

Reconstrucción palpebral tras resección tumoral del globo ocular

Palpebral Reconstruction after Tumor Resection of the Eyeball

Raquel Rojas Bruzón^{1†} <https://orcid.org/0000-0002-8374-0439>

Juan Carlos Quintana Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-8629-6783>

Evis Jhonson Montero¹ <https://orcid.org/0000-0002-7721-3800>

Yunior Jesús Leyva Díaz^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-0083-190X>

¹Princess Marina Hospital. Gaborone, Botswana.

²Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yjld17@gmail.com

RESUMEN

Los defectos palpebrales creados tras la resección tumoral pueden ser parciales o totales, afectar a la lamela externa, a la interna o a ambas y requerir diferente técnica reconstructiva, simple o compleja. El objetivo es presentar los resultados cosméticos y funcionales en una paciente que se le realizó una técnica combinada para resolver un problema complejo del aparato palpebral después de una enucleación. Se logró un aparato palpebral armónico, en el que sus estructuras tienen orden, funcionabilidad y simetría con el lado contralateral. La reconstrucción de los defectos complejos del aparato palpebral solo es posible con la combinación de varias técnicas. Se logró armonía, simetría contralateral y orden de las estructuras. **Palabras clave:** reconstrucción palpebral; enucleación; técnicas combinadas.

ABSTRACT

The palpebral defects created after tumor resection can be partial or total, affect the external lamella, the internal lamella or both, and require different reconstructive techniques, simple or complex. The objective is to present the cosmetic and functional results in a patient who underwent a combined technique to solve a complex problem of the palpebral apparatus after enucleation. A harmonic palpebral apparatus was achieved, in

which its structures have order, functionality and symmetry with the contralateral side. The reconstruction of complex defects of the palpebral apparatus is only possible with the combination of several techniques. Harmony, contralateral symmetry and order of the structures were achieved.

Keywords: palpebral reconstruction; enucleation; combined techniques.

Recibido: 02/06/2021

Aceptado: 11/11/2021

Introducción

El capítulo que abarca la cirugía reparadora de los párpados es uno de los campos más atrayente y complejo de la cirugía plástica. En este terreno, más que en ningún otro aspecto de la cirugía reparadora, el respeto de los principios fundamentales de una buena reconstrucción está estrechamente unido al resultado estético y funcional.⁽¹⁾

El colgajo ideal para una adecuada reconstrucción total o parcial del párpado inferior ha de proporcionar una altura y sostén suficientes, un fórnix conjuntival profundo, una buena posición del canto. Además debe emplear tejidos lo más similares posible a la cobertura cutánea natural del párpado.⁽²⁾

Se han publicado diferentes técnicas para la reconstrucción del párpado inferior y de los cantos interno y externo, algunas de ellas muy ingeniosas, pero a la vez muy complicadas, y solo accesibles para cirujanos con amplia experiencia.⁽¹⁾ El colgajo V-Y para el canto interno y zona vecina de los párpados se utiliza para lesiones de pequeño tamaño. Su principal ventaja reside en que aporta piel de color y grosor similares a los de la zona a reparar.

El colgajo de mejilla de Mustardé también puede reconstruir todo el párpado inferior.⁽¹⁾ Es un colgajo de avance y rotación de la mejilla inferior que permite reconstruir defectos muy severos de casi toda la extensión del párpado inferior, ya sea solo o asociado a algún injerto de soporte de lamela posterior, alcanza para reconstruir correctamente el canto interno.⁽³⁾

El colgajo musculocutáneo de pedículo externo o interno es un colgajo versátil, flexible, confiable, lleva músculo y piel de color, espesor y textura adecuados, no requiere oclusión

prolongada del ojo, ni causa complicación en la zona donante.⁽³⁾ El externo está indicado en la reconstrucción del párpado inferior, parcial o total, desde el canto externo hasta el punto lagrimal.⁽³⁾

El método reconstructivo ideal es aquel que reproduce la estructura tarsoconjuntival y la piel, obteniendo un párpado funcional y estéticamente aceptable, con una mínima morbilidad de la zona donante.⁽⁴⁾

Los defectos palpebrales creados tras la resección tumoral pueden ser parciales o totales, pueden afectar a la lamela externa, a la interna o a ambas y pueden requerir diferentes técnicas reconstructivas, simple o compleja.^(5,6)

El objetivo es presentar los resultados cosméticos y funcionales en una paciente que se le realizó una técnica combinada para resolver un problema complejo del aparato palpebral después de una enucleación.

Presentación del caso

Paciente femenina, africana, piel negra, de tres años de edad, atendida en Princess Marina Hospital, República de Botswana, con antecedentes de buena salud hasta los dos años de edad que fue intervenida quirúrgicamente por la especialidad de oftalmología y se le realizó una enucleación del globo ocular del lado derecho. Luego se le colocó una prótesis de vidrio.

La paciente se presentó al servicio de cirugía plástica para valoración y corrección de las secuelas estéticas en el aparato palpebral.

Los defectos identificados fueron:

- Acortamiento del párpado superior.
- Pérdida parcial del borde libre de las pestañas en el párpado superior.
- Pérdida de la definición del canto externo.
- Ectropión del párpado inferior.

Es válido aclarar que el aparato muscular y el tarso superior e inferior se encontraron presentes y sanos, a pesar de que el acortamiento de la piel no permitió la óptima exploración de estas estructuras hasta el momento quirúrgico.

Al examen físico se detectaron los siguientes defectos para corregir (fig. 1).



Fig. 1-Preoperatorio. A) Acortamiento del párpado superior, B) pérdida parcial del borde libre de las pestañas en el párpado superior. C) pérdida de la definición del canto externo, D) ectropión del párpado inferior.

Técnicas empleadas para la corrección quirúrgica:

- Injerto libre de piel total, de la oreja del mismo lado (retroauricular), para reconstruir el pequeño defecto del párpado superior.
- Colgajo dermograso de la mejilla lateral externa.
- V-Y para reconstrucción del canto externo.
- Técnica de Mustardé para reconstrucción del defecto que deja la movilización del colgajo.
- Tarsorrafia.

Descripción del acto quirúrgico:

La paciente fue llevada al quirófano. Bajo anestesia general se le realizó asepsia y antisepsia, previo diseño del colgajo de la mejilla a utilizar. La incisión se realizó liberando la porción del párpado superior suturada al inferior que hacía perder su funcionabilidad y, a su vez, limitaba el borde libre de las pestañas, las cuales se encontraban mal situadas en la cicatriz quirúrgica entre ambos párpados (fig. 1 B). Se realizó un V-Y para delimitar y reparar el canto externo y luego de tallar el colgajo de la mejilla, este se elevó y se rotó para incrementar el área del párpado inferior deficiente hasta el área lagrimal, previa incisión y liberación de las estructuras del párpado, se comprobó que el músculo y tarso se encontraban indemnes.

Luego se procedió a aproximar un colgajo de la mejilla en sentido hacia afuera para reconstruir el área donante, como Mustadé a la inversa. Esto permitió eliminar el aspecto redondeado del ojo. Se suturó por planos, interno y externo con sutura vicryl 5.0 y 4.0. Luego se procedió a suturar el injerto de piel total procedente del surco auricular posterior en el párpado superior, en un área de tensión, muy puntual, que fue previamente liberada. Después, para garantizar un buen afrontamiento y orden de las estructuras se realizó una tarsorrafia que se mantuvo por tres días (fig. 2).



Fig.2- A y B) preoperatorio; C) posoperatorio inmediato; D) posoperatorio al mes.

Discusión

Se logró un aparato palpebral armónico, en el que sus estructuras tienen orden, funcionalidad y simetría con el lado contralateral (fig. 3). Este resultado cumple con los requisitos que debe tener un párpado para ser útil según se expresa en la literatura.⁽⁴⁾



Fig. 3 - Posoperatorio a los seis meses.

En el presente caso, en el que confluían diferentes defectos del aparato palpebral, se reconstruyó cada defecto identificado con una técnica precisa para cada uno de ellos. Estos resultados fueron posible porque se combinaron diferentes técnicas, como las presentadas por otros autores.^(5,6,7)

Estos resultados concuerdan con los de *Holds*,⁽⁶⁾ quien plantea que las técnicas de rotación y avances de colgajos, así como los injertos de piel total ofrecen resultados estables en la reconstrucción de los párpados inferiores y resultados quirúrgicos óptimos.

Se coincide con el criterio de *Hernández Aguilar* y otros,⁽⁷⁾ quienes plantean la utilidad del colgajo de Mustardé para la corrección de defectos en el párpado inferior. No obstante, estos autores, también mencionan otros que pueden ser de utilidad en situaciones similares tales como el colgajo de transposición de *Hungher* con sus modificaciones, el colgajo de *Tripier* y sus múltiples y complejos accesos, el colgajo rotacional de mejilla con soporte de la fascia lata y el colgajo de *Frické*,⁽⁷⁾ pero reconocen que es más factible la elección del colgajo de Mustardé por considerarse los otros complicados y costosos.

Los resultados logrados en esta paciente fueron estables en el tiempo evaluado hasta los 6 meses.

Referencias bibliográficas

1. Martínez Vera E, Melgarejo Rivas D, Arrúa Caballero M, Cardozo Cabral S. Sistematización del colgajo musculo cutáneo unipediculado de párpado superior en reconstrucción de párpado inferior, canto interno y externo. *Cir. Plást. Iberolatinoam*. 2015

- [acceso 20/12/2020];41(1):49-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n1/06_original6.pdf
2. Lagares Borrego A, de Lope Falcón C, Franco Góngora JM, Barrera Pulido FJ, Gómez Cía T. Reconstrucción de párpado inferior mediante colgajos miocutáneos en isla de los músculos orbicular y nasal. Cir. Plast. Iberolatinoam. 2009 [acceso 20/12/2020];35(1):35-42. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v35n1/35.pdf>
3. Miranda Rollón MD, Giménez Castejón D, Molero Izquierdo C, Rodríguez Cavas MB, Martínez Campillo L, de Haro Luna JJ. Manejo de colgajos cutáneos en la cirugía reconstructiva palpebral. Murcia: Laboratorios Thea; 2018 [acceso 20/12/2020]. Disponible en: https://www.laboratoriosthea.com/medias/lab-350-0418_v4_web.pdf
4. Sánchez Wals L, Gómez Ruíz S, Portales Hernández MJ, Palmero Álvarez RE, Martínez Fernández A. Versatilidad del colgajo frontal en la reconstrucción facial. Rev Cubana Cir. 2019 [acceso 20/10/2020];58(4):e870. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v58n4/1561-2945-cir-58-04-e870.pdf>
5. Martínez Vera E, Melgarejo Rivas M, Arrúa Caballero M, Cardoso Cabral S. Tumor de párpados: 241 casos. Hallazgos y desafíos para la reconstrucción. Cir Plást Iberolatinoam. 2013 [acceso 20/10/2020];39(2):145-52. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n2/original5.pdf>
6. Holds JB. Lower eyelid reconstruction. Facial Plast Surg Clin North Am. 2016 [acceso 20/12/2020];24(2):183-91. DOI: 10.1016/j.fsc.2016.01.001
7. Hernández Aguilar F, de la Paz Martínez DF, Rogel Rodríguez F, Romero Espinosa JF, Moreno Ibarra DA, Salazar Vizuet I. Reconstrucción del párpado inferior mediante colgajo tipo Mustardé e injerto de concha auricular. Cir Plast. 2018 [acceso 20/12/2020];28(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2018/cp181e.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.