

ECTROPION SENIL O ATONICO

FEDERICO SERRANO, M. D.
Clínica Barraquer

Como su nombre lo indica, el ectropión senil es una variedad de ectropión que ocurre en personas de edad avanzada, habitualmente en los párpados inferiores. Consiste en un giro hacia afuera del borde libre perpebral, inicialmente en su aspecto interno o nasal, que progresa hacia la eversión completa del párpado con exposición de la conjuntiva tarsal.

Es el más frecuente y característico de los ectropión y se debe a un aflojamiento o atonía de las fibras del músculo orbicular, acompañado de una relajación y distensión de todos los tejidos del párpado inferior, con un alargamiento consecutivo de su borde libre.

Secundariamente, se asocia a una lesión en la conjuntiva tarsal, caracterizada por hipertrofia y queratinización de la misma y espesamiento del tarso, el cual se incurva y báscula hacia adelante. Los accesos de blefaritis y la disfunción de las vías lagrimales por eversión de los puntos son complicaciones frecuentes que con el tiempo conducen a una obliteración de los puntos y de la porción vertical del canalículo lagrimal inferior y muchas veces a ectropiones avanzados.

ETIOPATOGENIA

El ectropión senil se desarrolla y establece por relajamiento senil no paralítico de todos los tejidos del párpado inferior, en particular de su esqueleto fibroelástico. Este se expresa funcionalmente, en especial en las partes más resistentes de esta estructura, su borde libre y el estrecho tarso, los cuales forman un sólo bloque en el párpado inferior.



Cuando el párpado inferior se elonga y distiende, la tonicidad del orbicular se disminuye, exagerándose la tonicidad de su antagonista, el músculo de Müller. En estas condiciones, el párpado báscula hacia afuera, constituyéndose el ectropión.

Para saber si la función del párpado inferior es normal, el examinador hace descender el párpado por medio de una firme tracción con los dedos, verificando esta tracción sobre la piel, por debajo del reborde orbitario inferior. Al soltar esta tracción, el párpado debe regresar inmediatamente a su posición inicial (signo de gatillo negativo). Si el párpado regresa a su posición inicial lentamente (signo de gatillo positivo), es indicio de que hay una tendencia hacia un ectropión. En este estadio I, aún persiste un precario equilibrio, el cual se destruye fácilmente por episodios de blefaritis, conjuntivitis tarsal y disfunción lagrimal. Estos episodios irritativos conducen al paciente a restregarse el párpado inferior, mientras que la disfunción lagrimal hace que se seque las lágrimas frecuentemente, empujando con el pañuelo el párpado inferior hacia abajo. Esto favorece la ruptura del precario equilibrio antes anotado y la eversión permanente del párpado, o ectropión (estadio III).

Consideramos que la disfunción lagrimal crónica es el factor de mayor importancia para producir la ruptura de este equilibrio.

ECTROPIÓN SENIL O ATÓNICO

El ectropión se establece inicialmente en el lado interno o nasal del párpado inferior (estadio II) y desencadena la disfunción lagrimal.

Cuando el ectropión del párpado inferior se establece, la conjuntiva tarsal se hipertrofia y queratiniza al estar expuesta permanentemente al medio ambiente (estadio IV).

TRATAMIENTO

Cuando existe una tendencia al ectropión (estadio I), la sola toma de conciencia del problema por parte del paciente y el tratamiento de lesiones irritativas, tales como blefaritis, conjuntivitis o disfunción lagrimal inicial, son suficientes para prevenir la progresión del cuadro.

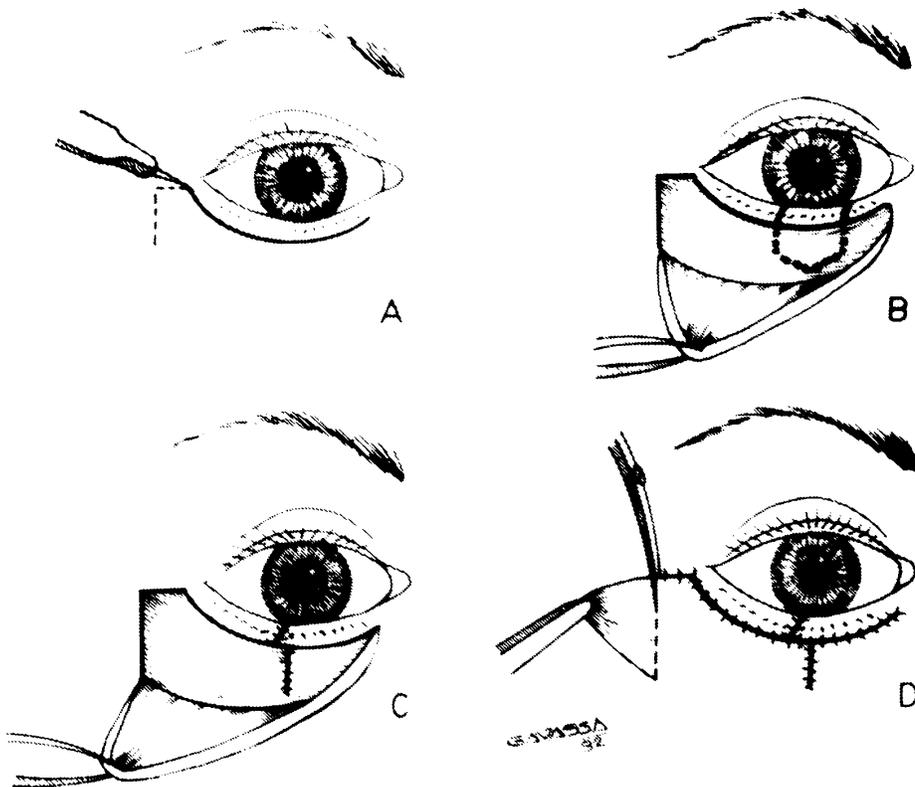
Cuando se ha establecido un ectropión del punto lagrimal inferior (estadio II), tratamos la disfunción lagrimal incidiendo con tijeras la porción vertical del canaliculo inferior (Weber), previa dilatación del mismo. Esto no se debe hacer nunca en sentido horizontal, sino en dirección del lago lagrimal, es decir, en sentido del canaliculo mismo. En casos más intensos, asociamos el Weber a la aplicación de 3 puntos de cauterización en la conjuntiva tarsal, cerca del punto lagrimal inferior, los que por retracción cicatricial lo llevarán a su posición normal.

Ante un ectropión completo del párpado inferior (estadios III-IV), consideramos que el procedimiento quirúrgico de elección debe ser aquel que esté orientado a corregir la fisiología alterada del párpado en sus aspectos anatómicos más importantes. Dicho procedimiento debe buscar:

1. Reducir por resección la distensión cutánea.
2. Reconstruir el plano tarsoconjuntival sobre el cual el elemento muscular toma su apoyo.
3. Reforzar el tarso por medio de un acortamiento muscular. Para lograr este resultado preferimos la modificación de Byron Smith a la técnica clásica de Khunt Zymanosky.

TECNICA QUIRURGICA

1. Demarcación de la incisión en piel, a 2 mm del reborde ciliar, paralela al margen del párpado, desde el canto interno hasta el canto externo, prolongándola luego horizontalmente 1 cm más allá del canto externo, para descender luego verticalmente 1.5 cm en ángulo recto.
2. Inyección de xilocaina al 2% con adrenalina sub dérmica, para ayudar a la divulsión de la piel y disminuir el sangrado del orbicular.
3. Incisión con cuchilla siguiendo la demarcación en piel.
4. Divulsión de la piel del músculo orbicular subyacente, hasta la región del reborde orbitario inferior.
5. Hemostasia cuidadosa sobre el músculo orbicular y la piel con cauterio o diatermia bipolar.



ECTROPION SENIL O ATONICO

6. Con tijeras, incisión vertical de todo el espesor del párpado, en la unión del tercio externo con los dos tercios internos.
7. Colocación de los dos extremos de sección del párpado, el uno sobre el otro y determinación de la cantidad de resección parpebral necesaria para valorar el exceso parpebral causado por la distensión.
8. Una vez decidida la cantidad de párpado a resecar, procedemos a practicar la segunda incisión con tijeras, en el lado interno de la primera incisión. Consideramos muy importante hacer las incisiones perpendiculares al reborde parpebral y paralelas entre sí, tratando que los instrumentos quirúrgicos traumatizen lo menos posible los bordes a anastomosar, para obtener posteriormente un cierre quirúrgico limpio.
9. Resección del bloque parpebral entre las dos incisiones, a una altura correspondiente al fondo de saco inferior.
10. Anastomosis del párpado.
11. Cierre de la conjuntiva en sentido vertical con Catgur simple 5-0. La correcta colocación de esta sutura muestra la aproximación de los rebordes parpebrales de una manera equilibrada.
12. Sutura del músculo orbicular con puntos separados de Dexon 6-0.
13. Sutura del reborde parpebral, de preferencia con Nylon o Prolene 6-0, aplicando tres puntos separados, uno sobre la línea gris, otro en el reborde posterior del párpado y el tercero en el borde anterior del párpado, ligeramente por detrás de la línea de implantación de las pestañas.
14. Anudados de estos tres puntos. Los cabos de las suturas se recogen y se fijan en el nudo de la sutura de piel más superior, para evitar que estos filamentos entren en contacto con la conjuntiva bulbar y la córnea.
15. Sutura del colgajo horizontal de piel, con puntos separados de Nylon o Prolene 6-0, desde su extremo nasal hacia el extremo temporal. Cuando la sutura se acerca a la rama vertical de esta incisión, se ejerce una leve tracción sobre la piel redundante y se procede a resecar el triángulo de piel que sobrepasa la incisión vertical.

FEDERICO SERRANO

16. Vendaje compresivo, el cual se retira a las 48 horas. Nosotros solemos retirar las suturas de piel a los 6 días y las del reborde parpebral a los 10 días.

Entre 1975 y 1979 practicamos esta operación en 62 pacientes con ectropión senil. De ellos, 20 eran mujeres y 42 hombres, con una edad promedio de 58.4 años. Entre ellos, fue necesaria una corrección bilateral en 35 casos (56.5%) y unilateral en 27 casos (43.5%).

La corrección del ectropión senil fue satisfactoria en todos los casos. Como complicaciones quirúrgicas anotamos hematoma sub-dérmico (7 casos), el cual atribuimos a una deficiente hemostasia en el plano del orbicular y ligera dehiscencia del reborde parpebral (2 casos), que atribuimos al haber retirado la sutura demasiado pronto.

BIBLIOGRAFIA

1. MUSTARDE, J. C.: *Cirugía reparadora y reconstructiva de la región orbital*. pág. 311, Toray. Edición Española, 1982.
2. ROUGIER, J., TESSIER, P., HERROUET, F., WOILLEZ, M., LEKIEFFRE, M., DEROME, P.: *Chirurgie plastique orbito-palpebrale*. Pág. 392, Masson.
3. REEH, M., BEYER, C., SHANNON, G.: *Cirugía ocular reparadora y plástica*. Pág. 150, Espaxs, Edición Española, 1979.
4. APOULARD.: *Traité d'Ophtalmologie*. Pág. 588, Mason, 1923.
5. SMITH, B. C., NESI, F. A.: *Practical techniques in Ophthalmic plastic surgery*. Pags. 123-131, C. V. Mosby, St. Louis, 1981.