

Extensión del uso de la operación de Fasanella y Servat

Javier Servat U. (*)

Resumen

La técnica quirúrgica original para ptosis mínimas, de Fasanella y Servat (1961), ha sido en los últimos años ligeramente modificada para poder ser usada en las ptosis moderadas y severas. Las técnicas son denominadas OFS 1, OFS 2 y OFS 3. Los resultados con la OFS 3 para las ptosis severas son espectaculares con ejecución muy fácil y con ella se suprime la mortificante lagofthalmía en el post-operatoto.

Introducción

La operación de Fasanella y Servat (OFS) es considerada como una resección en bloque de tres estructuras importantes de la elevación: conjuntiva, tarso y musculo de Müller.

El presente trabajo tiene por objeto demostrar que la conjuntivo-tarso-müllerectomía original, con ciertas modificaciones (resección pequeña o moderada del elevador), permite tratar la mayor parte de casos de ptosis. A nuestra manera de entender, ptosis es el descenso manifiesto (mayor de 1 mm) de uno de los cuatro párpados en relación a la cornea.

Con fines didácticos vamos a designar a los cuatro párpados con la siguiente nomenclatura: P1, P2, P3, P4, siguiendo el sentido de las agujas del reloj, empezando en el párpado superior derecho.

Para entender el uso extensivo de la OFS, debemos considerar los siguientes grados de ptosis:

Minimas: 1.5 a 2 mm.

(*) Director del Instituto de Oftalmología de la Universidad Nacional de Trujillo, España

- Moderadas: 2.5 a 3.5 mm.
- Severas: 4 mm ó más.

Descripción de la técnica

A continuación, pasamos a describir la técnica original y las modificaciones creadas en nuestro instituto (OFS 2 y OFS 3).

OFS 1 (Fasanella y Servat)

Conjuntivo - tarso - müllerectomía.

Indicaciones:

- Ptosis congénitas y adquiridas mínimas;
- Surco palpebral superior (SPS) presente bueno, moderado o ausente.
- Test de neosinefrina preoperatorio: positivo (2 mm).
- Función del elevador: 5 mm. ó más.

Anestesia: Local o general

Local:

- Colocar a 1.5 cm del canto externo y por debajo de la ceja 1.5 a 3 cc ó 0.5 a 1 cc,

subconjuntival de lidocaína 2% sin epinefrina, en el fondo de saco superior con el párpado evertido.

Instrumental:

- Jeringa descartable (5 cc).
- Aguja G-25 de 5 cm de longitud.
- Regla oftálmica del servicio (con doble evertor, dermatómetro y regla de ptosis).
- Dos pinzas "mosquito" curvas "mochas" o "truncas" (Arch Oftal Nor Perú 22: 57, 1989).
- Tijeras tipo Stevens.
- Mango de bisturí Bard Parker, hoja No. 15.
- Portaaguja
- Cauterio
- Nylon 5-0 ó 6-0.

Técnica:

- Eversión simple de P1 ó P2.
- Medir la altura del tarso.
- Atricción del borde convexo del tarso a 1/3 de la altura con los mosquitos "mochos" con la curvatura opuesta a dicho borde superior.
- Resección del tarso con bisturí Bard Parker hoja No. 15, por debajo de los mosquitos.
- Cauterización del borde cruento con los mosquitos aún colocados.
- Sutura continua a 1 mm. sobre los mosquitos con nylon 5-0 ó 6-0 cada 3 mm.
- Los cabos quedan colgando en los cantos: interno 2 cm, externo 4 cm.
- Retirar la sutura a las 48 ó 72 horas.

Ventajas:

- No se traumatiza el párpado, evitando la formación de hematomas.
- Los mosquitos "truncos" evitan el sangrado en el centro de la atricción y la deformación post-operatoria de la apertura palpebral.
- La sutura puede ser retirada muy rápidamente y con facilidad.

OFS 2

Conjuntivo-tarso-müllerectomía con inclusión y resección del elevador plegado.

Indicaciones:

- Ptosis congénitas y adquiridas moderadas.
- SPS presente, atenuado o ausente.
- Test de neosinefrina preoperatorio: positivo
- Función de elevador: 5 mm ó más.

Instrumental

- Jeringa descartable (5 cc).
- Aguja G-25 de 5 cm de longitud.
- Regla oftalmológica del servicio (con doble evertor, dermatómetro y regla de ptosis).
- Dos pinzas "mosquito" curvas "mochas" o "truncas" (Arch Oftal Nor Perú, 22: 57, 1989).
- Depresor del elevador (Dr. Pérez).
- Tijeras tipo Stevens.
- Pinza con dientes, fuerte.
- Portaaguja.
- Cauterio.
- Nylon 5-0 ó 6-0.

Técnica:

- Eversión simple de P1 ó P2.
- Medir la altura del tarso.
- Plegamiento del elevador con el depresor.
- Atricción del borde convexo del tarso a 1/3 de su altura con los mosquitos "truncos" con su curvatura opuesta a dicho borde superior.
- Resección del tarso con bisturí Bard Parker, hoja No. 15, por debajo de los mosquitos aún colocados.
- Sutura continua alta a 2 ó 3 mm sobre los mosquitos con nylon 5-0 ó 6-0.
- Los cabos quedan colgando en los cantos: interno 2 cm, externo 4 cm.
- Retirar la sutura a las 48 ó 72 horas.

Ventajas:

Mediante una simple maniobra logramos incluir al elevador en una OFS simple, creando un efecto mayor que nos permite corregir aproximadamente 3 mm de caída, que es suficiente para la corrección de una ptosis moderada.

OFS 3 (Servat - Manrique)

Conjuntivo-tarso-müllerectomía con resección moderada del elevador a través de una OFS sin suturas.

Indicaciones:

- Ptosis severas y paralíticas.
- SPS ausente.
- Test de neosinefrina preoperatorio: nulo.
- Función del elevador: menos 4 mm (4 a 0).

Instrumental:

- Jeringa descartable (5 cc).
- Aguja G-25 de 5 cm de longitud.
- Regla oftalmológica del servicio (con doble evertor, dermatómetro y regla de ptosis).
- Dos pinzas mosquito curvas "mochas" ó "truncas" (Arch Oftal Nor Perú, 22: 57, 1989).
- Gancho especial semejante al usado en cirugía de estrabismo (20 mm) creado en nuestro servicio.
- Dos pinzas rectas con dientes cada 3 mm (Arch Oftal Nor Perú, 22: 57, 1989).
- Aguja para suspensión con nylon calibre 0, confeccionada en nuestro servicio (Arch Oftal Nor Perú, 22: 57, 1989).
- Tijeras tipo Stevens.
- Mango de bisturí Bard Parker, hoja No. 15.
- Portaaguja.
- Cauterio.
- Pinza de Berke para ptosis.
- Nylon 5-0 ó 6-0.

Técnica:

- Eversión simple de P1 ó P2.
- Medir la altura del tarso.
- Atricción del borde convexo del tarso a 1/3 de la altura con los mosquitos "mochos" con su curvatura opuesta a dicho borde superior.
- Resección del tarso con bisturí Bard-Parker, hoja No. 15 por debajo de los mosquitos aún colocados.
- Prescindimos de la cauterización.
- Retiramos los mosquitos "mochos".
- Colocamos las pinzas rectas especiales, en forma vertical hasta el fondo del saco, paralelas, a 18 mm. de distancia.
- Damos una doble voltereta al tarso con las pinzas rectas especiales puestas hacia el cirujano o frente del paciente.
- Hacemos un ojal en la conjuntiva por dentro del borde de las pinzas rectas.
- Pasamos el gancho especial a través de la inserción del elevador.
- Ampliamos la incisión de la conjuntiva hasta los fondos del saco.
- Levantamos la conjuntiva con el músculo de Müller adherido a ésta.
- Disecamos el elevador seccionando los alerones o cuernos.
- Retraemos al elevador doblado con el gancho especial, medimos 7 mm. desde la inserción (el doble: 14 mm).
- Pinzamos el elevador con un mosquito recto o la pinza de Berke a 7 mm (doblado).
- Seccionamos la inserción del elevador con tijeras de Stevens.
- Colocamos tres puntos de sutura con nylon 5-0 ó 6-0 reinsertando el elevador en su inserción original.
- Resecamos el elevador sobrante.
- Colocamos la conjuntiva replegada en su sitio original.
- Sutura continua con nylon 5-0 ó 6-0 con puntos cada 3 mm. (como en una OFS 1).
- Los cabos quedan colgando en los cantos: interno 2 cm. externo 4 cm.
- Retiramos la sutura a las 72 horas (tres días).

Nota: Llevar nylon quirúrgico calibre 0 y aguja G-22 de 5 cm. de longitud, por si hubiera ausencia de elevador y se requiere una suspensión.

Ventajas:

Las ptosis con ausencia de elevación han sido tratadas preferencialmente con suspensiones o con grandes resecciones del elevador vía cutánea más o menos 28 mm, siguiendo la idea de Blaskovics del acortamiento de las estructuras del párpado, para corregir la ptosis.

Estas suspensiones y grandes resecciones de una estructura, se complican en el postoperatorio con una "lagofthalmía" mortificante. La OFS 3 preconiza: la resección de todas las estructuras en cantidad proporcional, es decir:

Elevador: 14 mm.
 Conjuntiva: 6 mm.
 Tarso: 3 mm.
 Müller recortado: 2 mm.
 Müller avance: 3 mm.

Una OFS 3 de 28 mm, pero repartidos proporcionalmente entre todas sus estructuras, de allí que en el postoperatorio no exista la "lagofthalmía" descrita anteriormente y al contrario se presenta un cierre casi perfecto de los párpados. Lo que puede quedar es una redundancia de piel, que debe ser extirpada en el mismo proceder o en un segundo procedimiento con lo cual se completa una verdadera resección en bloque del párpado; hecho que difiere de la concepción de Blaskovics del acortamiento de una estructura, por la lógica del acortamiento proporcional de las estructuras sugeridas en nuestra técnica.

PTOSIS - CASOS ESPECIALES

Casos especiales en los cuales la OFS da muy buenos resultados:

- 1- Síndrome de Horner: OFS 1.
- 2- Marín Amat (inverso Marcus Gunn): OFS 1

- 3- Ptosis postoperatoria (catarata, D.R.): OFS 1
- 4- Miastenia gravis: OFS 2 u OFS 3.
- 5- Marcus Gunn (fenómeno masticación-
parpadeo): OFS 2 u OFS 3.

La mayor parte de casos de ptosis pueden ser tratados quirúrgicamente mediante estas tres variantes de la OFS. Sin embargo, en caso de desinserciones de la aponeurosis del elevador de la cara anterior del tarso (inserción de Zinn) se utiliza la vía cutánea para su búsqueda y reinserción. En caso de no encontrarse o que hubiera ausencia del elevador, se procederá a realizar una suspensión con aguja G-22 de 5 cm. de longitud, a la que se le ha quitado el plástico y se le ha colocado nylon quirúrgico calibre 0. Esta aguja atraumática puede ser fabricada fácilmente en la sala de operaciones.

En los pacientes de edad avanzada se detecta con frecuencia exceso de piel, que puede ser extirpada previa medida con el dermatómetro (regla de ptosis) durante el mismo procedimiento de Fasanella y Servat o en una etapa posterior.

La presencia de hernias de grasa y flacidez de la piel de los párpados (dermatochalasis) requiere un tratamiento independiente de la OFS. Puede hacerse antes o después de ella, pero su corrección precisa de la extirpación de la grasa y cierre de las zonas debilitadas del septum.

En caso de ptosis simultánea superior e inferior de un lado P1-P4 ó P2-P3, o de una ptosis y una retracción del mismo lado, el segmento de tejido extirpado durante la OFS, puede ser utilizado para levantar el párpado caído en caso de ptosis del párpado inferior y bajar el párpado superior en caso de retracción (Quickert, Crawford).

Finalmente, si no existe un SPS, su creación se hace en forma muy satisfactoria mediante el método de Pang, descrito en nuestro Manual de Ptosis del Instituto de Oftalmología de la Universidad Nacional de Trujillo (1990).

Referencias bibliográficas

1. Beard, C. Ptosis. 1st. ed. St. Louis: The C.V. Mosby Co., 1969.

2. Beard, C. Blefaroptosis repair by modified Fasanella-Servat operation. Am. J. Ophthalmol. 69: 850, 1970.

3. Beard, C. Ptosis, 3rd. ed. St. Louis: The C.V. Mosby Co., 1981.

4. Fasanella R., Servat J. Levator resection for minimal ptosis: another simplified operation. Arch Ophthalmol 65: 493, 1961.

5. Fox S. Modified Fasanella-Servat procedure for ptosis. Arch. Ophthalmol. 93: 639, 1975.

6. Isi C. Citado por Fasanella R: Surgical for minimal ptosis; the Fasanella-Servat operation. Trans Ophthalmol. Soc. Uk 95: 425-436, 1973.