

Generalidades en la reconstrucción palpebral

Basic concepts in eyelid reconstruction

M. Abia, F. Mascaró

Resumen

Los defectos palpebrales suponen un reto quirúrgico reconstructivo, pues no solo hay que reponer los tejidos ausentes, sino que además debe ser una reconstrucción cuidadosa para mantener toda la funcionalidad palpebral. En este capítulo se explican las reglas básicas de la reconstrucción palpebral, que van a depender del tamaño, la profundidad y la localización del defecto.

Resum

Els defectes palpebrals suposen un repte quirúrgic a nivell reconstructiu, no només cal reposar els teixits absents sinó que a més ha de ser acurada per mantenir tota la funcionalitat de la parpella. En aquest capítol s'expliquen les regles bàsiques de la reconstrucció palpebral, que dependran de la grandària, la profunditat i la localització del defecte.

Abstract

Eyelid defects represent a surgical reconstructive challenge, not only because we have to replace the missing tissues but also it is mandatory to be very careful to maintain all palpebral functionality. This chapter explains the basic rules of eyelid reconstruction, which will depend on the size, depth, and location of the defect.

4.2.1. Generalidades en la reconstrucción palpebral

Basic concepts in eyelid reconstruction

M. Abia, F. Mascaró

Facultativo Especialista de Oftalmología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Correspondencia:

Maravillas Abia

E-mail: mavi.abia@gmail.com

Introducción

Ante un tumor palpebral, sea benigno o sea maligno, el primer problema que se nos plantea una vez extirpado por completo es su reconstrucción.

La reconstrucción de la región periocular es un reto, puesto que no solo se trata de cerrar un defecto tisular, sino que además, por sus características funcionales, los párpados deben seguir manteniendo el dinamismo necesario para asegurar el parpadeo y proteger así la superficie ocular.

En este capítulo se repasan las reglas básicas de la reconstrucción palpebral, dependiendo del tamaño, la profundidad y la localización del defecto.

Conceptos básicos

Lamelas palpebrales

Los párpados, en términos reconstructivos, podemos dividirlos en dos lamelas:

- **Lamela anterior:** configurada por la piel y el músculo orbicular
- **Lamela posterior:** formada por la conjuntiva y el tarso.

Esta división es imprescindible para determinar el tipo de reconstrucción que debe realizarse.

Injertos y colgajos

Para reconstruir cualquiera de las dos lamelas necesitaremos realizar injertos, colgajos o ambos:

- **Injerto:** tejido que se obtiene de una zona diferente a la que tratamos y que no tiene irrigación propia.
- **Colgajo:** tejido con su propia irrigación intacta.

Como concepto básico en reconstrucción, los injertos deben colocarse en zonas con buena irrigación para poder sobrevivir, puesto que, al obtenerlos, les hemos desprovisto de vasos.

Factores de decisión

Una vez extirpado en su totalidad el tumor palpebral hay que plantear la reconstrucción quirúrgica, y los factores que van a determinar qué tipo de reconstrucción y con qué técnicas vamos a reponer los tejidos son:

- El tamaño del defecto
- La profundidad del defecto
- La localización del defecto.

Tamaño del defecto

Como regla general, los defectos de hasta un cuarto de la longitud total del párpado, o incluso hasta un tercio en pacientes ancianos, pueden ser reconstruidos por cierre directo. Los defectos hasta la mitad de la longitud del párpado pueden cerrarse por cierre directo liberando los tejidos más allá del tendón cantal lateral con técnicas como la cantólisis lateral o el colgajo de piel semicircular¹.

Los defectos más grandes requieren la reconstrucción por separado de la lamela anterior y la posterior.

Profundidad del defecto

Los defectos palpebrales pueden ser de espesor completo o de espesor parcial, y la reconstrucción será de la misma manera; deberemos reponer la lamela anterior, la lamela posterior o ambas:

- **Defectos exclusivos de la lamela anterior:** los defectos de piel y músculo orbicular deben reconstruirse obteniendo colgajos cutáneos de zonas próximas o bien con injertos cutáneos. Los colgajos pueden ser desplazamientos horizontales o verticales de zonas vecinas, o colgajos rotacionales. Las zonas donantes que pueden dar injertos son variadas: piel palpebral del mismo ojo o del otro, piel retroauricular o supraclavicular, etc.
- **Defectos exclusivos de la lamela posterior:** las zonas donantes pueden ser injertos tarsoconjuntivales del párpado sano contralateral, cartílago auricular para tarso, mucosa oral (Figura 1), o de paladar para conjuntiva.
- **Defectos de espesor completo:** cuando hay defectos de espesor completo, tanto la lamela anterior como la posterior deben ser restituidas con colgajos o injertos. Teniendo en cuenta que, dado que los colgajos tienen vasculatura propia y los injertos no, en la reconstrucción debe haber por lo menos un colgajo (para restituir la lamela posterior o la lamela anterior), y el segundo elemento reconstructivo puede ser otro colgajo o un injerto.

Localización del defecto

Teniendo claros los principios de la cirugía reconstructiva, la elección de las zonas donantes de injertos o de los colgajos van a variar según donde se localice el defecto.

La región periocular se divide en cuatro regiones dependiendo de donde se localice el defecto a cubrir: párpado superior, párpado inferior, canto medial y canto lateral.

Párpado superior

- **Defecto de lamela anterior:** pueden utilizarse injertos de piel del párpado contralateral o colgajos horizontales de avance, según el tamaño del defecto.
- **Defecto completo:** para reconstruir la lamela posterior puede utilizarse cartílago auricular como injerto, y para reconstruir la lamela posterior puede utilizarse un colgajo vertical tunelizado respetando el margen palpebral inferior².

Párpado inferior

- **Defecto de lamela anterior:** pueden utilizarse injertos de piel palpebral superior, colgajos horizontales de avance o colgajos con transposición cutánea del párpado superior al párpado inferior.
- **Defecto de espesor completo:** si el defecto no es muy grande puede cerrarse de forma directa con cantotomía o cantólisis, o ambos, asociando colgajos temporales (Figura 2), y en casos de más de la mitad de la longitud palpebral es muy útil la reconstrucción con colgajo vertical tarsoconjuntival de párpado superior y colgajo vertical de piel, lo que se conoce como colgajo vertical de Hughes³ (Figura 3).

Canto medial

En el canto medial se puede dejar epitelizar por segunda intención con buenos resultados, aunque también es posible realizar colgajos nasoyugales, romboides o glabellares^{4,5}. En casos de tumoraciones malignas, la reconstrucción de la vía lagrimal se debe dejar para un segundo tiempo.

Canto lateral

En el canto lateral puede hacerse una tarsorrafia si el defecto es pequeño, o realizar colgajos de avance horizontal desde temporal, colgajos romboides, semicirculares tipo Tenzel o bilobulados.

Cuidados postoperatorios

Los cuidados postoperatorios tendrán como objetivo principal la supervivencia de los colgajos y los injertos, así como

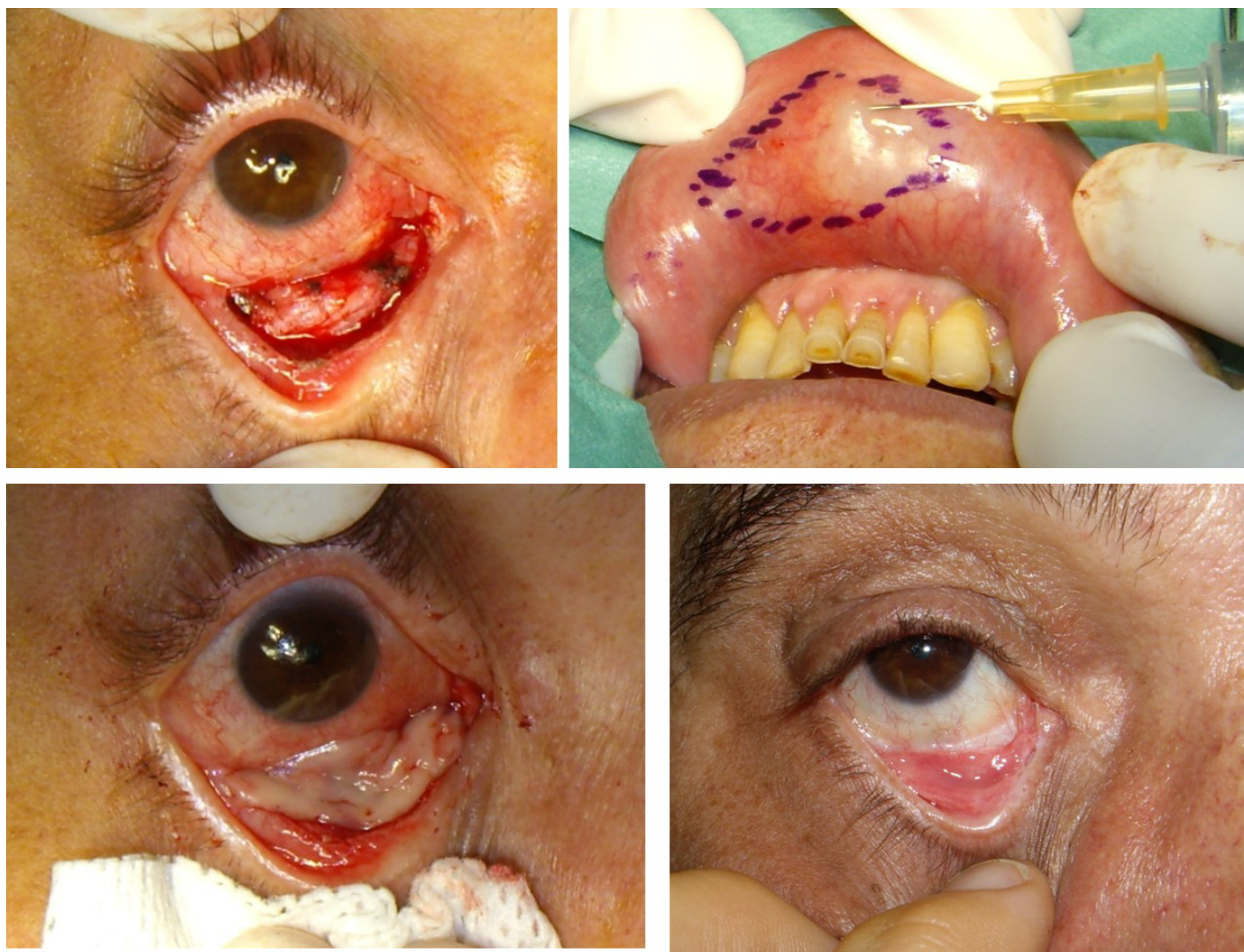


Figura 1. Injerto de mucosa oral para reconstruir un defecto de conjuntiva en el párpado inferior.

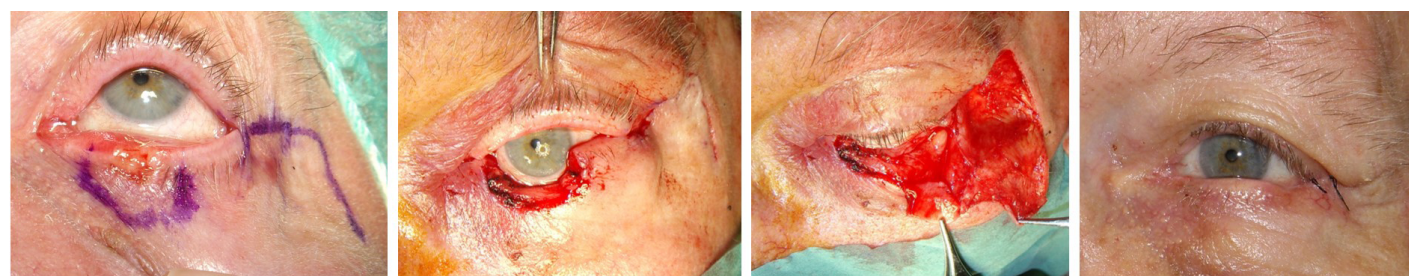


Figura 2. Defecto de párpado inferior de espesor completo reconstruido con cantotomía y cantólisis, y colgajo semicircular temporal de avance horizontal.

evitar las cicatrizaciones aberrantes y las retracciones de los tejidos.

Para evitar complicaciones, lo más importante empieza antes de la cirugía: una buena planificación siguiendo las líneas de tensión

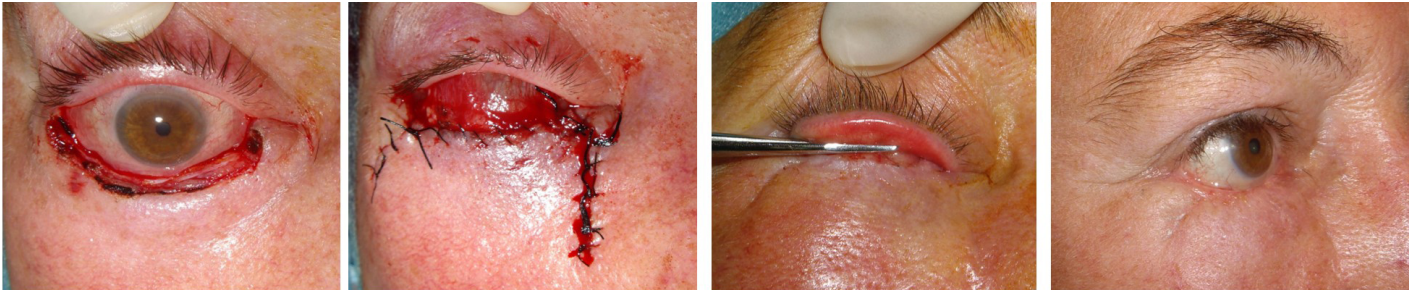


Figura 3. Defecto de toda la longitud palpebral inferior y de espesor completo reconstruido con un colgajo tarsoconjuntival de Hughes. La independencia del colgajo se realiza pasadas 2-4 semanas.

facial es clave para obtener los resultados esperados. Una vez realizada la reconstrucción quirúrgica, es necesario mantener limpias las heridas y aplicar pomadas antiinflamatorias y antibióticas durante los primeros días para favorecer una cicatrización completa.

Conclusiones

Es muy importante conocer la anatomía de la región periocular y las líneas de tensión facial, así como realizar una planificación de la reconstrucción antes de la cirugía; los éxitos anatómicos y funcionales estarán condicionados principalmente por estos motivos. Saber las técnicas que podemos utilizar para la reconstrucción, en función de la localización del defecto, de su profundidad y de su tamaño, es clave para obtener el resultado final deseado.

Bibliografía

1. Tyers AG, Collin JRO. *Colour atlas of ophthalmic plastic surgery*. 3rd ed. Philadelphia: Butterworth Heinemann Elsevier; 2008. p. 349-425.
2. Rahmi D, Mehmet B, Ceyda B, Sibel Ö. Management of the large upper eyelid defects with cutler-beard flap. *J Ophthalmol*. 2014;2014:1-5.
3. Azurin DJ, Versaci AD. Eyelid reconstruction. *Plast Surg Secrets*. 2013;132(2):288e-302e.
4. Perry JD, Taban M. Superiorly based bilobed flap for inferior medial canthal and nasojugal fold defect reconstruction. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2009;25(4):276-9.
5. Ng SGJ. The rhomboid flap in medial canthal reconstruction. *Br J Ophthalmol*. 2001;85(5):556-9.