



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



VÍDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Cuidados intraoperatorios en cirugía palpebral[☆]



Intraoperative Care During Eyelid Surgery

M.E. Iglesias-Zamora, S. Oscoz-Jaime^{*}, A. Larumbe-Irurzun y B. Bonaut-Iriarte

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Introducción

La reconstrucción de defectos de la región palpebral resultantes de cirugía oncológica, puede ser compleja. En ocasiones, las técnicas que se realizan en esta localización suponen una mayor dificultad en la práctica de la cirugía dermatológica. En los párpados, tras una extirpación oncológica adecuada, se debe ser minucioso en la reconstrucción con el fin de preservar la función palpebral¹. Si además de ello, se tiene en cuenta una serie de cuidados intraoperatorios, es posible alcanzar unos resultados estéticos y funcionales óptimos.

Descripción de la técnica

Presentamos una intervención quirúrgica de un carcinoma basocelular que afecta al canto interno de borde libre palpebral inferior, con la reconstrucción del defecto resultante y los cuidados intraoperatorios (fig. 1). Previamente a la intervención, instilamos un colirio de lidocaína al 4% y un gel protector de hidroxipropilmetilcelulosa. Tras la infiltración

con mepivacaína al 2% en piel, tarso y conjuntiva, se coloca un calzador como protector mecánico y un punto de tracción en la zona media del tarso con seda de 3/0 para facilitar la movilización del párpado inferior durante la intervención. Con un dilatador, se visualizan ambos canaliculos lagrimales y procedemos a la extirpación de la lesión, con amplio margen lateral incluyendo el canaliculo lagrimal inferior y resecaando el espesor total². Se realiza la incisión con un cuchillito del n.º 15, la disección con tijera de Stevens, y se practica una hemostasia cuidadosa con bisturí bipolar (la paciente es portadora de marcapasos).

El defecto resultante es mayor de 1/4 y menor de 1/3 de la longitud palpebral, por lo que es preciso realizar una incisión de relajación a nivel del canto externo (cantotomía), siguiendo un trayecto horizontal hacia el reborde orbitario lateral. Se secciona el músculo orbicular en profundidad, colocando las tijeras en la bisectriz del ángulo del canto externo³. El cierre final del defecto y el desplazamiento puede efectuarse de esta manera sin tensión. Se sutura el tarso al tendón cantal medial con sutura reabsorbible de 6/0 y la piel con seda de 5/0, teniendo cuidado de alinear la línea gris y dejando los cabos largos sujetos con tiras de Steri-Strip[®] para evitar el daño corneal. Por último, se realiza el cierre de la cantotomía suturando la piel al tarso superior con seda de 5/0. Dilatamos el canaliculo lagrimal superior para evitar epífora, y finalmente instilamos colirio de dexametasona y tobramicina.

En el estudio histológico se confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular y los bordes estaban libres de tumor. El resultado estético y funcional al 5.º día y al mes de la intervención fue muy bueno (figs. 2 y 3).

[☆] El vídeo recibió el 2.º premio en el I Concurso «Mejor Vídeo en Cirugía Dermatológica» organizado por la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), proyectado en la XXVIII Reunión del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea, GECIDOC de la AEDV celebrado en Valencia el 27 y 28 de noviembre de 2015.

^{*} Autor para correspondencia.

Correo electrónico: saioaoscoz@gmail.com (S. Oscoz-Jaime).

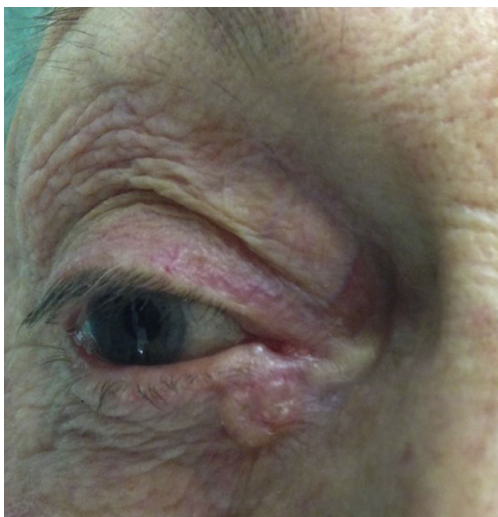


Figura 1 Carcinoma basocelular canto interno.



Figura 2 Resultado al quinto día postintervención.



Figura 3 Resultado un mes postintervención.

Indicaciones

Esta técnica es adecuada para casos de tumores que afectan al borde libre palpebral inferior, tras cuya extirpación resulte un defecto entre 1/4 y 1/3 de la totalidad del párpado inferior.

Ventajas/inconvenientes

La técnica de la cantotomía permite cerrar defectos de 1/3 del párpado inferior sin tensión.

El principal inconveniente es que, en ocasiones, no es suficiente con practicar la cantotomía, y es preciso realizar, además, una cantolisis para liberar el párpado inferior del anillo orbitario y conseguir una relajación adicional del párpado inferior.

En nuestro caso, a pesar de que el defecto resultante es ligeramente inferior a 1/3 del párpado inferior, la cantotomía se realizó con el objetivo de evitar la tensión que pudiera provocar sintomatología. Además, al tener que anclar el tarso al ligamento cantal medio, pensamos que era conveniente evitar al máximo la tensión. Es una técnica sencilla que no conlleva riesgos importantes para el paciente, y que permite que se preserve la funcionalidad del párpado.

Complicaciones

La reconstrucción palpebral que presentamos es muy segura, y las complicaciones no son frecuentes. Únicamente se debe evitar que quede una muesca del borde palpebral que puede evitarse con una sutura cuidadosa. En nuestro caso, al estar comprometido totalmente el canto interno, tuvimos que fijar el tarso al ligamento cantal medio con una sutura reabsorbible. En caso de que haya un exceso de tracción en la porción externa del párpado, puede producirse un ectropión lateral.

Respecto a los cuidados intraoperatorios, nos gustaría destacar la importancia de la protección de la superficie ocular, tanto con geles lubricantes como con protectores mecánicos, para evitar posibles complicaciones como consecuencia del daño ocular. Además del calzador metálico que presentamos en el vídeo, existen protectores corneales que se utilizan durante toda la cirugía, que evitan traumatismos accidentales sobre la córnea, y resultan más cómodos para el paciente que se interviene bajo anestesia local.

Consideraciones respecto a la técnica

La extirpación de lesiones en el borde libre del párpado mediante la técnica de la V bloque, conviene llevarla a cabo diseñando una V bloque pentagonal en la piel y una V más pequeña en el borde conjuntival, para que el cierre del defecto sea más fácil.

Conclusiones

Destacamos la peculiaridad de la cirugía oncológica de la región palpebral, que además de requerir una extirpación y reconstrucción adecuada exige preservar la funcionalidad del párpado para evitar efectos secundarios que puedan dañar el polo anterior del ojo y la agudeza visual. Es importante utilizar el instrumental adecuado para llevar a cabo los cuidados intraoperatorios⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Xabier Belzunegui de la Unidad de Comunicación y Diseño de Navarra Biomed, por la grabación y edición del vídeo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2016.07.009](https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.07.009).

Bibliografía

1. Vázquez Doval FJ. Cirugía topográfica: los párpados y la región orbitaria. Cirugía Dermatológica; texto y atlas de casos prácticos, 2, 1.ª edición España: Springer; 2013. p. 94–138.
2. Spinelli HM. Atlas of aesthetic eyelid and periocular surgery. Philadelphia: WB Saunders; 2004. p. 1–27.
3. Jackson IT. Reconstrucción del párpado y región cantal. Colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello. España: Salvat; 1990. p. 273–323.
4. Iglesias ME, Santesteban R, Larumbe A. Cirugía oncológica del párpado y la región orbitaria. Actas Dermosifiliogr. 2015;106:365–75.