
PTOSIS PALPEBRAL EN LA FUNDACION OFTALMOLOGICA COLOMBIANA ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 148 CASOS MEDELLIN 1984 - 1988

E. González S., L.F. Gutiérrez C.*

Palabras Claves: *Ptosis Palpebral; (Blefaroptosis) - Hendidura Palpebral*
Músculo elevador del párpado superior - oftalmología

ABSTRACT

Between June 1984 and June 1988, the clinical records of 113 blepharoptosis patients (148 eyes) from a total of 40.000 patients attending the general outpatient clinic of the Fundación Oftalmológica Colombiana, were studied. Two basic parameters were analyzed in each case: palpebral fissure and levator muscle function. The sex distribution among patients was equivalent and in more than half of them (54%) a congenital origin was substantiated. Only 9 patients (7.9%) had blepharoptosis family background.

All patients were submitted to a complete ophthalmologic evaluation. A mild blepharoptosis with good levator function was found in 59% of cases. Only 15% of all cases were surgically corrected, not meaning that blepharoptosis receives a non-surgical management.

RESUMEN

Se estudiaron las historias clínicas de 113 pacientes (148 ojos) con diagnóstico de Ptosis Palpebral, de un total de 40.000 historias de la consulta general en la Fundación Oftalmológica Colombiana (FOCO) entre junio de 1984 y junio de 1988. En cada uno de estos casos se analizaron la hendidura palpebral y la función del músculo elevador del párpado superior como parámetros bá-

sicos. La distribución por sexo fue equivalente y en un poco más de la mitad de los pacientes (54%), se pudo comprobar que eran congénitas. Solamente en 9 pacientes (7.9%) se encontraron antecedentes familiares de Ptosis Palpebral.

Todos los pacientes fueron sometidos a examen oftalmológico completo, incluida refracción ciclopléjica. El 59.5% de los casos, presentaron Ptosis leve con buena función del elevador; sólo un 15% del total corregidos en cirugía lo cual no indica que la mayoría no sean quirúrgicos.

INTRODUCCION

La ptosis palpebral se define como la disminución en el tamaño de la abertura palpebral debido a la caída involuntaria del párpado superior en situaciones de vigilia. Puede ser uni o bilateral, parcial o total, constante o intermitente (1, 5, 6). Se clasifica en dos grandes grupos de acuerdo al momento de la aparición: congénita y adquirida (1, 2). De acuerdo a la causa se puede clasificar como neurogénica, miogénica y aponeurótica (2, 3).

La ptosis congénita se presenta desde el nacimiento, no es progresiva y al parecer es causada por una disminución en el número de fibras estriadas del músculo elevador del párpado. Es la causa más frecuente de la ptosis palpebral y cuando no presenta ninguna anomalía asociada, se denomina ptosis congénita simple (1). Otras se asocian con anomalías anatómicas craneofaciales, anomalías del músculo recto superior y trastornos inervacionales (sincinética) (4).

* Dr. Eduardo González S., Dr. Luis Fernando Gutiérrez C. *cardenas*
Residentes de Oftalmología
Facultad de Medicina del Instituto de Ciencias de la
Salud C.E.S. Medellín - Colombia

Las ptosis adquiridas pueden tener múltiples causas entre ellas traumáticas, aponeuróticas, mecánicas, inervacionales o neurogénicas, etc. (1). Las traumáticas ocurren cuando un daño en el músculo elevador disminuye su habilidad de contraerse. Las aponeuróticas son causadas por un defecto en la transmisión del poder del músculo elevador normal hacia el párpado debido a un debilitamiento de la aponeurosis del elevador que puede manifestarse por dehiscencia (defecto) o desinserción (arrancamiento desde el tarso). Puede también deberse a infiltración de la aponeurosis o trauma directo de la misma. Las mecánicas son causadas por un excesivo volumen palpebral tal como ocurre por un tumor, dermatochalasis y blefarochalasis. También puede ser causada por un tejido cicatricial que impide el movimiento normal del párpado (3, 4). Las neurogénicas resultan de defectos inervacionales por lesiones del III nervio craneal, migraña oftalmopléjica, esclerosis múltiple, síndrome de Horner y sincinética (fenómeno de Marcus Gunn) (12). Las ptosis miogénicas resultan por un desarrollo congénito inadecuado del músculo elevador, miastenia gravis o distrofias musculares (2, 4).

Un grupo aparte de todas estas clasificaciones es el de la seudoptosis, en el cual no existe una ptosis real sino que el párpado parece estar más bajo de lo normal, secundario a condiciones tales como microftalmos, anoftalmos, ptosis bulbi, hipotropía, dermatochalasis o noftalmos (1, 3, 4).

Con este estudio se buscó determinar la frecuencia de los diferentes tipos de Ptosis y el análisis de cada una de éstas en los pacientes examinados en la Fundación Oftalmológica Colombiana, que es una población que proviene en su mayoría de los grupos de clase socioeconómica media y baja de nuestro departamento. No tenemos conocimiento de un estudio similar en nuestro medio y los datos estadísticos en la bibliografía son vagos o prácticamente inexistentes.

MATERIALES Y METODOS

Se tomaron las historias de 113 pacientes con diagnóstico de Ptosis Palpebral examinados en la Fundación Oftalmológica Colombiana entre Junio de 1984 y Junio de 1988, de un total aproximado de 40.000 historias de la consulta oftalmológica general. En la muestra se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de Ptosis Palpebral por cualquier causa y se excluyeron los pacientes del grupo de las Seudoptosis, y ptosis transitorias secundarias a trauma quirúrgico por fijación del recto superior, método utilizado en algunas cirugías. Las variables establecidas fueron sexo del paciente,

edad al momento del diagnóstico, edad de aparición de ptosis, uni o bilateralidad, procedencia urbana o rural, antecedentes familiares de ptosis palpebral, refracción y motilidad del ojo afectado, defecto pupilar o fenómeno de Marcus Gunn asociado, medidas de hendidura palpebral y función del músculo elevador del párpado superior en ambos ojos tomadas por oftalmólogo general o residente y por cirujano plástico ocular, pacientes operados, técnica utilizada y resultado post-operatorio.

De acuerdo a estudios (7, 8), la hendidura palpebral (área comprendida entre párpado superior e inferior) varía según la raza, la edad y algunos estados patológicos. De acuerdo a estas publicaciones y específicamente aquellas que estudiaron pacientes con rasgos físicos similares a los de nuestra población (7), tomamos como hendidura palpebral normal en este trabajo, el valor de 9.0 mm \pm 0.5 mm. Medidas de hendidura palpebral por debajo de ésta, fueron consideradas como ptosis palpebral. Es también importante tener en cuenta que las hendiduras palpebrales derecha e izquierda son generalmente idénticas en sus dimensiones verticales aun cuando una diferencia en altura de 1 mm puede ser considerada normal (11). Por lo tanto incluimos dentro del estudio pacientes con asimetría de la hendidura palpebral mayor de 1 mm, así la hendidura de menor dimensión, de acuerdo a nuestros parámetros previamente establecidos, no cumpliera con los requisitos.

Se clasificaron como ptosis leves aquellas con disminución de la hendidura palpebral de 1 a 2 mm, moderadas de 2.1 a 4 mm y severas de 4.1 mm o más (2, 4, 9).

La acción del músculo elevador del párpado superior se consideró buena por encima de 8 mm de elevación, regular entre 5 y 7 mm y mala menor de 4 mm (2, 9). Las medidas de hendidura palpebral se tomaron con el paciente mirando al frente, utilizando una regla milimetrada y registrando la distancia entre los bordes libres de ambos párpados en su abertura mayor. La función del elevador se evaluó de la siguiente manera: con el paciente mirando abajo y bloqueando la acción del músculo frontal mediante presión superciliar con los dedos del examinador, se le indica luego al paciente que mire arriba y se mide la excursión del párpado superior entre ambas posiciones.

Todos los pacientes fueron sometidos a refracción ciclopléjica, se les hizo estudio de mortalidad ocular en todas las posiciones de la mirada, estudio biomicroscópico y de fondo de ojo, evaluación pupilar y se buscó el fenómeno de Marcus Gunn (contracción del elevador por un impulso proveniente de los músculos pterigoideos cuando el paciente mueve su mandíbula)

No todos los pacientes fueron remitidos al cirujano plástico, y de aquellos remitidos algunos no volvieron a la evaluación. De los evaluados por el cirujano y programados para cirugía, algunos no se sometieron al procedimiento por causas ajenas a la Fundación Oftalmológica Colombiana. En la mayoría de los pacientes que fueron operados se utilizó la técnica transconjuntival (abordaje posterior) (10) e intervino el mismo cirujano. Unos pocos casos fueron operados por la vía anterior y otras técnicas combinadas para corregir defectos asociados. Para evaluar los resultados postoperatorios consideramos únicamente el resultado estético; bueno o malo, de acuerdo al concepto del cirujano y del paciente mismo.

RESULTADOS

De un total aproximado de 40.000 historias de pacientes de la Fundación Oftalmológica Colombiana se encontraron 113 pacientes con diagnóstico de ptosis palpebral de los cuales 35 fueron bilaterales, lo cual da un total de 148 casos de ptosis palpebral. La distribución por sexo fue así: 51 hombres (45.14%) y 62 mujeres (54.86%) ver figura No. 1. La lateralidad se encuentra representada en las tablas 1 y 2.

FIGURA 1

DISTRIBUCION POR SEXO

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 148 CASOS DE PTOSIS PALPEBRAL EN LA FUNDACION OFTALMOLOGICA COLOMBIANA - MEDELLIN 1984-1988

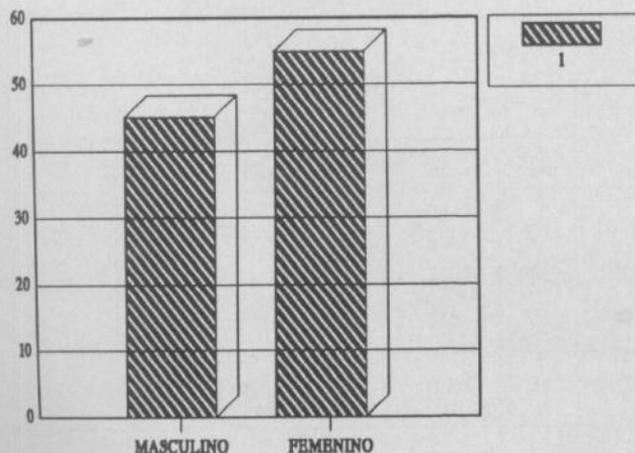


TABLA 1

LATERALIDAD POR OJOS PTOSIS PALPEBRAL - FUNDACION OFTALMOLOGICA COLOMBIANA, 1984-1988

	O.D.	O.S.	Total
No. de Ojos	67	81	148
Porcentaje	45.27	54.72	100

TABLA 2

LATERALIDAD POR PACIENTES PTOSIS PALPEBRAL - FUNDACION OFTALMOLOGICA COLOMBIANA, 1984-1988

	O.D.	O.S.	O.D/O.S.	Total
No. de Pacientes	33	45	35	113
Porcentaje	29.2	39.8	30.97	100

En cuanto a procedencia encontramos que 95 pacientes (84%) venían de área urbana y 18 (16%) de área rural. Ver figura No.2. La distribución por edades se encuentra representada en la tabla No. 3 y figura No. 3. Se pudo comprobar que 61 pacientes (54%) tenían ptosis de origen congénito, 25 pacientes (22.1%) eran adquiridas y en 27 (24%) no se pudo determinar. Nueve pacientes (7.9%) tenían antecedentes familiares de ptosis de los cuales 8 eran congénitas y en el restante no se supo el tipo.

FIGURA 2

PROCEDENCIA

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 148 CASOS DE PTOSIS PALPEBRAL EN LA FUNDACION OFTALMOLOGICA COLOMBIANA - MEDELLIN 1984-1988

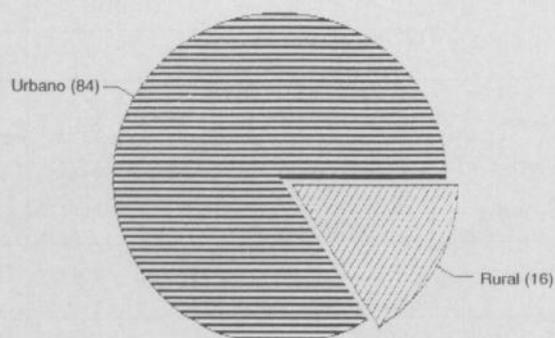
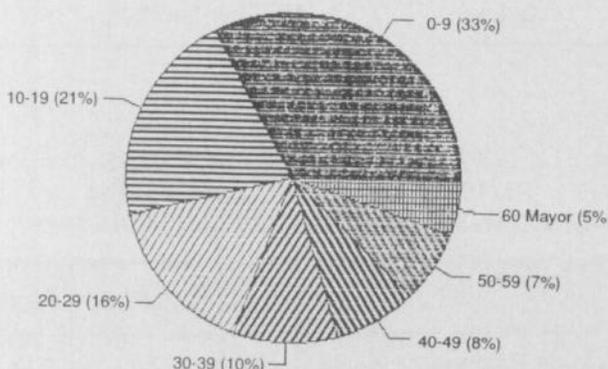


FIGURA 3

GRUPOS ETAREOS

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 148 CASOS DE PTOSIS PALPEBRAL EN LA FUNDACION OFTALMOLOGICA COLOMBIANA MEDELLIN 1984-1988



Durante el examen inicial se les practicó refracción ciclopléjica a todos los pacientes con excepción de uno. Se encontraron 87 hipermétropes (59.6%), 52 (35.6%) astímatas, 9 (6.16%) miopes y 23 (15.7%) emétopes. Este porcentaje es mayor del 100% debido a que los astigmatismos pueden ser puros o asociados a hipermetropía o miopía.

TABLA 3

**GRUPOS ETAREOS
PTOSIS PALPEBRAL - FUNDACION
OFTALMOLOGICA COLOMBIANA 1984-1988**

Edades	Número	Porcentaje
0 - 9	37	32.7
10 - 19	24	21.2
20 - 29	18	15.9
30 - 39	11	9.7
40 - 49	9	7.9
50 - 59	8	7.0
>60	6	5.3
Total	113	100.0

En la Tabla 4 se discrimina la clasificación de la ptosis asociada a la función del elevador del párpado superior. De los 113 pacientes, fueron operados 17 (15%); 15 con técnica posterior, 1 con técnica anterior y 1 con técnica anterior asociada a blefaroplastia. De los operados con técnica posterior se obtuvieron resultados post-quirúrgicos buenos en 11 pacientes, malos en 3 y otro paciente falleció por hiperpirexia maligna durante el acto quirúrgico. De los operados con técnica anterior, un paciente tuvo malos resultados y para el otro no se pudo establecer el resultado final por incumplimiento del control.

TABLA 4

**CLASIFICACION DE LA PTOSIS
Y
FUNCION DEL ELEVADOR DEL PARPADO (FEPS)
FUNDACION OFTALMOLOGICA COLOMBIANA 1984-1988**

PTOSIS	FEPS									
	Buena		Regular		Mala		Sin dato		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Leve	88	59.4	6	4.0	2	1.35	7	4.7	103	69.6
Moderada	20	13.5	4	2.7	7	4.7	2	1.35	33	22.3
Severa	3	2.0	2	1.35	7	4.7	-	-	12	8.0
Total	111	75.0	12	8.0	16	10.8	9	6.0	148	100.0

DISCUSION

En la distribución por sexo de la Ptosis Palpebral no encontramos una diferencia que se pueda considerar significativa. Sólo en 8% de los casos se pudo determinar la existencia de antecedentes familiares y sin embargo, el 71% fueron Ptosis Congénitas comprobadas. Esto está en desacuerdo con lo reportado en la literatura sobre la forma de herencia de esta entidad (Autosómica Dominante con alta penetrancia) (13). Sin embargo, hay que anotar que a ninguno de los pacientes se les realizó estudio Genealógico, sino que los datos fueron tomados del interrogatorio.

Hubo compromiso bilateral en el 31%, y en los casos unilaterales se afectaron de manera equitativa tanto los ojos derechos como los izquierdos. Al analizar la procedencia de los pacientes vemos que un 84% es urbana y el 14% es rural; ésto guarda una relación directa con la distribución de la consulta general en la Fundación Oftalmológica Colombiana.

Si detallamos los grupos etáreos vemos un descenso constante en la frecuencia de la Ptosis a medida que aumenta la edad; y en los grupos de pacientes menores de 20 años la inmensa mayoría son Ptosis congénitas.

Al observar los defectos refractivos en los pacientes estudiados, se encontró una distribución semejante a la de la población general.

La gran mayoría de las Ptosis fueron simples y sólo unas pocas presentaban defectos asociados o cirugías previas, distribuidas así: cirugías oculares varias (10 pacientes) motilidad ocular alterada (8 pacientes), ambliopía (7 pacientes), trauma (6 pacientes), cirugía previa de párpados (5 pacientes), anomalías craneofaciales (3 pacientes), dermatochalasis (2 pacientes), defecto pupilar y fenómeno de Marcus Gunn (1 paciente de cada uno).

Analizando la tabla 4 podemos observar que la gran mayoría de los pacientes (aproximadamente 73%) tenían una ptosis leve o moderada con buena función

del elevador; ésto se correlaciona con el bajo porcentaje de pacientes operados, ya que no tienen la motivación desde el punto de vista estético y existe muy poca limitación funcional. Observamos unos datos aparentemente contradictorios al encontrar dos (2) pacientes con Ptosis Leve y mala función de elevador y 3 pacientes con ptosis severa y buena función del elevador. Sin embargo, al analizar estos casos, encontramos que todos tenían defectos asociados. De los pacientes que tenían ptosis leve y mala función del elevador uno presentaba hipofunción de oblicuo menor del ojo izquierdo y el otro paciente era ambliope. Aquellos con ptosis severa y buena función del elevador, uno tenía hipotiroidismo y trauma ocular asociado; el otro catarata, estrabismo y ptosis ciliar; y el tercero hiperfunción de ambos oblicuos menores y una miastenia gravis dudosa.

En cuanto a la técnica quirúrgica utilizada, se observa que la mayoría se llevó a cabo por la vía posterior debido a que esta es la técnica utilizada por el cirujano plástico de la institución, y en los que se utilizó la técnica anterior fueron operados por otros cirujanos. Estos pocos casos no nos permiten hacer un análisis comparativo de la eficacia del procedimiento, y ésto podría servir de inicio a un futuro estudio. Al analizar el bajo porcentaje de pacientes operados (15%) se podría pensar que hay muy pocas indicaciones para corregir quirúrgicamente la ptosis palpebral. Sin embargo, las causas principales de ésto son la poca motivación del paciente que en nuestra opinión se debe a su nivel sociocultural, y que en la institución no existe un protocolo de tratamiento quirúrgico bien definido para estos casos de ptosis palpebral.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:
A la Fundación Oftalmológica Colombiana
A su director el Dr. Carlos L. Vera Cristo
A todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la elaboración del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. COIFFMAN, Felipe. Blefaroptosis. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Barcelona, Salvat Editores S.A. 1986. pp.620-630.
2. BEARD C. Ptosis. 3a. ed. St. Louis, CV Mosby Co. 1981.
3. MERRIAM WW. Ellis Fd., HELVESTON EM. Congenital Blepharoptosis, Anisometropia and Amblyopia. Am. J. Ophthalmology 89: 401-407, 1980.
4. AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Ophthalmology Basic and Clinical Science Course. Section 9. Orbit Eyelids and Lacrimal System. San Francisco, 1982. pp. 112-116.
5. FRUCH BR. The Mechanistic Clasification of Ptosis Ophthalmology, 1980. 87: 1019-1021.
6. DORTZBACH RK, Sutula FC. Involutional Blepharoptosis: A Histopathological Study. Arch Ophthalmol 98:2045-2049. 1980.
7. GALLO SCHIBLER, Humberto. Valores de Altura del Orificio Palpebral. Revista Oftalmológica Venezolana Vol. XXXV No. 4. 427-434. 1977.
8. FINE BS., YANOFF M. Ocular Histology. 2nd ed. Hagerstown, Md., Harper and Row Publishers Inc. 1979 pp. 292-317.
9. DUANE TD, JAEGER EA. Clinical Ophthalmology. Philadelphia, Harper and Row Publishers Inc, 1987, Vol.2, 2: 29-30
10. MUSTARDE JC. Cirugía Reparadora y reconstructora de la Región Orbital. Barcelona, Ediciones Toray S.A. 1982. pp. 318-348.
11. FOX JA. The Palpebral fissure. Am J Ophthalmol. 62: 73-78. 1966.
12. DUANE TD, JAEGER EA. Clinical Ophthalmology. Philadelphia, Harper and Row Publishers Inc. 1987. Vol. 2 13:5.
13. DUANE TD, JAEGER EA. Biomedical Foundations of Ophthalmology. Philadelphia, Harper and Row Publishers Inc, Vol. 3, 53: 21. 1987.



REPRESENTACIONES RONELLY LTDA.

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Representantes Mayoristas de las marcas:

- * Travenol
- * Rymco
- * Electrowest
- * B.D.F. Colombia

Nit: 890.929.073-5

**Carrera 76 No. 43-18 - Tels: 243 52 63 y 248 49 53
Of. 201 A.A. 56430 - Medellín**