



I CONVENCIÓN DE SALUD
Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"

V TALLER PROVINCIAL DE OFTALMOLOGÍA.
"Actualización en urgencias oftalmológicas"

Complicaciones de las técnicas de reconstrucción palpebral.

Complications of eyelid reconstruction techniques.

Autores:

- Dra. Yamila Hernández Román * <http://orcid.org/0009-0003-3451-0471>
yhroman1991@gmail.com
- MsC. José Antonio Herrera Porro * <http://orcid.org/0000-0001-5828-530X>
jantonherreraPorro@gmail.com
- Dra. Melissa Laura Roque Trujillo * <http://orcid.org/0000-0003-0663-7144>
roquetrujillomelissalaura@gmail.com
- Dra. Diana Isabella Rancaño Peña * <https://orcid.org/0009-0005-1585-7618>
dianarancano17@gmail.com

* Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"

Ciego de Ávila, Cuba.

2024



RESUMEN

La cirugía oncológica del párpado y de la región orbitaria supone un reto en cirugía oftalmología, ya que en esta región se encuentran dificultades y posibles complicaciones que no hay en otras localizaciones, como podrían ser el ectropión, la epífora, exposición corneal, queratitis, conjuntivitis o lagofthalmos, entre otros. El objetivo de la revisión es describir las principales complicaciones de las técnicas de reconstrucción palpebral. La búsqueda se realizó en las de las bases de datos MEDLINE, PUDMED. La cirugía de párpado supone un reto en oftalmología debido a su particular anatomía y funcionalidad. Es esencial su correcto conocimiento, así como el material y las distintas opciones reconstructivas de las que disponemos.

Palabras clave: párpados, órbita, cirugía, oftalmología, carcinomas cutáneos.

INTRODUCCIÓN

Los párpados pueden verse afectados por gran número de tumores benignos y malignos que se originan tanto en la piel, como en las estructuras glandulares especializadas, los folículos pilosos o en los tejidos más profundos de los párpados. Suelen identificarse por su aspecto clínico, pero siempre es necesaria una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo. Las lesiones pueden clasificarse en pigmentadas y no pigmentadas, y según su genio evolutivo, en benignas y malignas.⁽¹⁾

Los tumores palpebrales benignos no pigmentados incluyen la verruga viral o papiloma de células escamosas (tumor benigno más frecuente de los párpados), la queratosis seborreica, la queratosis actínica, el cuerno cutáneo, el queratoacantoma y el hemangioma capilar (tumor palpebral más frecuente en la infancia).⁽²⁾

Los tumores palpebrales malignos no pigmentados incluyen: el carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas y carcinoma de glándulas sebáceas. El carcinoma de células basales representa el 90 % de los tumores palpebrales malignos y el 10 % de los tumores en general. Presenta un pico de incidencia entre la séptima y



octava décadas de la vida. El 50 % de los casos afecta al párpado inferior, el 30 % al canto medial, el 15 % al párpado superior y el 5 % al canto externo. Se distinguen dos formas principales: carcinoma de células basales, nódulo ulcerativo (ulcus rodens) y carcinoma de células basales esclerosante. El carcinoma de células escamosas es la segunda neoplasia palpebral más frecuente y constituye el 5 % de todos los tumores palpebrales. Es relativamente más frecuente en el párpado superior. El carcinoma de glándulas sebáceas es una neoplasia de las glándulas de Meibomio con una incidencia menor del 1 %.⁽³⁻⁵⁾

Entre las lesiones benignas pigmentadas se encuentran la melanosis oculodérmica (nevus de Ota) y los nevus simples, aunque la frecuencia de las mismas en relación con las no pigmentadas es muy baja. Entre las lesiones malignas pigmentadas se encuentran el lentigo maligno, lesión infrecuente que afecta típicamente a ancianos, y el melanoma maligno, que puede surgir de novo o a partir de una melanosis.⁽⁶⁾

El tratamiento de elección de las patologías tumorales del párpado consiste en la escisión quirúrgica local tanto en las lesiones benignas como en las malignas, considerando que en éstas últimas es obligatorio dejar un margen libre de 3 mm. El carcinoma de células basales suele dar una tasa menor de recidivas. Debe realizarse un análisis histológico de la muestra reseca para asegurar que los bordes están libres de células tumorales. La radioterapia queda reservada para aquellas lesiones que no cumplen los criterios de indicación quirúrgica o bien cuando el enfermo la rechace. Las tasas de recidiva son superiores a las obtenidas tras la escisión quirúrgica, sobre todo en el carcinoma de células sebáceas. Entre las complicaciones de la radioterapia destacan la pérdida de pestañas, sequedad ocular, queratinización de la conjuntiva y las lesiones cutáneas.⁽⁷⁾

Cuando se trata de tumores extensos que han invadido la órbita, se requiere la exéresis del globo ocular y del contenido orbitario. En enfermos con afectación de los ganglios preauriculares o cervicales anteriores es necesario el vaciamiento radical del cuello.⁽⁸⁾

En Cuba, se carece de estadísticas acerca de datos clínicos y epidemiológicos relativos a los tumores palpebrales, por lo que la presente revisión bibliográfica está justificado por dar un acercamiento a este fenómeno y en proporcionar este tipo de datos acerca



de esta patología. Se planteó como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas del de tumor palpebral de diferentes etiologías.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos del portal de salud en Cuba Infomed. La búsqueda se realizó en las de las bases de datos MEDLINE, PUDMED, nos sirvió para la revisión del tema en las revistas médicas nacionales y nos permitió acceder a libros de autores cubanos sobre el tema. Además, revisiones en sitios Web de reconocido prestigio científico. Se realizó búsqueda además en trabajos originales, artículos de revisión, monografías, guías de práctica clínica y libros de texto en español e inglés de los últimos 10 años, teniendo en cuenta que, la temática estudiada se analizará en este periodo.

DESARROLLO

El incremento en la calidad de vida de la población es la meta más alta del Sistema Nacional de Salud Pública, a pesar de ser hoy una realidad el envejecimiento poblacional, en Cuba y en la provincia de Ciego de Ávila. Las tendencias demográficas destacan este indicador como el cambio más sobresaliente en la actualidad, en la estructura de la población mundial, unido al descenso de la natalidad. No obstante, esto trae aparejado un incremento de las enfermedades más frecuentes de la tercera edad y entre ellas, el cáncer de piel. La edad avanzada también predispone a la aparición de tumores, tanto en los párpados como en la conjuntiva.^(9,10)

De 5 a 9,2 % de los cánceres de piel provienen del párpado; los tumores de párpado representan el 90 % de todos los tumores oftalmológicos. Cada año, se diagnostican aproximadamente 60 000 casos nuevos de cáncer de párpado, como los más frecuentes.^(11,12)

La incidencia de los tumores malignos palpebrales varía en las distintas partes del mundo y en las diferentes razas, por lo general, su frecuencia aumenta con la edad; el grupo de 65 años y más, presenta el mayor número de casos registrados, su aparición



está relacionada con factores genéticos, virales y ambientales; existe una gran relación entre la aparición de estos tumores y las radiaciones ultravioleta del sol.^(11,12)

Entre los tumores epiteliales malignos se destacan: el carcinoma basocelular (tumor maligno de los párpados más común, entre 88-96 %); el carcinoma epidermoide (menos común pero más agresivo que el basocelular). Son menos frecuentes, el carcinoma de células de Meibomio y el melanoma palpebral, y verdaderamente más raro, el carcinoma de células de Merkel.⁽¹³⁾

La mayoría de los carcinomas cutáneos palpebrales son del tipo basocelular, y es el párpado inferior, el afectado con más frecuencia. Por lo tanto, su tratamiento necesita de un grupo multidisciplinario y dentro de este, el cirujano plástico, quien se auxilia de diferentes técnicas quirúrgicas, que aunque antiguas, no han perdido su vigencia, entre ellas el injerto libre de piel, la exéresis y cierre primario, la rotación y avance de colgajos a distancia y de vecindad, como la técnica de Mustardé.⁽¹⁴⁾

De acuerdo con la evolución de la lesión, el tumor se presenta inicialmente como un pequeño nódulo de consistencia firme, de superficie brillante y lisa. La lesión, de forma general, se extiende lentamente y se ulcera; en casos avanzados llega a producir ectropión.⁽¹⁴⁾

Anatomía palpebral:

El párpado y la región orbitaria son áreas topográficas con gran complejidad anatómica, y ello hace que probablemente sea una de las zonas más complicadas para reconstruir en cirugía oftalmológicas. Esta localización entraña además riesgos adicionales que no encontramos en otras áreas anatómicas. Toda la dificultad de la cirugía palpebral la convierte en un reto para los oftalmólogos y dermatólogos, y condiciona una mayor complejidad para el perfeccionamiento en esta práctica quirúrgica.⁽¹⁵⁾

La enfermedad tumoral que más frecuentemente se desarrolla en los párpados son los carcinomas basocelulares y se encuentran más frecuentemente en el párpado inferior. Además del carcinoma basocelular se pueden encontrar otros tumores, como el carcinoma escamoso, el carcinoma sebáceo o el melanoma, además de otros como el carcinoma de células de Merkel, angiosarcoma, varios tipos de linfoma, carcinoma anexial microquístico, histiocitoma fibroso maligno y otros tipos de neoplasias que



pueden aparecer en la región periorbitaria. Además, se debe tener en cuenta la posibilidad de diseminación de estos tumores a estructuras más profundas por medio de las líneas de fusión embrionarias del canto interno. El objetivo fundamental de esta cirugía consiste, como siempre en la cirugía oncológica, en la exéresis completa de la lesión tumoral, realizando cirugía escisional convencional o cirugía controlada al microscopio. Posteriormente, en la reconstrucción, se debe intentar preservar lo máximo posible el funcionamiento palpebral y, finalmente, lograr el mejor resultado estético posible. Se deben evitar complicaciones como el ectropión, la exposición corneal, la pérdida de rigidez del margen palpebral, el lagofthalmos, la epífora o la pérdida de la tensión del párpado superior que pueda producir una ptosis mecánica.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

Los párpados son estructuras anatómicas complejas que actúan como puerta cortafuegos, protegiendo el globo ocular, creando y manteniendo la película lacrimal. Cada párpado mide aproximadamente 30 mm, con una altura vertical de entre 8-10 mm. La fisura palpebral, que corresponde al espacio entre los párpados abiertos, varía entre 7-10 mm en los hombres y 8-12 mm en las mujeres. Su piel es muy fina, con un espesor que varía entre 700 y 800. Apenas tiene dermis, el tejido celular subcutáneo es muy laxo y se distiende con facilidad, lo que provoca que se creen fácilmente hematomas y edemas ante cualquier pequeña intervención. Tras el tejido celular subcutáneo se encuentran en ambos párpados el músculo orbicular, que actúa como protractor, es decir, su función principal es el cierre palpebral, lo que facilita el drenaje lagrimal. Por detrás del músculo orbicular están los tarsos superior e inferior, que son 2 placas fibrocartilaginosas, con un grosor aproximado de 0,8 a 1 mm, que se unen al reborde orbitario superior e inferior por medio del septo orbitario, una capa fibrosa, que separa los párpados del contenido orbitario. La unión al reborde orbitario medial y lateral de los tarsos se realiza por medio de los ligamentos cantales interno y externo. Íntimamente unida al tarso encontramos la conjuntiva palpebral, que se continúa con la conjuntiva marginal, y posteriormente, al llegar al fórnix, se refleja sobre el globo ocular hasta la córnea, constituyendo la conjuntiva bulbar.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾



En algunas personas se puede distinguir la línea gris en el borde libre palpebral, que representa la separación entre la parte anterior y posterior del párpado. La parte anterior está constituida por la piel y el músculo orbicular, y la posterior por el tarso, los músculos retractores y la conjuntiva. Por delante de la línea gris se encuentran las pestañas, en 2 o 3 hileras irregulares que constituyen entre 100 y 150 pestañas en el párpado superior, y aproximadamente la mitad en el inferior. Por detrás de la línea gris se encuentran los orificios que corresponden a la salida de las glándulas de Meibomio.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

La extensión del párpado superior se localiza desde el límite inferior de la ceja hasta el borde libre palpebral. El pliegue palpebral superior lo divide en una porción pretarsal (inferior) y otra preseptal (superior). La extensión del párpado inferior se localiza desde el borde palpebral hasta los surcos malar y nasoyugal. El pliegue palpebral inferior es menos visible en la edad adulta, y puede apreciarse mejor en la infancia.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Los cantos interno y externo resultan de la unión de los párpados superior e inferior en sus extremos mediales y laterales respectivamente. A nivel del canto interno se encuentra la carúncula, y el doble drenaje lagrimal por medio de los canalículos superior e inferior.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Las técnicas a emplear para la reconstrucción palpebral tanto superior como inferior son múltiples, y su elección dependerá en gran medida de la magnitud del defecto creado y de su localización, así como de la histología de la lesión y otros aspectos como la edad de los pacientes. Siempre que sea posible se intentarán mantener las pestañas, ya que suponen un excelente punto de referencia durante la cirugía. Ante las lesiones cutáneas pequeñas del párpado inferior y superior, se aconseja realizar husos horizontales, salvo que, por ejemplo, en el párpado inferior creamos una amplitud vertical que pudiera provocar ectropión, en cuyo caso se realiza un huso vertical.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

Complicaciones en la cirugía palpebral:

Conservar al máximo el funcionamiento palpebral es uno de los objetivos más importantes en la cirugía de los párpados, intentando preservar en todo lo posible la función de drenaje lagrimal y protección ocular que estos ejercen. Para ello se deben evitar algunas complicaciones como son el entropión, ectropión, lagoftalmos, la epifora



y exposición corneal. También hay que mantener un margen palpebral rígido y estable, y evitar traumatismos corneales por el roce con el epitelio queratinizado del párpado. Además, se debe intentar mantener la simetría de la abertura palpebral, ya que además de poder interferir con la visión constituye un elemento importante de expresión facial. Los hematomas y edemas palpebrales son muy frecuentes en la cirugía palpebral debido a la laxitud de la piel de esta zona, y los pacientes deben ser advertidos de la posibilidad de su aparición, ya que en ocasiones puede resultar muy llamativo. Para prevenirlos y también posteriormente atenuarlos es importante la aplicación de frío local. El ectropión produce una exposición de la conjuntiva palpebral, bulbar o corneal, lo que puede producir ojo seco, así como lagrimeo reflejo, y finalmente traducirse en complicaciones como conjuntivitis crónica, dolor y fotofobia. Para evitarlo se debe intentar que las cicatrices sean verticales o perpendiculares al borde libre palpebral cuando el tamaño del tumor lo permita. Ante un colgajo en el párpado inferior, cuando se realiza una incisión por la zona malar, debe describirse una dirección diagonal ascendente, que permite un mayor avance del colgajo y previene el ectropión. Hay que asegurar que la tensión creada sea siempre horizontal y nunca vertical, y si se diseña un triángulo de Burow este no debe realizarse al mismo nivel o inferior al párpado inferior.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

El lagofthalmos supone imposibilidad de cerrar completamente los párpados, con la consiguiente exposición corneal y riesgo de queratitis o ulceraciones, y puede producirse en cirugías del párpado superior. Para prevenir estas complicaciones hay que recordar que ante la exéresis de piel del párpado superior hay que respetar al menos 1 cm de piel desde el límite inferior de la ceja. La epífora consiste en la acumulación de lágrimas producidas en cantidad normal que no pueden evacuarse en su totalidad. Podemos observar esta complicación ante tumores que afectan a los puntos de apertura de las papilas lacrimales y obligan a su exéresis. En el colgajo glabellar para la corrección de defectos del canto interno se debe evitar el efecto trampilla o engrosamiento del colgajo respecto a la piel del párpado a la que se sutura. Para prevenir esta complicación, con implicaciones sobre todo estéticas, hay que destacar que, aunque el plano de disección es el tejido celular subcutáneo, en



ocasiones se debe adelgazar el colgajo de modo que se consiga un grosor de piel similar entre la piel del colgajo que se rota y la piel del párpado a la que se sutura. En caso de efecto trampilla, a pesar de lo anterior, este puede corregirse en un segundo tiempo quirúrgico.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

CONCLUSIÓN

La cirugía de párpado supone un reto en oftalmología debido a su particular anatomía y funcionalidad. Es esencial su correcto conocimiento, así como el material y las distintas opciones reconstructivas de las que disponemos, para así ser capaces de mantener el éxito de una cirugía oncológica unido a un resultado funcional y cosmético aceptable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Telich JE, A Monter A, Baldín A, Apellaniz A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. Acta Méd Grup Áng. 2019;15(2):154.
2. Kanski JJ.: Clinical ophthalmology. 10ma. Boston: Butterworth Heinemann, 2021. Pp:12-93.
3. Stal S, Spira M.: Basal and squamous cell carcinoma of the skin. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, Grabb WC, Smith JW, Ed.: Grabb and Smith's Plastic Surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. Pp:107-120.
4. Wu A, Stern S, Robinson K, Corona R. Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma. UpToDate; 2019.
5. Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. New York: McGraw-Hill; 2019 [acceso: 08/03/2021]. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=102321>
6. Beyer KC, Rledel GK.: Basal cell carcinoma. En: Albert DM, Jakobiec FA. Principles and practice of ophthalmology, clinical practice. Boston: W.B. Saunders, 1995, Pp:1173-1121.
7. Pereira IC, Schellini AS, Silva MRBM, Marques MEA, Padovani CR.: Aspectos do carcinoma basocelular da pálpebra na região de Botucatu (São Paulo). Rev Bras Oftalmol. 2021;59 (10):737-743.



8. Ni Z.: Histopathological classification of 3510 cases with eyelids tumors. *Chung Hua Yen KoTsa Chih* 1996; 32(6):435-437.
9. Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. *Gac Méd Espirit* [internet]. 2015 [citado 14 dic. 2020];17(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212015000300025&lng=es
10. Bayarre Veá HD. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. *Rev Cubana Salud Públ* [internet]. 2017 [citado 14 dic. 2020];43(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662017000200014&lng=es
11. Darias C, Garrido J. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. 2019; 40:2.
12. Manzanero Hernández ME, Cruz Ramírez Jaimes J, López Mendoza S. Carcinoma basoescamoso o metatípico en conjuntiva. Reporte de un caso. *Rev Mex Oftalmol* [internet]. 2019 [citado 14 dic. 2020];91(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article>
13. González García JL, Santos Silva D, Abreu Perdomo FA, Melgares Ramos MÁ, Valdivia Bregado YT. Aplicación de técnicas reconstructivas en el manejo de los pacientes con tumores malignos del párpado inferior. *Rev Cubana Oftalmol* [internet]. 2016 [citado 14 dic. 2020];29(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421762016000200005&lng=es
14. Coiffman F. Colgajo - generalidades. En: Coiffman F. *Cirugía Plástica, reconstructiva y estética*. Bogotá: AMOLCA; 2007. p. 405-08.
15. Vinay K, Abul K, Abbas M, Jon C. *Robbins Basic Pathology*. Philadelphia: Elsevier. 2017;24(902):192-3.
16. Piña Y, Piña JJ, Castro AM, Darias C. Dermatoscopia para establecer márgenes quirúrgicos mínimos en la resección de carcinomas basocelulares. *Rev Méd*



Electrón. 2019 [acceso: 08/03/2021];40(1). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article>

17. Remón RE, Barbán PJ, Pérez FM, Frías BR, Hernández MLA. Tratamiento quirúrgico en paciente con carcinoma basocelular del párpado inferior. Presentación de un caso. *Mul Med.* 2019;22(2):2.
18. Alcalá D, Carmona FP, González JF. Carcinoma basocelular agresivo. *Dermatol CMQ.* 2019;16(2):134-13.
19. American Academy of Ophthalmology. *Orbit, Eyelids, and Lacrimal System.* San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2019.
20. Rosales MD, Ascarza AA. Precisión diagnóstica de la evaluación clínica de lesiones palpebrales. *Oftalmol Clín Ex.* 2019;10(4):124-33.