

OFTALMOLOGIA.

BREVE ESTUDIO SOBRE UN PROCEDIMIENTO NUEVO DE BLEFAROPLASTIA.

AUNQUE los párpados están expuestos á una multitud de causas de destrucción, las ocasiones que se ofrecen al cirujano para practicar la blefaroplástia son tan raras, que hay muchos especialistas que concluyen su carrera sin haber hecho ni una sola operación de esta especie. Esta es quizá la razón por qué faltan los datos estadísticos necesarios para poder juzgar del valor de los diversos procedimientos descritos en los tratados especiales, cuando se trata de elegir alguno de ellos para ponerlo en práctica en algún caso ofrecido. Estas dificultades dependen también, sin duda alguna, de que la mayor parte de dichos procedimientos han sido estudiados más bien con el lápiz que con el bisturí, pues la perfección con que aparecen en las láminas ilustrativas se pierde de un modo completo cuando se practican dichas operaciones en el cadáver, dando á sospechar que las descripciones de los autores en esta materia están muy lejos de ser el retrato fiel de la verdad. Yo he acabado por adquirir esta convicción después de estudiar cuidadosamente en el anfiteatro todos los procedimientos descritos en la obra monumental de Wecker y Landolt para la restauración del párpado inferior, con ocasión del enfermo que ha motivado el presente estudio y cuya historia referiré adelante con detalles.

Ninguno de dichos procedimientos me ha dejado satisfecho, pues además de las cicatrices muy visibles á que dan lugar en los alrededores de la órbita, los colgajos se adaptan difícilmente, quedando tan restirados y deformes, que dejan en el ánimo la impresión de que en el vivo la operación fracasaría fácilmente dejando al enfermo más desfigurado de lo que antes estaba. Esta opinión adquirida en el anfiteatro, la he visto confirmada en la Cirugía ocular de Wecker, donde juzga muy severamente la mayor parte de estos procedimientos y confiesa que con frecuencia ha tenido ocasión de mostrar á sus discípulos, enfermos en los cuales las tentativas de blefaroplástia, no habían dado otro resultado que el establecimiento á guisa de párpado, de un rodete de piel edematosa y deforme, acompañado además de vastas cicatrices en la frente, en el carrillo ó en la sien. Esto quiere decir que ninguno de los procedimientos de blefaroplástia para la res-

tauración completa del párpado inferior, descritos hasta ahora en los tratados especiales, es susceptible de dar un resultado verdaderamente satisfactorio bajo el punto de vista de la restauración de la forma.

Esta imperfección en los resultados de la blefaroplástia propiamente dicha, ha hecho que muchos autores busquen en la anaplástia sin pedículo, es decir en el método de ingertos, resultados más satisfactorios. Así han nacido los procedimientos de ingertos en mosaico de Wecker, el procedimiento Wolfe, las aplicaciones del de Thiersch, etc., etc., y los resultados tan halagüeños á primera vista que se han obtenido siguiendo este camino, han inducido á sus autores á recomendar los ingertos, ya únicos, ya múltiples, sobre los antiguos procedimientos de blefaroplástia. Pero por desgracia estos buenos resultados no son permanentes en un gran número de casos, y siguiendo por varios meses á los enfermos en quienes se había obtenido al parecer una buena reparación, se ha acabado por encontrar que los colgajos se atrofian, se absorben y desaparecen haciendo cambiar del todo los buenos resultados primitivos de la operación. La naturaleza de este trabajo no me permite entrar en mayores detalles sobre este asunto, que se encuentra por otra parte perfectamente dilucidado en un extenso artículo del Dr. Valude, publicado en los números 4 y 5 del tomo 9º de los Archivos de Oftalmología, bajo el título de *Restauración de los párpados; desventajas del ingerto cutáneo*.

Habiéndoseme presentado la ocasión de operar á un enfermo, á quien un cancroide había destruído completamente el párpado inferior, me encontraba perplejo y sin saber qué camino tomar, pues que ninguno de los procedimientos descritos en los libros me dejaba satisfecho, cuando leí en el número del 10 de Abril de 1890 de la *Revue de Chirurgie*, un procedimiento nuevo de blefaroplástia debido á L. Tripier, que me pareció desde luego perfectamente pensado y con todas las condiciones de un buen procedimiento para llevar á cabo la reparación proyectada. Los estudios que hice desde luego en el cadáver no hicieron más que confirmar la opinión que tenía ya formada respecto á la superioridad de este procedimiento sobre todos los otros de su género, para la reparación completa del párpado inferior.

El procedimiento de Tripier es una autoplástia por deslizamiento en forma de puente, teniendo por lo mismo el colgajo dos pedículos anchos que no se tuercen, asegurándose por esto la vitalidad de los tejidos desalojados. En los otros procedimientos, la piel de que se echa mano para restaurar el párpado es muy poco á propósito, ya sea que se tome de los

Lámina A.

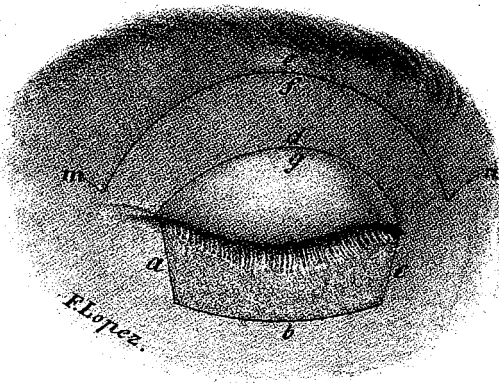


Fig. 1.

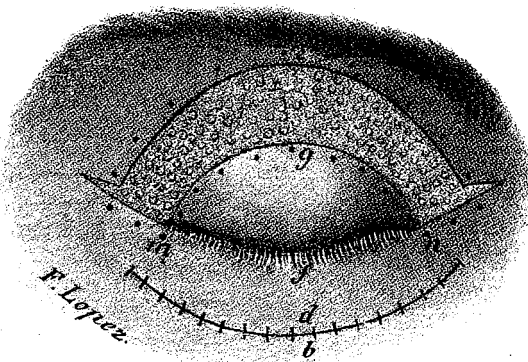


Fig. 2.

alrededores de la órbita, como en los procedimientos de Denonvilliers, de Diffenbach, de Burow, etc., etc., ó de algún otro punto lejano, como en los procedimientos por ingertos tan criticados con justicia en estos últimos tiempos; de cualquier modo el resultado no es de lo más favorable, pues además de las cicatrices á que dan lugar, no se llega á obtener sino un simulacro de párpado, un parche edematoso y deforme, según la propia confesión de Wecker, útil cuando más para mal proteger al globo ocular, pero desastroso bajo el punto de vista de la forma.

En el procedimiento de Tripier la cicatriz se pierde entre los pliegues del párpado superior, llegando á ser casi invisible con el tiempo. Los tejidos que se emplean en la confección del párpado destruido, no pueden ser más á propósito, puesto que se toman del otro párpado, como se verá más adelante, y consisten en un colgajo músculo-cutáneo de forma y tamaño conveniente, susceptible, por lo mismo, de conservar movimientos activos en el sentido de la oclusión, siendo su aspecto tan parecido al estado normal como se puede ver en el retrato adjunto, que parece que el individuo ha perdido simplemente el borde ciliar.

* * *

Aun cuando el procedimiento de Tripier puede aplicarse tanto á la restauración del párpado superior como del inferior, me ocuparé, sin embargo, solamente de este último, tanto porque me parece que los resultados son más perfectos, cuanto porque es el procedimiento que he tenido ocasión de aplicar en el vivo.

En esta, como en todas las autoplástias, es absolutamente necesario seguir con todo vigor las reglas de la antisepsia, tanto en la región que se tiene cuidado de afeitar y asear convenientemente, como en los instrumentos, ayudantes y materiales de curación, para obtener la cicatrización de las heridas por primera intención.

Cloroformado el paciente se puede ya proceder al acto quirúrgico dividiéndolo en cuatro tiempos.

Primer tiempo.—El primer tiempo consiste en destruir con la pinza y el bisturí todos los tejidos maltratados ó enfermos, para lo cual se circunscribe la parte afectada con tres incisiones *a, b, c* (fig. 1ª Lámina A), dos laterales ligeramente oblicuas unidas por la otra transversal. Estas incisiones deben practicarse sobre los tejidos sanos, á cierta distancia de los límites aparentes del mal, sobre todo si se trata de tumores ó ulceraciones malignas.

nas, de manera de destruirlas tan completamente como sea posible, tanto en superficie como en profundidad; si la mucosa ocular ó palpebral se encuentra afectada, deberá ser destruída sin vacilar.

Segundo tiempo.—Antes de pasar adelante y con el objeto de facilitar las incisiones sobre el párpado superior, se pasan tres hilos sobre el borde libre para poder resérvar fácilmente el párpado, fijando y poniendo tirantes los tejidos tan flojos y tan movibles de la región.

Se practica en seguida una incisión curva *d* (fig. 1ª), que comienza y acaba en los extremos de la parte avivada siguiendo exactamente los límites superiores del cartilago tarso. Se hace luego otra incisión *f* (fig. 1ª) á diez ó doce milímetros de la anterior y paralela á ella, exceptuando sin embargo en los límites externo é interno, donde se le aproxima un poco, llegando por la parte superior hasta cerca de la ceja. En los extremos de esta incisión se practican otras dos pequeñas *m*, *n* (fig. 1ª), oblicuas en sentido opuesto y cuyo objeto es permitir el descenso del colgajo evitando la torsión de sus pedículos y por consiguiente las arrugas, que de otro modo serían inevitables.

Todas estas incisiones deben ser primero exclusivamente cutáneas hasta descubrir las fibras del músculo orbicular. Bien detenida la hemorragia, se puede ya ver con toda claridad el músculo con sus haces de fibras orbiculares, es decir en el sentido de las incisiones, y con su color especial que lo hace distinguir fácilmente aun en los individuos flacos y poco musculados. Fijándose bien, se procura profundizar las incisiones penetrando con el bisturí entre las fibras del orbicular sin destruirlas, hasta interesar todo el espesor del músculo y descubrir el tejido subyacente. Una vez hecho esto, se procede á desprender el colgajo músculo-cutáneo empezando por la parte media sin lastimar las fibras musculares, hasta los límites de las incisiones para poder movilizar suficientemente los tejidos restauradores.

Tercer tiempo.—El tercer tiempo consiste en bajar el colgajo músculo-cutáneo hasta la pérdida de substancia, y en coser cuidadosamente con seda fenicada ó hilo fino de plata el borde inferior del colgajo con el correspondiente *b* de la pérdida de substancia (fig. 2ª Lámina A).

Para que el afrontamiento sea perfecto y fácil se pueden movilizar los tejidos con el bisturí en los puntos que fuere necesario.

Cuarto tiempo.—El último tiempo consiste en coser los tejidos que limitan la pérdida de substancia del párpado superior, para lo cual deberá empezarse por formar los ángulos palpebrales, suturando los puntos extre-

mos de dicho párpado con los correspondientes *m. n.* del colgajo restaurador. Al practicar esta sutura se debe poner especial cuidado en restirar bien el párpado superior, para que la abertura palpebral quede con la extensión conveniente, comparándola con la del lado opuesto. Una vez asegurado este punto importante, se procede á suturar cuidadosamente los bordes de la piel *e, g*, correspondiente á la pérdida de substancia, de manera de cerrar completamente la brecha dejada por el desalojamiento del colgajo tomado del párpado superior y obtener una cicatriz lineal por primera intención. Como el labio superior *e* de la herida es más extenso que el inferior, *g*, podría suponerse que al practicar el afrontamiento los tejidos quedarían arrugados y deformes; pero no sucede así, porque empezando la sutura por los lados, se utilizan las partes extremas del labio superior de la herida en afrontarlas con las partes correspondientes del colgajo *f*, haciéndose ya fácil y exacta la sutura de los demás puntos.

No queda ya, por último, sino cerrar con dos ó tres suturas la nueva abertura palpebral, para restirar y amoldar los tejidos manteniéndolos en la inmovilidad más completa hasta lograr la adherencia definitiva.

La curación deberá hacerse con todos los cuidados de la antisepsia para obtener la cicatrización de las heridas por primera intención. A los diez ó doce días se quitan los puntos y á los veinte el enfermo puede quedarse ya sin curación, empezando á ejercitar su nuevo párpado. Este queda, por otra parte, en tan buenas condiciones, que no solamente oculta la deformidad, sino que contribuye con eficacia á la oclusión del ojo por las contracciones del músculo orbicular que contiene en su cara profunda.

Después de estudiar cuidadosamente este procedimiento en el cadáver, me resolví á ponerlo en práctica en mi enfermo, considerándolo superior á todos los demás descritos en los libros de cirugía ocular.

* * *

El Sr. Lara, natural de Alvarado, de 43 años de edad, y de oficio carpintero, se presentó á mi consulta mostrándome su ojo derecho inflamado y cubierto de secreciones moco-purulentas y de costras, á consecuencia de una ulceración que le había destruido ya completamente el párpado inferior, dejando descubierto y expuesto á la intemperie el globo ocular aun durante el sueño.

Informándome de sus antecedentes, me refirió que nunca había padecido enfermedades de importancia, y que creía que su padecimiento

actual podría ser hereditario, pues su abuela paterna tuvo en la frente una ulceración semejante, rebelde á todo tratamiento.

Su mal comenzó hace ocho años con un pequeño botón en forma de berruga, situado en el ángulo interno del párpado inferior que acabó por ulcerarse cubriéndose constantemente de costras que se renovaban sin cesar dejando ver la úlcera cada vez más grande y profunda. Varias veces se puso en curación, no consiguiendo con las cauterizaciones y tópicos diversos que le aconsejaron los médicos á quienes consultó, ningún beneficio, pues su úlcera fué creciendo sin cesar hasta destruirle completamente el párpado, quedando su ojo sin la protección necesaria contra los agentes exteriores, y sufriendo, por lo mismo, frecuentes oftalmías que lo ponían cada vez en mayor peligro de perderle.

Después de limpiar cuidadosamente la ulceración, pude darme cuenta de su aspecto rugoso y desigual, de la coloración negruzca de sus bordes, que se veían despegados y mal nutridos, y de su gran extensión, pues no solamente había destruido ya el párpado inferior, sino que empezaba á invadir por sus ángulos al superior.

Fundándome en estos caracteres, creí que se trataba de un *epitelioma pigmentado*, y desde luego propuse al enfermo la extirpación completa de los tejidos ulcerados seguida de la restauración del párpado, propuesta que fué aceptada y puesta en práctica á los pocos días en la Sala de operaciones del Hospital militar de instrucción.

El procedimiento á que recurrí, ayudado por los Sres. Dres. Macías, Escobar y Rivero, fué el que acabo de describir con detalles, y en cuanto al resultado, no pudo ser más satisfactorio, como puede verse en el retrato adjunto, que fué hecho un mes y medio después de la operación, con el objeto de que las cicatrices pudieran verse todavía con claridad.

Actualmente, seis meses después, las huellas de la operación se han borrado ya casi completamente, y el resultado se presenta cada vez mejor, no habiendo todavía nada que indique la reproducción del mal.

Como se ve en el retrato adjunto, (Lámina B.), el individuo puede abrir y cerrar los ojos perfectamente, haciendo la ilusión de haber perdido tan sólo las pestañas del párpado inferior. Este ha conservado bastante contractilidad en el sentido de la oclusión activa, para hacer creer que no se han atrofiado las fibras del orbicular transplantadas en el colgajo, como han podido comprobarlo últimamente muchos de los honorables miembros de la Academia de Medicina ante quienes tuve la honra de presentar á mi enfermo.

México, Noviembre 20 de 1890.—F. LÓPEZ.

Lámina B.

