

Citar este artículo como:

Peláez, A. (2022). Entropión senil reparación quirúrgica bidimensional. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(9), 19–28. <https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n9.2022.70>

ARTÍCULO CIENTÍFICO

# ENTROPIÓN SENIL REPARACION QUIRÚRGICA BIDIMENSIONAL

SENILE ENTROPION BIDIMENSIONAL SURGICAL REPAIR

**Alejandra Peláez**

revistabcp, Bolivia

[ale\\_pelaezf@hotmail.com](mailto:ale_pelaezf@hotmail.com)

## RESUMEN

### **Introducción y objetivo:**

El entropión involucional no deja de ser una patología de presentación frecuente en la consulta de cirugía plástica. A lo largo del tiempo se describieron diferentes técnicas quirúrgicas para su manejo pero en la actualidad aún no existe un consenso de cuál es la técnica ideal.

El entropión es la rotación interna y mantenida del margen palpebral superior o más comúnmente del párpado inferior, de forma unilateral o bilateral.

De los cuatro tipos descritos el entropión involutivo es el más común.

Se presenta una técnica de fácil ejecución que resuelve la mayoría de los factores fisiopatológicos que desarrollan entropión senil.

### **Material y método:**

Se operaron 13 párpados en total, con la técnica denominada acortamiento vertical y alargamiento horizontal palpebral. Todas las cirugías cursaron sin intercurencias.

El seguimiento promedio fue de 6 meses.

### **Resultados:**

En el examen físico post operatorio de todos los pacientes demuestra, mejoría en la posición palpebral y eliminación completa de la exposición escleral.

### **Conclusión:**

La técnica propuesta combina la corrección de la laxitud horizontal y vertical de los tejidos palpebrales, con resultados efectivos en el tratamiento del entropión involutivo.

**Palabras clave:** *Entropion; senil; tratamiento.*

## ABSTRACT

### **Introduction and objective:**

Involitional entropion is a common pathology, there are many techniques for its resolution, but so far none has proven to be the preferred one

Entropion is the internal and maintained rotation of the upper or more common palpebral margin of the lower eyelid, unilaterally or bilaterally.

Of the four types described, involutive entropion is the most common.

An easy-to-execute technique is presented that solves most of the physiological factors that lead to senile entropion.

### **Material and method:**

Thirteen eyelids were operated in total, with the technique called vertical shortening and palpebral horizontal elongation. All surgeries went without complications

The average follow-up was 6 months.

### **Results:**

Postoperative physical examination, in all patients shows an improvement in palpebral position and complete elimination of scleral exposure.

### **Conclusion:**

The proposed technique combines the correction of the horizontal and vertical laxity of the palpebral tissues, with effective results in the treatment of involitional entropion.

**Keywords:** *Entropion; senil; treatment.*

## INTRODUCCIÓN

El entropión es la rotación interna y mantenida del margen palpebral superior o más comúnmente del párpado inferior, de forma unilateral o bilateral.<sup>1</sup>

Los pacientes son sintomáticos cuando las pestañas, rozan continuamente con la superficie del globo ocular, manifestándose como:

- Epífora continua
- Úlcera corneal
- Fotofobia
- Pérdida de la visión

Se asocia también a laxitud palpebral que provoca un entropión espástico leve que invierte el párpado durante el movimiento y provoca epífora continua.

Cuatro tipos de entropión han sido descritos: <sup>2</sup>

1. Congénito
2. Cicatrizal
3. Espástico
4. Involutivo

El entropión involutivo es el más común, ocurre en personas de la tercera edad y afecta al párpado inferior con más frecuencia.<sup>3</sup>

La rotación interna del párpado se hace más manifiesta cuando el paciente mira hacia abajo y cuando cierra bruscamente de los párpados, estos signos, sirven para diagnosticar casos subclínicos.

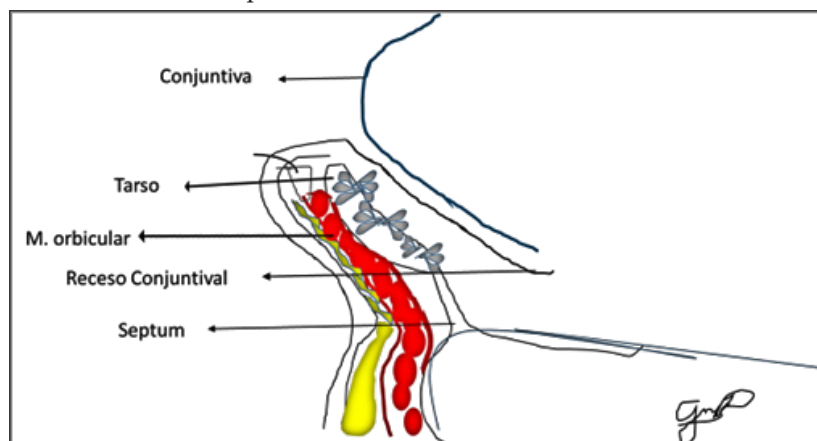
En la literatura se describe muy claramente la fisiopatología del entropión involutivo.<sup>4</sup>

- a. Aflojamiento en sentido horizontal del párpado (laxitud del tendón cantal).
- b. Pérdida del soporte vertical (adelgazamiento del tarso).
- c. Debilidad de los retractores del párpado.
- d. Enoftalmos por atrofia de la grasa orbitaria.
- e. Disfunción del músculo orbicular (la porción preseptal se debilita y disminuye la presión que ejerce sobre el tarso, sobreponiéndose a la porción pretrassal).
- f. Los tejidos profundos se relajan no sólo por el enoftalmos sino también por la atonía que acompaña el proceso de envejecimiento.<sup>4,5</sup>
- g. La piel y la fascia atónicas se vuelven redundantes y menos adherentes al músculo subyacente.

Para entender la interacción de todas las estructuras de la peri orbita es necesario conocer perfectamente la anatomía.

Si consideramos a la órbita una cavidad que soporta el globo ocular en sentido vertical y horizontal( párpados), nos daremos cuenta que el soporte horizontal está dado por los cantos medial y lateral, en sentido vertical, la estabilidad está dada por: tarso , septum orbitario, fascia capsulo palpebral y el músculo tarsal inferior, conocidos como los retractores del párpado inferior.

Tanto el tarso, cómo los cantos y en mayor grado el tendón cantal lateral, con la edad pierden tonicidad (tejido conectivo), entonces el canto lateral se desplaza inferiormente provocando redundancia del tarso. La redundancia del septum a la vez permite desplazamiento de la grasa orbitaria, especialmente la del compartimiento lateral.

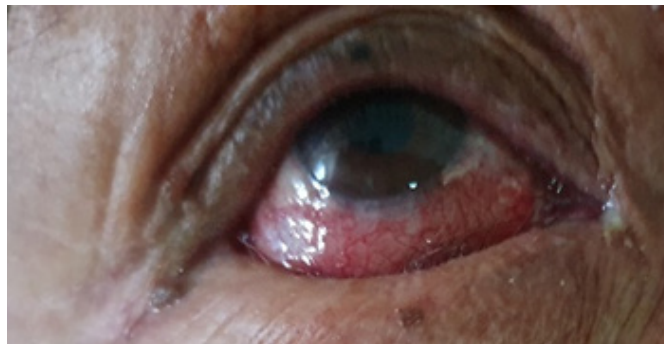


**Figura 1.** Anatomía del párpado inferior. Esquema propio.

La laxitud de los retractores del párpado, hace que el borde inferior del tarso rote hacia arriba y adelante, provocando la inversión del borde palpebral (entropión). La porción preseptal del músculo orbicular se superpone a su porción pretarsal. Durante el cierre palpebral, el párpado superior ejerce una fuerza que aumenta la rotación interna.<sup>6</sup>



**Figura 2.** *Entropion Senil.*



**Figura 3.** *Entropion senil, mirada superior mostrando la irritación conjuntival.*

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de estudio retrospectivo que involucró a diez pacientes de la CSBP (Caja de Salud de la Banca Privada) regional La Paz en el periodo de febrero 2017 a febrero 2020.

El concepto básico sobre el cual se desarrolló la técnica fue realizar el tratamiento de los factores fisiopatológicos que contribuyen al desarrollo del entropión involutivo Tratamiento de los cantos:

1. Tratamiento del tarso
2. Tratamiento de los retractores
3. Tratamiento de la grasa
4. Tratamiento de la piel
5. Tratamiento del músculo

Para evaluar la laxitud horizontal palpebral usamos el test de Hill y todos los pacientes dieron positivo (retardo de la piel a retornar a su lugar).

La funcionalidad de los retractores fue evaluada por visión directa a través de la conjuntiva tarsal, a) se observa una banda de color blanco paralela al borde tarsal y situada a 2mm debajo de dicho borde, b) disminución del movimiento ocular cuando el paciente mira hacia abajo, c) ligera elevación del borde palpebral inferior sobre el limbo corneal cuando se trata con los dedos de subir el párpado inferior.

## Técnica Quirúrgica

De forma preoperatoria se solicitaron los laboratorios de rutina y ECG más valoración cardiológica.

La cirugía se realiza de forma ambulatoria, paciente se encuentra bajo sedación, se infiltra solución anestésica de la siguiente manera: en una jeringa de 1cc con aguja 27G se carga lidocaína al 2% con epinefrina 1:2000000, se infiltra de forma subcutánea y suborbicular 1cc en cada ojo (si el procedimiento es bilateral).

Incisión subciliar, con bisturí hoja #15 desde el borde cantal lateral hasta el putum. Se disea un colgajo cutáneo con una tijera iris, hasta 2 mm por encima del reborde orbitario, exponiendo de forma amplia el músculo orbicular, con ayuda unas pinzas Adson Brown finas, se toma el músculo orbicular en sentido horizontal aproximadamente a la mitad del mismo y se disea en profundidad hasta llegar a encontrar el septum, el cual se abre con tijeras iris romas y se lo disea hasta encontrar los retractores, los retractores se disecan con ayuda de un cotonete húmedo, luego se realizan puntos de simples con prolene 6/0 de los retractores al tarso, los hilos se atan uno a uno y se reposicionan más o menos 2mm por encima del limbo, verificándose la posición del párpado.



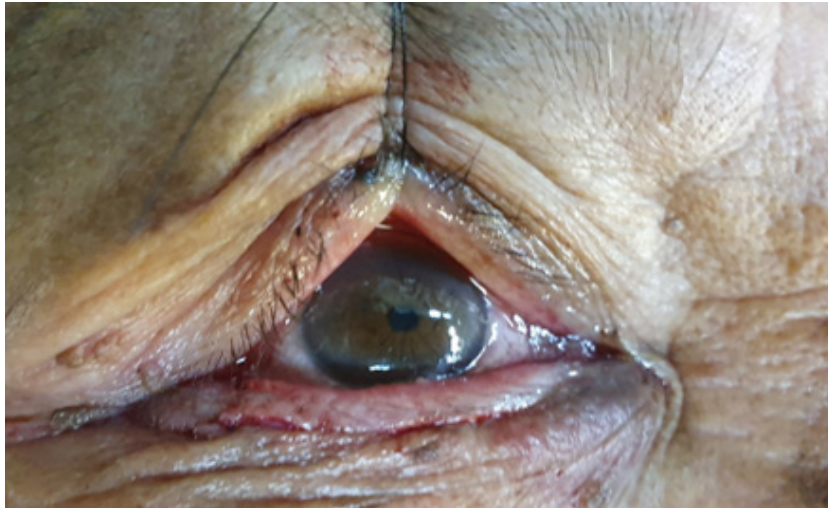
**Figura 4.** *Incisión subciliar exponiendo el músculo orbicular.*



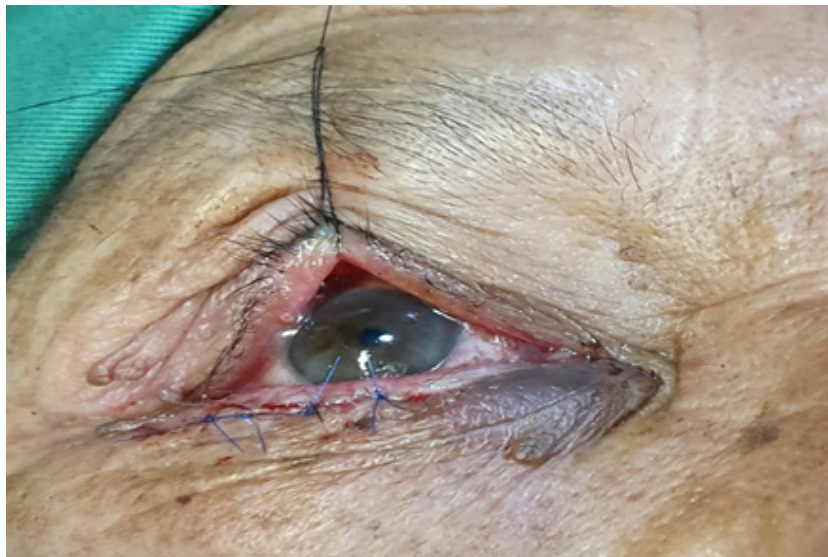
**Figura 5.** *Puntos en los retractores.*

Posteriormente se realiza cantopexia lateral, con puntos subperiósticos de una sutura nylon 4/0 teniendo cuidado de respetar la relación anatómica con el canto interno.





**Figura 6.** Finalizada la cantopexia externa.



**Figura 7.** Post operatorio inmediato.

La grasa orbitaria no es resecada, más bien se reacomoda sola al hacer el tratamiento de la laxitud horizontal del párpado.

Excéresis del excedente cutáneo y cierre con puntos simples de prolene 6/0, que toman la piel, el músculo orbicular y el borde inferior del tarso.

No se realiza tratamiento del canto interno con terapia adyuvante.

Es importante, no sobre corregir para no causar un ectropión iatrogénico.

La curación se realiza con terramicina (ungüento oftálmico), parche ocular que permanece por un día.

Al día siguiente se retira el parche, se indica lágrimas artificiales a requerimiento, y continuar con el antibiótico tópico por 7 días.

Los controles se realizan a las 24 hs, 72hs y al séptimo día se retiran los puntos cutáneos. Se realizan controles al mes, tres meses, seis meses y al año.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se trataron 10 pacientes, 3 pacientes de forma bilateral 7 unilateral predominio izquierdo, en la CSBP regional La Paz. Tabla 1 y 2.

**Tabla 1.** Características clínicas de los pacientes en estudio.

VARIABLE	TRATAMIENTO DEL ENTROPION
Edad	72 años promedio
Sexo masculino/femenino	04---06
Lateralidad derecho/izquierdo	2---4
Bilateralidad	3
Cirugía Previa de entropion	1
Complicaciones postoperaotorias *	0
Recurrencia	0
Promedio de seguimiento en meses	3

\*Sobrecorrección, irritación ocular

**Tabla 2.** Distribución por edad, sexo y afección ocular.

EDAD/AÑOS	SEXO		UNILATERAL		BILATERAL
	MASCULINO	FEMENINO	OJO IZQ.	OJO DER.	
60-65	1			1	
65-70	1	1	2		
70-75	1	3		1	2
75-80		1			1
80-85	1		1		
85-90		1	1		
>90					
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

Un paciente bilateral de forma secundaria que fue operado por otro cirujano. Predominio de sexo femenino y la edad promedio es de 72 años.

Todos los pacientes fueron tratados por oftalmología antes de ser remitidos a la consulta de cirugía plástica.

Uno de ellos realizó tratamiento con toxina botulínica en dos ocasiones previas a la cirugía.

Un solo paciente de sexo masculino, no fue admitido en el estudio por tener varias patologías crónicas que ponían en riesgo su vida, en este único caso, se decidió seguir tratamiento sintomático indicado por oftalmología.

El examen físico postoperatorio, demostró mejoría en la posición palpebral y eliminación completa de la exposición escleral.

Los síntomas previos a la cirugía como epífora y enrojecimiento fueron resueltos.

Durante la consulta se preguntó a los pacientes si la irritación ocular había mejorado

El éxito de la cirugía se determinó cuando el párpado no se iba hacia adentro durante el cierre forzado del párpado.

No hubo complicaciones; sin embargo, se presentó equimosis cutánea que se resolvió espontáneamente a los 15 días aproximadamente en todos los casos. No hubo recurrencias hasta los 6 meses que fue la media de tiempo de seguimiento.

Si bien todos los pacientes presentan blefarochalasis de tratamiento quirúrgico y que de hecho puede ser resuelto en el mismo tiempo quirúrgico, por políticas de la seguridad social, no es posible realizar la blefaroplastia en una sola cirugía.

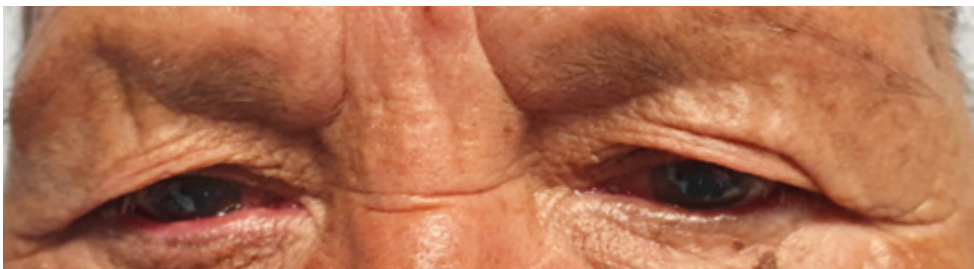
No se presentaron recurrencias durante el año postoperatorio de seguimiento

Se expone a continuación un caso como ejemplificación:

Se trata de una paciente femenina diabética de 78 años de edad, con entropión involutivo bilateral, de 5 años de evolución.



**Figura 8.** Preoperatorio Párpado derecho y párpado izquierdo.



**Figura 9.** 6 meses Post operatorio.

## DISCUSION

El entropión involutivo es propio de la edad avanzada y se han descrito muchas técnicas para su corrección que son clasificadas en tres grupos.<sup>4</sup>

1. Técnicas de acortamiento vertical <sup>5</sup>
2. Técnicas de alargamiento vertical
3. Técnicas que directamente corrigen la inversión palpebral

Sin embargo esta clasificación no es útil y está lejos de agrupar a todas las técnicas descritas, actualmente las técnicas combinadas son más exitosas.

Spinelli 2006, corrige el entropión por medio del retensado de músculo suborbicular y cantoplastia.<sup>7</sup>

Técnicas de acortamiento horizontal también han sido descritas (Müller 1922, Fox 1976) <sup>8,9</sup>.

Jones <sup>10</sup> Postuló que la causa del entropión era la laxitud de los retractores, este factor etiopatogénico se sustenta también en los trabajos de los doctores Dryden, Doryzbach.<sup>11,12</sup>



El tratamiento solo de los retractores también se ha descrito de forma transconjuntival por Fedesltein<sup>13</sup>.

Un único ensayo controlado aleatorio ( ECA) indicó que la combinación del ajuste horizontal y vertical del párpado con suturas eversoras y tira tarsal lateral es altamente efectiva para el entropión en comparación con el ajuste vertical con suturas eversoras solas. Los estudios con series de casos retrospectivas también apoyan la reparación quirúrgica combinada, aunque no es posible incluir en el análisis los detalles de estos estudios sobre técnicas quirúrgicas específicas.<sup>14</sup>

A pesar de que la cirugía es el estándar de oro para el tratamiento del entropión, la toxina botulínica es una alternativa viable y accesible en algunos casos para el manejo temporal del entropion.<sup>15,16,17</sup>

## CONCLUSION

Con la técnica propuesta hemos conseguido corregir de forma efectiva el entropión involucional.

La técnica implica la corrección del entropión abordando el párpado en tanto en sus componentes verticales como horizontales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Pereira M. G., Rodrigues M. A.**, Eyelid entropion. *Semin Ophthalmol* 2010;25:52-8
2. **Vallabhanath P., Carter S. R.** Ectropion and entropion. *Curr Opin Ophthalmol*. 2000 Oct;11(5):345-51. doi: 10.1097/00055735-200010000-00010. PMID: 11148701.
3. **Hahn S., Desai S. C.**, Lower Lid Malposition: Causes and Correction. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2016 May;24(2):163-71. doi: 10.1016/j.fsc.2015.12.006. PMID: 27105802.
4. **Bashour M., Harvey J.**, Causes of involucional ectropion and entropion--age-related tarsal changes are the key. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2000 Mar;16(2):131-41. doi: 10.1097/00002341-200003000-00008. PMID: 10749160.
5. **Marabotti A., Bedei A., Lanza G., Cariello A., Giannecchini I.**, Involucional entropion surgery: a modified technique. *Ophthalmologica*. 2001 May-Jun;215(3):169-73. doi: 10.1159/000050852. PMID: 11340385.
6. **Charonis G. C, Gossman M. D.**, Involucional entropion repair by posterior lamella tightening and myectomy. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 1996 Jun;12(2):98-103. doi: 10.1097/00002341-199606000-00003. PMID: 8727175.
7. **Spinelli H. M., Tabatabai N., Nunn D. R.** Correction of involucional entropion with suborbicularis septal and lateral canthal tightening. *Plast Reconstr Surg*. 2006 Apr 15;117(5):1560-7; discussion 1568-70. doi: 10.1097/01.prs.0000207338.39031.67. PMID: 16641725.
8. **Muller L.**, Eine neue Operationsmethode zur Heilung des Entropium spasticum. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1929 69: 288–289.
9. **Fox S. A.**, Senile (atonic) entropion. *Ann Ophthalmol*. 1976 Feb;8(2):167-72. PMID: 1247272.
10. **Jones L. T.**, The anatomy of the lower eyelid and its relation to the cause and cure of entropion. *Am J Ophthalmol*. 1960 Jan;49:29-36. PMID: 14407746.
11. **Dryden R. M., Leibsohn J., Wobig J.**, Senile entropion. Pathogenesis and treatment. *Arch Ophthalmol*. 1978 Oct;96(10):1883-5. doi: 10.1001/archophth.1978.03910060387019. PMID: 697627.

12. **Dortzbach R. K. & McGetrick J. J.**, Involutional entropion of the lower eyelid. *Adv Ophthalmic Plas Reconstr Surg* 1983 2: 257-267.
13. **Feldstein M.** : Suture correction of senile entropion by inferior lid retractor tuck. *Adv Ophthalmic Plas Reconstr Surg* 1983 2: 269-274.
14. Intervenciones para el entropión involutivo del párpado inferior Cochrane Systematic Review - <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002221.pub2>
15. **Telich-Tarriba J., Martinez. A., Grajeda A., Barquet. A., Telich. J.**, Correccion del entropion en parpado inferior con toxina botulínica. *Rev Mex Oftalmol*.2016. <http://dx.doi.org/j.mexoft.2016.05.007>
16. **Steel D. H., Hoh H. B., Harrad R. A., et al.** Botulinum toxin for the temporary treatment of involutional lower lid entropion: a clinical and morphological study. *Eye* 1997;11:472-5.
17. **Clarke J. R., Spalton D. J.**, Treatment of senile entropion with botulinum toxin. *Br J Ophthalmol* 1988; 72:361-2