

## PLASTIA DE PÁRPADO SUPERIOR (\*)

**Dra. Paula Victoria Knaibl**

Del Instituto de Radiología

Los párpados son la cortina protectora del globo ocular frente a las agresiones externas. La oclusión se hace en su mayor extensión a expensas del párpado superior.

La córnea, ante la que desliza este párpado, requiere un contacto suave como es la mucosa palpebral y necesita además del medio húmedo que la movilidad del párpado mantiene al arrastrar la secreción lacrimal.

La destrucción total o parcial del párpado superior provoca serios trastornos en la función visual; desecación y ulceración de la córnea, conjuntivitis de tipo agudo o crónico, etc.

Si en un defecto de párpado superior resta suficiente conjuntiva, la reparación cutánea podrá lograrse con un injerto de piel libre o deslizando o rotando colgajos de piel vecina.

Cuando la pérdida palpebral incluye su mucosa se ha tratado de sustituirla forrando el colgajo con piel fina y casi sin pelos, p. ej. de parte interna del brazo o de la región retroauricular. Esta reparación no es suficiente si existe una córnea normal. La frecuente desecación, ulceración y pérdida del injerto libre de mucosa revistiendo un colgajo de piel, se ha obviado en nuestro caso con el simple artificio de mantenerlo en medio húmedo hasta su implantación definitiva.

Dado que la piel del párpado es de una textura especial, no encontramos en la economía otra que la pueda sustituir mejor que la de la propia cara teniendo además este tipo de transporte

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 29 de marzo de 1950.

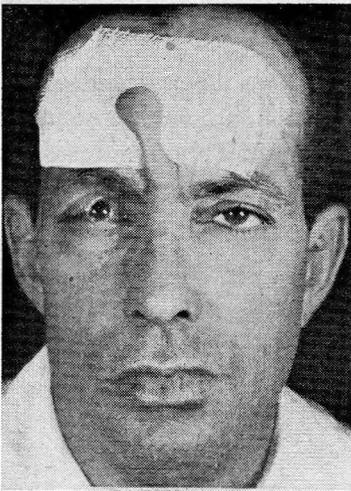


FIG. 1

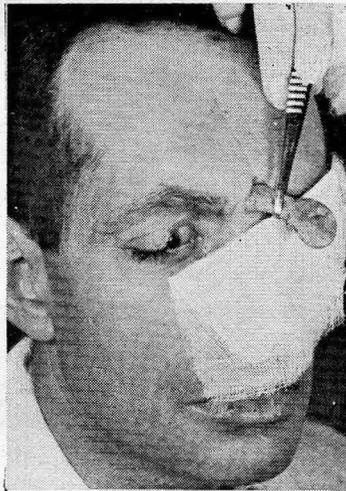


FIG. 2

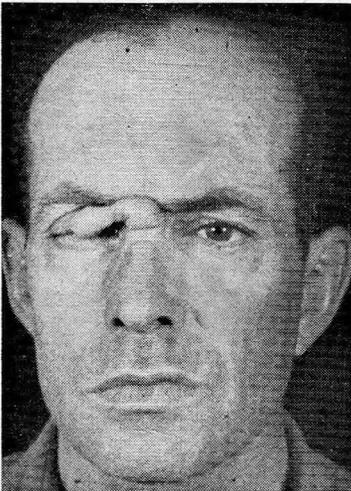


FIG. 3

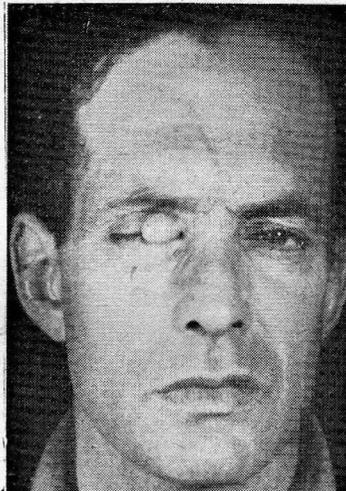


FIG. 4

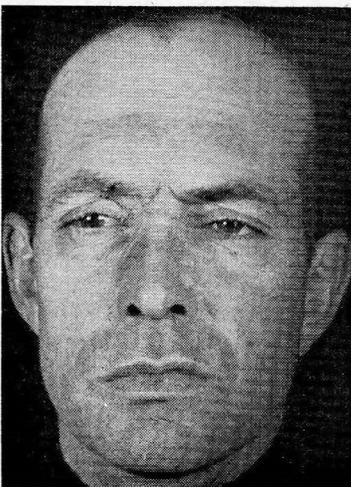


FIG. 5

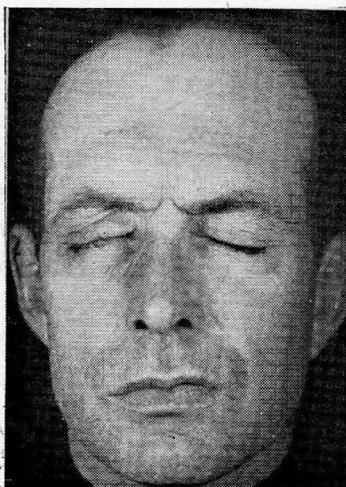


FIG. 6

la ventaja de evitar posiciones incómodas de miembros, etc. Hemos elegido la espátula frontal con pedículo a implantación inter-ciliar de excelente nutrición (arteria frontal), que además observa la regla de dejar el minimum de cicatrices en cara.

## T E C N I C A :

**1er. Tiempo:** Según el molde del defecto se talla un colgajo frontal a pedículo inter-ciliar el cual se reviste con un injerto libre de mucosa del labio inferior que se sutura borde a borde (Fig. 1 y 2). Se mantiene el apósito húmedo mediante el goteo cada 6 horas de suero fisiológico más penicilina.

Puede hacerse, como en nuestro caso, un tiempo accesorio de alargamiento del pedículo para que sin compromiso de la vascularización pueda lograrse la rotación suave sin poner a tensión las suturas.

**2º Tiempo:** A las 3 semanas, fijación de la espátula frontal en el sitio correspondiente desdoblándola en forma simétrica al desdoblamiento del borde de la cicatriz de la brecha del párpado, la cual se reseca. Dos planos de sutura: interno de mucosa con conjuntiva y externo de piel con piel. Puede colocarse algún punto fijador del colgajo al músculo elevador (Fig. 3).

**3er. Tiempo:** 3 semanas después. Sección del pedículo del colgajo. Inserción definitiva en el resto del margen de defecto, completando el tiempo anterior (Fig. 4).

**4º Tiempo:** 3 meses después se modela el material de la plástica dándole la forma y grosor definitivos. Se logra una consistencia tal que no es necesaria la implantación de cartílago.

Si la pérdida del párpado no es total, hay que inmovilizar el muñón traccionado por el resto del músculo orbicular acompañando con una blefarorrafia el primer tiempo y se evita así la tensión de las futuras suturas.

Creemos que está técnica satisface además uno de los principios de la cirugía reparadora, que es llevar material en exceso para poder modelar después; principio prácticamente imposible cuando queremos resolver la mitad o más de párpado superior en todo su grosor, utilizando sólo los tejidos adyacentes.

Caso: J. B. L. Instituto de Radiología. Diciembre de 1948.

Defecto: 2/3 de párpado superior en todo su grosor por escisión de epiteloma irradiado y recidivado 6 veces. Trofismo de los tejidos vecinos muy comprometido. Ojo normal.

Las figuras 5 y 6 muestran el caso terminado. Oclusión completa, hendidura palpebral del mismo tamaño que el otro ojo.

Cicatriz frontal casi imperceptible, sin modificaciones la altura simétrica de las cejas y la región interciliar.

