

## Retracción palpebral en ojo contralateral: poscirugía de ptosis palpebral

### Eyelid retraction in contralateral eye: eyelid ptosis postsurgery

Irene Rojas Rondón, Maritza Miqueli Rodríguez, Susana Rodríguez Masó, Arianni Hernández Perugorría, Odenis Fernández González

Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Se presenta a una paciente con antecedentes de tratamiento quirúrgico hace dos años para la elevación del párpado superior por ptosis palpebral derecha, quien exhibía retracción palpebral izquierda, aparentemente secundaria a la cirugía de ptosis, que dejaba expuesta ampolla de filtración por trabeculectomía previa, la cual le causaba molestias permanentes y la limitaba a realizar sus actividades diarias, cuadro clínico que se constató a las 24 horas en el posoperatorio. Se remitió a nuestro Centro y se discutió en colectivo. Se decidió realizar nueva cirugía de la ptosis derecha y tarsorrafia izquierda, con lo que se logró corrección de la ptosis derecha y recubrimiento de la bula de filtración del ojo izquierdo. Se mantuvo asintomática hasta los 3 meses del posoperatorio en que apareció con retracción palpebral izquierda recurrente. Se evaluó nuevamente y se decidió, por la edad de la paciente y los antecedentes de reintervenciones en ambos ojos, así como el riesgo de complicación de cirugía filtrante, aplicar toxina botulínica en el párpado superior, 3 cc equivalente a 7 U. Con la aplicación de la toxina botulínica se logró la caída del párpado superior izquierdo, lo que permitió cubrir la bula de filtración, y desapareció la sintomatología. La toxina botulínica, a pesar de tener un efecto transitorio, constituye una buena opción en los pacientes con retracción palpebral en quienes otros tratamientos no han sido satisfactorios.

**Palabras clave:** retracción palpebral; cirugía de ptosis palpebral; toxina botulínica.

## ABSTRACT

A female patient with a history of surgical treatment for eyelid ptosis is reported. Two years before, she was operated on for correction of upper eyelid due to right eyelid ptosis, but now she presented left eyelid retraction, apparently secondary to ptosis surgery, which exposed a filtering bleb caused by previous traveculectomy. This condition caused permanent disturbances and restricted her daily activities, a clinical picture that was confirmed 24 hours after the surgery. She was sent to our center and the case was collectively discussed. It was decided to perform a new surgery to correct right ptosis and left tarsoraphy. The result was correction of right ptosis and coating of the filtering bleb in the left eye. She remained asymptomatic for three months in the postoperative period, but recurrent left eyelid retraction occurred. She was re-evaluated and it was decided, due to the patient's age and the history of resurgeries in both eyes in addition to the risk of filtering surgery complications, to apply botulinum toxin in the upper eyelid at a dose of 3cc equal to 7 U. The administration of botulinum toxin allows fall of the left upper eyelid and covering of the filtering bleb, thus symptoms disappeared. Despite its transient effect, botulinum toxic is a good option for patients with eyelid retraction who had not achieved satisfactory results with other types of treatment.

**Key words:** eyelid retraction; eyelid ptosis surgery; botulinum toxin.

---

## INTRODUCCIÓN

La ptosis palpebral es el descenso mayor de 2 mm del borde palpebral superior hacia el limbo esclerocorneal en su zona superior y una hendidura palpebral menor de 9 mm en posición primaria de la mirada (PPM). La de causa aponeurótica o senil responde a la elongación, dehiscencia o desinserción de la aponeurosis del elevador, y es la más frecuente. Es una ptosis variable, habitualmente bilateral con un pliegue alto en el párpado superior y buena función de elevación.<sup>1-4</sup> El tratamiento incluye la resección, el plegamiento o el avance, así como la reinserción de la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior. Para su valoración son importantes los antecedentes patológicos personales como: momento de aparición, evolución, síntomas asociados y elementos agravantes, como antecedentes familiares y cirugías oculares previas.

La decisión de la técnica quirúrgica dependerá de múltiples factores: caída del borde palpebral superior en relación con el limbo esclerocorneal en su zona superior, hendidura palpebral menor de 9 mm en posición primaria de la mirada, precisar función del músculo elevador, altura del surco palpebral, distancia margen reflejo, fenómeno de Bell, problemas de cierre palpebral, posición del párpado inferior, cantos, producción de lágrimas, motilidad de los músculos extraoculares, alteraciones de la piel y del tejido celular subcutáneo (TCS), sensibilidad corneal y ojo dominante. Este último en ocasiones es obviado, y puede causar insatisfacción a los pacientes porque puede aparecer ptosis en ojo contralateral. Cada uno de ellos debe ser explorado minuciosamente, por lo que muchas veces será necesaria la asistencia del paciente a más de una consulta, hasta contar con todas las mediciones necesarias.<sup>2,4</sup> Si alguno de estos elementos no se tiene en cuenta, la técnica seleccionada no será la correcta y, por tanto, la cirugía no contará con el éxito deseado.

---

Se conoce como retracción palpebral superior (RPS) cuando el borde libre del párpado (BLP) superior se encuentra por encima del limbo esclerocorneal (LEC) con los ojos en PPM.<sup>1,2,4,5</sup> Puede aparecer al nacimiento (congénita) la cual es muy infrecuente, como es el caso de la regeneración aberrante del III nervio craneal y la fibrosis idiopática del elevador del párpado superior (EPS), o secundariamente a afecciones metabólicas como en la uremia y la cirrosis; en enfermedades autoinmunes como la orbitopatía tiroidea (OT), que se observa en el 90 % de los pacientes y constituye el signo más común, tanto en el estadio congestivo agudo, como en el crónico o fibrótico. También puede verse asociada a traumas iatrogénicas poscirugía de blefaroplastia y estrabismo, exéresis de tumor palpebral y síndromes como el Cushing, el Parinaud y el mesencefálico dorsal o signo de Cottier.<sup>1,4-7</sup>

Ocurre por la hipertonia simpática del músculo de Müller, aunque puede responder a otros mecanismos fisiopatogénicos, como fibrosis e inflamación del elevador del párpado superior o adherencias de este al músculo orbicular y al septum orbitario, la hiperfunción del complejo recto superior-elevador del párpado superior o secundario a la fibrosis del recto inferior, como ocurre en la OT.<sup>1,4-7</sup> Se clasifica en dependencia de la distancia que media del BLP superior al LEC en ligera o leve (1 mm), moderada (2 a 3 mm) y grave (de 4 o más mm).<sup>5,7</sup> El tratamiento dependerá del grado de retracción. En casos leves el uso de lubricantes, ungüentos y lágrimas artificiales mejorarán la sintomatología. En los moderados y graves están indicados los lentes de contacto, así como la cirugía para evitar complicaciones corneales.<sup>4,5-7</sup>

La toxina botulínica (TB) es un potente inhibidor neuromuscular altamente específico que produce una denervación química al bloquear la liberación de acetilcolina en la placa motora; es sintetizada por el *clostridium botulinum*.<sup>8-11</sup> Las indicaciones médicas incluyen todas aquellas afecciones que resultan de la hiperfunción muscular y la disfunción autonómica como retracción palpebral, blefarospasmo esencial, espasmo hemifacial, síndrome de Meige, mioquimia palpebral, entropión espasmódico, ptosis y asimetría de las cejas. También puede utilizarse como procedimiento médico y lograr tarsorrafia farmacológica para la protección corneal. Actualmente se invoca en el tratamiento del chalazión.<sup>8-13</sup>

La TB tipo A tiene diferentes nombres comerciales dependiendo de los laboratorios que la produzcan. Botox es producida por Allergan, pionero en su uso; Dysport, de laboratorios Ipsen, y Xeomeen, de laboratorios Merz. En comparación con los preparados convencionales, la Xeomeen es una toxina neurotóxica, monómera, con un peso molecular de 150 KD. Presenta una actividad biológica específica mayor, la cual favorece un importante desarrollo como terapia, y permite la aplicación de inyecciones de dosis elevadas, series de inyecciones con intervalos reducidos, así como inyecciones de refuerzo para optimizar la dosis inicial, que es la utilizada por los autores de esta publicación.<sup>9</sup> La toxina aplicada se difunde desde el sitio de inyección subcutánea o subconjuntival hacia el músculo elevador del párpado superior y causa una parálisis flácida temporal por un período de 4 a 6 meses.

La dosis recomendada para la corrección de la retracción ligera y moderada es la inyección de 5 U (0,2 mL), por vía subcutánea, en la porción central del párpado superior, a 5 mm del borde adherente del tarso. También se realiza el bloqueo del músculo de Muller al evertir el párpado e inyectar subconjuntivalmente en el centro y borde superior del tarso. En la RPS severa, la dosis puede elevarse hasta 15 U (0,3 mL a 0,6 mL).<sup>9</sup>

Numerosos estudios<sup>5-9</sup> plantean los resultados satisfactorios que se han obtenido con la TBA en la corrección de la retracción palpebral, y la importancia de este medicamento como una alternativa terapéutica actual, en situaciones en las que se contraindica la cirugía y donde las opciones terapéuticas son escasas, sobre todo para los casos severos.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 71 años de edad y de la raza negra, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) compensada con tratamiento médico, operada de glaucoma con trabeculectomía (TBT) de ambos ojos (AO) e intervenida quirúrgicamente de ptosis palpebral senil en el ojo derecho (OD), sin corrección de la ptosis, lo que se constata en el posoperatorio. Se observa además RPS del ojo contralateral, que provoca exposición de la ampolla de filtración y causa molestias oculares que no alivian a pesar del tratamiento tópico. Es remitida a nuestro Centro para mejor diagnóstico y tratamiento. Al examen oftalmológico positivo se constata: OD con caída del PS que ocluye eje visual y gran bula de filtración. En OI existe RPS de 2 mm que deja bula de filtración expuesta; esta última exuberante, desde hora 10 hasta hora 1 (Fig. 1) y opacidad central del cristalino. Se discute en colectivo por lo infrecuente y complicado del caso. Se indican estudios clínicos para descartar afecciones principalmente de causa neurológica, así como la OT, ya que el 90 % de estos pacientes presentan retracción palpebral.



**Fig. 1.** Paciente de 71 años, operada de glaucoma con trabeculectomía en ambos ojos, con bula de filtración exuberante en el ojo izquierdo, que abarca desde hora 10 hasta hora 1.

Se decide realizar nueva cirugía de la ptosis derecha, reinserción de la aponeurosis del elevador indicada en las ptosis de causa senil, así como tarsorrafia parcial en zona temporal para la RP en el OI, ambas con muy buenos resultados. En el posoperatorio se logra corrección de la ptosis en OD y cubrir ampolla de filtración en OI. La paciente se mantiene asintomática durante 3 meses hasta que reaparece de nuevo el cuadro clínico de retracción palpebral izquierda (Fig. 2).



**Fig. 2.** Paciente con retracción palpebral superior en el ojo izquierdo, con exposición de la bula de filtración, secundaria a cirugía de ptosis palpebral en el ojo derecho.

Se valora nuevamente y —teniendo en cuenta algunos factores que pudieran propiciar un nuevo fracaso quirúrgico, como la edad de la paciente, el riesgo de complicación de cirugía filtrante y el antecedente de cirugías previas en ambos ojos— se decide aplicar Xeomeen, dosis de 3 cc, equivalente a 7,5 UI. Se logra descenso del PS que cubre la ampolla de filtración y desaparece la sintomatología (Fig. 3).



**Fig. 3.** Paciente después de la aplicación de toxina botulínica A para la retracción palpebral superior. Se observa que el párpado superior izquierdo cubre la bula de filtración, en posición primaria de la mirada.

## DISCUSIÓN

En la cirugía de la ptosis unilateral del ojo dominante se describe el riesgo de descenso del párpado superior del ojo contralateral aparentemente normal (Ley de *Hering*), que se produce porque, al ser el ojo dominante el ptótico, existe un estímulo constante de sobreapertura, que por esta ley afecta de igual manera al ojo contrario en donde la ptosis puede ser menos severa y que al suspenderla de forma mantenida con la cirugía, el párpado contrario desciende, lo que se conoce como Ley de inervación recíproca o de *Hering*, que todo cirujano debe tener en cuenta y explicar a los pacientes antes de la cirugía, para que conozcan y den su consentimiento y en caso de que ocurra este evento en el posoperatorio, se evite el conflicto.<sup>1,2</sup>

En esta paciente, contrariamente a lo antes mencionado, posterior a la cirugía de la ptosis del ojo derecho (dominante) aparece retracción palpebral en el ojo contralateral, complicación esta muy rara, que puede estar relacionada con la presencia de una bula exuberante de filtración en el ojo izquierdo, que impide o dificulta el descenso del párpado superior, factor que se tuvo que tener en cuenta como uno de los tantos que se señalan a la hora de decidir la cirugía de ptosis. Al evaluarse en colectivo, se opta por elevar nuevamente el párpado ptósico (OD), ya que es la afección por la que la paciente acude, aún no resuelta y que mejoraría evidentemente la calidad de vida de esta. En el OI se elige realizar tarsorrafia temporal parcial con el objetivo de descender el párpado retraído y cubrir la ampolla de filtración, técnica indicada en casos como estos para lograr el cierre parcial de la hendidura palpebral. La tarsorrafia solo fue efectiva en los primeros meses, lo que demuestra que primó el mecanismo inervacional y la bula filtrante como factor mecánico. Se descartó realizar una tarsorrafia más amplia, ya que los resultados estéticos y funcionales no serían buenos, la asimetría de la hendidura palpebral en relación con otro ojo sería muy evidente y también la visión del ojo izquierdo pudiera verse afectada con la disminución de la hendidura palpebral.

Una vez frustrada la tarsorrafia, se opta por la toxina botulínica, otra opción indicada en las retracciones palpebrales con muy buenos resultados estéticos y funcionales.<sup>8</sup> No se eligen otras opciones quirúrgicas como la colocación de injertos en el PS o la plastia de la bula filtrante, por el riesgo de descompensación del glaucoma, teniendo en cuenta que la mayoría de las complicaciones o fracasos de este tipo de cirugía radican en los procesos de cicatrización que pueden prolongarse después de transcurrido mucho tiempo, incluso años, y que podrían incentivarse con una plastia de la bula para reducirla de tamaño.

Utilizamos TB Xeomeen a razón de 3 cc equivalente a 7,5 UI en el PS a nivel del músculo elevador, luego de explicarle a la paciente los eventos adversos más frecuentes en este tratamiento, como dolor en el sitio de la inyección, sangramiento en la zona de la administración y cefalea. Se le advierte además que la dosis puede ser modificada en dependencia del efecto ptósico logrado, elevar o disminuir la dosis de inicio, así como reducir los intervalos de aplicación, o administrar inyecciones de refuerzo para optimizar la dosis inicial.<sup>7,9,10</sup>

Numerosos estudios<sup>2,6-9</sup> evalúan los resultados del tratamiento de la retracción palpebral en el período congestivo de la orbitopatía tiroidea con toxina botulínica A, y concluyen que es una modalidad segura y eficaz en el tratamiento de esta. En este caso, con la aplicación de la toxina botulínica se logró la caída del párpado superior del ojo izquierdo, lo que permitió cubrir la bula de filtración, y desapareció la sintomatología. A pesar de que este medicamento tiene un efecto transitorio, constituye una buena opción para los pacientes con retracción palpebral en quienes otros tratamientos no han sido satisfactorios o en quienes esté contraindicada la cirugía, y con esto podrán mejorar su calidad de vida.

### Participación de autores

*Roxana Martínez Rojas*, estudiante de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba. Aportó información para la elaboración del presente artículo. Participó en su revisión y aprobación.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en el presente artículo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Ophthalmology. Orbit, eyelids and lacrimal system (Basic and Clinical Science Course). EE.UU.: American Academy of Ophthalmology; 2014.
2. Sánchez ME, Martínez GG, Mascaró ZF. Clasificación y examen de la ptosis. En: Toledano FN. Cirugía palpebral y periocular. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2009. p. 187-204.
3. Kanski JJ, Browling B. Oftalmología Clínica. Barcelona: Elsevier Saunders; 2012.
4. Eguía Martínez F, Ríos Torres M, Capote Cabrera A. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
5. Cáceres M, Marqués M, Ballate E, Cáceres O, Jiménez R, Gutiérrez A. Resultados del tratamiento de la orbitopatía tiroidea y factores que influyen sobre la respuesta terapéutica. Rev Cubana Oftalmol. 2015;28(2):177-89.
6. Cáceres M, Marqués M, Cáceres O. Toxina botulínica A *versus* cirugía en la retracción palpebral de la orbitopatía tiroidea. Rev Cubana Oftalmol. 2011;23(2):241-43.
7. Martínez GG, Álvarez LA. Toxina botulínica. En: Toledano FN. Cirugía palpebral y periocular. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2009. p. 373-406.
8. Costa P, Saraiva F, Pereira I, Monteiro M, Matayoshi S. Comparative study of Botox injection treatment for upper eyelid retraction with 6-month follow-up in patients with thyroid eye disease in the congestive or fibrotic stage. Eye. 2009; 23(4):767-73.
9. Rojas-Rondón I, Llamas-Meriño J, Ramírez-García L, Gómez-Cabrera C, Rodríguez Salinas G, Álvarez Mesa N. Aplicaciones de la toxina botulínica en afecciones palpebrales. Rev cubana Oftalmol. 2016 [citado 29 de septiembre de 2016];29(2): [aprox 20]. Disponible en: <http://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/427/html>
10. González Núñez FR. Toxina botulínica y espasticidad. efisioterapia.net [serial online]; 2016 [citado 20 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.efisioterapia.net/articulos-toxina-botulinica\\_y\\_espasticidad](http://www.efisioterapia.net/articulos-toxina-botulinica_y_espasticidad)
11. Ababneh OH, Cetinkaya A, Kulwin DR. Long-term efficacy and safety of botulinum toxin A injections to treat blepharospasm and hemifacial spasm. Clin Exp Ophthalmol. 2014;42(3):254-61.
12. Kocabeyoglu S, Sekeroglu HT, Mocan MC, Muz E, Irkec M, Sanac AS. Ocular surface alterations in blepharospasm patients treated with botulinum toxin A injection. Eur J Ophthalmol. 2014;24(6):830-34.

13. Cáceres M, Marqués M, Cáceres O, Hidalgo T, Ferras Y, Zazo R. Tratamiento del estrabismo paralítico con toxina botulínica A. Rev Cubana Oftalmol. 2015;28(2):168-76.

Recibido: 1ro. de febrero de 2017.

Aprobado: 15 de febrero de 2017.

*Irene Rojas Rondón.* Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: [irojas@infomed.sld.cu](mailto:irojas@infomed.sld.cu)