



## Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología

Print version ISSN 0365 -6691

**Arch Soc Esp Oftalmol vol.80 no.6 Madrid June 2005**

<http://dx.doi.org/10.4321/S0365-66912005000600010>


### ARTÍCULO ORIGINAL

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PTOSIS PALPEBRAL MIOGÉNICA ADQUIRIDA

### SURGICAL TREATMENT OF ACQUIRED MYOGENIC EYELID PTOSIS






BECERRA EM<sup>1</sup>, BLANCO G<sup>2</sup>, MUIÑOS Y<sup>1</sup>, BIANCIOTTO C<sup>1</sup>

#### My SciELO

 Custom services

#### Services on Demand

##### Article

-  Article in xml format
-  Article references
-  How to cite this article
-  Automatic translation
-  Send this article by e-mail

##### Indicators

##### Related links

##### Bookmark

|More

#### RESUMEN

**Objetivo:** Reportar el resultado de la cirugía de la aponeurosis del elevador en dos pacientes con ptosis palpebral miogénica adquirida y describir pautas quirúrgicas para su corrección. **Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de dos pacientes con ptosis palpebral miogénica posterior a la corrección quirúrgica.

**Resultados:** En dos pacientes con ptosis palpebral miogénica adquirida con escasa función del elevador se realizó cirugía de resección del elevador. Aparecieron complicaciones corneales en ambos casos.

**Conclusión:** Los pacientes con ptosis palpebral miogénica tienen riesgo de complicaciones post-quirúrgicas por exposición corneal. La corrección quirúrgica debe ser conservadora y realizarse solamente cuando el eje visual está comprometido.

#### Palabras clave:

Ptosis palpebral miogénica, miopatía mitocondrial, oftalmoplejía.

#### ABSTRACT

**Objective:** To report the surgical outcome of aponeurosis surgery in patients with acquired myogenic eyelid ptosis and describe surgical guidelines for their correction.

**Methods:** The clinical records of two patients with acquired myogenic eyelid ptosis after surgical correction were reviewed.

**Results:** In two patients with acquired myogenic eyelid ptosis and barely good levator function, levator resection surgery was performed. Corneal complications appeared in both cases.

**Conclusion:**

Patients with acquired myogenic eyelid ptosis are at risk of post-operative surgical complications from corneal exposure. Surgical correction should be conservative and performed only when the visual axis is compromised. (*Arch Soc Esp Oftalmol* 2005; 80: 359-364).

#### Key words:

Myogenic eyelid ptosis, mitochondrial myopathy, ophthalmoplegia.

Recibido: 28/4/04. Aceptado: 21/6/05.

Departamento de Oftalmología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

1 Licenciado en Medicina. Unidad de Plástica Ocular, Órbita y Vías lagrimales. Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA).

Universidad de Valladolid. Valladolid. España. Becario Fundación Carolina. España.

2 Doctor en Medicina. Unidad de Plástica Ocular, Órbita y Vías lagrimales. Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA).

Universidad de Valladolid. Valladolid. España.

Correspondencia:

Emiliano Becerra

Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA)

Edificio de Ciencias de la Salud

Avda. Ramón y Cajal, n.º 7 3.ª planta

47005 Valladolid

España

E-mail: [emilianobecerra@hotmail.com](mailto:emilianobecerra@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La miogénica es una causa relativamente poco frecuente de ptosis palpebral. Habitualmente se presenta asociada a pobres mecanismos de protección ocular y en ciertos casos se asocia a trastornos en otros órganos y sistemas que afectan la salud general del paciente. Es importante diferenciarla de causas más comunes como la ptosis palpebral aponeurótica, neurogénica, traumática, y mecánica, de diferente significado clínico y tratamiento.

El diagnóstico diferencial de las causas de ptosis palpebral miogénica adquirida incluye: miopatías mitocondriales, distrofia muscular oculofaríngea, miopatía oculofaringodistal y distrofia miotónica (1-3).

Clínicamente, el origen miogénico de una ptosis palpebral debe sospecharse cuando se presente con pobre función del elevador, se asocie a un trastorno de la motilidad extraocular que no presente un patrón típico de parálisis de par craneal, o se asocie a un trastorno en cualquier grupo muscular esquelético (1).

El objetivo de este estudio es describir dos casos de pacientes con ptosis palpebral miogénica adquirida tratados con cirugía de la aponeurosis prestando especial atención a la indicación y posibles complicaciones de esta técnica.

## CASOS CLÍNICOS

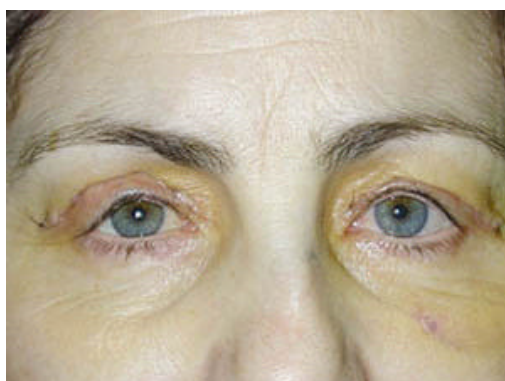
Se describen los casos clínicos de dos pacientes con ptosis palpebral miogénica tratados en nuestro centro.

### Caso 1

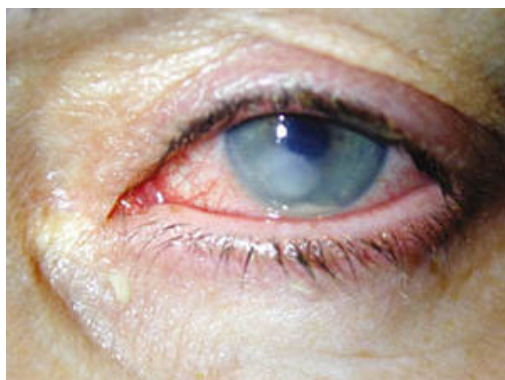
Mujer de 46 años de edad que consultó en enero 2001 por presentar ptosis palpebral bilateral progresiva presente desde su juventud que había aumentado en los últimos meses. Como antecedentes personales, la paciente presentaba historia de cansancio e intolerancia al ejercicio desde la adolescencia. Nueve años antes, se le había realizado una cirugía de ptosis palpebral derecha en otra institución. Un examen neurológico y cardiológico revelaron un bloqueo de rama e hipoacusia de percepción y debilidad leve de extremidades de predominio proximal. El examen externo mostró una marcada disminución en la motilidad extraocular bilateral, ptosis palpebral moderada-intensa bilateral con afectación del eje visual en el ojo izquierdo ([fig. 1](#)), con función del elevador de 7 mm OD y 10 mm OI, pobre fenómeno de Bell y retracción medial párpado superior derecho secundaria a la cirugía previa. El test de Schirmer evidenció ojo seco hiposecretor fundamentalmente en OI. El fondo de ojo detectó un aumento de pigmentación en media periferia. La biopsia de músculo esquelético y el estudio genético demostraron fibras rojo rotas y delección única del DNA mitocondrial respectivamente, hallazgos típicos de las miopatías mitocondriales. Debido a los hallazgos clínicos asociados, se diagnosticó síndrome de Kearns-Sayre. A la paciente se le realizó una cirugía de resección del elevador consiguiendo una correcta posición de los párpados en el postoperatorio ([fig. 2](#)). Durante los meses siguientes, la paciente presentó múltiples episodios de erosiones corneales por exposición, tratadas con lubricantes oculares y lentes de contacto terapéuticas. En el cuarto mes postoperatorio la paciente desarrolló un episodio agudo de dolor y disminución de agudeza visual, constatándose una úlcera corneal con hipopión ([fig. 3](#)), que resolvió con tratamiento antibiótico tópico. Se decidió reintervenir para posicionar los párpados en una altura más tolerable para su superficie ocular ([fig. 4](#)). Tras dos años y medio de seguimiento, no se han detectado nuevas complicaciones.



**Fig. 1.** Caso 1. Paciente en la presentación inicial, se observa ptosis palpebral bilateral con afectación eje visual OI y retracción medial del párpado superior derecho por cirugía previa.



**Fig. 2.** Caso 1. Paciente en el día 1 postoperatorio de resección bilateral del elevador. con posición correcta de los párpados.



**Fig. 3.** Caso 1. Segmento anterior ojo izquierdo, se observa úlcera corneal infecciosa con hipopion e inyección conjuntival periquerática.



**Fig. 4.** Caso 1. Posición final de los párpados tras resección bilateral del elevador y posterior reintervención para disminuir el efecto de la cirugía.

**Caso 2**

Varón de 25 años de edad que consultó en marzo 2002 por presentar ptosis palpebral bilateral progresiva más acentuada en lado derecho presente desde su adolescencia. Como antecedentes personales el paciente presentaba antecedentes de soplo cardíaco y distrofia muscular de Duchenne diagnosticada a los diez años de edad. Asimismo había sido intervenido a los cinco años de edad de cirugía de estrabismo y cinco años antes de la consulta se le había realizado una reconstrucción craneofacial. Presentaba antecedentes familiares de distrofia muscular en la madre, dos tíos y el abuelo materno. El examen externo mostró una desviación vertical disociada bilateral, ptosis palpebral de 4 mm OD y 2-3 mm OI con afectación del eje visual derecha, función del elevador 10 mm, pobre fenómeno de Bell, y lagofthalmos de 1-2 mm bilateralmente y retracción palpebral inferior derecha de 2 mm (fig. 5). El test de Schirmer evidenció ojo seco hiposecretor en ambos ojos. En la biomicroscopía, se detectaron opacidades corticales bilaterales. Al paciente se le realizó una cirugía de resección del elevador quedando con leve hipocorrección párpado superior derecho que requirió reintervención consiguiendo una correcta posición el postoperatorio (fig. 6). En el 8.º mes postoperatorio, presentó una queratopatía por exposición con buena respuesta al tratamiento con lágrimas artificiales. Tras dos años de seguimiento, no se han detectado nuevas complicaciones.



**Fig. 5.** Caso 2. Paciente en la presentación inicial, se observa ptosis bilateral con afectación eje visual OD y retracción bilateral de los párpados inferiores.



**Fig. 6.** Caso 2. Posición final de los párpados, tras resección bilateral del elevador y posterior reintervención para corregir hipocorrección OD:

**DISCUSIÓN**

La decisión quirúrgica de la corrección de la ptosis palpebral, está basada fundamentalmente en la cantidad de ptosis y la función del elevador. Sin embargo, en el manejo de los pacientes con diagnóstico de ptosis miogénica, se debe dar especial consideración a la evaluación de los mecanismos de protección corneal. Esto incluye, función del orbicular, motilidad ocular extrínseca, fenómeno de Bell, y estado de la película lagrimal. Estos pacientes habitualmente presentan lagofthalmos debido a una pobre función del músculo orbicular, que en ocasiones se asocia a un pobre o ausente fenómeno de Bell. Sin embargo este último hallazgo no suele presentarse en pacientes con distrofia muscular oculofaríngea, según un estudio previo (4). La motilidad ocular también se encuentra afectada frecuentemente, resultando en diversas formas de oftalmoplejia externa.

Debido a la alteración de estos mecanismos de protección ocular, estos pacientes tienen mayor riesgo de queratopatía por exposición posterior a la corrección quirúrgica de la ptosis palpebral (5). Cuando, además, se asocia una inadecuada película lagrimal, la protección corneal se compromete seriamente.

Las diferentes opciones quirúrgicas para la corrección de la ptosis palpebral en estos pacientes incluyen la resección o avance de la aponeurosis del elevador (4), y técnicas que elevan el párpado utilizando el músculo

frontal, a través de la suspensión frontal tradicional con fascia lata, silicona, o material de sutura (1,4), o directamente realizando un flap del propio músculo frontal (6). Asimismo, un estudio previo (7), reporta buenos resultados al combinar cirugía de ptosis palpebral superior y recesión del párpado inferior, para mantener una fisura palpebral estrecha en estos pacientes. También se ha descrito la blefaroplastia del párpado superior en lugar de la cirugía de ptosis en estos pacientes, con buenos resultados (8).

La técnica quirúrgica elegida en estos dos pacientes fue la cirugía del elevador basándonos en la adecuada función del músculo elevador (superior a 8 mm) siguiendo las mismas pautas publicadas en un estudio previo (1). En el paciente del caso 1 se consiguió una posición correcta de los párpados mientras que el caso 2 resultó en una hipocorrección del lado derecho que requirió reintervención para corregirla.

A pesar de conseguir una posición final postoperatoria correcta de los párpados tras la cirugía de resección del elevador, ambos pacientes presentaron complicaciones corneales de diferente importancia, que requirió reintervención en el caso 1 para disminuir el efecto de la cirugía. Por lo tanto, el objetivo de la cirugía ha de ser la realización de la mínima corrección necesaria para obtener la liberación del eje visual y que permita un cierre palpebral adecuado después de la intervención.

Aunque tradicionalmente se ha indicado la cirugía de suspensión frontal en pacientes con ptosis palpebral miogénica, la cirugía de la aponeurosis tiene su indicación en casos que presenten una relativamente buena función del elevador, como en los pacientes de este estudio. Esto implica realizar una valoración del compromiso visual del paciente, como así también de las probables complicaciones que pueden aparecer posterior a la cirugía, que pueden requerir reintervenciones debido a que la posición palpebral postoperatoria es menos predecible por la alteración muscular propia de estos pacientes. El manejo debe ser conservador, indicando cirugía solo para liberar el eje visual cuando este está comprometido y buscando una posición final del párpado superior más baja de la que habitualmente se pretende en pacientes con otros tipos de ptosis. A pesar de todo es probable que se presenten alteraciones por exposición corneal y que se requieran ajustes post-quirúrgicos para conseguir un resultado funcional y estéticamente aceptable.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Wong VA, Beckingsale PS, Oley CA, Sullivan TJ. Management of myogenic ptosis. *Ophthalmology* 2002; 109: 1023-1031.
2. Borchert MS. Diseases of the ocular muscles. In: Albert DM, Jakobiec FA. Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia: W. B. Saunders, 2000; 4065-4074.
3. Tome FM, Fardeau M. Ocular myopathies. *Pathol Res Pract* 1985; 180: 19-27.
4. Kang DH, Koo SH, Ahn DS, Park SH, Yoon ES. Correction of blepharoptosis in oculopharyngeal muscular dystrophy. *Ann Plast Surg* 2002; 49: 419-423.
5. Daut PM, Steinemann TL, Westfall CT. Chronic exposure keratopathy complicating surgical correction of ptosis in patients with chronic progressive external ophthalmoplegia. *Am J Ophthalmol* 2000; 130: 519-521.
6. Goldey SH, Baylis HI, Goldberg RA, Shorr N. Frontalis muscle flap advancement for correction of blepharoptosis. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2000; 16: 83-93.
7. Holck DE, Dutton JJ, DeBacker C. Lower eyelid recession combined with ptosis surgery in patients with poor ocular motility. *Ophthalmology* 1997; 104: 92-95.
8. Burnstine MA, Putterman AM. Upper blepharoplasty: a novel approach to improving progressive myopathic blepharoptosis. *Ophthalmology* 1999; 106: 2098-2100.

---

© 2012 Sociedad Española de Oftalmología

Travessera de Gràcia, 17-21

Tel: 932 000 711

08021 Barcelona



[oftalmologia@elsevier.com](mailto:oftalmologia@elsevier.com)