

BLEFAROPLASTIA

DR. FEDERICO SERRANO¹
DR. RAFAEL IGNACIO GUIDO²
Bogotá, Colombia

La blefaroplastia es el procedimiento quirúrgico indicado para la corrección de las alteraciones anatómo-funcionales por redundancia, que sufren los párpados, tanto en la piel como en sus planos subyacentes. En la mayoría de los casos estas alteraciones son debidas al proceso natural de envejecimiento, haciéndose notables hacia la quinta década de la vida.

Los objetivos quirúrgicos en la blefaroplastia son estéticos y funcionales. El objetivo funcional debe primar siempre sobre el estético, no porque este último carezca de importancia, sino porque el resultado cosmético es secundario al mantenimiento integral de la función palpebral, protección del globo ocular, bombeo lagrimal, extensión de la película lagrimal precorneal, etc.

INDICACIONES:

Las indicaciones que hacen necesaria una blefaroplastia son básicamente la dermatochalasis y la blefarochalasis.

A. Dermatochalasis:

Es la redundancia de la piel de los párpados y la relajación y elongación de las estructuras anatómicas de los mismos, como el tarso, el músculo orbicular y el

1. Profesor titular. Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer.

2. Residente. Escuela Superior de Oftalmología del Instituto Barraquer.

séptum orbitario. Aunque esta afección es debida al proceso de envejecimiento del ser humano, puede estar presente en pacientes de mediana edad, especialmente si tienen una predisposición familiar.

Con frecuencia se observa la caída de las cejas y hernias de grasa orbitaria, las cuales protruyen debido al debilitamiento del séptum orbitario, especialmente en el lado nasal en ambos párpados, así como el lado temporal en el párpado inferior.

Cuando se produce una disminución no paralítica del tono muscular del orbicular, se pueden encontrar casos asociados a ectropion o entropion del párpado inferior, con elongación y espesamiento del tarso.

Muchas veces el exceso de piel sobrepasa el reborde palpebral superior, limitando el campo visual en su porción externa y reclinando las pestañas hacia abajo. Esto produce una sensación de pesadez sobre el párpado y da el aspecto de una pseudotosis, con visión de pestañas en el eje visual. A veces se observa una ptosis real secundaria, debida a una desinserción de la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior a nivel del tarso.

Con frecuencia la dermatochalasis se asocia a entidades patológicas de la piel, las cuales aceleran el proceso de redundancia de la misma. Este es el caso de la dermatitis irritativa crónica (piel sobre piel), en los eczemas de contacto alérgico a sustancias químicas (maquillaje, esmalte de uñas) o metales (encrespadores de pestañas), etc.

B. Blefarochalasis:

Es una entidad poco frecuente, que se presenta como el resultado de episodios idiopáticos de edema agudo de los párpados, asociado a un linfedema crónico de los mismos, con una posible etiología alérgica (edema angioneurótico). Aunque puede aparecer a cualquier edad, se observa con mayor frecuencia en mujeres jóvenes (en el 50% de los casos menores de 30 años), con una tendencia familiar clara.

Se caracteriza por un adelgazamiento y debilitamiento de la piel de los párpados, el orbicular y el séptum orbitario, así como de una herniación de la grasa orbitaria e incluso de la glándula lagrimal.

Puede estar acompañado de ptosis secundaria del párpado superior, por desinserción de la aponeurosis del músculo elevador. En estos casos el parpadeo es poco efectivo por debilidad de sus estructuras anatómicas.

BLEFAROPLASTIA

VALORACION PREOPERATORIA:

1. Elección del paciente:

Al ofrecer al paciente la intervención de blefaroplastia, o cuando él mismo la solicite, debe apoyársele con un claro sentido de realidad, explicándole los beneficios que se busca obtener con el alivio de sus síntomas, así como las posibilidades estéticas del procedimiento. Se debe considerar la personalidad del paciente y las esperanzas que tenga cifradas en cuanto al resultado del procedimiento quirúrgico, haciéndole ver que aunque naturalmente mejorará su aspecto, esta mejoría no es permanente, porque el proceso de envejecimiento continuará, haciendo que en un lapso de aproximadamente 5 a 7 años pueda ser necesaria una nueva intervención. Asimismo, hay que advertir a los pacientes que toda incisión deja una cicatriz, aunque en este caso es poco notable por hacerse las incisiones sobre los pliegues naturales de la piel, para que permanezcan ocultas. De esta manera se producirán cicatrices lineales muy delgadas, de las cuales el paciente debe estar enterado para aceptarlas.

Síntomas tales como la astenopia, la sensación de peso en los párpados y la limitación del campo visual, mejorarán notoriamente, permitiendo al paciente aumentar sus horas de lectura o su trabajo sin dificultad.

2. Historia clínica:

La elaboración de una historia clínica completa y un examen cuidadoso del paciente será de gran ayuda para evitar complicaciones y obtener resultados mejores y más estables.

El conocimiento de los antecedentes del paciente es importante, especialmente en los siguientes aspectos:

- a) La hipertensión arterial. Esta, de no estar controlada produciría complicaciones tales como sangrado profuso durante la intervención y hematomas en el postoperatorio.
- b) La disfunción tiroidea (hipo o hipertiroidismo), pues ella sería una ~~contraindicación a la~~ ~~intervención~~.
- c) El edema palpebral matutino, ante el cual debe descartarse un padecimiento renal.

- d) Una tendencia familiar o personal de cicatrización anormal de la piel, con formación de queloides, ya que estos alterarían el resultado de la intervención.
- e) Si el paciente está bajo el tratamiento de drogas tales como tranquilizantes, antiespasmódicos o cualquier agente anticolinérgico, seguramente su secreción lagrimal estará disminuida. Esto causará molestias e insatisfacciones durante el postoperatorio, especialmente si se produce un cierto grado de lagofthalmos pasajero. Lo mismo se refiere a pacientes reumatoides con síndrome de Sjogren.
- f) La diabetes mellitus no controlada causará un retraso en la cicatrización de las heridas y una predisposición a la infección.
- g) Deben conocerse antecedentes tales como alergias a determinadas drogas, discrasias sanguíneas y, en general, cualquier proceso patológico de importancia que ponga en peligro la vida del paciente, lo cual contraindicaría la cirugía.

3. Examen del paciente:

Debe realizarse un examen físico completo, que incluya estudios de laboratorio y electrocardiograma en pacientes mayores de 40 años.

Se debe observar la presencia de cicatrices causadas por traumas o cirugías anteriores, las cuales pueden dar una idea clara de la forma como se lleva a cabo el proceso de cicatrización en la piel de cada individuo.

El oftalmólogo debe hacer un examen ocular completo haciendo énfasis en la agudeza visual para descartar posibles ambliopias, patología macular, limitación de los campos visuales que el paciente desconozca y que no sean debidos a la dermatitis o blefarochalasis. Un test de Schirmer es importante para valorar la función lagrimal, ya que la presencia de una hiposecreción en el postoperatorio causa molestias e insatisfacción, especialmente en caso de que ocurra un lagofthalmos por exceso de resección de piel.

También se deben explorar las vías lagrimales, pues muchas epíforas en el postoperatorio no son debidas a la intervención misma sino a un problema de obstrucción o insuficiencia del drenaje que debió ser tratado previamente.

BLEFAROPLASTIA

La presencia de un ectropion e entropion en los párpados modificará el plan quirúrgico para incluir en él resecciones palpebrales parciales combinadas con la blefaroplastia.

En general se debe llevar al paciente a tomar conciencia de cualquier patología ocular o palpebral previa a la cirugía, pues de otra manera será muy difícil hacerle entender en el postoperatorio que no ha sido el procedimiento quirúrgico realizado el causante de estas molestias y además cuál es el resultado que podría esperar de la blefaroplastia. Es conveniente incluir en el estudio del paciente fotografías pre y postoperatorias de la cara tomadas de frente y lateralmente.

ANESTESIA:

La blefaroplastia puede realizarse bajo anestesia local o general.

La anestesia local se puede emplear en pacientes colaboradores, mientras que la anestesia general se debe emplear en aquellos pacientes nerviosos aprehensivos, que no van a tolerar un procedimiento quirúrgico relativamente largo e incómodo.

Nosotros preferimos el uso de anestesia general para todos los pacientes, ya que facilita la intervención, en tiempo y comodidad, tanto para el cirujano como para el paciente. El uso de pentrane como anestésico general permite emplear xilocaína al 2% con epinefrina subdérmica, para facilitar la disección de la piel. En caso de que exista una contraindicación para el uso de la anestesia general, preferimos la xilocaína al 2% con epinefrina como anestésico local.

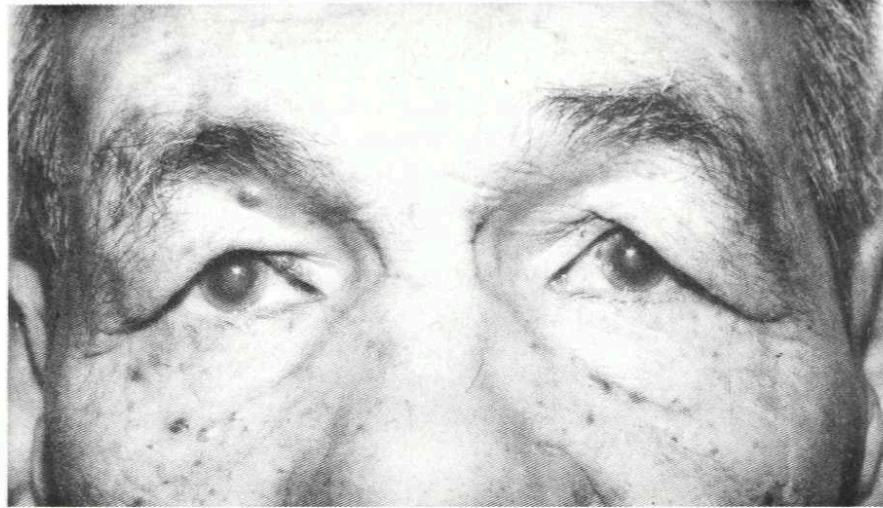
TECNICA QUIRURGICA

La técnica quirúrgica para intervenir el párpado superior es diferente a la del párpado inferior.

1. Blefaroplastia del párpado superior

a. Diseño de la incisión:

Con un lápiz dérmico o un aplicador de madera teñido en verde brillante o azul de metileno se demarca una primera línea de incisión sobre la piel del párpado superior, a nivel del pliegue de belleza, cuando existe; del extremo nasal al extremo temporal del mismo.



A- BLEFAROCHALASIS. Pre-operatorio.



B- BLEFAROPLASTIA Postoperatorio.

BLEFAROPLASTIA



C- BLEFAROCHALASIS. Pre-operatorio.



D- BLEFAROPLASTIA. Postoperatorio.

A continuación, se demarca una segunda línea de incisión, superior a la primera, cuyo diseño estará de acuerdo con la cantidad de piel que sea necesario reseca y que varía en cada caso.

Con una pinza sin garra, se procede entonces a hacer una toma de la piel redundante en la parte media del párpado, teniendo en cuenta que la punta de la rama baja de la pinza, quede aplicada sobre la primera línea dibujada a nivel del pliegue del párpado superior. La cantidad de piel a reseca debe quedar entre las dos ramas de la pinza, sin que al hacer la presión suave con la pinza se abra la hendidura palpebral. Demarcación con un punto sobre la piel, del sitio en donde ha quedado la rama alta de la pinza.

Este proceso se repite en varios sitios del párpado superior; posteriormente se unen con el colorante los puntos que han sido demarcados, dibujando esta segunda línea.

Es importante que el extremo nasal del diseño no sobrepase la línea vertical que pasa por los puntos lagrimales con el objeto de evitar en el postoperatorio la formación de un pseudoepicantus. El extremo nasal debe terminar en punta o puede dársele una forma redondeada, de acuerdo a la cantidad de piel redundante en este sitio, y la presencia o no de hernia grasa.

El extremo temporal del diseño no debe extenderse más allá del reborde orbitario. Las líneas de incisión deben trazarse sobre los pliegues naturales de la piel existentes en este sitio, para disimular la cicatriz al máximo. El diseño puede terminar también en punta o con una pequeña elevación final, de acuerdo al exceso de piel existente. La demarcación de la piel debe hacerse simultáneamente en los párpados superiores, procurando que el gráfico sea simétrico en ambos lados.

Una vez terminado el diseño de la piel a reseca, se procede a inyectar xilocaína al 2% con epinefrina subdérmica, para facilitar la incisión posterior de la piel, separándola así del músculo orbicular y favoreciendo un cierto grado de hemostasia.

b) Resección de piel:

Con una cuchilla se incide la piel siguiendo el diseño previo demarcado, procurando que la cuchilla penetre en la piel verticalmente. Esta maniobra será más fácil si se ejerce una ligera tracción con los dedos sobre la piel del extremo temporal del diseño. Los extremos nasal y temporal deben ser incididos

BLEFAROPLASTIA

verticalmente, para que la coaptación de los bordes sea perfecta. Una vez terminadas las incisiones de la piel, con unas pinzas y tijeras de punta roma se procede a disecar la piel en uno de los extremos del diseño, separándola del orbicular subyacente.

Tomando con pinza mosquito recta este extremo de piel y traccionándola hacia arriba con bisturí, disección del plano subcutáneo respetando el orbicular.

Hemostasia cuidadosa en los vasos sangrantes con diatermia bipolar tanto del músculo orbicular como de los bordes internos de la resección en piel. En estos últimos se debe evitar un exceso de cauterización pues ello dificultaría la cicatrización.

Debe guardarse la piel reseca para compararla con la que se va a resecar en el párpado superior contralateral, tratando de hacerlo igual. Cuando hay asimetrías faciales debe researse más en el lado más redundante.

c) Excisión de las hernias de grasa:

Las hernias de grasa en el párpado superior se presentan con mayor frecuencia en la región nasal.

Para su excisión, se practica con tijeras una entreabertura longitudinal de las fibras del músculo orbicular en la zona de la hernia de grasa, hasta alcanzar el séptum orbitario. Incisión del séptum. Con los dedos se ejerce una ligera presión sobre los bordes del párpado y el globo ocular para que la grasa orbitaria protruya a través de la incisión en el séptum y en el orbicular. Traccionando esta grasa suavemente con unas pinzas, se fija con una pinza mosquito recta, sobre la cual se reseca con un bisturí.

Cauterización de los pequeños vasos de la grasa orbitaria con diatermia bipolar sobre la pinza mosquito, cuidando que las ramas de la pinza no toquen la piel vecina para no causarle quemaduras.

Cuando la hemostasia no es suficientemente cuidadosa se puede presentar una hemorragia intraseptal en órbita, complicación importante que puede llegar a causar lesiones isquémicas por compresión de las estructuras intraorbitarias.

Es raro encontrar hernias de grasa en la región temporal del párpado superior. Si se presenta se debe proceder de igual manera que en la región nasal, teniendo en mente no traccionar en exceso para evitar lesionar la porción palpebral de la glándula lagrimal.

Conservar la grasa que se ha retirado, para compararla con la que se va a reseca en el párpado contralateral.

Algunos autores suturan el séptum orbitario, nosotros no lo consideramos necesario.

SUTURAS:

Para las suturas en piel preferimos utilizar nylon o prolene 6-0.

Comenzando por un extremo de la resección se practica una sutura continua subdérmica introduciendo la aguja 5 mm antes del ángulo de la resección en piel, para salir exactamente por el vértice cruento de la misma. En seguida se aplica la sutura subdérmica, repartiéndola en forma equilibrada, para que al llegar al extremo opuesto por donde se sale nuevamente a epidermis, se pueda traccionar obteniéndose una buena coaptación de los bordes de la herida.

Los cabos exteriorizados de la sutura se fijan a la piel vecina con cinta adhesiva. Para evitar que las suturas subdérmicas se aflojen durante el postoperatorio inmediato, entreabriendo la herida aplicamos unos puntos separados de afrontamiento repartiéndolos equilibradamente sobre la línea de la herida.

Blefaroplastia en el párpado inferior:

a) Diseño de la incisión:

Demarcación con colorante de la línea de incisión usando el método ya descrito, colocando la incisión 2 mm del borde ciliar, desde el extremo nasal al extremo temporal, prolongándola en su aspecto temporal sobre uno de los pliegues naturales de la piel, hasta llegar al reborde orbitario pero sin sobrepasarlo.

Xilocaína al 2% con epinefrina subdérmica.

b) Incisión de la piel:

Con una cuchilla la piel se incide sobre la línea demarcada ejerciendo una moderada tracción digital sobre el extremo temporal de la demarcación en piel, para facilitarla.

BLEFAROPLASTIA

Sin soltar la tracción digital, se inciden los tejidos subdérmicos en el labio inferior de la herida, maniobra que facilita la disección posterior.

Con unas tijeras de punta roma y pinzas, se procede a separar la piel del músculo orbitario subyacente, hasta llegar al reborde orbitario inferior, teniendo cuidado de no perforar la piel con las tijeras.

Hemostasia cuidadosa del músculo orbicular, con diatermia bipolar.

c) Resección de las hernias de grasa:

Las hernias de grasa se encuentran con mayor frecuencia en los lados nasales y temporales. Para su corrección usamos la técnica ya antes descrita.

d) Resección de piel:

La piel disecada del párpado inferior se extiende hacia arriba, sin racionarla, colocándola sobre el reborde palpebral inferior, la piel que sobrepase este reborde proporciona una idea clara de la cantidad de resección a realizar.

Sin ejercer tracción alguna sobre la piel, con tijeras se reseca el exceso de piel desde el extremo temporal hasta el extremo nasal, siguiendo como guía la situación de la incisión en piel a 2 mm del reborde palpebral inferior.

Evitar un exceso de resección de piel, el cual nos induciría un ectropion con incremento del lago lagrimal, o incluso un lagoftalmos.

e) Sutura:

Aunque pueda hacerse un sutura continua subdérmica, nosotros preferimos colocar únicamente puntos separados, pues pensamos que en esta forma se reparte la piel de una manera más equilibrada.

Cuidados postoperatorios:

Una vez terminada la intervención, aplicamos un vendaje semicompresivo, en la siguiente forma: Con tijeras de material, se recortan los bordes de una gasa estéril y se hacen varios vendajes ovalados, que se ajusten correctamente al reborde orbitario. Uno de ellos se recorta por la mitad siguiendo su eje mayor; una mitad se aplica sobre el párpado superior y otra sobre el párpado inferior.

En seguida sobre estos dos “medios oclusores” se colocan vendajes ovalados completos ligeramente humedecidos en suero. En esta forma la presión ejercida por la cinta adhesiva quedará repartida en forma uniforme, ayudando a evitar la formación de hematomas.

Los vendajes semicompresivos se retiran a las 24 horas en pacientes nerviosos, aunque es ideal dejarlos por 48 horas. Deben prescribirse antibióticos y antiinflamatorios por vía oral.

El período postoperatorio es de 10 días, controlando el paciente cada tercer día. Las suturas continuas subdérmicas del párpado superior se retiran el tercer día y los puntos separados a los 5 días.

Durante los primeros días del postoperatorio es frecuente observar un edema moderado de la piel. Igualmente, puede encontrarse equimosis, que persisten hasta el 15o. día aproximadamente.

No deben emplearse ungüentos sobre las suturas de la piel, ya que la grasa al penetrar por los bordes de la herida, retrasa la cicatrización.

Para comodidad del paciente se recomienda el uso de gafas oscuras durante el postoperatorio. Recomendar no restregarse ni tocar los párpados.

COMPLICACIONES:

a) Hematoma subdérmico:

El hematoma subdérmico, se le observa con mayor frecuencia en el párpado inferior. Esta complicación se debe generalmente a una hemostasia insuficiente sobre el músculo orbicular al practicar la resección de la piel. Se caracteriza por un edema y equimosis marcados durante el postoperatorio inmediato, los cuales persisten o se hacen cada día mayores y más notorios. Asimismo la piel se torna tensa y adquiere un color violáceo.

En caso de presentarse un gran hematoma subdérmico es necesario drenarlo. Sin retirar los puntos, simplemente, se abren los bordes de la herida entre dos puntos separados y se ejerce una moderada presión sobre la piel, a nivel del reborde orbitario inferior. Dando salida a sangre espesa y oscura. Es necesario entonces reaplicar un vendaje semicompresivo por espacio de 48 horas.

BLEFAROPLASTIA

b) Hematoma intraseptal:

El hematoma intraseptal se presenta con mayor frecuencia al hacer una blefaroplastia en los párpados inferiores. En general es producido por una hemostasia insuficiente sobre la grasa orbitaria, al practicar su excisión.

Esta complicación se caracteriza por un rápido endurecimiento de los tejidos orbitarios y protrusión del globo ocular. El tratamiento es conservador; se debe vigilar estrechamente la presión intraocular y la agudeza visual. Ante un hematoma retrobulbar, se debe instaurar una terapia antiinflamatoria, con corticoides en altas dosis.

Algunos casos de amaurosis han sido atribuidos a hematomas intraseptales, probablemente como resultado de la presión que ejerce sobre los vasos retinianos centrales.

Si se presenta un aumento brusco de la presión intraocular puede acudir al uso de manitol o glicerina.

El uso de vendajes compresivos en estos casos, no solo es innecesario, sino que además suele empeorar el cuadro.

No recomendamos el uso del hielo en contacto directo con los párpados dada la gran sensibilidad del nervio óptico a las bajas de temperatura.

c) Formación de queloide:

El conocimiento previo de que el paciente cicatriza en forma de queloide, generalmente contraindica la intervención. Si por otra parte, esta tendencia se desconoce y durante el postoperatorio inmediato o tardío se detecta la presencia de un queloide, debe procederse a inyectar corticoides de depósito subdérmico, como el kenacort o el decadronal, previa xilocaína. Asimismo es de gran ayuda la aplicación de cremas con corticoides, como el ledercort, acompañada de un masaje practicado en sentido contrario a la tracción que esté ejerciendo la cicatrización queloidea.

d) Lagoftalmos:

Esta complicación se produce generalmente por resección excesiva de la piel en el párpado superior o en el párpado inferior, siendo más frecuente el error de cálculo en el párpado inferior.

Un lagofthalmos severo puede causar lesiones corneales tales como erosiones epiteliales recurrentes, úlceras y aun perforación corneal. Cuando se presenta un lagofthalmos en los primeros días del postoperatorio, su consecuencia directa es una úlcera corneal (generalmente inferior) que ocasiona dolor, fotofobia, hiperemia conjuntival bulbar y epífora. El tratamiento indicado para esto es la aplicación de un colirio midriático, ungüentos oftálmicos-antibióticos y un vendaje semicompresivo hasta que la úlcera sane.

Además deben hacerse ejercicios de obturación firme, acompañados de masajes sobre la piel con una crema suave con lanolina, ejerciendo tracción digital en sentido contrario al lagofthalmos, para equilibrar rápidamente la situación y permitir una obturación palpebral satisfactoria.

En el momento de reseca la piel, especialmente en el párpado inferior es preferible ser conservador. Una discreta hipocorrección puede evitar graves problemas posteriores. Es precisamente aquí donde queremos hacer énfasis en la importancia que el aspecto funcional prime sobre el estético, al practicar una blefaroplastia. Si se tienen en cuenta los detalles anteriormente expuestos sobre la técnica quirúrgica y se escoge el paciente que verdaderamente requiere la intervención, por su sintomatología, casi nunca tendremos este tipo de complicación.

Un lagofthalmos puede requerir una nueva intervención la cual en este caso, tendría que ser un injerto libre de piel retroauricular, con todas las desagradables consecuencias que esto acarrea.

e) Ectropion del párpado inferior:

Pueden considerarse dos tipos diferentes de ectropion; uno primario y el otro secundario. El primario es aquel que está presente antes de la blefaroplastia y que se diagnostica en el examen físico del paciente. Se encuentra con mayor frecuencia entre personas de más de 60 años, y va asociado a la dermatitis o blefarochalasis.

Para este tipo de ectropion, debe planearse una resección en cuña de todo el espesor del párpado inferior, no menor de 7 mm de longitud, asociada a la blefaroplastia, practicando una resección triangular de piel en el canto externo.

El ectropion secundario, es aquel que se presenta en el postoperatorio de una blefaroplastia, se debe a una resección excesiva de piel y origina un lagofthalmos. En caso de ectropion muy severo, puede hacerse necesario un injerto libre de piel retroauricular.

BLEFAROPLASTIA

f) Entropion del párpado inferior

Esta complicación es poco frecuente y se le puede encontrar asociada a un blefaroespasma esencial. En este caso, puede practicarse una blefaroplastia resecaando gran parte del orbicular pretarsal para debilitar la contracción muscular. Los resultados son satisfactorios y permiten al paciente permanecer con sus párpados abiertos por un mayor tiempo.

EXPERIENCIA EN LA CLINICA BARRAQUER

Durante el lapso de tiempo comprendido entre febrero de 1974 y junio de 1983, fueron intervenidos de blefaroplastia, en el departamento de cirugía plástica de la clínica Barraquer, un total de 71 pacientes, de los cuales 49, (69%) pertenecían al sexo femenino y 22, (31%) al sexo masculino.

La mayor incidencia de dermatochalasis se encontró entre la quinta y la sexta década de la vida, con un promedio de 51 años de edad, oscilando entre 10 a 81 años.

En 35 pacientes (49.29) se practicó una blefaroplastia total: en 31 pacientes (43.66%), la blefaroplastia se realizó solamente en los párpados superiores y en 5 casos (7.04%), en un solo párpado superior.

En el primer grupo de 35 pacientes, dos casos presentaban blefaroespasma esencial, asociado a blefarochalasis. A estos pacientes se les practicó una blefaroplastia total, con resección de las porciones pretarsal y palpebral del músculo orbicular. Aunque no desapareció el blefaroespasma, ambos mejoraron, en cuanto a la frecuencia y fuerza de la obturación palpebral espástica.

Dentro de este mismo grupo un caso presentaba entropion de los párpados inferiores asociado a la blefarochalasis, el cual se corrigió al mismo tiempo con la blefaroplastia.

Otros dos pacientes del primer grupo estaban afectados de ectropion en los párpados inferiores, asociado a blefarochalasis. Ambos fueron intervenidos de blefaroplastia con resección en cuña de los párpados inferiores.

En el segundo grupo de 31 pacientes, un paciente fue reintervenido a los 10 años de la primera blefaroplastia, practicándola solamente en los párpados superiores.

Del tercer grupo 5 pacientes, tenían una ptosis congénita unilateral, intervenida previamente con una resección del músculo elevador por vía interna, persistiendo una ausencia del pliegue palpebral y redundancia de piel, que motivó la blefaroplastia.

A otro caso se le diagnosticó (a los 2 años) un angioma en el párpado superior derecho. Posteriormente el tumor hizo involución espontánea, dejando como secuela una redundancia de piel que fue resecada a los 10 años de edad.

El último de estos 5 casos presentaba una parálisis facial, la cual con el tiempo dejó como secuela una dermatochalasis unilateral superior y un ectropion secundario inferior que fueron tratados con blefaroplastia y tarsorrafia, respectivamente.

Complicaciones:

Siguiendo cuidadosamente la técnica quirúrgica anteriormente expuesta, las complicaciones son raras. En nuestra experiencia, de los 71 pacientes intervenidos de blefaroplastia, solo 3 (4.2%) presentaron complicaciones. Dos tenían una tendencia al ectropion en el preoperatorio con signo de gatillo positivo, que se intensificó con la intervención, haciéndose necesaria su corrección en la segunda semana del período postoperatorio. Otro paciente presentó una hemorragia subdérmica, la cual se drenó al quinto día del postoperatorio, sin que esto incidiera en el buen resultado de la intervención.

BIBLIOGRAFIA

1. ASTON, J. SHERRELL, HORNBLASS, ALBERT, MELTZER, MURRAY, REES, THOMAS: *Third International Symposium on Plastic and Reconstructive Surgery of the eye and adnexa*. Chapter 47, 51, 52. Baltimore, Williams and Wilkins 1982.
2. BEARD, CROWLL.: *Symposium on Surgery of the Orbit and Adnexa, Transactions of the New Orleans Academy of Ophthalmology*. Chapter 15, the C. V. Mosby Company Saint Louis. Pág. 175, 1974.
3. ROUGIER, J., TESSIER, P., HERVOUE, F.: *Chirurgie Plastique Orbito-palpebrale*. Chap. XXXI Masson. France. Pág. 445, 1977.
4. FOX, A. SIDNEY: *Ophthalmic Plastic Surgery*. Chapter. 17. Grune & Stratton Fifth Edition. Pág. 420, 1972.
5. ILIFF, CHARLES E.: *Oculoplastic Surgery*. Chapter 3. Philadelphia. W. B. Saunders Co., 1979.
6. REEH, MERRIL. J.: *Cirugía Ocular Reparadora y Plástica Capítulo 9*. Barcelona Espaxs S. A., 1979.
7. SOLL, DAVID B.: *Management of Complications in Ophthalmic Plastic Surgery*. Chapter 8. Birmingham Aesculapius Publishing Co., 1976.
8. SMITH, BYRON; NESI, FRANK: *Practical Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery*. Chapter 10 Mosby, 1981.