

Suspensión Frontal Combinada con Orbicuclectomía Total y Amputación del Músculo Procerus y Corrugador como Tratamiento del Blefaroespasma Asociado a Apraxia de la Apertura Palpebral

LORENA VALLE, CARLOS MIR

RESUMEN

OBJETIVOS: El blefaroespasma esencial asociado a apraxia de la apertura palpebral se caracteriza por la incapacidad para iniciar la elevación de los párpados aun después de cesado el espasmo del músculo orbicular. En la literatura han sido descritas diferentes terapias como inyección de toxina botulínica, resección del músculo orbicular y la neurectomía.

MÉTODOS: Dos pacientes con blefaroespasma severo y apraxia de apertura palpebral fueron tratados quirúrgicamente realizando la suspensión del músculo frontal asociada a orbicuclectomía total y amputación de los músculos procerus y corrugador.

RESULTADOS: En ambos pacientes se logró la mejora objetiva y subjetiva de la enfermedad posibilitando la reinserción de los pacientes en su medio social.

CONCLUSIONES: Los pacientes con blefaroespasma y dificultad en la apertura palpebral fueron beneficiados con esta técnica quirúrgica con un grado mínimo de complicaciones. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 16-19*

PALABRAS CLAVES: blefaroespasma esencial, apraxia palpebral, cirugía.

Combined suspension of the frontalis muscle with total orbicuclectomy and amputation of the procerus and corrugator muscles for the treatment of essential blepharospasm associated with apraxia of the lid opening

ABSTRACT

PURPOSE: Essential blepharospasm can be associated with apraxia of eyelid opening. It is characterized by the inability to initiate the act of eyelid elevation even after cessation of orbicularis muscle spasms. Current therapies such as botulinum toxin injections, orbicularis resection and neurectomy have been described in the literature. We present a combined surgical technique for the management of essential blepharospasm associated with palpebral apraxia.

METHODS: Frontalis muscle suspension associated to total orbicularis myectomy and procerus and corrugator muscles resection was performed in two patients with severe blepharospasm and apraxia of eyelid opening.

RESULTS: Postoperatively, both patients showed significant clinical improvement that facilitated social reinsertion.

CONCLUSIONS: Patients with blepharospasm and apraxia of eyelid opening may benefit with this surgical technique without significant complications. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 16-19*

KEY WORDS: essential blepharospasm, apraxia of lid opening, surgery.

El blefaroespasma esencial consiste en el cierre involuntario y repetido de los párpados en ausencia de patología ocular. Inicialmente sólo está presente el parpadeo incesante, pero con el tiempo, el espasmo aumenta en frecuencia y duración hasta llevar al paciente a una incapacidad funcional.¹ El paciente es incapaz de resistir el espasmo o abrir sus ojos una vez que se han ce-

rrado. Las cejas suele encontrarse por debajo del reborde orbitario superior por la contracción de las fibras pretarsales, preseptales y orbitales del músculo orbicular.

Algunos pacientes con blefaroespasma mencionan imposibilidad de abrir sus párpados aún cuando el espasmo ha cesado, recurriendo a la tracción manual del párpado superior o usando el músculo frontal para elevarlo. A pesar del la

Recibido: 21/04/2008
Aceptado: 29/04/2008
Instituto Zaldivar
Correspondencia:
Dr. Carlos Mir
Instituto Zaldivar
Av. Emilio Civit 685
- Mendoza
lvalle@institutozaldivar.com



Figs. 1-6. Caso 1. Aspecto clínico preoperatorio; imagen intraoperatoria en el paso 1; imagen intraoperatoria en el paso 2; Aspecto postoperatorio inmediato; resultado una semana después de la cirugía; 4 semanas después de la cirugía.

elevación de las cejas, los ojos se mantienen cerrados hasta que por la acción de los músculos del párpado superior comienzan a elevarse lentamente. Estos pacientes tienen el denominado blefarospasmo esencial asociado a apraxia de la apertura palpebral.²⁻³ Algunos autores lo denominan inhibición involuntaria del elevador o blefarospasmo pretarsal.⁴⁻⁵

Aún hoy, el blefarospasmo es una enfermedad sin tratamiento específico curativo. La inyección de la toxina botulínica ha demostrado ser un tratamiento sintomático eficaz en la mayoría de los pacientes, pero los resultados son insuficientes, especialmente en los pacientes con blefarospasmo y apraxia.⁶ La técnica de la avulsión selectiva del nervio facial periférico tiene como riesgo el desarrollo

de una la parálisis facial. La resección total del músculo orbicular es técnicamente imposible, por lo que la incidencia de recurrencia del blefaroespasmó es muy alta con esta técnica quirúrgica aislada.⁶

Roggenkämper P, Nüssgens Z,⁷ fueron los primeros en sugerir la técnica de suspensión frontal en aquellos pacientes con blefaroespasmó esencial o apraxia con mala respuesta a la toxina botulínica. En el presente estudio, evaluamos los resultados de la técnica de suspensión frontal, orbicucleotomía total y amputación del procerus y corrugador en pacientes con blefaroespasmó y apraxia de la apertura palpebral.



con aguja de Wright siguiendo la técnica de Crawford (técnica Pentágono) (Fig. 2). El párpado superior se elevó hasta 2 mm por encima del borde superior del limbo esclerocorneal. Este procedimiento se combinó con blefaroplastia superior e inferior, orbicucleotomía de 360° y sección de los músculos procerus y corrugador a través de la misma incisión que usamos para la blefaroplastia (Fig. 3).

Resultados

En el periodo postoperatorio inmediato los pacientes presentaron cierre incompleto de la hendidura palpebral (Figs.

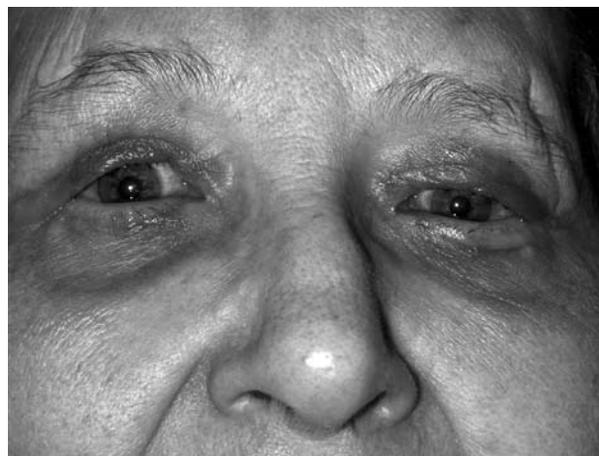


Fig. 7-8. Caso 2. Aspecto del paciente en el postoperatorio inmediato; resultado un mes después de la cirugía.

Material y Métodos

Se presentan 2 pacientes (Caso 1 y Caso 2) con blefaroespasmó severo, apraxia de la apertura palpebral y mala respuesta a la terapia con toxina botulínica tratados con una técnica quirúrgica combinada. Los dos pacientes presentaban episodios de blefaroespasmó donde se distinguen dos fases clínicas. La primer fase consistía en el cierre intenso de los párpados con dirección de las cejas hacia abajo. En la segunda fase podíamos observar la relajación del espasmo de los músculos preseptal y periorbital del orbicular seguido inmediatamente de la contracción del músculo frontal con elevación de las cejas, sin embargo los párpados permanecían cerrados.

Los pacientes habían sido tratados previamente con múltiples inyecciones de toxina botulínica (Caso1: 8 aplicaciones anteriores; Caso2: 12 aplicaciones anteriores) en el músculo orbicular con pobres resultados funcionales (Fig. 1). La función del elevador era normal en los dos casos.

Técnica Quirúrgica

La suspensión frontal bilateral se realizó bajo anestesia local. Se enhebró una banda de silicona de 15 cm de largo

4 y 7), el cual desapareció a las 3 semanas en el Caso 1 (Fig. 5 y 6) y a las 2 semanas en el Caso 2 (Fig. 8). El resultado estético y funcional mejoró notablemente permitiéndoles a los pacientes su reinsertión en sus actividades cotidianas. El periodo de seguimiento fue de 6 años en el Caso 1 y de 3 años en el Caso 2.

Discusión

La suspensión frontal es el método de elección para el tratamiento de los pacientes con blefaroptosis con pobre o ausente función del músculo elevador. Dichos pacientes tratan de abrir sus ojos mediante la elevación de las cejas. Roggenkämper P, Nüssgens Z,⁷ obtuvieron resultados favorables y estables mediante esta técnica y sostuvieron que los efectos beneficiosos son probablemente mecánicos. Los mismos autores consideran que los párpados se mantienen abiertos debido a que el músculo frontal es un músculo más fuerte que el orbicular.

La observación clínica de que estos pacientes utilizaban el músculo frontal para abrir los párpados, nos indujo a

considerar que el músculo elevador se contrae junto con el orbicular por la falta de utilización de los mismos. Existe un factor psicológico que hace que ciertos pacientes sean capaces de abrir sus ojos en el postoperatorio sin contraer el músculo frontal, sólo con el uso del músculo elevador. Creemos que esto es debido a que los pacientes se sienten más confiados y el espasmo tiende a desaparecer. Los pacientes con blefaroespasmó habitualmente tienen dermatochalasia. Esta laxitud es incrementada si el paciente constantemente trata de abrir sus párpados traccionándolos manualmente. La piel que cae sobre el borde palpebral superior empeora esta situación y por consiguiente el blefaroespasmó.

Conclusiones

Los pacientes con blefaroespasmó y dificultad en la apertura palpebral fueron beneficiados con esta técnica quirúrgica combinada de triple procedimiento, manteniéndose y

aun mejorando sus resultados con el tiempo, creemos que este procedimiento es hasta la actualidad la mejor opción terapéutica para estos pacientes refractarios a la toxina botulínica .

Bibliografía

1. Kestenbaum A. Palpebral fissure. In: Clinical methods of neuro-ophthalmologic examination. New York: Grune and Stratton, 1946:307-8.
2. Goldstein JE, Cogan DG. Apraxia of lid opening. Arch Ophthalmol 1965;73:155-9.
3. Jordan DR, Anderson RL, Digre KB. Apraxia of lid opening in blepharospasm. Ophthalmic Surg 1990;21:331-4.
4. Lepore PE, Duvoisin RC. Apraxia of eyelid opening: an involuntary levator inhibition. Neurology 1985;35:423-7.
5. Elston JS. A new variant of blepharospasm. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1992;55:369-71.
6. Anderson RL, Patel BCK, Holds JB, Jordan DR. Blepharospasm: past present and future. Ophthalm Plast Reconstr Surg 1998;14:305-17.
7. Roggenkämper P, Nüssgens Z. Frontalis suspension in the treatment of essential blepharospasm unresponsive to botulinum-toxin therapy: long-term results. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 1997;235:486-9.



Glorieta