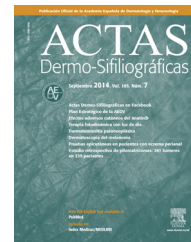




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DERMATOLOGÍA PRÁCTICA

Cirugía oncológica de párpado y la región orbitaria



M.E. Iglesias, R. Santesteban* y A. Larumbe

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

Recibido el 21 de agosto de 2014; aceptado el 9 de noviembre de 2014
Disponible en Internet el 18 de febrero de 2015

PALABRAS CLAVE

Párpados;
Órbita;
Cirugía
dermatológica;
Carcinomas cutáneos

KEYWORDS

Eyelids;
Orbit;
Dermatologic
surgery;
Skin cancer

Resumen La cirugía oncológica del párpado y de la región orbitaria supone un reto en cirugía dermatológica, ya que en esta región se encuentran dificultades y posibles complicaciones que no hay en otras localizaciones, como podrían ser el ectropión, la epífora, exposición corneal, queratitis, conjuntivitis o lagofthalmos, entre otros.

Para conseguir una correcta cirugía oncológica, unida a un resultado lo más funcional y cosmético posible, es necesario el correcto conocimiento de las estructuras anatómicas de los párpados, así como su vascularización, inervación y anatomía del aparato lacrimal.

Presentamos varios ejemplos de técnicas quirúrgicas reconstructivas tras exéresis tumorales quirúrgicas, tanto en el párpado superior como en el inferior, con diversos colgajos o injertos, que se han realizado en nuestro servicio en los últimos años, y revisamos las posibles técnicas quirúrgicas según el tamaño y la localización de las lesiones.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Oncologic Surgery of the Eyelid and Orbital Region

Abstract Oncologic surgery of the eyelid and orbital region is a challenge in dermatologic surgery. This region presents difficulties and possible complications that do not exist at other sites, including ectropion, epiphora, corneal exposure, keratitis, conjunctivitis, and lagophthalmos. Adequate oncologic surgery associated with the best possible functional and cosmetic result requires extensive knowledge of the anatomy, innervation, and blood supply of the eyelid and anatomy of the lacrimal apparatus. We present examples of reconstructive surgical techniques that can be used after the excision of tumors of the upper or lower eyelid, with descriptions of the different flaps and grafts employed in our department in recent years. We also review the surgical techniques according to the site and size of the lesions.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and AEDV. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.santesteban@hotmail.com (R. Santesteban).

Introducción

El párpado y la región orbitaria son áreas topográficas con gran complejidad anatómica, y ello hace que probablemente sea una de las zonas más complicadas para reconstruir en cirugía dermatológica. Esta localización entraña además riesgos adicionales que no encontramos en otras áreas anatómicas. Toda la dificultad de la cirugía palpebral la convierte en un reto para los dermatólogos, y condiciona una mayor complejidad para el perfeccionamiento en esta práctica quirúrgica.

La enfermedad tumoral que más frecuentemente se desarrolla en los párpados son los carcinomas basocelulares¹, y se encuentran más frecuentemente en el párpado inferior²⁻⁴. Además del carcinoma basocelular se pueden encontrar otros tumores, como el carcinoma escamoso, el carcinoma sebáceo o el melanoma, además de otros como el carcinoma de células de Merkel, angiosarcoma, varios tipos de linfoma, carcinoma anexial microquístico, histiocitoma fibroso maligno y otros tipos de neoplasias que pueden aparecer en la región periorbitaria⁴. Además, se debe tener en cuenta la posibilidad de diseminación de estos tumores a estructuras más profundas por medio de las líneas de fusión embrionarias del canto interno⁵. El objetivo fundamental de esta cirugía consiste, como siempre en la cirugía oncológica, en la exéresis completa de la lesión tumoral, realizando cirugía escisional convencional o cirugía controlada al microscopio. Posteriormente, en la reconstrucción, se debe intentar preservar lo máximo posible el funcionamiento palpebral y, finalmente, lograr el mejor resultado estético posible. Se deben evitar complicaciones como el ectropión, la exposición corneal, la pérdida de rigidez del margen palpebral, el lagoftalmos, la epífora o la pérdida de la tensión del párpado superior que pueda producir una ptosis mecánica⁶.

Para realizar la cirugía palpebral de una manera idónea es indispensable el correcto conocimiento de la anatomía palpebral, así como de las distintas técnicas de anestesia; se debe utilizar instrumental quirúrgico adecuado y manejar las técnicas básicas de reconstrucción.

Anatomía palpebral

Los párpados son estructuras anatómicas complejas que actúan como puerta cortafuegos, protegiendo el globo ocular, creando y manteniendo la película lacrimal^{6,7}. Cada párpado mide aproximadamente 30 mm, con una altura vertical de entre 8-10 mm⁵. La fisura palpebral, que corresponde al espacio entre los párpados abiertos, varía entre 7-10 mm en los hombres y 8-12 mm en las mujeres⁵. Su piel es muy fina, con un espesor que varía entre 700 y 800 μ ⁵. Apenas tiene dermis, el tejido celular subcutáneo es muy laxo y se distiende con facilidad, lo que provoca que se creen fácilmente hematomas y edemas ante cualquier pequeña intervención. Tras el tejido celular subcutáneo se encuentran en ambos párpados el músculo orbicular, que actúa como protractor, es decir, su función principal es el cierre palpebral, lo que facilita el drenaje lagrimal. Por detrás del músculo orbicular están los tarsos superior e inferior, que son 2 placas fibrocartilaginosas, con un grosor aproximado de 0,8 a 1 mm, que se unen al reborde orbitario superior e inferior

por medio del septo orbitario, una capa fibrosa, que separa los párpados del contenido orbitario. La unión al reborde orbitario medial y lateral de los tarsos se realiza por medio de los ligamentos cantales interno y externo. Íntimamente unida al tarso encontramos la conjuntiva palpebral, que se continúa con la conjuntiva marginal, y posteriormente, al llegar al fórnix, se refleja sobre el globo ocular hasta la córnea, constituyendo la conjuntiva bulbar (fig. 1).

En algunas personas se puede distinguir la línea gris en el borde libre palpebral, que representa la separación entre la parte anterior y posterior del párpado. La parte anterior está constituida por la piel y el músculo orbicular, y la posterior por el tarso, los músculos retractores y la conjuntiva. Por delante de la línea gris se encuentran las pestañas, en 2 o 3 hileras irregulares que constituyen entre 100 y 150 pestañas en el párpado superior, y aproximadamente la mitad en el inferior. Por detrás de la línea gris se encuentran los orificios que corresponden a la salida de las glándulas de Meibomio.

La extensión del párpado superior se localiza desde el límite inferior de la ceja hasta el borde libre palpebral. El pliegue palpebral superior lo divide en una porción pretarsal (inferior) y otra preseptal (superior). La extensión del párpado inferior se localiza desde el borde palpebral hasta los surcos malar y nasoyugal. El pliegue palpebral inferior es menos visible en la edad adulta, y puede apreciarse mejor en la infancia.

Los cantos interno y externo resultan de la unión de los párpados superior e inferior en sus extremos mediales y laterales respectivamente. A nivel del canto interno se encuentra la carúncula, y el doble drenaje lagrimal por medio de los canaliculos superior e inferior.

Musculatura

Además del músculo orbicular, el resto de los músculos protractores de los párpados son el músculo corrugador, que se localiza bajo el músculo orbicular y frontal, y provoca que las cejas descendan y se acerquen cuando se contrae, y el músculo procerus, que provoca la aparición de arrugas horizontales en la raíz nasal⁵.

Los músculos retractores tienen como misión principal la apertura palpebral. En el párpado superior se encuentran el músculo elevador y el músculo de Müller, mientras que en el párpado inferior están el músculo tarsal inferior y la fascia capsulopalpebral, que se origina en la superficie anterior e inferior del músculo recto inferior⁵.

Irrigación arterial y venosa

La irrigación arterial principal de los párpados se realiza a través de ramas laterales de la arteria oftálmica, las arterias palpebrales superior e inferior, que llegan a la órbita por encima y por debajo del ligamento cantal interno respectivamente. Estas arterias recorren ambos párpados entre el tarso y el músculo orbicular, y se anastomosan en el canto externo. Además de esta irrigación principal existe otra red arterial de menos calibre, que procede de las arterias supra e infraorbitaria y lagrimal. El drenaje venoso se realiza gracias a una doble red pre y retrotarsiana, y drenan principalmente en las venas temporal superficial, facial y angular.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3180124>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3180124>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)