

Resección modificada de la aponeurosis del elevador del párpado superior

Modified resection of the upper eyelid levator aponeurosis

Yaima Hernández Sánchez,¹ José Antonio Herrera Porro,² Bárbara Estrada Amador,¹ Susana Vilar Salas,¹ Odenis Fernández González¹

¹ Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

² Hospital Provincial de Ciego de Ávila "Antonio Luace Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: Describir la utilidad de la técnica de resección modificada de la aponeurosis.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de serie de casos con un solo grupo de control, de 13 pacientes (17 párpados), con ptosis aponeurótica sin desinserción, de febrero a diciembre del año 2017, en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer".

Resultados: El 61,5 % fue del sexo masculino y el 30,7 % eran mayores de 60 años. El 30,7 % presentaba ptosis senil y el 47,1 % era severa. La función del músculo elevador resultó buena en el 64,7 % y se logró la corrección quirúrgica en el 88,3 %. Se presentó el 30 % de complicaciones.

Conclusiones: La ptosis resulta más frecuente en pacientes mayores de 60 años del sexo masculino, con predominio de la ptosis involutivo-senil, unilateral y severa. La técnica de resección modificada de la aponeurosis resulta efectiva en la mayoría de los casos, en los que se presenta un mínimo de complicaciones. En los pacientes en quienes no se logra la corrección, esto ha estado determinado por una débil inserción de la aponeurosis al tarso, dado por el sangramiento profuso que impide la correcta visualización de los planos quirúrgicos.

Palabras clave: Ptosis palpebral; resección modificada de la aponeurosis; elevador del párpado superior.

ABSTRACT

Objective: Describe the usefulness of the technique of modified aponeurosis resection.

Methods: An observational descriptive prospective case-series study was conducted with a single control group of 13 patients (17 eyelids) with aponeurotic ptosis without disinsertion, from February to December 2017 at "Ramón Pando Ferrer" Cuban Institute of Ophthalmology.

Results: 61.5 % of the study sample were male and 30.7 % were aged over 60 years. 30.7 % had senile ptosis, and in 47.1 % it was severe. Levator muscle function was good in 64.7 % of the cases, and surgical correction was achieved in 88.3 %. Complications occurred in 30 %.

Conclusions: Ptosis is more common among male patients aged over 60 years, with a predominance of senile involutional, unilateral and severe ptosis. The technique of modified aponeurosis resection is effective in most cases, with minimum complications. In a number of patients correction is not achieved, due to a weak insertion of the aponeurosis into the tarsus, given the profuse bleeding, which hampers correct visualization of the surgical planes.

Key words: Palpebral ptosis; modified aponeurosis resection; upper eyelid levator.

INTRODUCCIÓN

La ptosis palpebral adquirida es un descenso del borde palpebral superior mayor de 2 mm por debajo del limbo esclerocorneal, en su zona superior, y una hendidura palpebral menor de 9 mm en posición primaria de la mirada. En ella el borde libre del párpado (BLP) superior se encuentra por debajo de lo normal en la mirada hacia abajo, todo lo contrario a lo que ocurre en las ptosis de origen congénito.¹ En cuanto a la etiología, muchas clasificaciones se han propuesto; sin embargo, todas coinciden en que las causas de la blefaroptosis se pueden englobar en 6 grupos fundamentales: miogénica, aponeurótica, neurogénica, mecánica, traumática y pseudoptosis.^{2,3}

Cuando la ptosis está producida por enfermedades miogénicas, neurogénicas y mecánicas es imprescindible hacer primero el tratamiento médico oportuno y en algunos casos se complementará con alguna técnica quirúrgica.^{2,4} Las ptosis adquiridas de tipo aponeurótico mantienen una función del elevador en buen estado, incluso en ptosis severas. La causa está a nivel de la aponeurosis del elevador. El músculo se contrae y se relaja bien; sin embargo, el párpado no se desplaza porque se ha producido un debilitamiento o una dehiscencia, total o parcial, en su inserción tarsal. El párpado baja más de lo normal y no sube.^{2,5,6}

En la bibliografía consultada, la ptosis aponeurótica es la más frecuente, y la involutivo-senil es la que mayor incidencia posee en las consultas de Oftalmología. Según un estudio realizado en el Hospital "Arnaldo Milián Castro", de Santa Clara, por *Negrín Cáceres* y otros, el 71,6 del total de casos estudiados representaban ptosis de tipo aponeurótico y en este caso con un predominio de los ancianos con una edad promedio de 60 años, con una variación estándar de 22 por encima y por debajo de la media.⁷ Otro estudio realizado por *Tamayo Carbón* en el año 2010 revela resultados similares.⁸

A pesar de que la involutiva-senil es una causa frecuente de ptosis aponeurótica, también se observan casos de debilitamiento, e incluso desinserción de la aponeurosis en pacientes más jóvenes.⁹ La razón de que haya ptosis por causa de la aponeurosis es que esta, en su trayecto, no es uniforme y compacta. A partir de su fusión con el septum orbitario, se divide en múltiples fibras, más delgadas y aisladas una de otras, que terminan en diferentes sitios: unas en la cara anterior del tarso y otras atraviesan el músculo orbicular para insertarse en la piel y formar el surco palpebral superior.¹⁰ Al desinsertarse total o parcialmente se producirá este tipo de ptosis. Cuando hay una desinserción total hay un signo patognomónico que hace el diagnóstico por sí solo: Cuando el paciente mira hacia abajo el pliegue palpebral asciende. La razón es que como las fibras de la aponeurosis siguen insertadas en piel pero libres en el tarso, al bajar la mirada el músculo elevador se retrae y tracciona el pliegue palpebral.^{11,12}

La ptosis aponeurótica senil o involutiva suele presentarse de manera espontánea y en personas de edad avanzada. La desinserción es favorecida frecuentemente por cirugías previas, sobre todo del globo ocular; inflamaciones crónicas o traumatismos contusos sobre el párpado; así como en el enoftalmo secundario a la atrofia grasa orbitaria, y a la dermatochalasis. El esfuerzo realizado para mantener el párpado levantado por tanta piel redundante desencadena el estiramiento y desinserción de las fibras de la aponeurosis. La piel palpebral se adelgaza al punto de transparentar, y permite la visualización, en algunos casos, del globo ocular a través de esta.¹ En el caso de la ptosis hereditaria tardíamente adquirida, esta presenta las mismas características que la involutiva, pero se presentan en pacientes más jóvenes (alrededor de los 40 años) y en miembros de una misma familia. La aponeurótica congénita se diferencia de la congénita simple en que la función del elevador es mejor, no hay retraso del músculo elevador en la mirada hacia abajo. El surco palpebral superior, a pesar de estar presente, se observa elevado con respecto a su posición normal.^{5,6}

Otras causas de ptosis aponeurótica son las asociadas al embarazo, donde se produce desinserción aponeurótica relacionada con la retención de líquido intersticial por los cambios hormonales unido a la debilidad preexistente, así como en los portadores de lentes de contacto, en los cuales la manipulación y la tracción del párpado en la colocación y retirada de los lentes provoca elongación de las fibras aponeuróticas. Algunas veces se presenta asociada a la orbitopatía distiroidea, a la anoftalmia y a la blefarocalasia, producto de una inflamación palpebral importante y mantenida que elonga y/o desinserta la aponeurosis.^{2,6}

Existen una serie de exámenes preoperatorios que son necesarios para hacer un diagnóstico certero y para la selección de la técnica quirúrgica adecuada, como son la agudeza visual, el grado de caída palpebral, la medida de la hendidura palpebral, la distancia margen-reflejo 1 y 2, la función del músculo elevador, el fenómeno de Bell, el ojo dominante (Ley Hering), la altura del surco palpebral, la motilidad de otros músculos extraoculares, los problemas de cierre, las alteraciones en la piel, las alteraciones del tejido subcutáneo, la sensibilidad corneal, la posición del párpado inferior y los cantos. Además, se deben realizar estudios de competencia lagrimal.^{13,14} El tratamiento en todos los casos es quirúrgico. Las técnicas fundamentales que accionan sobre la aponeurosis son: resección de la aponeurosis, reinsertión de la aponeurosis y plegamiento de la aponeurosis.¹

Teniendo en cuenta que el Servicio de Oculoplastia atiende las afecciones palpebrales y la frecuencia con que acuden pacientes con ptosis palpebral, el presente estudio se propone describir la utilidad de la técnica de resección modificada de la aponeurosis. Se propone una variación en la forma en que se aborda la aponeurosis en su inserción tarsal, para reseccionarla, ya que en las técnicas anteriores se reseca la inserción aponeurótica con la conjuntiva subyacente, que luego debe ser reparada.⁶

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de serie de casos con un solo grupo de control, entre los meses de febrero a diciembre del año 2017, en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La muestra quedó constituida por 13 pacientes (17 párpados) con ptosis aponeurótica sin desinserción. Se solicitó por escrito a los padres su consentimiento para participar en el estudio. Se recogieron los datos edad y sexo. Se les realizó examen oftalmológico donde se plasmó lateralidad: ambos ojos (AO), ojo derecho (OD) y ojo izquierdo (OI); hendidura palpebral preoperatoria y posoperatoria: función del músculo elevador del párpado superior (FE) en mm y grado de ptosis moderada cuando el párpado superior ocluía parcialmente el área pupilar, y severa cuando estaba ocluido totalmente el eje visual. El resultado quirúrgico se determinó por la corrección de la afección y se recogieron las complicaciones. Los pacientes, una vez intervenidos, se valoraron en consulta a las 24 h, a los 7 días, al mes, 3 meses, y 6 meses. En cada una de estas citas se evaluaron la presencia o no de complicaciones y la recurrencia de la ptosis.

RESECCIÓN MODIFICADA DE LA APONEUROSIS

Previa asepsia y antisepsia, se realizó marcado del surco palpebral. Se utilizó anestesia en una mezcla de lidocaína 2 %, bupivacaína 0,25 % con adrenalina a 1/200 000. En el caso de los pacientes en edades pediátricas, se usó anestesia general balanceada con máscara laríngea.

Se realizó incisión de piel y orbicular con electrocorte; se efectuó disección roma del orbicular en sentido al borde libre dejando visible el tarso y otro similar, pero en dirección al reborde orbitario para conseguir llegar al plano del septum orbitario, que es incidido a un nivel superior. Inmediatamente por debajo del septum se encuentra la grasa preaponeurótica que es separada para dejar identificar la aponeurosis del músculo elevador.

Se disecó la fascia del músculo de Müller y de la conjuntiva; se usó un gancho de estrabismo para identificar el músculo y se escindieron los cuernos medial y lateral de la aponeurosis. Se utilizó en la sutura ácido poliglicólico reabsorbible 6/0, que se fijó en el tarso, en la zona de la pupila; luego se pasó en ida y vuelta por el espesor de la aponeurosis, para hacer una lazada falsa que permitió comprobar de forma provisional el nivel del párpado.

Con dos puntos de sutura, uno a cada lado, se finalizó la fijación de la aponeurosis. El exceso de aponeurosis es reseco luego de haber corroborado la altura del borde libre deseado. El cierre de la piel se realizó con puntos sueltos de material reabsorbible 6/0 en las edades pediátricas y en los adultos cuando estuvo asociada a la dermatochalasis se realizó blefaroplastia combinada con resección de la aponeurosis y se cerró la piel con puntos continuos con sutura no reabsorbible nylon 7,0.^{1,5}

RESULTADOS

Se estudiaron 13 pacientes, de los cuales 8 (61,5 %) fueron del sexo masculino y 5 (38,5 %) del sexo femenino. En cuanto a los grupos de edades, se observó que el mayor número estuvo representado por los mayores de 60 años para un 30,7 %, seguido por el grupo de 5-9 años para un 23,1 % En relación con la lateralidad de la

ptosis se encontró que en el 69,2 % de los 9 pacientes, la afectación fue unilateral; solo 4 pacientes (un 30,8 %) fueron bilaterales.

En cuanto a la clasificación etiológica, encontramos 4 casos (30,7 %) que fueron clasificados como ptosis involutivo-senil, 3 pacientes con ptosis aponeurótica congénita y en otros 3 hereditaria tardíamente adquirida, para un 23,1 % respectivamente. En este estudio no se reportaron ptosis asociadas al embarazo, ni a la orbitopatía distiroidea. Según la severidad de la ptosis, de los 17 párpados operados 6 fueron moderadas (35,3 %) y 8 severas (47,1 %).

Según la función del músculo elevador, no se presentaron ptosis con función nula, ni excelente. Esta resultó ser buena en 11 párpados, para un 64,7 % del total. En los resultados quirúrgicos, la ptosis fue corregida en 15 párpados (88,3 %) y 2 no corregidos (11,7 %), como se demuestra en la tabla.

Tabla. Corrección de la ptosis según la técnica propuesta

Corrección de la ptosis	No.	%
Corregida	15	88,3
No corregida	2	11,7
Total *	17	100

* Párpados operados.

No se presentaron complicaciones en 12 de los párpados intervenidos para el 70 % del total (Fig.) Del total de complicaciones (5 para el 30 % del total de párpados operados) 3 correspondieron a sangramientos intraoperatorios, lo cual constituyó el 18 %, y 2 correspondieron a hipocorrecciones, para un 12 % del total de párpados operados.

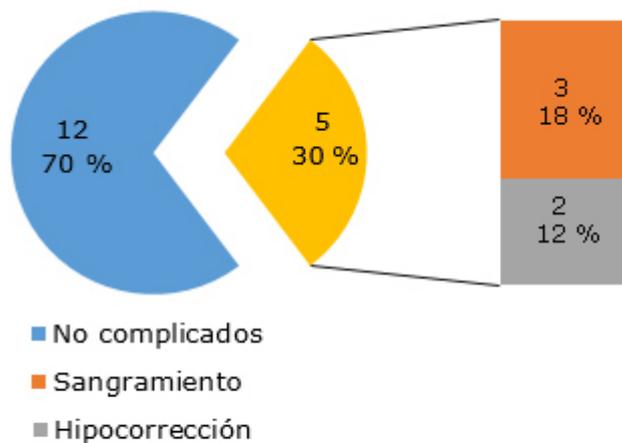


Fig. Presencia de complicaciones en la resección modificada de la aponeurosis.

DISCUSIÓN

La corrección de la ptosis intenta conseguir una mejoría estética y funcional de los pacientes aquejados por esta enfermedad. En la presente serie, la edad más representada fue la de mayores de 60 años, lo cual coincide con publicaciones revisadas al respecto. En un estudio realizado en la Universidad de Illinois por *Janet M. Lin* y otros, donde se analizaron 275 pacientes, las ptosis aponeuróticas fueron las más frecuentes y de estas las involutivas y seniles.¹⁴ Dicho estudio arrojó que el 60,2 % corresponde a este tipo. En el caso del estudio actual, la influencia del envejecimiento poblacional en Cuba (según la Oficina Nacional de Estadística, la esperanza de vida al nacimiento en el período 2011-2013 alcanzó el valor de 78,45 años)¹⁵ influye en los resultados. En cuanto al sexo, con mayor frecuencia se presentó el sexo masculino. No existen trabajos que describan que el sexo constituye un factor de riesgo para la ptosis palpebral. En los escasos estudios que se refieren a esta variable, los resultados no son concluyentes; se encontró predominio de uno u otro sexo indistintamente, lo cual puede estar relacionado con las muestras seleccionadas para el desarrollo de dichas investigaciones.⁷ Esto demuestra la importancia de conocer el comportamiento de esta variable en cada región de manera específica.¹⁶

El tipo de ptosis que con mayor frecuencia se presentó fue la de tipo involutivo-senil, seguida por la aponeurótica congénita y la hereditaria tardíamente adquirida; estas dos últimas con porcentajes similares por cada una. En los casos descritos no se encontró desinserción de la aponeurosis, quizá al no estar predispuestos por factores que generan desinserción como son: dermatochalasis severa, atrofia de la grasa orbitaria y cirugías intraoculares previas.¹⁷ En cuanto a los otros dos tipos de ptosis, son típicos de pacientes más jóvenes, lo cual está determinado por ser ptosis, donde la aponeurosis está débil, pero no desinsertada. En un estudio consultado sobre causas de ptosis en pacientes jóvenes, se evidenció que las causas de ptosis en estos grupos de edades son el trauma y la anoftalmia, lo cual no coincide con el presente estudio. En este caso se observaron todos los tipos de ptosis, incluyendo las aponeuróticas.¹⁸

En cuanto a la lateralidad, múltiples estudios abordan esta variable en sus objetivos, donde la mayoría coincide en que las ptosis unilaterales son las más frecuentes. En un estudio publicado en la revista británica "Eye" se simultaneó la cirugía de blefaroplastia y la de ptosis, aún cuando el proceder se realizó de forma bilateral (como consecuencia de la dermatochalasis en ambos ojos). Se documentó que las ptosis unilaterales primaron en la serie.¹⁹ En otra investigación publicada de la Sociedad Canaria de Oftalmología se corrobora la prevalencia de la unilateralidad.²⁰

En el preoperatorio, las ptosis severas son las más frecuentes en la bibliografía consultada, quizás como consecuencia de que, al ser estas las que afectan el eje visual, son las que mayoritariamente acuden a consulta. Así lo demuestran dos estudios de las revistas *Annals of Plastic Surgery* e *In Vivo*, respectivamente.^{21,22}

La función del músculo elevador es una variable muy importante a tener en cuenta a la hora de decidir una técnica sobre la aponeurosis. En este caso se precisa exista función de este, la cual, mientras mejor sea, mejor será el resultado posquirúrgico. En esta serie primaron los pacientes con buena función del elevador. En un estudio realizado y publicado en Nueva York sobre la predictibilidad del resultado de la cirugía de resección basado en la función del elevador, prevalecieron los casos con buena función de esta.²³ En otros estudios similares se constató la concordancia con estos resultados.²⁴

La corrección con la técnica propuesta demuestra que es una opción viable para corregir ptosis de tipo aponeurótica. Muchas variantes se han sugerido y todas con

resultados positivos. En esta investigación el porcentaje de corrección por párpados operados fue 88,3 %. Esto pudiera tenerse en cuenta para usarla como una herramienta quirúrgica más. Otros estudios consultados trabajan sobre la aponeurosis y ha validado su efectividad.²⁵⁻²⁷

En cuanto a las complicaciones que se presentaron, el sangramiento ocurrió con mayor frecuencia; sin embargo, en los trabajos consultados fueron la hipocorrección y la asimetría los más mencionados. En un estudio realizado en el *Moorfields Eye Hospital* (London), se concluye que es la hipocorrección la mayor complicación luego de haber analizado retrospectivamente 300 casos operados de ptosis de todos los tipos y con variadas técnicas.²⁸ En otros estudios primaron las complicaciones de tipo corneal (erosión punteada por pobre fenómeno de Bell).²⁹ En todos los casos las complicaciones se observaron en un porcentaje muy bajo de los totales analizados.

La resección modificada de la aponeurosis se realizó fundamentalmente en pacientes mayores de 60 años, con predominio del sexo masculino, en ptosis involutivo-senil, unilateral y severa. Se logró la corrección en la mayoría de los pacientes y se presentó un mínimo de complicaciones. En los casos en los que no se logró la corrección, esto estuvo determinado por una débil inserción de la aponeurosis al tarso, dado por el sangramiento profuso que impidió la correcta visualización de los planos quirúrgicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Salinas G, Agramonte Centelles IC, Rojas Rondón I, Pérez Llanes A. Ptosis palpebral adquirida. En: Rojas Rondón I, Agramonte Centelles IC, Río Torres M. Afecciones palpebrales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018. p. 70-83.
2. Kanski J, Browling B. Oftalmología Clínica. Barcelona: Elsevier Saunders; 2016. p. 38-44.
3. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
4. Etezad Razavi M, Khalifeh M, Yazdani A. Comparing open and closed techniques of frontalis suspension with silicone rod for the treatment congenital blepharoptosis. *Orbit*. 2014; 33(2):91-5.
5. Martínez Grau G, Prada Sánchez MC, Mateos Sánchez E, Augusto V, Cruz A, Mitiko S, Akaishi P, Alonso Toledano T. En: Cirugía palpebral y periocular. Toledano N. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2009. p. 187-234.
6. Serrano H. Ptosis Palpebral. Exploración, clínica, y conducta terapéutica. *Highlights of Ophthalmology*; 2002.

7. Negrín Cáceres Y, Cabrera Romero A, Cárdenas Monzón L, Figueroa Padilla M. Comportamiento clínico-quirúrgico de la ptosis palpebral en la consulta de Cirugía Plástica Ocular. *Medic Electr.* 2016;20(1): 18-26.
8. Tamayo Carbón M. Comportamiento clínico quirúrgico de la ptosis palpebral en el paciente geriátrico. *Portales Médicos.com*; 2010 [citado 30 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2282/5/>
9. Marcus MM. Proximal Tarsal attachments of the levator aponeurosis. *Ophthalmology.* 2013;120:1924-9.
10. Jordan DR, Mawn L, Anderson RL. Surgical anatomy of the ocular adnexa: a clinical approach. New York: Oxford University Press and American Academy of Ophthalmology; 2012.
11. Baik BS, Ha W, Lee JW, Ji SY, Yang WS, Park D, et al. Adjunctive techniques to traditional advancement procedures for treating severe blepharoptosis. *Plast Reconstr Surg.* 2014 [citado 27 de junio de 2014]; 133(4):887-96. Disponible en: <https://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2014/04000/>
12. Yabe T, Tsuda T, Hirose S, Ozawa T. Intraoperative adjustment of eyelid level in aponeurotic blepharoptosis surgery. *Ann Plast Surg* [internet]. 2015 [citado 27 de junio de 2015]; 74(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Abstract/2015/05000/>
13. Worley MW, Gal O, Anderson RL, al Hariri A. Eye dominance and Hering's law effect on bilateral blepharoptosis repair. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2013;29(6):437-9.
14. Lim JM, Hou JH, Singa RM, Aakalu VK. Relative incidence of blepharoptosis subtypes in an oculoplastics practice at a Tertiary Care Center. *Orbit.* 2013;32(4):231-4.
15. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La esperanza de vida. ONEI; 2014 [citado 29 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/>
16. Fernández Reyes K, Martínez Chávez R, Fernández Reyes LA. Funcionalidad del músculo elevador del párpado superior en pacientes con ptosis palpebral. Santiago de Cuba: II Congreso virtual de Ciencias Morfológicas y II Jornada Científica de la Cátedra "Santiago Ramón y Cajal"; 2013.
17. Frueh BR, Musch DC, Mc Donald HMB. Efficacy and efficiency of a small-incision minimal dissection procedure *versus* a traditional approach for correcting aponeurotic ptosis. *Ophthalmology.* 2004;111:2158-63.
18. Rasiah S, Hardy TG, Elder JE, Ng CY, Lenake M, McNab AA. Aetiology of acquired blepharoptosis in young adults. *Orbit.* 2017;36:1-6.
19. Ng DS, Chan E, Ko. Minimal incision posterior approach levator plication for aponeurotic ptosis. *Eye (Lond).* 2015;29(4):483-91.
20. Ayala Barroso E, González-Candial M, Medel Jiménez R. Corrección de la ptosis palpebral mediante conjuntivo-müllerectomía. *Arch Soc Canar Oftalmol.* 2005;16:29-34.
21. Baroody M, Holds JB, Sakamoto DK, Vick VL, Hartstein ME. Small incision transcutaneous levator aponeurotic repair for blepharoptosis. *Ann Plast Surg.* 2004;52(6):558-61.

22. Innocenti A, Mori F, Melita D, Dreassi E, Ciancio F, Innocenti M. Evaluation of long-term outcomes of correction of severe blepharoptosis with advancement of external levator muscle complex: descriptive statistical analysis of the results. *In Vivo*. 2017;31(1):111-6.
23. Nuhoglu F, Ozdemir FE, Karademir Z, Eltutar K. Levator function in blepharoptosis surgery. *Facial Plast Surg*. 2013;29(1):71-5.
24. Ranno S, Sacchi M, González MO, Ravula MT, Nucci P. Evaluation of levator function for efficacy of minimally invasive and standard techniques for involutional ptosis. *Am J Ophthalmol*. 2014;157(1):209-13.
25. Sagili S. Anterior approach white-line advancement: a hybrid technique for ptosis correction. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2015;31(6):478-81.
26. Zigiotti GL, Delia G, Grenga P, Pichi F, Rechichi M, Jaroudi MO, d'Alcontres FS, Lupo F, Meduri A. Elevator muscle anterior resection: a new technique for blepharoptosis. *J Craniofac Surg*. 2016;27(1):2013.
27. Gire J, Robert PY, Denis D, Adenis JP. Small-incision, minimal dissection procedure (Frueh's procedure) in correction of involutional and congenital ptosis: a retrospective study of 119 cases. *J Fr Ophtalmol*. 2011;34(7):439-47.
28. Porteous AM, Haridas AS, Collin JRO, Verity D. Upper lid ptosis surgery: what is the optimal interval for the postoperative review? A retrospective review of 300 cases. *Eye (Lond)*. 2018;32(4):757-62.
29. Buttanri IB, Serin D. Levator resection in the management of myopathic ptosis. *Korean J Ophthalmol*. 2014;28(6):431-5.

Recibido: 21 de octubre de 2017.

Aprobado: 19 de julio de 2019.

Yaima Hernández Sánchez. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba. Correo electrónico: yaimahs@infomed.sld.cu