparición de lagofalmo.

- Un buen resultado estético, con una mirada más juvenil, haciendo desaparecer la mirada de tristeza o cansancio que antes hemos comentado, sin que esto conlleve una mirada artificial o exagerada, ya que actualmente la cirugía estética busca resultados lo más naturales posibles.
- Estética facial. Conseguir un resultado simétrico ya no tan solo con el ojo contrario, sino en equilibrio con toda la cara. La única forma de conseguirlo es con un buen estudio previo, en el que se ofrezca al paciente una visión y un tratamiento global de su estética facial.
- El resultado final es la satisfacción del paciente y a su vez del profesional.

9. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

La blefaroplastia consiste en la cirugía de los párpados. Es una de las más demandadas en lo que se refiere a la cirugía estética de la cara, ya que los ojos son los órganos más importantes en la expresión facial. Además es una cirugía muy segura al poder realizarse con anestesia local y cirugía ambulatoria (sin ingreso).

Principalmente se realiza la resección de la piel sobrante y músculo, y de las bolsas que se forman en los párpados (bolsas adiposas).

Los profesionales le informarán de las posibilidades de tratamiento y de otros tratamientos complementarios (lifting, rinoplastia...) para mejorar la estética facial.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bosniak S, Cantisano-Zilkha M. Blefaroplastia cosmética y rejuvenecimiento facial. Segunda edición. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. (AMOLCA). 2004.
- Campbell J, Lisman R. Complications of Blepharoplasty. Plastic Surgery Clinics of North America. 2000; (8:3):303-327.
- Chen WPD, Khan JA., McCord Jr CD. Color Atlas of Cosmetic Oculofacial Surgery. Butterworth Heinemann, Elsevier Inc. First published 2004.
- Delgado J, Jacobs J, Baylis H, Goldberg R. Blepharoplasty and Periorbital Surgery. Facial Plastic Surgery Clinics of North America 1998; (6:1): 41-58.
- Goldberg R. Lower Blepharoplasty. Facial Plastic Surgery Clinics of North America 2000; (8:3); 277-289
- Groth M. Transconjunctival Lower Blepharoplasty. Facial Plastic Surgery Clinics of North America 1998; (6:1): 59-70.
- Spinelli HM. Atlas de cirugía estética periocular y del párpado. Elsevier .2005. ISBN edición española: 84-8174-835-8.
- Zeph R. Contemporary Management of the Aging Lower Eyelid. Facial Plastic Surgery Clinics of North America 2000; (8:3): 259-276.