

1. Moronta Castellano G, Villarroel-Dorrego M, Crespo Lessmann L. Caracterización de lesiones bucales de pacientes con enfermedad de Hansen. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111:671–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.05.007>.
2. Vohra P, Rahman MSU, Subhada B, Tiwari RVC, Nabeel Althaf MS, Gahlawat MJ. Oral manifestation in leprosy: A cross-sectional study of 100 cases with literature review. *J Family Med Prim Care.* 2019;8:3689–94, http://dx.doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_766_19.
3. Núñez Martí JM, Sanatorio de Fontilles. *Manifestaciones orales. Manual actualizado de leprología.* Ed. Fontilles; 2008. p. 103–7.

A. Pulido Pérez*, L.M. Nieto-Benito, M. Bergón-Sendín y R. Suárez-Fernández

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.pulido@salud.madrid.org (A. Pulido Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.006>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Réplica a «Ectropión en cirugía dermatológica: exploración y técnicas reconstructivas»



Comment on «Ectropion in Dermatologic Surgery: Exploration and Reconstruction Techniques»

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado recientemente por Fernández-Canga et al.¹ sobre el ectropión palpebral. Los artículos de revisión, como este, por tener una intención docente, tienen una responsabilidad importante, ya que muchos lectores podrían adoptar o no ciertos hábitos de diagnóstico y tratamiento, lo cual repercutirá en el cuidado de nuestros pacientes. Es por ello por lo que nos gustaría complementar este trabajo con algunos apuntes basados en nuestra experiencia personal de más de 15 años dedicados a la cirugía oculoplástica, y sobre todo en la evidencia científica.

Esta revisión trata sobre un síndrome de malposición palpebral, que aparte de la afectación estética, ocasiona una serie de consecuencias mayoritariamente oftalmológicas, y nos llama la atención la escasa mención de la superficie ocular y la vía lagrimal. El párpado se encuentra en íntima relación con el ojo, cualquier paciente con un problema palpebral debe ser sometido a una exploración oftalmológica completa. El ectropión puede ser secundario a la manipulación por lagrimeo en casos de obstrucciones de vía lagrimal, problemas de la superficie ocular, o procesos inflamatorios, por citar algunos ejemplos^{2–4}. Resumir la exploración del ectropión tan solo a lo referente a la laxitud palpebral y sus diferentes componentes, sin incluir una completa exploración oftalmológica, dejaría sin duda muchos casos sin un correcto diagnóstico etiológico, que redundaría en una menor tasa de éxito terapéutico.

En relación con el algoritmo propuesto de prevención del ectropión, es importante diferenciar el ectropión por laxitud medial, lateral y/o de retractores cuando exploramos a nuestros pacientes, ya que el tratamiento, y por ende su prevención, serán diferentes⁵ (fig. 1). Ahondaremos en este concepto más adelante.

Respecto al tratamiento, la mayoría de pacientes tienen un ectropión mixto; la variable involutiva, la más frecuente, tiene como uno de sus principales componentes fisiopatológicos la desinserción de los retractores del párpado inferior. Desde una óptica docente, el abordaje del ectropión debe mencionar necesariamente el tratamiento de los retractores; existen diferentes técnicas y abordajes para realizar estos procedimientos^{6–8}. La Z-plastia no suele ofrecer resultados satisfactorios si no se combina con otras técnicas en el tratamiento del ectropión cicatricial (fig. 1). El uso de materiales sintéticos no ha mostrado evidencia en el tratamiento del ectropión cicatricial, los autores referencian un trabajo en el que se menciona el uso de la dermis acelular como alternativa a la reconstrucción de lamela posterior; sin embargo, este abordaje carece de sentido en casos de ectropión, en el que necesitamos lamela anterior y no posterior⁹. Por último, y como se ha mencionado anteriormente, en casos de ectropión involutivo, en los que la desinserción de retractores juega un papel clave, no podemos reducir su abordaje al de cantopexia o cantoplastia, sino a la asociación de estas técnicas con otras que aborden la totalidad de las causas fisiopatológicas del proceso, especialmente la cirugía de los retractores, y el manejo correcto de la piel (fig. 2).

Encontramos algunos errores conceptuales que son interesantes aclarar para no confundir a los lectores. Así, en la figura 1 los autores¹ señalan la grasa orbitaria del párpado inferior y la nombran como grasa preaponeurótica; en sentido estricto la grasa preaponeurótica se encuentra en el párpado superior, que es donde encontramos la aponeurosis del elevador⁷. Por otra parte, el colgajo que Tripier describió en su artículo original de 1889 consistía en un colgajo musculocutáneo en puente bipediculado, después de esta primera descripción se han ideado diversas modificaciones. El colgajo cutáneo o musculocutáneo del párpado superior para reconstruir defectos del párpado inferior, con base lateral o medial, como el que mencionan Fernández-Canga et al.¹, es sin duda una herramienta muy versátil y ampliamente usada en cirugía reconstructiva oculoplástica. Este colgajo, en función de su tamaño y diseño, ha demostrado recientemente comportarse parcialmente como injerto en novedosos estudios con láser¹⁰. Siendo rigurosos no debe llamarse a este colgajo de Tripier, sino una modificación del mismo.

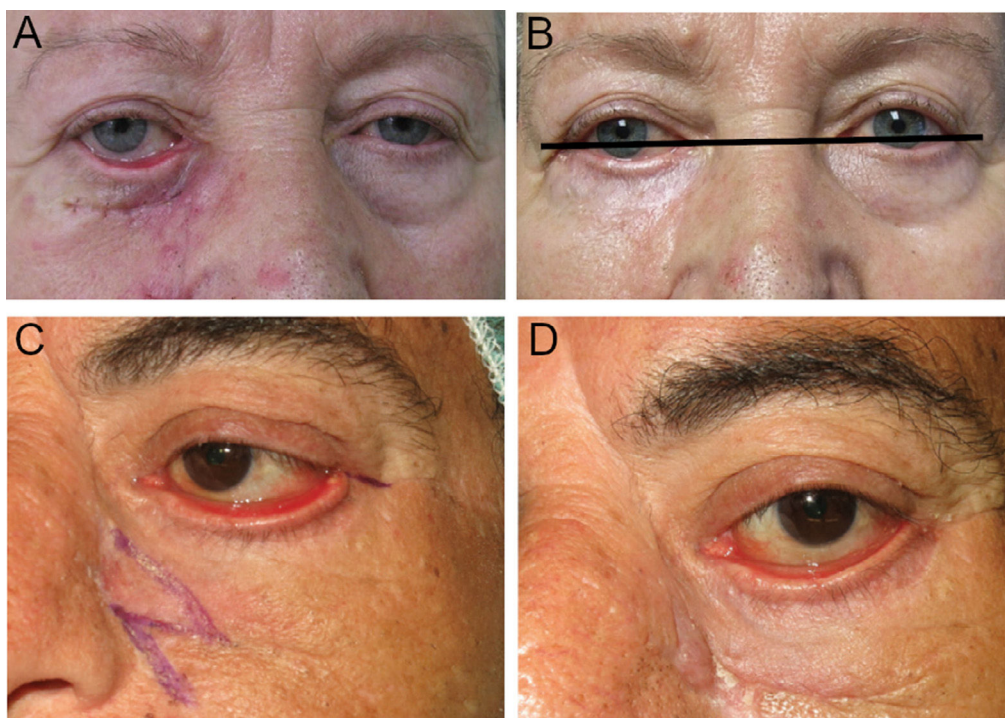


Figura 1 (A) Ectropión de predominio medial, debido a una cicatriz de lámina anterior, probablemente asociado a laxitud de los retractores debido a la edad de la paciente. (B) El tratamiento únicamente mediante cantoplastia, sin abordar ni retractores ni lamela anterior, ocasiona un resultado incompleto, con mejoría del ectropión pero persistencia de una evidente retracción palpebral. (C) Ectropión tarsal completo. La realización de una Z-plastia aislada ofrece un resultado poco satisfactorio como puede observarse comparando con la imagen postoperatoria (D) en la que persiste el ectropión y una evidente inflamación en la superficie ocular (Tomado de Fernández-Canga et al.¹).



Figura 2 Ejemplos de tratamiento completo teniendo en cuenta la fisiopatología del problema. Imágenes de ectropión inferior grave bilateral (A) y derecho (B) con componente involutivo (laxitud de tendón cantal lateral y desinserción de retractores) y cicatricial (acortamiento de lamela anterior por daño actínico crónico). El tratamiento correcto debe combinar diferentes técnicas encaminadas a corregir la etiología del proceso, en estos casos realizamos colgajo heteropalpebral para añadir lamela anterior (*), cirugía de retractores (**) y cirugía del canto lateral (***). (A' y B') Imágenes a los 4 meses de la cirugía de los mismos pacientes: se observa una correcta posición de los párpados inferiores, sin ectropión ni retracción residuales, con restitución anatómica y funcional de la superficie ocular.

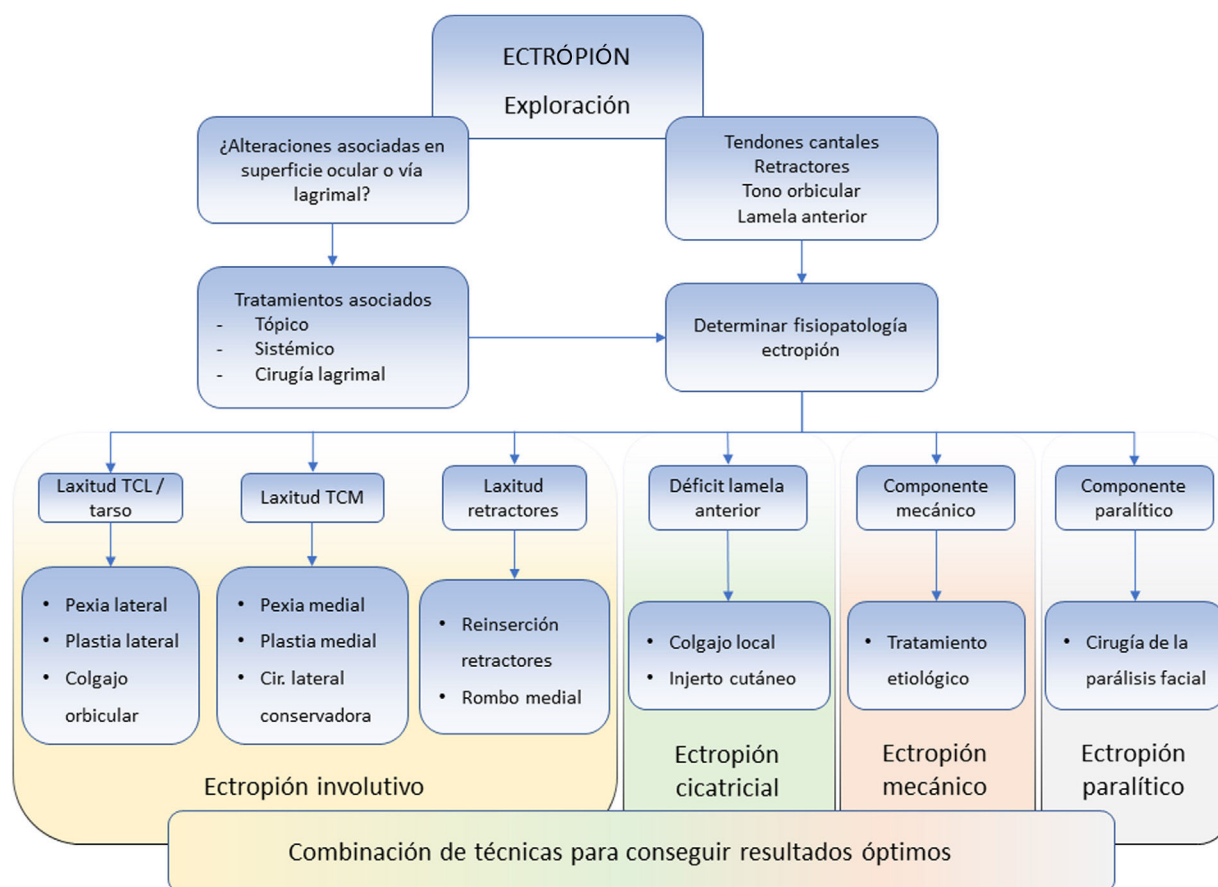


Figura 3 Algoritmo de exploración y tratamiento del ectropión palpebral. Es importante realizar una exploración completa para adecuar los tratamientos necesarios, esto permite obtener los mejores resultados y disminuir las recidivas. TCL: tendón cantal lateral. TCM: tendón cantal medial.

En ocasiones, mejorías parciales en este tipo de casos, como los que se muestran en el trabajo de Fernández-Canga et al.¹, ofrecen cierto bienestar al cirujano por la mejora estética que consiguen, pero lo más importante es que la superficie ocular sigue expuesta y por tanto alterada su homeostasis. Esta es la dificultad que entraña el tratamiento del ectropión (especialmente los casos con componente cicatricial), en los que a menos que se consiga una posición perfecta del párpado y los fondos de saco conjuntivales, con un contacto correcto del borde palpebral y el punto lagrimal con el globo ocular, el sufrimiento de la superficie ocular continuará, así como los síntomas de epífora, conjuntivitis crónica o queratitis, que en última instancia es lo más importante que tenemos que mejorar. Proponemos un nuevo algoritmo de exploración y tratamiento del ectropión considerando todos los puntos comentados anteriormente (fig. 3).

Bibliografía

1. Fernández Canga P, Varas Meis E, Castiñeiras González J, Prada García C, Rodríguez Prieto M. Ectropion in dermatologic surgery: exploration and reconstruction techniques. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111:229–35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2019.06.004>.

2. Lee SB, Kwag JY, Lee HJ, Jo YJ, Kim JY. The longitudinal changes of retinal nerve fiber layer thickness after panretinal photocoagulation in diabetic retinopathy patients. *Retina.* 2013;33:188–93, <http://dx.doi.org/10.1097/IAE.0b013e318261a710>.
3. Chisholm SAM, Couch SM, Custer PL. Etiology and management of allergic eyelid dermatitis. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2017;33:248–50, <http://dx.doi.org/10.1097/IOP.0000000000000723>.
4. Lindsley K, Matsumura S, Hatef E, Akpek EK. Interventions for chronic blepharitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;CD005556, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005556.pub2>.
5. Willey A. Commentary on simultaneous lateral tarsal strip and medial spindle procedures for cicatricial ectropion. *Dermatologic Surg.* 2019;45:906–7, <http://dx.doi.org/10.1097/DSS.0000000000001955>.
6. Jones ST, Aakalu VK, Lin AY, Perez C, Epstein G, Putterman AM, et al. Surgical microanatomy of lower eyelid tarsal ectropion repair with a putterman ptosis clamp. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2017;33:261–3, <https://doi.org/10.1097/IOP.0000000000000737>.
7. Chan D, Sokoya M, Ducic Y. Repair of the malpositioned lower lid. *Facial Plast Surg.* 2017;33:598–605, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1608711>.
8. O'Donnell BA. Eyelid retractor surgery as an adjunct to cicatricial ectropion repair. *Clin Exp Ophthalmol.* 2000;28:293–7, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1442-9071.2000.00319.x>.

9. Verity DH, Collin JRO. Eyelid reconstruction: The state of the art. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12:344-8, <http://dx.doi.org/10.1097/01.moo.0000130577.04818.1c>.
10. Tenland K, Berggren JV, Dybelius Ansson C, Hult J, Dahlstrand U, Lindstedt S, et al. Blood perfusion in rotational full-thickness lower eyelid flaps measured by laser speckle contrast imaging. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2020;36:148-51, <https://doi.org/10.1097/IOP.0000000000001496>.

S. Ortiz-Pérez

Unidad de Oculoplástica, Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Correo electrónico: drsantiagoortiz@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.005>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).