

LOS PÁRPADOS

Dr. Francisco Villarroel C.

Muy importantes para proteger al ojo, mantener su humectación y contribuyen a la expresión de la cara.

La estructura del párpado superior es muy similar a la del inferior. En forma simple, su porción cercana a pestañas está formada por la piel y el músculo orbicular (muchos la denominan a este conjunto como lámina anterior del párpado), por el platillo tarsal, que contiene a las glándulas de Meibomio y por la conjuntiva (también denominados como lámina posterior del párpado). La parte superior, cercana a las cejas, es la porción preseptal del párpado, y en esta porción se agrega la grasa pre-aponeurótica y los músculos retractores del párpado.

En el párpado superior, los músculos retractores están formados por la aponeurosis del músculo elevador (musculatura estriada) y el músculo tarsal superior o de Müller (musculatura lisa). En el párpado inferior, los retractores están formados por el tendón depresor (originado en la vaina del recto inferior, y es de fibras estriadas) y el músculo tarsal inferior (que es de musculatura lisa).

El músculo orbicular sirve para ocluir los párpados y es de musculatura estriada. Tiene una porción pretarsal cerca al borde libre palpebral y, otra, preseptal (hacia las cejas), inervadas por el VII par. La porción pretarsal contribuye a la formación de los cantos palpebrales (canto medial o interno, lateral o externo), que son elementos de sostén de los párpados. El interno, juega además un importante papel en el bombeo de la lágrima enviándola hacia la nariz.

Si miramos derecho al frente, el borde palpebral superior se ubica a unos 2 mm bajo limbo corneal superior, en tanto que, el borde del párpado inferior, lo hace a nivel del limbo inferior. La fisura interpalpebral promedio del adulto mide unos 30 mm de ancho y unos 10 mm de alto.

La piel palpebral es delgada, contiene glándulas sudoríparas y sebáceas.

Las pestañas se disponen en 2 a 3 filas en los bordes marginales palpebrales, siendo unas 150 en el superior y unas 75 en el inferior. Los folículos pilosos tienen glándulas sebáceas apocrinas (llamadas de Moll) y glándulas modificadas sebáceas (llamadas de Zeis).

ENFERMEDADES DE LOS PÁRPADOS

Existen numerosas lesiones en los párpados. Revisaremos algunas de las más frecuentes: el entropión, el ectropión, la ptosis, los quistes, los tumores, las lesiones traumáticas, las inflamaciones y los desórdenes de las pestañas.

1. ENTROPION

Se llama entropion a la inversión anormal del párpado contra el globo y es mucho más frecuente en el inferior. En esta condición las pestañas habitualmente están dirigidas contra la córnea produciendo úlceras que pueden llegar a infectarse.

Frecuentemente, es adquirido por un mecanismo involucional y, menos, secundario a una cicatriz; excepcionalmente es congénito.

El entropion involucional, como dijimos, es el más común entre los adquiridos. Su causa obedece a una desinserción del músculo retractor inferior y a una disfunción del orbicular preseptal sobre el orbicular pretarsal. Su tratamiento es quirúrgico, reinsertando el tendón depresor y acortando su laxitud horizontal. Existen numerosas técnicas descritas y pueden ser usadas según experiencia y elección del cirujano según sea cada caso.

El entropion cicatrizal se produce por acortamiento de lamela posterior y es causado por diversas enfermedades como infecciones crónicas, penfigoide ocular cicatrizal u otras enfermedades bullosas, quemaduras químicas, radioterapia y trauma. El tratamiento será médico y quirúrgico usando injertos, según necesidad.

El entropion congénito es muy raro; cuando requiere cirugía se extirpa parte músculo orbicular pretarsal habitualmente hipertrófico.

El entropion del párpado superior es comúnmente secundario a enfermedad cicatrizal, y su tratamiento será de acuerdo a dicha situación.

2. ECTROPION

Es la eversión anormal del párpado alejándose del globo; es más frecuente en el párpado inferior también. Puede causar irritación, infecciones y alterar la superficie ocular. La mayoría son adquiridos secundarios a procesos de involución, también hay por cicatrices, por causa mecánica o por parálisis del VII par.

Ectropión involucional

Es el más frecuente y resulta de laxitud secundaria por la edad. La eversión se puede localizar cercana al punto lagrimal o puede llegar a comprometer totalmente al párpado con grave queratinización conjuntival. Su tratamiento es quirúrgico y depende de la cantidad de ectropion. En general requieren reposicionar al punto lagrimal y/o acortar la laxitud horizontal palpebral, según técnicas apropiadas para tal efecto.

El ectropion cicatrizal, es causado por acortamiento vertical de la lamela anterior del párpado que puede ser secundario a trauma, a quemadura, a radioterapia y a una dermatitis. Su tratamiento es médico primero y, luego, quirúrgico, usando injertos de piel.

El ectropion mecánico es raro y es secundario a efecto de masa, como tumores por ejemplo. Su tratamiento consiste en remoción de la masa y acortamiento de la laxitud palpebral, si fuese necesario.

El ectropion paralítico está asociado a parálisis VII por la que causa debilidad del músculo orbicular. Su tratamiento obliga a usar humectantes y protección del globo. Si se hace crónico, se puede colocar una pesa metálica, usualmente de oro o platino, en el párpado superior y, además, reforzamiento de la laxitud del párpado inferior.

El ectropion congénito puede estar sólo o asociado al síndrome de Down o al síndrome de blefarofimosis. Habitual es el acortamiento de la lamela anterior de ambos párpados.

PTOSIS PALPEBRAL

Es el descenso de los párpados superiores frecuentemente, mucho menos de los inferiores.

La posición normal palpebral varía de acuerdo a edad, sexo, y raza. Sus valores promedios son los siguientes:

Abertura palpebral: 8 a 11mm (mayor en hombres)

Distancia reflejo corneal al borde libre párpado superior: 4 a 5 mm

Excursión del párpado superior o función elevadora: 13 a 16 mm

Pliegue belleza párpado superior: 8 a 10 mm desde el borde pupilar (mayor en hombres, menor en mujeres y niños)

La ptosis palpebral puede ser **congénita y adquirida**. La mayoría son adquiridas e involucionales.

PTOSIS CONGÉNITA

Puede ser simple o sindrómica

Ptosis congénita simple

Es secundaria a una miopatía en la maduración del músculo elevador del párpado superior. Unilateral de preferencia. Al examen, el pliegue de belleza está ausente o es mínimo, la función elevadora está disminuída y existe lagofalmo en mirada hacia abajo. Su tratamiento es quirúrgico y depende de la cantidad de acción del músculo elevador. Si la función es menor de 5 mm, se realizará una suspensión al frontal con fascia lata o silicona, si la función es mayor que 5 mm, se hacen acortamientos del músculo elevador.

Síndrome blefarofimosis

Condición autosómica dominante que se caracteriza por acortamiento horizontal de la fisura palpebral, telecanto, ptosis severa bilateral con mala acción elevador y, no siempre, epicanto inverso. Su tratamiento es quirúrgico y está dirigido al telecanto, al epicanto y a la ptosis palpebral.

Ptosis congénita acompañada de fenómeno de Marcus Gunn

Ptosis asociada a un fenómeno inervacional sinquinético del pterigoides ipsilateral que causa elevación del párpado ptósico mientras se mastica. Su cirugía es propia de la ptosis palpebral o suspensión al frontal con excisión del músculo elevador, según preferencia del cirujano

PTOSIS ADQUIRIDA

Ptosis involucional

Su causa es la desinserción del elevador, que es mas frecuente a mayor edad. Puede estar asociada a traumas y a uso prolongado de lentes de contacto. Es posible observar aumento del pliegue de belleza, profundización surco superior, buena función elevadora y mayor caída del borde palpebral en mirada inferior. Su tratamiento es el avance del músculo elevador.

Ptosis neurogénica

a. Parálisis del III par

Ptosis completa con pérdida función elevador, asociada a motilidad extraocular y, a veces, midriasis. Es frecuente regeneración aberrante en lesiones compresivas crónicas. Después de 6 meses, es posible plantear suspensión al frontal como la cirugía para solucionar el estrabismo.

b. Síndrome Horner

Se acompaña de ptosis parcial con buena función del elevador, miosis ipsilateral, elevación párpado inferior y, a veces, anhidrosis. Si ptosis persiste, se puede operar con resección pequeña del elevador o por Müllerectomía.

Ptosis miasténica

La miastenia gravis produce ptosis uni o bilateral y trastornos de la motilidad extraocular. Su corrección sólo se hace en casos muy refractarios con compromiso del área pupilar.

Ptosis miopática

La oftalmoplejia externa progresiva causa ptosis asociada con motilidad ocular restringida. Habitualmente se ayuda con suspensión al frontal cuando se perturba el área pupilar para la visión.

Ptosis mecánica

Es secundaria a masas, infiltraciones o edema párpado superior. Su tratamiento está en relación con su causa.

Pseudoptosis

Existen diversas causas que parecen una ptosis palpebral, como caída de cejas, dermatochalasis, blefarochalasis, tamaño globo anormal, mala posición del globo, etc, por las cuales se puede conjeturar un diagnóstico equivocado de verdadera ptosis.

LESIONES PALPEBRALES BENIGNAS

LAMELA ANTERIOR

Orzuelo

Es un absceso agudo en los folículos pilosos y está asociado a las glándulas de Zeis y de Moll. Corrientemente causado por el estafilococo. Se trata con compresas tibias. Si se asocia con celulitis preseptal se debe agregar antibióticos orales.

Quiste de Moll

Quiste translúcido, llamado también hidroquistoma apocrino, aparece por bloqueo del conducto de una glándula de Moll. Lesiones similares pueden originarse por bloqueo de glándulas sudoríparas.

Quiste de Zeis

Son de menos translucencia que los de Moll.

Otros quistes sebáceos pueden ubicarse en la piel periorbitaria.

Xantelasma

Estas lesiones amarillentas ubicadas en la piel nasal de los párpados se producen por depósito de lípidos dentro de células xantoides perivasculares y pueden ser signo de hiperlipidemias.

Molusco contagioso

Son nódulos umbilicados y perlados, muy frecuentes en niños y adultos jóvenes. Su causa es por ADN viral del grupo pox. Pueden causar una conjuntivitis folicular. Estas lesiones se remueven por curetaje, cauterización o crioterapia.

Papilomas

Muy frecuentes en la piel, se derivan de las células escamosas. Podrían estar relacionados con el virus papiloma humano que origina a la verruga común.

Queratosis seborreica

Derivada de las células basales, muy frecuentes en el viejo. Lesiones prominentes, de base ancha, con superficie irregular.

Queratoacantoma

Tumor infrecuente de rápido crecimiento (2-6 semanas) y resolución espontánea en pocos meses. Son proliferaciones no pigmentadas con un cráter central lleno de queratina. Su diagnóstico diferencial con el carcinoma espinocelular es difícil y, muchas veces, se debe extirpar por este motivo.

Nevus

Muy frecuentes. Se originan en los melanocitos epidérmicos. Existen varios tipos: el nevus junctional, ubicado entre dermis y epidermis, que es plano y de color café; el nevus dérmico, que es solevado y se ubica en el dermis, puede no ser muy café; y el nevus compuesto, mezcla de los 2 anteriores. Su tendencia a transformarse en malignos es baja y es levemente mayor en los nevi superficiales.

Queratosis actínica

Son escasas en los párpados. Aparecen por exposición al sol. Es una o más lesiones planas, descamativas con hiperqueratosis, a veces, con cuerno queratínico. Se consideran como lesiones potencialmente malignas.

LAMELA POSTERIOR

Meibomitis

Se presenta como una inflamación que evoluciona a absceso de una glándula de Meibomio. Su causa habitual es el estafilococo y puede originar una celulitis preseptal, obligando a tratamiento antibiótico oral y, eventual, vaciamiento quirúrgico.

Chalazion

Es la lesión más frecuente en los párpados. Corresponde a una inflamación lipogranulomatosa por bloqueo de glándula de Meibomio, originando una formación quística. Es muy frecuente en pacientes con blefaritis, rosácea o dermatitis seborreica. Las lesiones grandes pueden ser tratadas quirúrgicamente por incisión y curetaje; las pequeñas se pueden resolver lenta y espontáneamente en varios meses.

LESIONES PALPEBRALES MALIGNAS

Las más comúnmente encontradas son el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular. En menor frecuencia, el melanoma maligno y el carcinoma de glándulas sebáceas. Y menos aún, el sarcoma de Kaposi y el carcinoma de células de Merkel.

CARCINOMA DE CÉLULAS BASALES O BASOCELULAR

Su frecuencia es del 90%, muy poca tendencia a dar metástasis y de crecimiento local lento. Se ubica en cualquier párpado, pero más en el inferior y canto medio. Tiene 2 formas de presentación: la **forma nodular**, que muestra un nódulo firme, margen perlado con telangiectasia y ulceración superficial; la **forma esclerosante o morfeiforme**, infiltrativa, que puede simular una blefaritis crónica.

Su extirpación es quirúrgica y se recomienda 3 a 4 mm de bordes sanos.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS O ESPINOCELULAR

2 a 5% de los malignos. De mayor riesgo que el anterior por su posibilidad de dar metástasis. Es más frecuente en el párpado inferior. Clínicamente se pueden ver como **nodular** (hiperqueratósicos, bordes irregulares, imitando a un basocelular) o **en placa** (eritematosos, descamativos, placas hiperqueratósicas). Ambos se pueden ulcerar y diseminarse por vía linfática y perineural.

Tratamiento es quirúrgico, idealmente con control histológico inmediato con técnica de Mohs o cortes congelados. La invasión de órbita podría requerir la exenteración orbitaria.

CARCINOMA DE GLÁNDULAS SEBACEAS

1 a 2% de los malignos. Se originan en glándulas de Meibomio o de Zeis. Tiene un 10% mortalidad. 2 formas: **nodular**, pueden simular un chalazion, y **difuso**, puede comprometer conjuntiva y parecer un blefaroconjuntivitis crónica.

Extirpación debe ser amplia y requiere control histológico inmediato. Se debe evaluar eventual vaciamiento ganglionar regional en formas difusa.

MELANOMA MALIGNO

1% de los tumores malignos. Parte no invasivo cuando crece horizontalmente, pero se hace invasivo verticalmente secundariamente. Puede ser de 3 tipos principalmente: **lentigo maligno**, lesión plana que se engruesa e invade el dermis; **de invasión superficial**, lesión pigmentada pequeña, de bordes irregulares, solevantada e indurada; y **nodular**, nódulo crecimiento rápido, que se ulcera y sangra.

Su extirpación recomienda tener 10 mm margen libre, confirmado histológicamente. También se recomienda vaciamiento ganglionar regional en tumores mayores de 1.5 mm de grosor.

Existen correlaciones pronósticas dependiendo de la profundidad de la invasión (niveles de Clark) y según su espesor (sistema de Breslow). Los tumores iguales o menores de 0.75 mm de espesor tienen una sobrevida a 5 años de 100%.

SARCOMA DE KAPOSI

Es común en pacientes con SIDA. Es un nódulo vascularizado rojo-púrpura que puede afectar la conjuntiva. Puede o no responder a radioterapia

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

Muestra rápido crecimiento y es muy maligno. Se ve como un nódulo púrpura, habitualmente en párpado superior.

TRAUMA PALPEBRAL

Frente a un trauma facial es muy frecuente encontrar hematomas, contusiones, heridas palpebrales con y sin pérdida de tejido. Siempre debemos descartar lesión del ojo, fracturas orbitarias y de vía lagrimal.

Las heridas palpebrales deben ser reparadas anatómicamente cumpliendo requisitos de asepsia y precocidad. El borde palpebral se debe suturar bien alineado y, si la vía lagrimal está seccionada, repararla colocando un conductor, que puede ser tubo de silicona, en su interior, el que debe permanecer por un par de meses.

BLEFARITIS

Corresponde a cualquier inflamación palpebral. Revisaremos 3 formas especiales.

Blefaritis bacteriana

Se muestra como una blefaritis anterior causada por estafilococo, estreptococo, propionibacterium acnes y moraxella. Se ven bordes palpebrales congestivos, descamación en base pestañas, puede existir microabscesos en folículos pilosos y cierto grado celulitis preseptal. El tratamiento obliga a higiene palpebral con sustancias exfoliativas suaves como champú infantil o similar, lubricantes oculares, si está asociado con ojo seco, antibióticos tópicos y, en forma limitada, esteroides tópicos.

MEIBOMITIS

Es una blefaritis posterior originada en glándulas de Meibomio. Puede asociarse a rosácea facial. La glándula de Meibomio tiene lumen obstruido y se engruesa rápidamente como consecuencia de formación de absceso en ella.

Se debe considerar higiene palpebral, semejante a blefaritis bacteriana, eventual uso de tetraciclina oral por unos 3 meses, en personas que puedan recibirla y hagan infecciones a repetición.

BLEFARITIS SEBORREICA

Es una blefaritis anterior y posterior por exceso secreción meibomiana. Puede asociarse a dermatitis seborreica del cuero cabelludo. Existe descamación en base pestañas, bordes palpebrales aceitosos y lágrimas espumosas.

El tratamiento es parecido a Meibomitis, manteniendo aseo palpebral por largo tiempo.

DESORDENES DE PESTAÑAS

Pestañas mal dirigidas

Las pestañas dirigidas contra la córnea producen complicaciones diversas: queratitis punctata en grado variable, úlceras, infecciones secundarias.

Triquiasis

Las pestañas se dirigen hacia atrás.

Distiquiasis

Pestañas crecen en posición anormal, por ejemplo detrás de los poros de glándulas Meibomio.

Madarosis

Pérdida parcial o total de pestañas.

Poliosis

Blanqueamiento de pestañas, asociado a canicie o a enfermedades sistémicas como algunas uveítis.