

Consentimiento informado para la cirugía de la ptosis del párpado superior

(Leyes 26.529 y 26.742 / Decreto reglamentario 1.089/2012)

Nota: El diseño y contenido de este consentimiento, evaluado y aprobado por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Prof. Dr. Roberto Borrone. Su texto original no debe ser modificado.

1) Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha,, recibí de mi oftalmólogo, Dr., este formulario que contiene información sobre mi enfermedad ocular, el tratamiento que me ha propuesto, sus riesgos y las alternativas terapéuticas que tengo a mi disponibilidad. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado el día para que mi oftalmólogo aclare todas mis dudas.

2) ¿Qué es la ptosis del párpado superior?

Ptosis palpebral significa que el borde del párpado superior tiene una posición anormalmente baja. Hay dos músculos cuya función es elevar el borde del párpado superior: el músculo elevador del párpado superior (el más importante y el de mayor estructura) y el músculo de Müller (más delicado e innervado por una parte del sistema nervioso cuya acción no depende de nuestra voluntad: el sistema nervioso simpático).

Según el momento de aparición, la ptosis puede ser congénita o adquirida.

De acuerdo con la causa que origina las ptosis, se las puede clasificar en:

- Ptosis miogénicas (producidas por una alteración del músculo elevador del párpado, pueden ser congénitas o adquiridas).
- Ptosis aponeuróticas (la causa está en la aponeurosis, es decir el sector del músculo elevador que se inserta en el párpado. Esta parte no tiene tejido muscular sino tejido fibroso).
- Ptosis neurogénicas (la causa es una falla en el nervio o en la conexión neuromuscular que estimula a los músculos del párpado).
- Ptosis mecánica (la causa es alguna patología del párpado que genera una tumoración benigna o maligna o un edema (hinchazón) que produce el descenso del párpado por el peso de la lesión).
- Ptosis traumáticas (lesiones traumáticas que dañan el músculo elevador y/o su aponeurosis, además del edema y/ o la hemorragia palpebral).

Ptosis congénita

Se piensa que su causa es una falla en el desarrollo del músculo elevador del párpado superior y/o su innervación. Algunos casos son hereditarios. Puede ser unilateral o bilateral. En los casos en que el párpado superior cubre totalmente la pupila, al bloquear la visión puede producir *ambliopía*, es decir una falta de desarrollo de la visión en una etapa crítica del crecimiento en el niño.

En ciertos casos de ptosis congénita, a pesar de ser marcadamente unilateral, puede ser necesario operar los párpados de ambos ojos para intentar lograr mayor simetría.

Ptosis miogénicas

Son infrecuentes. Su causa es una enfermedad muscular (localizada o que afecta a todo el organismo). Por ejemplo las distrofias musculares; la oftalmoplegía externa progresiva crónica; la distrofia oculofaríngea.

Ptosis adquirida aponeurótica

Es la más frecuente de las ptosis adquiridas. Aquí el descenso del párpado superior está provocado por una alteración adquirida de la aponeurosis del músculo elevador del párpado. La aponeurosis es la parte final del músculo con la cual se inserta en el párpado. En este tramo el tejido muscular es reemplazado por tejido fibroso. Esta aponeurosis puede desintegrarse parcialmente con los años, principalmente cuando han existido procesos inflamatorios prolongados y reiterados. El músculo elevador no puede entonces transmitir toda su fuerza para elevar al párpado.

Ptosis neurogénicas congénitas y adquiridas

Las ptosis neurogénicas congénitas son causadas por defectos en la inervación durante el desarrollo embrionario. Son poco frecuentes. Generalmente están asociadas a parálisis congénita de un nervio que estimula varios músculos del ojo (III par), al síndrome de Horner congénito (aquí está afectado el sistema nervioso simpático) o a trastornos asociados entre el movimiento del maxilar inferior y el párpado superior.

Las ptosis neurogénicas adquiridas se deben a una alteración de la inervación y pueden estar asociadas a una parálisis adquirida del nervio III par o a un síndrome de Horner adquirido (alteración adquirida de la inervación simpática).

Las parálisis adquiridas pueden ser de causa vascular (son las más frecuentes), por compresión (tumores), por enfermedades muy poco frecuentes (Guillain-Barré, distrofia oculofaríngea, toxina botulínica, etc.). Otra causa es la miastenia gravis. Ésta es una enfermedad autoinmune en la que los anticuerpos del paciente atacan a la unión neuromuscular (conexión entre el nervio y el músculo). En general es una enfermedad que afecta no sólo a los párpados sino a todo el organismo.

Ptosis mecánicas congénitas y adquiridas

Aquí hay una enfermedad que genera una masa que por su peso produce el descenso del párpado. Las congénitas pueden ser provocadas por neuromas plexiformes o hemangiomas (tumores benignos nerviosos o vasculares). Las adquiridas son provocadas por ejemplo por un chalazión de gran volumen (inflamación crónica de las glándulas del párpado), carcinomas de la piel del párpado; edema postraumático (estas últimas son temporarias).

Ptosis traumática

Se deben a lesiones traumáticas del músculo elevador del párpado superior o de su aponeurosis.

3) ¿En que consiste básicamente la cirugía de la ptosis palpebral?

La técnica quirúrgica depende del tipo de ptosis (si es congénita o adquirida) y de la capacidad que tiene el músculo elevador para “levantar” el borde del párpado.

Técnicas suspensorias

Se las utiliza en las ptosis importantes con escasa o nula función del músculo elevador.

En estas técnicas se conecta el músculo frontal (músculo de la frente) con la estructura del párpado superior. Esa conexión o suspensión se puede realizar con diferentes materiales. Por ejemplo con fascia lata autóloga (un tejido fibroso del propio organismo del paciente o de un banco de tejidos) o con materiales sintéticos como prolene o silicona.

Técnicas de resección del músculo elevador del párpado superior

Aquí el cirujano acorta al músculo elevador para que actúe como una “rienda” que eleva el borde del párpado superior.

Técnica de resección del músculo de Müller y de la conjuntiva

Aquí el cirujano actúa sobre el músculo de Müller (delicado músculo del párpado) y la conjuntiva vecina. Se la utiliza en ptosis leves.

Suturas ajustables

En algunos casos se utiliza la técnica de suturas ajustables. Esto permite efectuar ajustes (en el postoperatorio cercano a la cirugía) para intentar que el borde del párpado se ubique en una mejor posición.

4) Beneficio que se espera conseguir con la cirugía de la ptosis del párpado superior

En los casos de ptosis congénita con gran descenso del borde del párpado superior cubriendo la pupila, el objetivo de la cirugía es “levantar el párpado” para que la pupila quede libre. Por supuesto que también se busca un objetivo estético, aunque en estos casos congénitos es muy difícil lograr que este objetivo se cumpla totalmente. Recordemos que la pupila tapada totalmente por el párpado puede llevar a la ambliopía (falta de desarrollo visual).

Es muy difícil lograr una simetría en los casos de ptosis congénita (tanto unilaterales como bilaterales).

En los casos de ptosis adquirida del adulto, principalmente en la ptosis por desintegración o desinserción parcial de la aponeurosis del músculo elevador del párpado, el objetivo es “levantar” el borde del párpado para dejar libre el área de la pupila, mejorar la amplitud del campo visual (la ptosis reduce el campo visual superior) y lograr la mayor simetría posible con el borde del párpado superior del otro ojo.

5) Riesgos y complicaciones de la cirugía de la ptosis palpebral

Un concepto importante: no existe ninguna cirugía sin riesgos. En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos. Nadie puede garantizarle una cirugía exitosa.

Para informarlo en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario le brindamos un *listado parcial* pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes:

- Hematoma de los párpados.
- Hemorragia orbitaria.
- Dolor.
- Infección.
- Imposibilidad de un cierre perfecto de los párpados (hipercorrección con exposición de la córnea). Aquí se toman medidas para evitar que la córnea se lesione por la falta de protección (gotas de lágrimas artificiales o ungüentos).
- Persistencia de cierto grado de ptosis después de la cirugía (hipocorrección). Es la más frecuente de las complicaciones.
- Granulomas en los puntos de sutura. Se trata de pequeñas sobreelevaciones provocadas por un tejido que genera el organismo ante un elemento extraño (el material de la sutura).
- Cicatriz anormal (hipertrófica) en la piel del párpado. Si no existen antecedentes quirúrgicos (o en heridas de otro tipo) de esta predisposición, es imposible preverla. Es sumamente infrecuente.
- Apertura de la herida quirúrgica (dehiscencia).

Signos y síntomas de alarma en el postoperatorio:

Si durante el postoperatorio hay dolor, aumento del edema de los párpados (hinchazón de párpados), aumento de la infiltración hemorrágica de los párpados o secreción, tiene que consultar inmediatamente para que el cirujano o su equipo o una guardia oftalmológica evalúen la situación sin demoras.

6) ¿Existe otra posibilidad de tratamiento para las patologías que determinan una indicación de cirugía de ptosis palpebral? (tratamientos alternativos)

En los casos de ptosis congénitas y de ptosis adquiridas por desintegración de la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior (la más frecuente), la única alternativa es la cirugía.

7) Riesgos en caso de rechazar el tratamiento quirúrgico propuesto. ¿Qué ocurre si no se realiza la cirugía de la ptosis palpebral cuando está indicado efectuarla?

En el caso de las ptosis congénitas que cubren totalmente la pupila, el riesgo es la ambliopía, es decir la falta de desarrollo visual al estar bloqueada la estimulación de la retina. En el caso de la ptosis adquirida por desintegración de la aponeurosis del músculo elevador, el riesgo de no operar es que la ptosis continúe avanzando (reduciendo cada vez más la amplitud del campo visual) hasta cubrir totalmente la pupila.

8) Características particulares que presenta su caso

9) Espacio para anotar dudas o preguntas

10) Consentimiento (autorización para efectuar la cirugía)

Luego de haber recibido este formulario con tiempo suficiente para su lectura detallada y habiendo aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que se me realice una cirugía de ptosis palpebral en mi ojo a cargo del equipo médico constituido por los doctores

Firma del paciente:
Aclaración:
DNI:
Firma del testigo:
Aclaración:
DNI:

11) Fotografías y/o videos de la cirugía con finalidad científico-técnica

El paciente SI / NO AUTORIZA al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en publicaciones médicas y/o ámbitos científicos (rodear con un círculo la opción elegida).

Firma del paciente:
Aclaración:
DNI:
Firma del testigo:
Aclaración:
DNI:

12) Revocación del consentimiento informado

Dejo asentada mi voluntad de ejercer mi derecho a revocar el consentimiento informado previamente firmado en el que autorizaba al equipo médico integrado por los Dres. a efectuar una cirugía de ptosis palpebral en mi ojo

He sido informado sobre las consecuencias previsibles (riesgos) de esta decisión, descriptas en el ítem 7 de este formulario.

Firma del paciente:
Aclaración:
DNI:
Fecha:
Firma del representante legal (de corresponder):
Aclaración:
DNI:
Fecha:
Firma del médico: