

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Entropión senil: Técnica de acortamiento vertical

*Drs. LLAMIL KAUAK K, JORGE BASSA S, WILFREDO CALDERÓN O, GUILLERMO ISRAEL V,
RODRIGO CABELLO P*

Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Militar

INTRODUCCIÓN

Entropión es la inversión del margen palpebral lo cual provoca roce de las pestañas con la córnea, consecuentemente irritación y ulceración corneal.

Diagnóstico diferencial

Entropión debe distinguirse de triquiasis, en que el borde palpebral es normal pero la dirección de las pestañas está alterada, incurvándose hacia dentro provocando roce con la córnea. Y de la distriquiasis, en que el borde palpebral es normal pero existe una segunda hilera de pestañas que rozan la córnea. La triquiasis aparece en niños y es de resolución espontánea, se trata protegiendo la córnea, mientras que la distriquiasis debe ser tratada eliminándose la segunda hilera de pestañas con electrólisis o láser. El origen del entropión puede ser congénito o adquirido; el adquirido, puede ser, mecánico, espástico, cicatricial, o senil. En este trabajo nos referiremos al entropión senil.

Etiología

Las estructuras que sustentan el tarso se vuelven flácidas, existe un variable grado de enoftalmo debido a absorción de grasa orbitaria, reduciéndose la presión contra el globo ocular y contra el margen superior del tarso, con una migración y sobreacción de la porción preseptal del músculo orbicular sobre la porción pretarsal y la placa tarsal. Es más frecuentemente afectado el párpado inferior. Ataca por igual a ambos sexos.¹⁻³

MATERIAL Y MÉTODO

Se operaron 6 pacientes en el Hospital Militar portadores de entropión senil, dos hombres y cuatro mujeres, uno de los hombres portador de entropión bilateral. La edad de estos pacientes es fluctuante entre 62 y 84 años y tuvieron un seguimiento de dos años postoperados.

Para sistematizar nuestra conducta, fueron determinadas normas pre y postoperatorias a seguir, durante el proceso de tratamiento.

Normas preoperatorias

Exámenes de Laboratorio HUGOP-ECG.
Evaluación por Internista para pase operatorio.
Evaluación por oftalmólogo.

Normas Intraoperatorias

Anestesia local + sedación por anestesista.
Operar un lado por sesión.
Sello ocular por 24 horas.

Normas postoperatorias

Hospitalizar mínimo 24 horas.
Descubrir a las 24 horas. Curación local.
Indicación de colirios + ungüentos por horario.
Dejar zona operatoria al aire.
Retiro de puntos al 7º día.

Detalles de la técnica de acortamiento vertical

Aseo preoperatorio facial, de preferencia con povidona (por frecuente reacción irritativa conjuntival con clorhexidina).

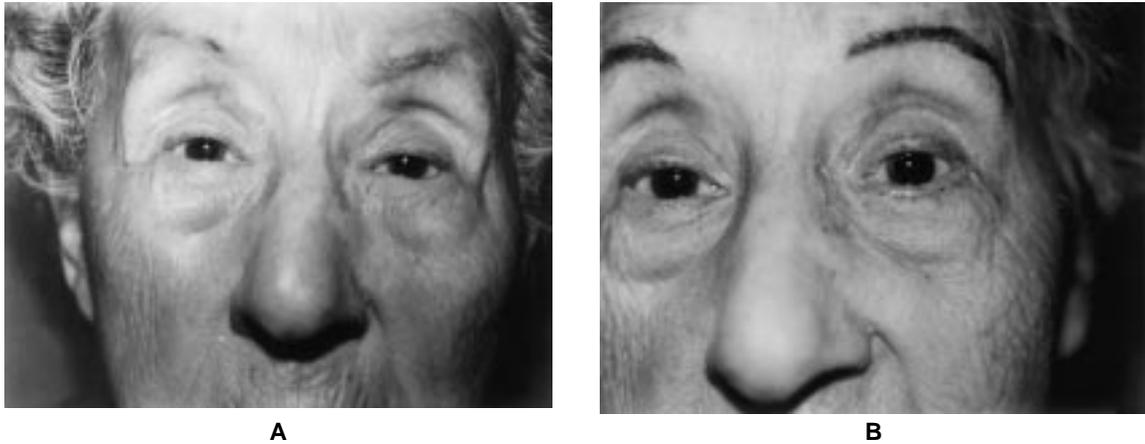


Figura 1. **A.** Paciente de 74 años. Entropión preoperatorio inferior bilateral. **B.** Postoperatorio; corrección a los 18 meses.

Instilación de 2-3 gotas de anestésico ocular local en el saco conjuntival.

Demarcación de una faja de piel de 2 a 3 mm de ancho desde el punctum al canto externo. Anestesia infiltrativa lidocaína al 1,5% más epinefrina 1 x 100.000 en el margen palpebral.

Resección cutánea y luego resección de una faja de músculo orbicular de igual tamaño.

Sutura de acortamiento vertical con Ethilon 5 cero, cuatro puntos separados que entran por piel a un milímetro del margen superior de la brecha, vuelven a entrar y salir en el septum y finalmente salen a un milímetro en la piel en el borde inferior de la brecha, de tal manera que al anudar se acorta verticalmente el septum y se evierte así el margen ciliar con las pestañas.

Finalmente, se colocan puntos separados a la piel a lo largo de la herida con el mismo material.

RESULTADOS

Todos los pacientes han sido controlados desde 1998, la resolución de sus molestias fue espontánea (Figura 1 a y b). El paciente hombre con entropión bilateral fue operado en dos etapas, primero un lado, después el otro, ya había sido operado tres veces anteriormente por otro cirujano, con otra técnica, lamentablemente sin éxito. En él la sintomatología y signología cedieron inmediatamente después de operado, persistiendo hasta la fecha este resultado satisfactorio bilateral (Figura 2 a y b).

Cada paciente ha sido exhaustivamente evaluado comprobándose un resultado duradero con esta técnica después de dos años (Figura 3 a y b).

No tuvimos ninguna complicación en los seis pacientes operados.

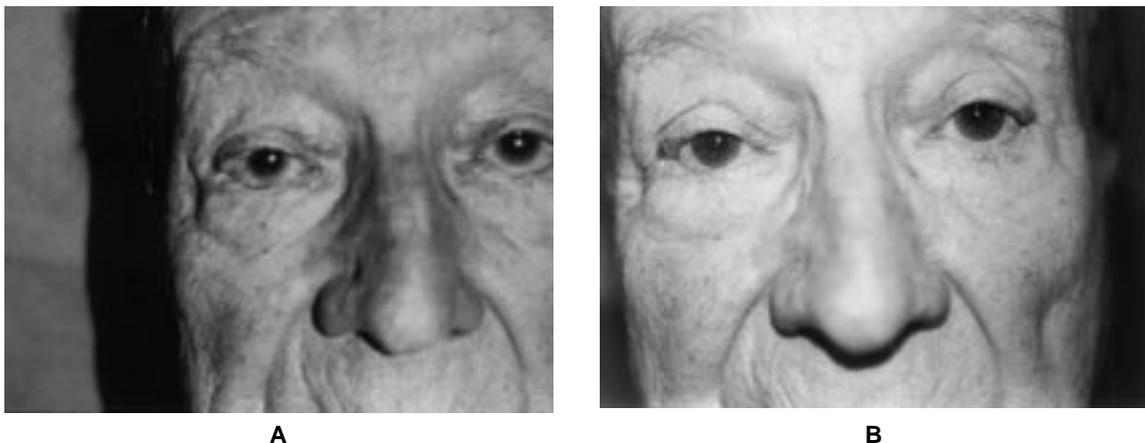


Figura 2. **A.** Paciente de 84 años. Entropión bilateral, preoperatorio, 2 veces operado antes en otro Servicio. **B.** Corrección bilateral postoperatorio, un año.



A



B

Figura 3. A. Paciente de 62 años. Entropión inferior derecho, preoperatorio. B. Postoperatorio después de un año.

DISCUSIÓN

Esta técnica nos ha permitido corregir una patología invalidante, cuya sintomatología trastorna la vida del paciente. Es una operación realizada bajo anestesia local asistida, es atraumática y fácilmente reproducible con resultados efectivos a largo plazo. El mayor cuidado está referido a la resección de piel y músculo orbicular, la cual debe ser cautelosa para evitar un ectropión residual. Sin embargo, la experiencia en blefaroplastia estética permite al cirujano plástico calcular con exactitud la cuantía precisa de su resección.

Consideramos necesario operar primero un lado si es bilateral, para no invalidar visualmente al paciente. Retiramos los puntos de piel después del 7º día en atención a la edad del paciente, ya que la cicatrización de los tejidos es más lenta. Recomen-

damos una blefaroplastia superior coadyuvante si hay blefarochalasis asociada, lo que no agrega morbilidad, previene el entropión superior y evita la presbicia a la cual contribuye el exceso de piel en el párpado superior, ya que condiciona mayor acción de los músculos suspensorios del cristalino.

Finalmente, esta técnica es de nuestra elección, ya que en el seguimiento a dos años ha sido efectiva y no hemos tenido complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson RL, Gordy DD: The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979; 97: 2192.
2. Jones LT *et al*: Senile entropion. *Am J Ophth* 1963; 55: 463.
3. Mustardé C: Cirugía reparadora y reconstructora de la Región Orbital: Toray, Barcelona 1982; 301-6.