

Tira tarsal

Tarsal Strip: Surgical procedure

JF. Santamaría, S. Muñoz, F. Mascaró

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Correspondencia:

Juan Francisco Santamaría
E-mail: juanfra_s@hotmail.com

Resumen

La tira tarsal es una técnica básica en la cirugía palpebral. Corrige anomalías de la posición horizontal y vertical del párpado inferior, que producen tanto entropión como el ectropión involutivo, cuando el componente de laxitud es muy marcado. También mejora el lagoftalmo en la parálisis facial con descenso del párpado inferior.

Resum

La tira tarsal és una tècnica bàsica de la cirurgia palpebral. Corregeix anomalies de la posició horitzontal i vertical de la parpella inferior, que provoquen entropi i ectropi involutiu, quan el component de laxitud és molt marcat. També millora el lagoftalme en la paràlisi facial amb descens de la parpella inferior.

Abstract

Lateral canthal strip is a basic procedure in palpebral surgery. It corrects both vertical and horizontal abnormalities in eyelid position, in involutional entropion and ectropion, when laxity is a major feature. This technique also improves lagophthalmos in facial palsy with prominent droopy inferior eyelid.

Técnica de tira tarsal

La tira tarsal lateral es el procedimiento ideal para la corrección del ectropión y del entropión sin laxitud del tendón cantal medial de moderado a severo. Se describe la técnica quirúrgica del vídeo adjunto (Vídeo 1)¹.

Tras la anestesia local del canto lateral (ambos párpados) se practica una cantotomía lateral mediante la compresión hemostática del canto con una pinza de Kocher, y una incisión recta de 10 mm desde el ángulo cantal con tijeras de Wescott. El siguiente paso es identificar la inserción inferior del tendón cantal lateral mediante la palpación de ésta con tijeras. A continuación, se corta el tendón y se libera la porción lateral del párpado inferior. Esto permitirá aplicar tensión lateral y la creación de la tira tarsal^{2,1}.

La longitud de la tira se determina tirando del borde del párpado inferior lateralmente y marcando con un bisturí #11 el punto en el que el margen palpebral cruza el reborde orbitario. Se forma una tira tarsal con los siguientes pasos¹:

- Resección del margen palpebral y la separación del párpado en una lamela anterior (piel y orbicular) y otra posterior (tarso y conjuntiva) mediante disección con tijeras^{1,3}.
- Incisión en el borde tarsal inferior a través de la conjuntiva y los retractores del párpado inferior^{1,3}.
- Desepitelización de la conjuntiva del segmento posterior de la tira con el coagulador del bisturí eléctrico. La potencia debe ser baja⁴ para evitar la coagulación y contracción del tejido tarsal. Este paso es muy importante para evitar la aparición posterior de quistes de inclusión^{1,3}.

Se continúa con la disección de los tejidos blandos hasta la adecuada visualización del periostio del reborde orbitario lateral. Se prepara la zona de anclaje de la tira en el periostio realizando una incisión longitudinal en éste que permita la introducción de la sutura a modo de ojal. Se pasa una sutura doble no reabsorbibles (a ser posible) a través de la tira tarsal desde posterior hacia anterior y se anuda para prevenir que se desgarre en el momento de suturarla al reborde^{4,1}. Dicha sutura debe ser suficientemente robusta y duradera para mantener la tensión durante el proceso postoperatorio (meses) y al mismo tiempo no demasiado molesta al tacto de la zona cantal. Además, es preferible que esté



Vídeo 1. Tira tarsal.

dblemente armada para realizar una "U" en el anclaje tarsal con agujas triangulares lo suficientemente grandes para atravesar el periostio del canto y fáciles de recuperar³. Es complicado encontrar la "sutura ideal", algunas son demasiado grandes y desgarran mucho el tejido, notándose en exceso en el postoperatorio. Por el contrario, las más dóciles con el tarso (por pequeñas) plantean dificultades para recuperarlas tras pasar por el tejido perióstico. Se recomienda el dacron 5-0 con aguja grande, o en su defecto, se puede usar ethibond o monofilamentos de doble aguja 5-0. Se ancla la tira al periostio del reborde orbitario con una dirección superotemporal y se aplica la tensión suficiente que permita separar el párpado 3-4 mm del globo ocular^{4,1,3}.

Se reconstruye el ángulo cantal lateral con vicryl de 6-0 y una sutura circular para enterrar el nudo en la herida. Tras ello, se sutura el plano muscular y cutáneo con vicryl de 6-0 y seda de 6-0 respectivamente¹.

Bibliografía

1. Geoffrey J Gladstone, Evan H. Black, Shoib Myint, Brian G. Brazzo, *Oculoplastic Surgery Atlas, Eyelid Disorders*. New York: Springer Science + Business Media, 2002, pp 30-34.
2. Tyers AG, Collin JRO. *Colour atlas of ophthalmic plastic surgery 3rd edition*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2007. pp 115-118.
3. Thomas Spoor. *Atlas of oculoplastic and orbital surgery*. London: Informer Healthcare, 2010. pp 16-21.
4. Morris E. Hartstein, John B. Holds, Guy G. Massry. *Pearls and Pitfalls in Cosmetic Oculoplastic Surgery*. New York: Springer, 2009. pp 521-523.