

Doble abordaje en blefaroplastia de párpados inferiores

Double surgical approach for lower lid blepharoplasty



Olivera Whyte L.M.

Lucila M. OLIVERA WHYTE*, Juan Ignacio SEILER**, Gustavo PREZZAVENTO***

Resumen

Introducción y objetivo. La blefaroplastia por vía transcutánea tiene riesgo de malposición palpebral en el postoperatorio. La vía transconjuntival reduce el riesgo de estas complicaciones, pero no trata el excedente cutáneo. El doble abordaje del párpado inferior mediante la resección de bolsas palpebrales por vía transconjuntival asociada a la resección del excedente cutáneo con la técnica del pinzado, permite combinar las ventajas de la cirugía transconjuntival y tratar el exceso cutáneo simultáneamente, reduciendo el riesgo de malposición palpebral.

Presentamos nuestra experiencia con esta técnica en una serie de pacientes.

Material y métodos. Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes a los cuales se les realizó blefaroplastia de párpados inferiores con doble abordaje (transconjuntival + resección de pinzado cutáneo) en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina, entre julio de 2016 y julio de 2023.

Resultados. Reclutamos 34 pacientes con 68 párpados operados. La edad promedio fue de 60.7 años. Todos presentaron resultados cosméticos favorables, sin malposición palpebral y un seguimiento promedio de 10.8 meses.

Conclusiones. En nuestra experiencia, el doble abordaje para blefaroplastia de párpado inferior resultó ser una técnica efectiva y segura para el tratamiento del envejecimiento del párpado inferior.

Palabras clave Blefaroplastia, Párpado inferior, Abordaje transconjuntival.

Nivel de evidencia científica 4c Terapéutico
Recibido (esta versión) 7 mayo / 2024
Aceptado 16 agosto / 2024

Abstract

Background and objective. Transcutaneous blepharoplasty has risk of lower lid malposition after surgery. The transconjunctival approach reduces the risk of malposition but does not treat the skin excess. The double surgical approach for lower lid blepharoplasty allows for the treatment of the fat bags with a transconjunctival approach and excess skin with pinch resection, combining the advantages of both techniques while reducing the risk of lower lid malposition.

We present our experience with this technique in a series of patients.

Methods. Retrospective cohort study of patients which received a lower lid blepharoplasty using the double approach technique (transconjunctival + pinch resection) in our Plastic Surgery Department in the Deutsches Hospital, Buenos Aires, Argentina, from July 2016 to July 2023.

Results. A total of 34 patients were identified, with 68 lower lids treated. The mean age was 60.7 years. All patients had favorable cosmetic results, with no cases of scleral show, ectropion nor scar retractions. The mean follow up was 10.8 months.

Conclusions. In our experience, the double approach for lower lid blepharoplasty is a safe and effective technique for lower lid rejuvenation.

Key words Blepharoplasty, Lower lid, Transconjunctival approach.

Level of evidence 4c Therapeutic
Received (this version) May 7 / 2024
Accepted August 16 / 2024

Conflicto de intereses: Los autores L.M.O.W. y J.I.S. declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo. El autor G.P. es orador de Promedón-Integra LifeSciences y Soubeiran Chobet para Argentina.

Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Médico Residente.

** Cirujano Plástico.

*** Jefe del Servicio.

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Alemán de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La mirada tiene un rol central en la armonía facial, siendo la blefaroplastia un procedimiento esencial para el tratamiento quirúrgico del envejecimiento facial. La blefaroplastia con abordaje transcutáneo tradicional es un procedimiento bien establecido que, generalmente, conlleva muy buenos resultados con una cicatriz casi imperceptible en el párpado inferior. Sin embargo, la complicación a largo plazo más frecuente es la malposición del párpado inferior⁽¹⁾ que ocurre por la alteración que se produce en el músculo orbicular y septum orbitario durante la cirugía, resultando en riesgo de contractura vertical en el postoperatorio, distopía del canto lateral, exposición escleral y ectropión.⁽²⁾

La técnica de abordaje transconjuntival, al mantener la indemnidad del septum y del músculo orbicular, conlleva ventajas como una recuperación más rápida, menor riesgo de malposición palpebral, evita cicatrices externas, minimiza la hipopigmentación y facilita las cirugías de revisión para resecar o reposicionar las bolsas grasas residuales.⁽³⁾ Sin embargo, no trata el excedente cutáneo.⁽⁴⁾ La resección de las bolsas palpebrales inferiores por vía transconjuntival asociada a la resección de la piel excedente con la técnica del pinzado cutáneo permite combinar las ventajas del abordaje transconjuntival con la vía convencional, minimizando el riesgo de malposición palpebral pero tratando a la vez el excedente cutáneo.

A continuación, presentamos la experiencia de nuestro Servicio con la técnica de doble abordaje para blefaroplastia de párpados inferiores.

Material y método

Realizamos el estudio siguiendo los principios descritos en la Declaración de Helsinki, estudiando una cohorte retrospectiva de pacientes a los cuales se realizó blefaroplastia de párpados inferiores utilizando el doble abordaje: vía transconjuntival + resección de pinzado cutáneo en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina, entre julio de 2016 y julio de 2023. Excluimos pacientes con blefaroplastias previas. El tiempo mínimo de seguimiento postoperatorio fue de 3 meses.

Dentro de la valoración preoperatoria recogimos interrogatorio acerca de los antecedentes oftalmológicos, incluyendo cirugías oculares o periorbitarias previas, antecedentes de ojo seco y/o alteraciones visuales y otros antecedentes médicos relevantes.

A todas los pacientes se les informó sobre las ventajas y desventajas del procedimiento y todos firmaron un consentimiento informado autorizando la realización del

procedimiento. Obtuvimos datos clínicos de los pacientes a partir de las historias clínicas electrónicas con respecto a edad, sexo, comorbilidades, detalles de la cirugía y complicaciones en el postoperatorio.

Técnica quirúrgica

Marcaje preoperatorio con el paciente sentado (Fig. 1). Marcamos el ligamento órbito-malar y posteriormente las bolsas palpebrales inferiores; por último marcamos la incisión para la resección del pinzado cutáneo, con una incisión subciliar en el tercio externo del párpado inferior que se extiende 2 a 3 mm por fuera del canto externo.

Todos los pacientes fueron operados bajo anestesia general y recibieron profilaxis antibiótica con cefazolina durante la inducción anestésica. Llevamos a cabo infiltración local con lidocaína al 2% con epinefrina (1:100.000), tanto a nivel cutáneo como a nivel conjuntival.

Comenzamos realizando una incisión transversa 3 mm por debajo del borde del tarso en la conjuntiva de los párpados inferiores, con electrocauterio. Retraemos los colgajos con puntos tractores de nylon 6/0 y el párpado inferior con un retractor de Desmarres. Por vía retroseptal identificamos las bolsas palpebrales inferiores internas, medias y externas con la asistencia del ayudante que comprime el globo ocular, y procedemos a su resección. Hay que tener precaución con el músculo oblicuo inferior durante la resección de las bolsas, ya que se encuentra entre la bolsa palpebral inferior interna y la media (Fig. 2). Control de hemostasia con electrocauterio y posteriormente, cierre por aposición para cicatrización por segunda intención.

Finalizado el tiempo transconjuntival irrigamos el saco conjuntival con solución fisiológica y trazamos una incisión subciliar sobre la marcación preoperatoria. Disecamos el pinzado cutáneo con tijeras realizando tracción externa y preservando el músculo orbicular y el septum orbitario subyacente. Medimos la piel redundante mediante tracción suave del colgajo cutáneo con



Fig. 1. Marcación preoperatoria: marcaje del ligamento órbito-malar, luego de las bolsas palpebrales inferiores y finalmente de la incisión para la resección del pinzado cutáneo, con una incisión subciliar en el tercio externo del párpado inferior que se extiende 2 a 3 mm por fuera del canto externo.



Fig. 2. Músculo oblicuo inferior: precaución durante la resección de las bolsas palpebrales inferiores, ya que este músculo está entre la bolsa palpebral inferior interna y la media.

pinzas de Adson-Brown, resecamos el excedente cutáneo y cerramos con puntos simples de nylon 6/0. En el postoperatorio inmediato colocamos gasas embebidas en solución fisiológica helada sobre los ojos.

El alta fue otorgada entre las 4 a 6 horas posteriores a la cirugía con la indicación para los cuidados domiciliarios de colocar paños fríos cada 2 horas y colirio con dexametasona/tobramicina (1 mg/ml + 3 mg/ml colirio en suspensión) cada 8 horas durante una semana. Realizamos el primer control a los 4 días, momento en el que retiramos los puntos.

Evaluamos los resultados del postoperatorio extrayendo las evoluciones de las historias clínicas electrónicas y mediante la comparación de fotos pre y postoperatorias.

Resultados

Reclutamos un total de 34 pacientes en el periodo evaluado, con 68 párpados operados. La edad promedio fue de 60.7 años (rango de 41 a 78 años). El 82.4% de los pacientes eran femeninos (n=28) y el 17.6% masculinos (n=6). Veintitrés pacientes presentaban comorbilidades (67.6%), que por orden de frecuencia fueron: tabaquismo (23.5%, n=8), hipertensión arterial (17.6%, n=6), hipotiroidismo (17.6%, n=6), dislipemia (11.8%, n=4), y diabetes, enfermedad celíaca y artritis reumatoide (2.9%, n=1 paciente cada uno). Hubo 32 pacientes (94.1%) a los que se les operaron los párpados superiores además de los inferiores.

Todos los pacientes presentaron resultados cosméticos favorables (Fig. 3-8). No hubo casos de exposición escleral, ectropión ni retracciones cicatriciales. Un paciente presentó quemosis en el postoperatorio (2.9% de los pacientes, 1.5% de los párpados) y fue tratado con

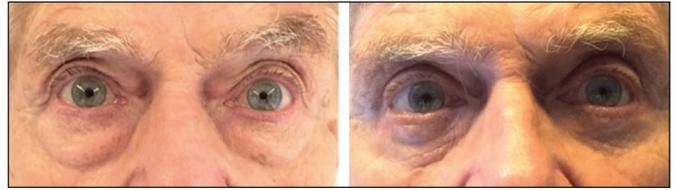


Fig. 3. Caso 1. Paciente masculino de 71 años: blefaroplastia de los 4 párpados mediante doble abordaje de párpado inferior. Resultado a los 3 meses de postoperatorio.



Fig. 4. Caso 2. Paciente masculino de 51 años; blefaroplastia de los 4 párpados mediante doble abordaje de párpado inferior. Resultado a los 5 meses de postoperatorio.



Fig. 5. Caso 3. Paciente masculino de 67 años: blefaroplastia de los 4 párpados mediante doble abordaje de párpado inferior. Resultado a los 4 meses de postoperatorio.



Fig. 6. Caso 4. Paciente femenina de 62 años: blefaroplastia de los 4 párpados mediante doble abordaje de párpado inferior. Resultado a los 3 meses de postoperatorio.



Fig. 7. Caso 5. Paciente masculino de 68 años: blefaroplastia de los 4 párpados mediante doble abordaje de párpado inferior. Resultado a los 4 meses de postoperatorio.



Fig. 8. Caso 6. Paciente masculino de 72 años: blefaroplastia de los 4 párpados mediante doble abordaje de párpado inferior. Resultado a los 3 meses de postoperatorio.

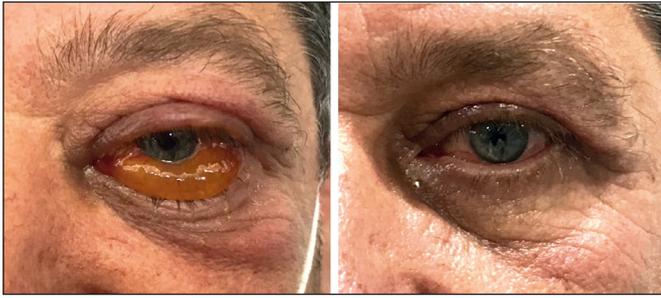


Fig. 9. Quemosis postoperatoria. Paciente masculino de 61 años con quemosis postoperatoria tratada con drenaje con bisturí hoja 11 y corticoterapia local (acetato de prednisolona 1% + fenilefrina 0.12%) cada 4 horas durante 7 días, con resolución completa sin secuelas a las 2 semanas.

drenaje con bisturí hoja 11 y corticoterapia local (acetato de prednisolona 1% + fenilefrina 0.12%) cada 4 horas durante 7 días, con resolución completa sin secuelas (Fig. 9). No hubo cirugías de revisión. El seguimiento promedio fue de 10.8 meses (rango de 3 a 36 meses).

Discusión

Si bien somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio, como su naturaleza retrospectiva, el recoger una población pequeña y la falta de un grupo control, así como el hecho de que la evaluación de los resultados cosméticos también fue realizada de manera subjetiva, queremos con la experiencia presentada, aportar casuística y experiencia propia en el uso de la doble técnica de abordaje, transconjuntival + resección cutánea, para la blefaroplastia inferior en casos de marcadas bolsas grasas inferiores con exceso de piel.

Según los datos publicados, la incidencia de malposición palpebral inferior posterior a una blefaroplastia inferior por vía convencional es de 15 a 20%,⁽⁵⁾ y la de ectropión de aproximadamente un 1%.⁽⁶⁾ La malposición de los párpados inferiores, además de deteriorar el resultado estético, trae otras complicaciones entre las que destaca la queratoconjuntivitis con exposición corneal.⁽⁷⁾ Las causas de malposición de los párpados inferiores tras blefaroplastia pueden ser la sobrerresección cutánea, uso de vectores inadecuados, la morfología del párpado inferior y el empleo de técnicas quirúrgicas que debilitan el soporte del párpado inferior mediante denervación de la porción pretarsal del músculo orbicular, que generan contractura cicatricial del septum orbitario.⁽⁷⁾ El tallado de colgajos cutáneos o musculocutáneos lleva a una mayor formación de edema postoperatorio, que aumenta la retracción y malposición del párpado inferior.⁽⁸⁾

Hwang⁽⁹⁾ describió la inervación del orbicular del párpado inferior. La porción pretarsal y preseptal están inervadas por 5 a 7 ramas del nervio cigomático que se acercan al músculo en ángulo recto; la porción medial del orbicular está inervada por 1 o 2 ramas terminales

del nervio bucal; y la porción media por 2 a 3 ramas del nervio cigomático. La porción lateral del párpado inferior está inervada por la rama cigomática superior, que se divide en 2 a 4 ramas. El conocimiento de la anatomía y de la inervación del músculo orbicular es importante ya que diversos estudios han determinado que la principal causa de la malposición palpebral es la denervación del músculo orbicular, particularmente en su región pretarsal.⁽¹⁰⁾ La interrupción de las fibras del músculo orbicular durante la disección del colgajo musculocutáneo de la blefaroplastia convencional produce disfunción por denervación e interrupción de la continuidad de los fascículos musculares. Esta disfunción muscular contribuye al ectropión, exposición escleral y al ojo redondeado en el postoperatorio.⁽¹¹⁾

El abordaje transconjuntival fue descrito por Bourguet⁽¹²⁾ en 1928. La técnica mantiene la indemnidad del septum y del músculo orbicular generando ventajas como una recuperación más rápida, menor riesgo de malposición palpebral, evita cicatrices externas, minimiza la hipopigmentación y facilita la cirugía de revisión si fuera necesaria para resecar o reposicionar las bolsas grasas residuales.⁽³⁾ Tras la resección de las bolsas grasas por vía transconjuntival, la piel puede sufrir retracción cutánea espontánea.⁽¹³⁾ Sin embargo, puede no ser suficiente en pacientes con gran exceso cutáneo.⁽¹⁾ A pesar de sus ventajas, la técnica transconjuntival tradicional no trata el exceso cutáneo.

Muchos cirujanos utilizan la necesidad de resecar piel para elegir la vía de abordaje, reservando la vía transconjuntival para cuando no prevén la necesidad de resecar piel excedente.⁽¹⁾ Sin embargo, se puede utilizar un doble abordaje para obtener las ventajas de ambas técnicas, incluso reservando la resección del pinzado cutáneo para un segundo tiempo quirúrgico bajo anestesia local, en casos con indicación límite.

En 1973, Parkes y col.⁽¹⁴⁾ describieron la técnica de resección del pinzado cutáneo para estimar la cantidad de piel excedente a resecar en el párpado inferior. En 1992, Dinner y col.⁽¹⁵⁾ describieron la técnica del doble abordaje para blefaroplastia del párpado inferior, resecando las bolsas palpebrales por vía transconjuntival y posteriormente el excedente cutáneo con la técnica del pinzado.

La resección cutánea mediante pinzado posterior al abordaje transconjuntival evita la transección del músculo orbicular y por tanto su denervación, sin alterar la lamela media, preservando el soporte y disminuyendo el riesgo de retracción cicatricial.⁽¹⁾ También evita la disección del párpado inferior, minimizando el sangrado, la contractura cicatricial y disminuyendo el hematoma subcutáneo.⁽¹⁶⁾ La resección de las bolsas palpebrales in-

feriores por vía transconjuntival asociada a la resección de la piel excedente con la técnica del pinzado permite realizar una cirugía que combina las ventajas del abordaje transconjuntival permitiendo el tratamiento del exceso de piel simultáneamente.

La aparición de bolsas palpebrales tiene múltiples etiologías, como el debilitamiento del septum orbitario, la atrofia del músculo orbicular y la laxitud cutánea.⁽¹⁷⁾ La distensión progresiva de las estructuras de soporte del globo ocular lleva al descenso del globo ocular y a la reducción del espacio entre el piso de la órbita y el globo ocular, generando la protrusión de las bolsas palpebrales.⁽¹⁷⁾ Dichas bolsas generalmente resultan de una combinación de estas etiologías y pueden tratarse de múltiples maneras. Se puede realizar la resección de las mismas, como describimos previamente y también se pueden reposicionar dentro de la cavidad orbitaria y plicar la fascia cápsulo-palpebral al periostio del reborde orbitario inferior.⁽¹⁸⁾ Otra alternativa es reposicionar las bolsas deslizándolas a través del arco marginal.⁽¹⁹⁾ Todas estas técnicas pueden ser realizadas por vía transconjuntival, por lo que el doble abordaje puede ser factible independientemente del método de elección para tratar las bolsas palpebrales.

En nuestra serie tuvimos un índice de complicaciones del 2.9%. Alguna publicación reporta la necesidad de volver a resecar las bolsas grasas en una segunda cirugía, con un índice de posibilidad de hasta el 7.4%.⁽³⁾ No hubo necesidad de cirugías de retoque en nuestra serie. Otra complicación descrita para el abordaje transconjuntival es el granuloma de conjuntiva, generalmente como resultado de suturas realizadas para el cierre de la conjuntiva.⁽¹⁾ Tampoco tuvimos casos de granuloma conjuntival en nuestra serie ya que no realizamos el cierre de la conjuntiva, ni casos de sinequias conjuntivales. Al seccionar los retractores del párpado inferior (fascia cápsulo-palpebral), existe el riesgo teórico de producir un entropión cuando se realiza el abordaje transconjuntival.⁽³⁾ Igualmente, el músculo oblicuo inferior, en relación con las bolsas palpebrales inferiores interna y media, puede verse alterado con el abordaje transconjuntival, produciendo diplopía en el postoperatorio.⁽³⁾ No tuvimos casos de entropión ni de diplopía en el postoperatorio de nuestros pacientes. Solo contabilizamos en nuestra población de estudio 1 caso de quemosis bilateral (2.9%). No tuvimos casos de exposición escleral, ectropión ni retracciones cicatriciales.

Conclusiones

En una sociedad con una orientación progresivamente estética, la blefaroplastia de párpados inferiores

se realiza cada vez con más frecuencia. El doble abordaje es un método efectivo para tratar las bolsas palpebrales y el excedente cutáneo, minimizando el riesgo de malposición palpebral. Se puede aplicar a pacientes de todas las edades y se puede combinar la técnica de tratamiento de bolsas palpebrales que sea de elección para el cirujano. En nuestra experiencia, el doble abordaje para la blefaroplastia de párpado inferior es un método seguro y confiable para el rejuvenecimiento del párpado inferior.

Dirección del autor

Dra. Lucila M. Olivera Whyte

Correo electrónico: lolivera@hospitalaleman.com

Bibliografía

1. **Zarem HA, Resnick JI.** Minimizing deformity in lower blepharoplasty. The transconjunctival approach. *Clin Plast Surg.* 1993;20(2):317-321.
2. **Seiff SR.** Complications of upper and lower blepharoplasty. *Int Ophthalmol Clin.* 1992;32(4):67-77.
3. **Baylis HI, Long JA, Groth MJ.** Transconjunctival lower eyelid blepharoplasty. Technique and complications. *Ophthalmology.* 1989 Jul;96(7):1027-1032.
4. **Taban M, Taban M, Perry JD.** Lower eyelid position after transconjunctival lower blepharoplasty with versus without a skin pinch. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2008;24(1):7-9.
5. **DiFrancesco LM, Anjema CM, Codner MA, McCord CD, English J.** Evaluation of conventional subciliary incision used in blepharoplasty: preoperative and postoperative videography and electromyography findings. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(2):632-639.
6. **Mathes SJ.** Plastic Surgery. Vol 1. 2nd ed; Philadelphia; PA: Saunders Elsevier; 2006, Pp.1-25.
7. **Carraway JH, Mellow CG.** The prevention and treatment of lower lid ectropion following blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85(6):971-981.
8. **Aston SJ.** Skin-muscle flap lower lid blepharoplasty. *Clin Plast Surg.* 1988;15(2):305-308.
9. **Hwang K, Lee DK, Lee EJ, Chung IH, Lee SI.** Innervation of the lower eyelid in relation to blepharoplasty and midface lift: clinical observation and cadaveric study. *Ann Plast Surg.* 2001;47(1):1-5; discussion 5-7.
10. **Stuzin JM.** Discussion. Expanded applications for transconjunctival lower lid blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103:1044-1055.
11. **de la Plaza R, de la Cruz L.** A new concept in blepharoplasty. *Aesthetic Plastic Surg.* 1996; 20(3):221-233.
12. **Bourguet J.** Notre traitement chirurgical de « poches » sous les yeux sans cicatrice. *Arch Fr Belg Chir* 1928; 31:133-136.
13. **Seiff SR.** Eyebrow ptosis and blepharoplasty. In: Stewart WB, ed. *Surgery of the Eyelid, Orbit, and Lacrimal System.* San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 1994;vol. 2, chap. 13.
14. **Parkes M, Fein W, Brennan HG.** Pinch technique for repair of cosmetic eyelid deformities. *Arch Ophthalmol.* 1973;89(4):324-328.
15. **Dinner MI, Glassman H, Artz JS.** The "no flap" technique for lower-lid blepharoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1992;16(2):155-158.

16. **Kim EM, Bucky LP.** Power of the pinch: pinch lower lid blepharoplasty. *Ann Plast Surg.* 2008;60(5):532-537.
17. **de la Plaza R, Arroyo JM.** A new technique for the treatment of palpebral bags. *Plast Rec. Surg.* 1988;81(5):677-687.
18. **Camirand A, Doncet J.** Reinforcing the orbital septum of the eye through a transconjunctival approach. *Oper Tech Plast Reconstr Surg.* 1994;1(3):160-171.
19. **de la Plaza R, de la Cruz L.** The sliding fat pad technique with use of the transconjunctival approach. *Aesthetic Surg. J.* 2001;21(6):487-492.