



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TEMA:

**CARACTERIZACIÓN DE LA DE PTOSIS PALPEBRAL
CONGÉNITA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. ROBERTO
GILBERT E. EN EL PERIODO DEL 2017 – 2019.**

AUTORA:

María Lorena Vásquez Paredes.

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y
RECONSTRUCTIVA**

TUTOR:

Dra. Priscila Jaramillo Vera

Guayaquil, Ecuador

2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por la **Dra. María Lorena Vásquez Paredes**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Cirugía Plástica, estética y reconstructiva**.

TUTOR (A)

f. 
Dra Priscila Jaramillo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. 
Dr. Jorge Humberto Palacios Martinez



Guayaquil, 28 de Octubre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **María Lorena Vásquez Paredes.**

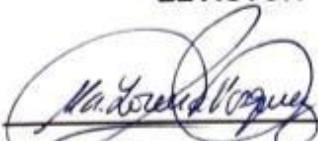
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **CARACTERIZACIÓN DE LA DE PTOSIS PALPEBRAL CONGÉNITA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT E. EN EL PERIODO DEL 2017 – 2019**, previo a la obtención del título de **Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 del mes de Octubre del 2020

EL AUTOR

f. 

María Lorena Vásquez Paredes.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

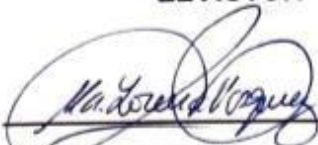
AUTORIZACIÓN

Yo, **María Lorena Vásquez Paredes.**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **CARACTERIZACIÓN DE LA DE PTOSIS PALPEBRAL CONGÉNITA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT E. EN EL PERIODO DEL 2017 – 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de Octubre del 2020

EL AUTOR

f. 

María Lorena Vásquez Paredes.

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document TESIS FINAL PARAFRASEADA - copia.docx (D80937965)
Submitted 10/7/2020 2:48:00 PM
Submitted by
Submitter email maria.vasquez02@cu.ucsg.edu.ec
Similarity 2%
Analysis address posgrados.medicina.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	CAPITULO-3-4 (1).odt Document CAPITULO-3-4 (1).odt (D52260507)	 1
W	URL: https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2016/cmc161d.pdf Fetched: 10/23/2019 11:21:22 PM	 5
W	URL: https://eprints.ucm.es/56673/1/T41281.pdf Fetched: 10/23/2019 11:21:33 PM	 1

f. 
Dra Priscila Jaramillo

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a Dios, porque ha sabido guiarme en el camino para lograr culminar con éxito esta etapa importante en mi vida. Durante estos años he compartido con muchas personas que han hecho de este camino algo muy especial, gracias a mis colegas y amigos por los momentos especiales que quedaran en nuestra memoria por siempre. A mis maestros, doctores, que han sabido enseñar, corregir y apoyarme en mi formación como cirujana plástica. Un Agradecimiento especial a mi familia que me apoyo toda la vida en mi decisión a ser cirujana plástica.

Dra Maria Lorena Vasquez Paredes

DEDICATORIA


Dedico este trabajo de manera especial a mis padres, quienes me han enseñado que con determinación y amor nada es imposible, a mi hermana por ser mi soporte siempre, , la que no dejo que me rindiera. A mi esposo Roberto Correa, quien ha sido mi apoyo más grande y alegría en los momentos más duros.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SIATEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. 

DR. JORGE HUMBERTO PALACIOS MARTÍNEZ

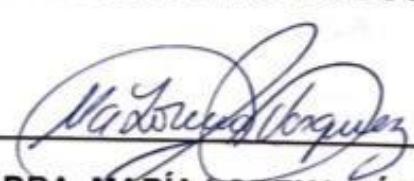
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA



f. 

DRA. PRISCILA JARAMILLO VERA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. 

DRA. MARÍA LORENA VÁSQUEZ PAREDES.

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

REPORTE DE URKUND.....	V
AGRADECIMIENTOS	VI
DEDICATORIA.....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	1
EL PROBLEMA	3
1.1. Identificación, Valoración y Planteamiento.....	3
1.1.1. Identificación.....	3
1.1.2. Valoración y planteamiento.....	3
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
2.1. General	6
2.2. Específicos.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Ptosis palpebral.....	7
3.1.1. Anatomía	7
3.1.2. Epidemiología	7
3.1.3. Etiología.....	8
3.1.4. Clínica.....	9
3.1.6. Exploración y evaluación del párpado ptósico	12
3.1.7. Diagnóstico e indicación quirúrgica.....	14
3.1.8. Procedimiento quirúrgico	17
3.1.9. Técnicas	19
3.1.10. Complicaciones.....	22
3.1.11. Pronóstico.....	22
4.1. Justificación de la elección del método	24
4.2. Diseño de la investigación	24
4.2.1. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	24
4.2.2. Procedimiento de recolección de la información.....	25

4.2.3. Técnicas de recolección de información	25
4.2.4. Técnicas de análisis estadístico	26
4.3. Variables	26
4.3.1. Operacionalización de variables	26
5. RESULTADOS	28
5.1. Descripción de la población	28
6. DISCUSIÓN	35
7. CONCLUSIONES.....	36
8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. <i>Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, por sexo, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.</i>	28
TABLA 2. <i>Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según edad, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.</i>	29
TABLA 3. <i>Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según la lateralidad, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.</i>	30
TABLA 4. <i>Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según los resultados, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.</i>	31
TABLA 5. <i>Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según el grado, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.</i>	32
TABLA 6. <i>Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según el procedimiento quirúrgico, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.</i>	33
TABLA 7. <i>Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, sobre el grado de afectación, según el procedimiento quirúrgico, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.</i>	34

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.- Figuras.....	40
Anexo 2.- Hoja de recolección de datos.....	43

RESUMEN

Antecedentes: La blefaroptosis o también llamada Ptosis palpebral, según la OMS afecta a 3 de cada 100 niños en edad pediátrica, puede presentarse de forma leve, moderada a grave. **Materiales y Métodos:** El presente estudio tiene un nivel de investigación de tipo descriptivo, con un subtipo de investigación que fue observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo mediante el estudio de casos. **Resultados:** Según los resultados encontrados en la revisión de historias clínicas, la ptosis palpebral, se presenta con mayor relación a los niños del sexo masculino, de igual forma con respecto a la edad, la que más representó se encontró entre los 4 a 7 años y el grado de complicación con el mayor porcentaje fue el grado leve, seguido del grado moderado y por último el grave. **Conclusiones:** De acuerdo a las historias clínicas consultadas, la ptosis palpebral es un problema que se presenta de forma periódica en los niños más que en las niñas, luego de aplicar una cirugía correctiva se verifica que tiene un grado de satisfacción aceptable y que en su mayoría ha logrado mejorar su aspecto estético y funcional.

Palabras Clave: Ptosis, palpebral, niños, cirugía reconstructiva.

ABSTRACT

Background: Blepharoptosis or also called Eyelid Ptosis, according to WHO affects 3 out of 100 children of pediatric age, it can present in a mild, moderate to severe form. **Materials and Methods:** The present study has a descriptive research level, with a subtype of research that was observational, retrospective, longitudinal, descriptive through case studies. **Results:** According to the results found in the review of medical records, palpebral ptosis occurs with a greater relationship to male children, in the same way with respect to age, the most represented was found between 4 to 7 years and the degree of complication with the highest percentage was the mild degree, followed by the moderate degree and lastly the severe one. **Conclusions:** According to the consulted medical records, palpebral ptosis is a problem that occurs periodically in boys more than girls, after applying corrective surgery it is verified that it has an acceptable degree of satisfaction and that in its most have managed to improve their aesthetic and functional appearance.

Key Words: Ptosis, eyelid, children, reconstructive surgery.

INTRODUCCIÓN

La ptosis palpebral o blefaroptosis, se caracteriza por la anormal caída del margen del párpado superior con el ojo, este en relación con la posición de tipo primaria de la mirada, por la naturaleza de su origen a la blefaroptosis se la clasifica en dos grupos que son la congénita y la adquirida, tomándose para ello la diferenciación en la edad en que aparece en la persona. (1)

La ptosis palpebral, de acuerdo a los reportes de la Organización Mundial de la salud, revela que a nivel mundial por cada 12.500 niños se presenta un caso de esta patología en la población antes mencionada; por lo que de acuerdo al reporte que emana, este refiere que el párpado caído o ptosis, tiene su razón de ser a causa de una lesión presente el músculo que levanta el párpado y este problema puede registrarse desde el nacimiento, deberse a la presencia de alguna lesión o enfermedades que se presenten posterior a este; como característica general encontramos que los niños que la padecen suelen levantar las cejas o el mentón, lo que les permitirá ver sin ningún problema. (2)

La Ptosis palpebral, es una patología oftalmológica que se presenta con mucha frecuencia en Latinoamérica y a nivel mundial. A la caída del párpado superior por debajo del nivel normal es a lo que se le da el nombre de Ptosis palpebral, y su origen tiene lugar debido a diferentes causas con características singulares que permiten una diferenciación clara en relación a otras patologías a nivel palpebral, la misma que se procederá a describir pormenorizadamente mediante la elaboración y el desarrollo del presente estudio. (3)

En Latinoamérica encontramos un número elevado de pacientes que presentan Ptosis palpebral de tal manera que se considera que el 56.5 % de prevalencia tiene un origen de naturaleza congénita mientras que el 43.5 % se considera de origen adquiridas. Cabe indicarse que la mayoría de los pacientes pediátricos que presentan esta patología son intervenidos quirúrgicamente con el propósito de corregir esta alteración, la misma que resulta muy onerosa para los familiares, teniendo en consideración que similar a otro tipo de intervención quirúrgica

puede presentar efectos secundarios y complicaciones a nivel del globo ocular, así como las áreas adyacentes afectándose directamente la estética del paciente, inclusive las correcciones parciales o insuficientes y las recaídas que pueden presentarse hasta algunos años posteriores de la cirugía. (4)

En función a lo antes expuesto, se determinó realizar el presente estudio relacionado con la caracterización de la ptosis palpebral congénita en niños del Hospital Roberto Gilbert en el periodo del año 2017 hasta el 2019.

EL PROBLEMA

1.1. Identificación, Valoración y Planteamiento

1.1.1. Identificación

En el presente estudio se prestará mayor atención de manera especial a las características principales que presenta la ptosis palpebral, recordándose siempre que es una malformación que usualmente es relativa, que presenta implicaciones estéticas y en casos de gravedad éstas llegan a ser de tipo funcional, lo que determinará en algunos casos la presencia de una merma de consideración en la agudeza visual del paciente que la adolece.

La frecuencia de casos que presenta ptosis palpebral y su incidencia resultan de mayor prevalencia en la población infantil, más allá de lo que se estimaba, por lo que es menester encontrar lo más pronto posible una técnica eficaz que dé solución al problema y pueda atenderse correctamente estos casos, con el propósito de que las intervenciones quirúrgicas no representen mayores riesgos de complicaciones postoperatorias en los casos de atención a esta patología. Con el propósito de tener más conocimiento acerca de esta alteración, es necesario que se la caracterice de manera pertinente y que favorezca el análisis etiológico de esta, resulta para ello de suma importancia conocer si la edad en realidad representa un factor preponderante para la incidencia de la misma, la observación atenta de su evolución, así como los grados de severidad que presenta, de tal manera que la evaluación permita tomar en consideración, el sexo, la lateralidad en cuanto a la afectación, la cirugía a aplicarse y los procedimientos que serán considerados para la realización de la misma.

1.1.2. Valoración y planteamiento.

La clasificación de la ptosis palpebral de acuerdo a la caracterización que presenta se ha realizado indistintamente de acuerdo a diferentes autores, en función al tiempo en que hace aparición, la etiología, función muscular elevador del párpado superior, fundamentando en el grado en que se observa la caída del párpado, etc., la clasificación de preferencia es la descrita por Salcedo, la misma

que presenta cuatro grupos: miogénica aponeuróticas, neurogencias, mecánicas y traumáticas.

En el nacimiento aparecen las ptosis congénitas miogénicas, se cree que hacen su aparición con un componente de tipo hereditario, específicamente el autosómico dominante y en muchos de los casos están ligadas al sexo, de tal forma que el músculo elevador del párpado superior no existe o se encuentra atrofiado, relacionándose con miopatías oculares, o bien como signos de miopatías generalizada, de tal manera que en este grupo podemos encontrar a la congénita de tipo simple. (5)

La alteración de la aponeurosis da origen a las ptosis aponeuróticas, ya se dé tipo congénita o adquirida, debido a la desinserción o dehiscencia del musculo elevador.

Las menos frecuentes son las ptosis neurogénicas, su presencia pueden deberse a la existencia de aplasia del núcleo del III par craneal, se deben a lesiones periféricas, nucleares o supranucleares, de tal manera que aquellas periféricas se las puede encontrar en diferentes niveles en lo que corresponde al trayecto del nervio, generalmente cursan con exotropia y midrasis, de tal manera que la existencia de las lesiones nucleares y supranucleares, causan directamente alteraciones en la movilidad y cambios pupilares, pudiendo llegar a presentar pérdida de la acomodación en algunos casos. La neuropatía diabética constituye otros de los factores etiológicos, las lesiones de tipo vasculares y la presencia de tumores de diferentes tipologías, otros de los factores pueden ser los procesos inflamatorios o neurotóxicos como es el caso de la difteria, influenza, parotiditis, etc., otros de los desencadenantes de esta patología lo constituyen los traumas como las fracturas del ala menor del esfenoideas, en las que generalmente se producen regeneración aberrante del III par, síndrome de Marcus-Gunn, síndrome de Duane, entre otros. (6)

Cuando se presenta un aumento de volumen de cualquiera etiología podemos mencionar que dan origen a las ptosis mecánicas, dando lugar a la etiología del párpado superior caído, como los chalacios, la dermatochalasis, la conjuntivitis, etc.

Un grupo independiente lo constituyen los tipos de ptosis traumáticas y en la actualidad resultan muy discutidas por tratarse de un grupo totalmente independiente, tienen su origen mediante la existencia de un trauma que logra afectar seriamente la aponeurosis, el músculo elevador del párpado superior o el mismo nervio.

Otros tipos de alteraciones pueden fácilmente confundirse con una ptosis, sin serlo realmente, entre estas se pueden mencionar a el microftalmos, el ptosis bulbis, el enoftalmos, la retracción palpebral contralateral, la hipotropia ipsolateral y el blefarochalasis.

Desde la antigüedad ya se documentan tipos de tratamiento para la ptosis palpebral, por este motivo siempre debemos de tener presente la severidad con la que se presenta la ptosis, de la misma manera cómo funciona el elevador del párpado superior, entre otros criterios a considerarse.

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.1. General

Caracterizar la ptosis palpebral en niños del Hospital Roberto Gilbert 2017 – 2019.

2.2. Específicos

- Determinar frecuencia de ptosis palpebral según grado, edad, lateralidad y sexo.
- Identificar los factores predisponentes como desarrollo de esta patología.
- Conocer la técnica quirúrgica empleado de acuerdo al grado.
- Determinar frecuencia de complicaciones quirúrgicas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Ptosis palpebral.

La ptosis palpebral es la caída del párpado superior por debajo de la posición normal manteniendo neutralmente la posición de la mirada. posición normal del párpado cuando presenta una ubicación aproximada de 2 mm por debajo del borde esclerocorneal superior, esto es, cuando apenas cubre el tercio superior de la córnea, por lo que se observa a la pupila totalmente libre. Se denomina posición neutra cuando la mirada focalizar el punto de visión central justamente en el mismo plano de los ojos de tal manera que la frente se encuentra totalmente relajada. (1)

3.1.1. Anatomía

El párpado superior presenta los siguientes músculos retractores:

1. El músculo retractor del párpado superior (constituido por la inervación voluntaria por el III par craneal): se trata del más importante cuando nos referimos a la excursión palpebral.
2. El músculo de Müller (se presenta por la inervación simpática): se encarga de aportar una excursión máxima de 4 mm.
3. Como músculo antagonista encontramos al músculo orbicular.

3.1.2. Epidemiología

La revisión bibliográfica reveló que el comportamiento de la ptosis palpebral, se presenta en las edades más tempranas de la vida, encontrándose más frecuentemente casos durante esta, debido a la presencia de las malformaciones congénitas del músculo elevador. No obstante , también las encontramos en la senectud, puesto que los pacientes adultos mayores son muy vulnerables y propensos a presentar procesos degenerativos o de tipo involutivos. (2)

En relación con el sexo, se mantiene una relacion de prevalencia de 1/1 . En cuanto al carácter hereditario de la ptosis palpebral, su incidencia es de tipo autosómica dominante en la mayor parte de los casos, principalmente en las de

tipo congénitas simple. El profesor Zhang recalca el carácter multifactorial que presenta esta patología.

Epidemiológicamente, el presente estudio guarda relación con lo que ha sido descrito anteriormente habiendo alto porcentaje de pacientes de tercera edad con ptosis palpebral de origen neurológico y traumáticos. Actualmente existe disminución importante de los traumatismos durante el parto, que son responsables de las alteraciones a nivel del tallo cerebral, seno cavernoso, fisura orbitaria superior y órbita propiamente dicha. (3)

3.1.3. Etiología

Las causas que originan a la ptosis palpebral son diversas, tal como denota Frueh, estas se pueden clasificar en relación del sustrato patológico, lo que indudablemente determina el tipo de tratamiento y el proceso evolutivo del mismo. De esta forma, se obtienen dos: la miogénica y la aponeurótica o neurogénica; pudiéndose añadir a esta segmentación dos grupos más en relación a la presencia de los factores extrínsecos cuya incidencia es morfológica y fisiológica es directa en el párpado; siendo estos: la mecánica y la traumática. (4)

Las dos últimas antes mencionadas deben de ser tratadas aisladamente en un estudio particular, puesto que sería incorrecto incluirlas dentro de este estudio, lo cual conllevaría a graves errores en la aplicación de tratamiento. El presente trabajo hará alusión exclusiva de la ptosis miogénica y de manera especial a la que presenta origen congénito, dejando claro que esto no significa que esta se haga presente durante los primeros años de la vida de la persona.

La ptosis miogénica se caracteriza por presentar disfuncionalidad del músculo elevador del párpado superior, lo que Beard y Callahan tienen a bien definirla como distrofia del elevador, ya sea de forma aislada o de forma asociada a la disfunción de otros músculos oculomotores o incluso de músculos que resultan ajenos al área orbitaria.

En muchas ocasiones este tipo de disfunción la podemos observar como una evaluación establece, la cual va desde la infancia, y puede mantenerse en el

tiempo. En otros casos, muy particulares, los primeros síntomas no se presentan hasta la segunda o tercera década de la vida de la persona siendo estos de evolución progresiva. En los dos tipos se puede apreciar un origen genético con grados de penetración y de expresión variables, hay que tener en cuenta que a todos los casos antes mencionado se debe de añadir aquellos que presentan patología a nivel muscular de tipo adquirida que se relaciona de manera general con otros síntomas sistémicos.

3.1.4. Clínica

La ptosis palpebral congénita es una malformación relativa que usualmente presenta complicaciones estéticas. Cuando se trata de casos graves, puede llegar a afectar la funcionalidad, lo que conduce generalmente a una merma en la agudeza visual de la persona que la presenta. (5)

La ptosis palpebral miogénica se presenta con mucha más frecuencia y se considera que es la que mayor incidencia tiene en la población infantil. La evaluación de los casos de manera correcta, el análisis etiológico de la evolución que presenta y el grado de severidad, van a permitir seleccionar adecuadamente la técnica a nivel quirúrgico que sea más recomendable aplicar.

Entre las causas que originan el signo clínico de ptosis palpebral, la miogénica es muy frecuente y la que mayormente incide en la población infantil.

A la ptosis palpebral se la clasifica en miogénica, aponeurótica o neurogénica, además de estas, existen dos grupos funcionales con relación a factores de carácter extrínsecos que van a incidir directamente en la morfología y fisiología del párpado afectado en relación a la mecánica y al traumatismo.

La disfunción del músculo elevador del párpado superior es a lo que se conviene en denominar como ptosis miogénica siendo esto a lo que Beard y Callahan definieron como Distrofia del elevador, sea esta que se presente aisladamente o asociada a disfunciones de otros músculos oculomotores, e inclusive de aquellos músculos que son considerados ajenos a la zona orbitaria.

En la mayoría de los casos la disfunción antes mencionada puede observarse claramente desde la infancia, manteniéndose con evolución estable durante muchos años. (6)

3.1.5. Clasificación

3.1.5.1. Clasificación ptosis congénitas

3.1.5.1.1. Ptosis congénita simple.

Se presentan con mayor frecuencia pudiendo ser unilaterales (80%) o bilaterales (20%). Estas no presentan mejoría en el transcurso del tiempo, y generalmente presentan antecedentes familiares. Histológicamente presenta atrofia del músculo elevador, la misma que en casos extremadamente graves pueden presentar totalmente fibrosado. (7)

- Síndrome de Blefarofimosis.

Se trata de una anomalía orbitopalpebral congénita asociada directamente a la ptosis bilateral, hendidura palpebral horizontalmente estrecha, telecanto, aplanamiento del dorso nasal y epicanto. La órbita morfológicamente se presenta con anomalías, pues el eje vertical es mayor que el eje horizontal. El músculo orbicular suprayacente a la órbita evidencia disposición anatómica con notoria alteración. En la parte media sobrepasa el canto interno, dando origen al epicanto muscular (epiblefaro). Los casos más graves generalmente presentan hipertelorismo leve.

Las blefarofimosis conforme a la clasificación de Callahan (1974) pueden ser de tres tipos. Aquellas de TIPO I, son las que cuentan con epicantus inversus, ptosis y hendidura palpebral transversal disminuida. Por otro lado, las de TIPO II, se caracterizan por el telecanto sin epicanto, ptosis y deficiencia de piel en los cuatro párpados. Finalmente, las de TIPO III, son como el tipo II, además evidencia hendidura antimongoloide y leve hipertelorismo.

En muchas ocasiones se la relaciona directamente con las alteraciones aisladas: auriculares, frontales, óseas, artrogriposis, infertilidad, pubertad tardía, microcefalia, retraso mental, o como una patología considera dentro de

síndromes específicos (S. De Schwartz-Jampel, S. De Simosa, S. De Ohdo, S. De Midas, S. de Young-Simpson, S. De Michels, S. De Marden-Walker, S. De Dubowitz, etc.) (8)

Esporádicamente vamos a encontrar los casos antes mencionados, y en relación con los patrones hereditarios autosómico dominante en función a la genética tenemos un porcentaje menor. Estudios genéticos revelan alteraciones a nivel de cromosomas 3q23, 13 y 16.

El diagnóstico diferencial se lo realiza en función al: epicanto cutáneo, telecanto óseo, hipertelorismo y el Síndrome de Waardenburg.

3.1.5.1.2. Ptosis sincinéticas.

Una inervación de carácter anómala que presenta el músculo elevador da origen a este tipo de ptosis. La que con mayor frecuencia se presenta es la de Marcus Gunn. Tiene relación con la inervación por parte del V par craneal del músculo elevador razón por la que el párpado ptósica se eleva al realizarse la contracción de los músculos pterigoideos que se encuentra inervado por este mismo nervio, por ejemplo, al abrir la boca o masticar. (9)

Generalmente con el transcurso del tiempo pueden presentar mejorías. Su tendencia está en relación con la herencia familiar y el diagnóstico se lo puede realizar mediante electromiografía.

3.1.5.2. Clasificación de las ptosis adquiridas en la infancia

La ptosis durante la infancia resulta ser infrecuente con relación a las congénitas, pudiendo ser:

Neurógenas.- Se deben a la afectación del tercer nervio craneal o la cadena neuronal simpática (síndrome de Horner), se observa muy frecuentemente los traumatismos del techo orbitario como los causantes directos de las neurógenas. (5)

Miogénicas.- Por miastenia gravis (la miastenia gravis neonatal genética debuta de forma congénita), distrofia del músculo elevador del párpado superior aislada

(en edad senil) o asociada a distrofia de otros músculos oculares o Síndrome de Von Graefe (en jóvenes, sí es familiar), Síndrome de Kern (autosómica dominante, retinitis pigmentaria, cardiopatía y Von Graefe), miopatía mitocondrial oculofaríngea, terapia con toxina A botulínica, desinserción del elevador por traumatismos, yatrogenia (colirios, lentes de contacto duras) y espontánea (sólo en edad senil), etc. (3)

Mecánicas. - Se caracterizan por presentar el aumento del volumen a nivel del párpado, parecido a una inflamación traumática, alérgica, un hematoma, o cualquiera otra clase de tumor benigno o maligno que puede causar la oclusión del ojo. Por ejemplo, un angioma, un neurofibroma de una neurofibromatosis orbitopalpebral (neurofibromatosis tipo I) un sarcoma, entre otros. (10)

Según su gravedad se pueden clasificar en:

- Ptosis leve, cuando se observa que el párpado cubre de forma parcial la parte superior de la córnea sin llegar a sobrepasar el borde superior de la pupila (2 a 3 mm de ptosis).
- Ptosis moderada, cuando se observa que el párpado cubre parcialmente la pupila (3 a 4 mm de ptosis).
- Ptosis severa, cuando el párpado cubre prácticamente toda la pupila (4 ó más mm de ptosis). (11)

Clasificación funcional del músculo elevador superior:

- Excelente 13 -15 mm
- Buena 8mm
- Mínima 5 a 7 mm
- Pobre 2 a 4 mm

3.1.6. Exploración y evaluación del párpado ptósico

En el caso de que un niño presente ptosis palpebral lo recomendable es realizar una pormenorizada evaluación oftalmológica. Esta se debe efectuar desde que se realiza su descubrimiento, esto nos dará a conocer el tipo y el momento preciso cuando deba de iniciarse la terapia. (10)

La anamnesis permitirá el conocimiento pormenorizado de los antecedentes familiares y personales que pueda presentar el niño, se podrá determinar el momento exacto en que hace su aparición, cuál ha sido su proceso evolutivo y el grado de severidad. Además, permitirá la observación directa de la posición de la cabeza y del cuello espontánea, si existen traumatismos en los párpados o se han realizado cirugías previas.

Durante el proceso exploratorio es de suma importancia registrar las asimetrías, observar detenidamente el párpado inferior, la forma de las hendiduras palpebrales, es decir, la cara en su conjunto, la posición que presenta de la cabeza y de las cejas en la mirada sostenida frontal, superior e inferior, la valoración correcta de las posibles heterocromías, anisocorias, epicanto, telecanto, fenómeno de Bell, ptosis de Marcus Gunn (abriendo la boca o masticando) y la morfologías orbitales con teleradiografía de ambas órbitas o Tomografía Computarizada en 3 dimensiones. (2)

La valoración oftalmológica para determinar la agudeza visual, motilidad ocular (principalmente del recto superior el mismo que con frecuencia presenta hipofuncionamiento en las ptosis congénitas) así, como la medición de la función del elevador complementan la batería de pruebas que se aplican y que permiten realizar la clasificación y elegir el tratamiento adecuado según a lo que amerita el caso y las exigencias que presenta.

Para determinar el grado de funcionamiento del músculo elevador se realiza una medición dinámica. Es por ello por lo que el médico procederá a inmovilizar el músculo frontal con una de sus manos y pedirá al niño que, sin realizar movimientos de cabeza, mire desde su posición más allá y superior. (12)

Posteriormente solicitará que efectúe la misma práctica en su posición más baja e inferior; de tal manera que al realizarlo por repetidas ocasiones se pueda medir la excursión vertical que hace el párpado. Cuando se trata de condiciones normales del párpado se realiza entre 8 y 15 movimientos por mm. Pero conforme la cifra se reduce el nivel de gravedad de la ptosis será mayor. Por lo que, en los casos en los que el párpado realice movimientos solamente de 2 mm se considerará que el músculo tiene funciones muy reducidas.

3.1.7. Diagnóstico e indicación quirúrgica

Entre las ptosis miogénica se pueden mencionar:

- La distrofia del elevador congénita simple. Esta suele ser la que mayormente se presenta siendo de carácter hereditario y se produce por falta de desarrollo muscular.
- La ptosis asociada al hipodesarrollo de otros músculos oculomotores, muy especialmente del recto superior. La diferencia que existe entre esta y la oftalmoplejia crónica progresiva es que ésta, hace su aparición de forma tardía, de carácter evolutivo, afectando prácticamente la totalidad de los músculos extraoculares.
- Otra patología manifiesta es la fibrosis congénita de los músculos extraoculares que determina desde los primeros años de edad la restricción global de la motilidad ocular.
- La blefarofimosis, cuadro sindrómico asociado directamente con la presencia de epicanto inverso y telecanto y siendo de manifestación bilateral.
- El síndrome oculofaríngeo relacionado a la ptosis palpebral progresiva con la alteración de los músculos constrictores de la faringe dando lugar a la presencia de disfagia y disartria.
- La distrofia muscular progresiva, que presenta atrofia y debilidad de otros grupos musculares de la cabeza y el cuerpo.
- Las miopatías mitocondriales, que hacen su aparición con el inicio de la ptosis palpebral.
- La distrofia miotónica, de carácter hereditaria y multisistémica, cuya manifestación principal está en relación con la debilidad muscular por déficit de relajación, atrofia testicular, reabsorción del cristalino y calvicie frontal.
- La miastenia gravis, prototipo de miopatía adquirida autoinmune, su origen se le atribuye a la afectación de la placa neuromuscular.

De tal manera que al considerar el sinnúmero de procesos que enmarca esta patología, en virtud de que su origen y proceso evolutivo son claramente

diferentes, se comprende fácilmente la importancia de encuadrar y realizar la valoración correspondiente de cada caso en particular. Es de suma importancia, más que nada para determinar el momento exacto en que se dé tratamiento, la sugerencia a nivel quirúrgico, así como las expectativas que se pueden ofrecer al paciente en relación con los resultados y el proceso evolutivo del mismo. (13)

En los casos de ptosis palpebral se debe de observar muy de cerca:

- La ubicación del párpado en posición neutra de la mirada, lo que permitirá determinar el grado de ptosis. En la Ptosis unilateral la medición se realiza en relación con el párpado normal contralateral. En la ptosis bilateral se debe de considerar para la misma la posición normal del párpado a 9 mm del limbo esclerocorneal inferior.
- La función del músculo elevador bloqueando la acción del frontal; nos va a permitir la valoración de la técnica que se empleará, así como las expectativas que genere los resultados., para dicha evaluación se toma en consideración el recorrido del párpado a partir de la mirada externa hacia abajo a la mirada externa hacia arriba. Considerándose como buena o excelente funcionamiento del elevador un recorrido evidente superior a 8 mm; pobre función del elevador un recorrido entre 4 y 8 mm; muy pobre o nula función si se denota un recorrido inferior a 4 mm.
- La motilidad de los músculos oculomotores y la capacidad manifiesta de cierre palpebral por parte del músculo orbicular.
- La determinación del ojo dominante es de suma importancia, generalmente es el derecho en los diestros y el izquierdo en los zurdos. Para sobre corregir el ojo dominante puede llevar a una ptosis del ojo no dominante, anteriormente poco evidenciada por la compensación que ejercía.
- La presencia o ausencia del fenómeno de Bell, que no es más que el recorrido ascendente que realiza el globo ocular sincrónico al cierre palpebral. La ausencia, de la misma manera que la anestesia o hipoestesia corneal, que también debe de ser valorada, constituye un indicador del grado de sobre corrección que se puede llegar a arriesgar sin provocar lesiones corneales severas.

- Los signos asociados presentes como es el caso del signo de Marcus Gunn, síndrome de Horner o síndrome de Duane, que nos manifiestan de ptosis neurogénica.
- El aspecto externo del párpado: la piel que forma el párpado, su elasticidad y posible redundancia o insuficiencia; localización del surco palpebral en función con el borde ciliar; profundidad del surco palpebral; presencia o no de pliegues epicantales; relación del párpado inferior con el limbo esclerocorneal inferior, ectropión del tercio externo y localización del punctum, factores que se encuentran repetidas veces alterados en la blefarofimosis. (4)

Las técnicas que quirúrgicamente más a menudo se practican con el propósito de potenciar la acción mecánica del músculo elevador comprenden cinco categorías:

- **Resección en bloque tarso conjuntival.** Técnica de Fassanella Servat, se recomienda en las ptosis leves que presenta buena función del elevador; generalmente hablando deberá researse 1 mm de tarso por cada mm de ptosis y 3 mm de conjuntiva por cada mm de ptosis, lo que supone 1,5 mm a cada lado del reborde tarsal. La modificación de Putterman incluye la conjuntiva y el músculo de Müller sin resear la placa tarsal.
- **Resección cutánea, resección segmentaria del músculo orbicular y plicatura de la aponeurosis del elevador.** Se indica especialmente en las ptosis aponeuróticas y en las correcciones secundarias por hipocorrección de las biogénicas.
- **Resección del músculo elevador.** En las biogénicas de moderadas a severas con buena o pobre función del elevador. Técnica clásica de Von Blascovich modificada; por vía anterior o cutánea cuando se requiere realizar reajustes de la piel o del surco palpebral indefinido, por vía posterior o conjuntival, cuando la piel palpebral es adecuada y el surco palpebral definido. La resección del elevador que debe liberarse a nivel de su inserción tarso aponeurótica debe ser de 4 mm por cada mm de ptosis. Las resecciones inferiores a 16 ó 20 mm muy comúnmente son

insuficientes. Al concluir la intervención quirúrgica el párpado debe ser hipercorregido, situándose el borde palpebral por encima del borde corneal superior.

- **Suspensión estática del elevador al músculo frontal.** Para ello se hace uso de distintos materiales, en la actualidad se utiliza la fascia lata autóloga, la fascia lata de banco y la fascia lata liofilizada. Principalmente se aplica en los pacientes pediátricos muy jóvenes con nula acción del elevador, que presentan ambliopía por afectación unilateral y cuya intervención quirúrgica debe ser precoz. (14)

En la afectación bilateral la intervención se puede llegar a posponer por un tiempo adicional, en función a que el paciente llega a compensar su déficit visual mediante el hiperextensión cervical, aunque no por mucho tiempo.

3.1.8. Procedimiento quirúrgico

3.1.8.1. Antecedentes

Tantos tratamientos se han recomendado para combatir este tipo de molestia que se presenta en los seres humanos desde temprana edad como es la ptosis palpebral congénita. En el año 2007, en España, Europa se propuso una serie de alternativas que los médicos podían escoger entre ellas la técnica del colgajo muscular del orbicular que es cuando el individuo da movimiento a sus párpados es decir cerrar y abrir con la intención de ayudar a los músculos frontales para que el párpado tenga más amplitud de movimiento. Consiguiendo con éxito que el párpado superior se desplace libremente superando la ptosis palpebral congénita.

En el 2009 en la ciudad de Madrid también se hicieron ciertas publicaciones para ayudar con este problema, se refiere al uso de Gore Tex como alternativa disminuyendo esta molestia por sus óptimos resultados y evita las recaídas.

A mediados del siglo XX en Estados Unidos para ayudar en el tratamiento de ptosis palpebral congénita cuando el músculo superior tenía problemas para abrir con facilidad los ojos introdujeron la alternativa de realizar una incisión pretarsal con la intención de acortar el músculo, pero esto provocaba

imperfecciones más complicadas que tenían que corregir en lo que a estética se refiere.

Después se descubrió ciertos procedimientos autólogos en los cuales se aplicaba el PTFE, de sus frecuente por los oftalmólogos días después en la ciudad de Michigan empezaron a emplear otras técnicas o experimentos donde trataban de involucrar a los tejidos de la misma persona resultando ser más estéticos con menor índice de complicaciones.

En México se está tratando de poner en prueba un tratamiento procurando incluir algunas técnicas que van ayudar a superar esta deficiencia, de estas se dice que la fascia lata, está dando resultados certeros cuando se refiere a tratar de ayudar con la parte superior del párpado en los pacientes. Siendo que en algunos hospitales se quería prescindir de este tratamiento, pero se llegó a la conclusión de que esto si ayuda en los pacientes que se pudo llevar a cabo se ha llegado a utilizar esta técnica como es la ptosis palpebral con deficiente elevador del párpado superior.

Refiriéndonos a países más desarrollados como Argentina pensamos nombrar la forma de manejarse frente a este problema con respecto a los párpados superiores cuando estos tienden a cerrarse o caerse involuntariamente la forma de tratamiento que ellos emplean además está comprobado que más la utilizan los heterólogos y aunque no ha dado tan buenos resultados siguen empleando en ese país.

Los doctores que se dedican a este tipo de operaciones prefieren aplicar anestesia local con la intención de poder comprobar la movilidad en los párpados, ellos consideran que es preferible avisar a los padres de los niños ya que en los niños casi resulta imposible poner anestesia local por lo tanto no se podrá tener una buena simetría entre los ojos y entonces se les tendrá que advertir a los padres que tal vez haya una segunda cirugía.

Por consiguiente, de todas las estrategias que se hayan seleccionado es preferible proceder a realizar un análisis prequirúrgico para descartar cualquier duda y todo esto se lo realiza con el niño despierto. Una vez que está en la sala

de operaciones es necesario una valoración meticulosa sobre la coagulación, ayudarse con unas gafas que le faciliten la exploración anatómica y proceder a realizar la correcta ayuda con respecto a este fenómeno la ptosis.

Después de la operación se debe tener especial cuidado mantener los párpados húmedos colocando unas pomadas nocturnas recomendadas por el doctor con el objetivo de cuidar la córnea especialmente en las dos primeras semanas, cuidarse de los rayos del sol con el uso diario de gafas.

3.1.9. Técnicas

3.1.9.1. Müllerectomía.

Cuando se refiere a ptosis ligeras los doctores se preparan para realizar la extracción del llamado músculo de Muller, especialmente aquellas que van evolucionando poco a poco con la aplicación de unas gotitas de este medicamento fenilefrina con el 2,5% en el interior del ojo. (7)

A) Operación de Fasanella Servat: Los profesionales de la ciencia esta estrategia, aunque con esto se procede al corte del párpado que está en la parte de arriba con este procedimiento que consiste en invertir de lugar el párpado del ojo, pero se corre el riesgo de que se puede reseca demasiado por tal motivo no es recomendable recurrir a esta técnica.

B) Técnica de Puttermann: al hablar de esta estrategia es muy similar a la que nombramos en el punto anterior con la pequeña diferencia que se intenta salvaguardar el tarso

3.1.9.2. Resección de la aponeurosis del músculo elevador.

Se dice que esta es la opción más certera en el tratamiento de la ptosis cuando la molestia es algo sencillo entonces se realiza la elevación del párpado al menos 4mm. Se procede a calcular correctamente multiplicando la ptosis por tres cuando la ptosis es menos complicada y también se multiplica por 5 cuando son más complicadas. Y para más seguridad se le suma dos milímetros más cuando a ptosis apunta más complicada.

Técnica:

Se procede hacer una señal en el ojo que será intervenido con respecto al ojo que está en buenas condiciones todo esto se hace cuando el niño aún permanece despierto. Cuando ya está anestesiado se procede a infiltrar una solución llamada lidocaína y con cierta cantidad de adrenalina y debe esperar 5 minutos.

En esta técnica se determina hacer ciertas incisiones con notable cuidado alrededor del ojo dándole forma a las suturas siempre cuidando de no dejar demasiadas cicatrices. La sutura para fijación se realiza con nylon con la finalidad de señalar una hendidura amplia y cabe recordar que en los casos más extremos se puede llegar es posible alcanzar hasta el ligamento cuyo nombre de Whitnall y de esta manera realizar una pequeña incisión para obtener mejores resultados

3.1.9.3. Suspensión palpebral del músculo frontal (SPMF)

Este procedimiento se realiza en casos muy extremos cuando los niños por tratar de elevar el párpado intentan hacerse para atrás y tienen molestias subiendo las cejas irregularmente. (15)

Considerando esta técnica se refiere a diseñar una intersección que no es elástica, y puede ser en los tendones, en medio del músculo que está de frente y el párpado que está en la parte de arriba. Así lo afirma Pavr(1928) cuando nos explica el uso de la fascia lata .

Entonces se han inventado o se han diseñado cambios en esta técnica utilizando varios estilos para la ubicación de la fascia empezando desde la parte de atrás hacia la parte de adelante. Tratando de utilizar varios implementos y continuar realizando la fascia lata.

Según las investigaciones y la experiencia de algunos galenos afirman que al utilizar la fascia lata esos ramplones son indicados para la SPMF porque es fuerte y manejable logrando adjuntar el párpado y el músculo de la parte delantera además habrá ausencia absoluta de alguna infección o repulsión pero

cabe recordar que esto se debería utilizar en personas adultas en los niños no es recomendable especialmente en infantes menores de tres años puesto que ellos no tiene todavía bien desarrollada la simetría de los músculos. (16)

Después de observar cuidadosamente el movimiento de los músculos del tarso se puede borrar su movimiento y luego proceder hacer la SPMF bilateral y con esto se puede lograr respuesta con igual simetría y con mejor presentación.

Técnica:

Luego de la marcación se procede a infiltrar lidocaína (1%) y epinefrina al 1/200.000. Se hace una incisión de 2-3mm en la piel y el músculo orbicular, estas se realizan supraciliar medial central y lateral .

La alternativa de injerto de fascia lata, con las dimensiones en tiras de 10-13 cm de largo por 2-3-mm de ancho, se va colocando por las hendiduras tratando de formar un triángulo que está en el centro y otro que está al otro lado y un cuadro que está en medio en tres fijaciones y pueden realizar tres hendiduras en la parte frontal.

Se debe tomar en cuenta los límites en donde va a realizar las hendiduras en el borde cefálico del tarso, puede ser de 8 a 10 mm delimitando la parte superior, en ciertos casos de ptosis bilateral, en algunos casos por el surco supratarsal siguiendo como punto de partida la parte que está sana en casos de ptosis unilateral.

Se tienen que señalar con las líneas que se usan de a la altura de los bordes esclero-corneal medial, esclero-corneal lateral y la pupila, en casos de las hendiduras supraciliares. Entonces se realiza un desprendimiento leve que le permite ver la porción preseptal.(17)

Seguidamente se procede a realizar la incisión de músculo orbicular dejando tres hendiduras a 2mm del borde libre del párpado ,en forma perpendicular a las supraciliares , y a través de un túnel subcutáneo se introduce la tira de injerto de fascia la cual es fijada en el músculo frontal con material no absorbible , con una sobrecorrección 1-2mm

3.1.10. Complicaciones

Cuando nos centramos en el tema de la fascia lata debemos pensar en que si es en la pierna quedaría una cicatriz o hernia muscular y sobre todo si es por el cierre en mal estado perjudica su estética. Centrémonos en que un golpe en el párpado perjudicaría en el restablecimiento de la ptosis. (5)

Si nos encontramos con un caso de imperfección de la ptosis se puede corregir por medio de una segunda cirugía.

La hipercorrección de la ptosis ocasiona exposición corneal prolongada que requerirá protección de la córnea de día y de noche. Si la hipercorrección es muy severa se debería relajar algún punto mediante tracción ligera del párpado en el postoperatorio inmediato. Si es leve los masajes palpebrales y frontales serían suficientes. (5)

Si nos concentramos en lo que es la protuberancia de la conjuntiva se puede rectificar tapando el ojo, tratando de aliviar la conjuntiva y utilizando pomadas de cortisona. Cuando se utiliza algún material no autólogo entonces existe más riesgo de que la propia piel rechace algún implante.

3.1.11. Pronóstico

Considerando algunos tratamientos que se mencionan le damos más énfasis a la teoría que emplea la acción del músculo frontal. Según Wrigth y que lo hizo extensivo Crawford, se han hecho varios cambios, pero en realidad la utilización de fascia lata autóloga ha señalado un número significativo de molestias. (3)

Si no se le presta especial atención al tratamiento de la ptosis palpebral congénita, si no se le permite la intervención del músculo que le ayuda a elevar el párpado entonces presentarían molestias visuales, funcionales y estéticas.

Se ha llegado al acuerdo de que el tratamiento más efectivo es el que utiliza la acción del músculo frontal

Con la intención de aclarar si los mecanismos empleados en la corrección de la ptosis amplia tiene sus verdaderas desventajas:

- Se corre el riesgo de rechazo a causa del implante.
- Mientras el paciente duerme se corre el riesgo de lesionar la córnea por la hipercorrección del párpado.
- Impedimento dinámico, por no adaptación a la técnica frontal

4. MÉTODOS

4.1. Justificación de la elección del método

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de investigación: Observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo.

4.2. Diseño de la investigación

Estudio de series de casos.

4.2.1. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población en estudio se incluirán todos los niños que cumplan con diagnóstico de ptosis palpebral entre 2017-2019 en Hospital Robert Gilbert.

Cuadro 1. Población

POBLACIÓN	
AÑO	PACIENTES
2017	22
2018	23
2019	22
Total	66

Fuente: Historia Clínica

Muestra: 66 pacientes

Criterios de inclusión:

- Niños hasta 14 años
- Ptosis palpebral congénita
- Datos de Historia Clínica completa

Criterios de exclusión:

- Ptosis palpebral traumáticas.
- Ptosis palpebral tumorales.

4.2.2. Procedimiento de recolección de la información

Los datos que se presenta en este trabajo se han podido recolectar por la serie de entrevistas a un determinado número de pacientes con el permiso respectivo anunciándoles que su colaboración será para ayudar a investigar sobre el tema en cuestión y ayudar a otras personas que presenten este tipo de dificultad.

4.2.3. Técnicas de recolección de información

Las deducciones que se han logrado recopilar de las historias clínicas de varios pacientes con su previo consentimiento han sido tabuladas y examinadas empleando técnicas estadísticas de tipo descriptiva, los cuadros estadísticos presentados a continuación nos ayudarán a entender mejor este tipo de enfermedad, esto se lo hace con el programa EXCEL, con el objetivo de ser estudiados con calma detenidamente comprobar la información recolectada y verificarla. Se recogió la siguiente información:

Variable	Tipo de técnica
Ptosis palpebral	Historia clínica
Sexo	Historia clínica
Edad	Historia clínica
Lateralidad	Historia clínica
Cirugía	Historia clínica
Evolución postoperatoria inmediata	Historia clínica
Técnica utilizada	Historia clínica

4.2.4. Técnicas de análisis estadístico

Hemos utilizado el programa de Excel 2018 para ayudarnos a entender mejor la información recolectada entre diferentes pacientes cuyas historias clínicas reposan en el departamento de estadística, los cuadros estadísticos los presentamos para un mayor entendimiento de los datos recabados, tratando de comprobar la información para una mejor comprensión.

4.3. Variables

4.3.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
<i>Variable dependiente, de respuesta o de supervisión*</i>			
Ptosis palpebral	Es la caída del párpado superior. Surge, habitualmente, por una disfunción del músculo elevador, debido a causas degenerativas o congénitas.	Leve, moderado, Severo	Cualitativa
<i>Variables independientes, predictivas o asociadas*</i>			
Sexo	Refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer	Masculino Femenino	Cualitativo
Edad	Años biológicos cumplidos desde el momento del nacimiento.	<1 años 1 – 3 años 4 – 6 años 7 – 9 años	Cualitativo
Lateralidad	Posición de la afectación.	Izquierdo Derecho	Cuantitativo

Cirugía	Procedimiento quirúrgico que se aplicó.	Suspensión Frontal injerto de fascia temporal. Suspensión Frontal injerto de fascia lata Plicatura del músculo elevador del párpado Exceresis isla de piel	Tarso	Cualitativo
Evolución postoperatoria inmediata	Evolución del paciente después de su cirugía	Satisfactoria No satisfactoria		Cualitativo
<i>Variables intervinientes (sólo especificar si el nivel de investigación es explicativo)*</i>				
Herencia	Patología heredada de familiares	Mama Padre		Cualitativo
Antecedente patológico personal	Problema congénito.	Por precedencia natural Causada.		Cualitativo

5. RESULTADOS

5.1. Descripción de la población

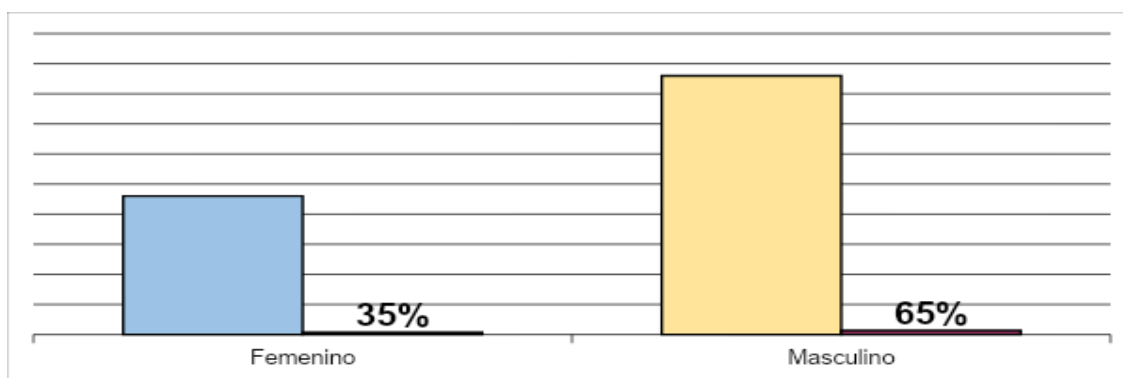
El estudio se realizó con pacientes masculinos y femeninos, de entre las edades de 1 hasta los 14 años, presentando ptosis desde leve, moderado y grave. De los que obtuvimos de la presente investigación son los siguientes:

TABLA 1. Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, por sexo, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	23	35%
Masculino	43	65%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: MD. María Vásquez.

Gráfico 1.- Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, por sexo, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.



Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: MD. María Vásquez.

Interpretación y análisis

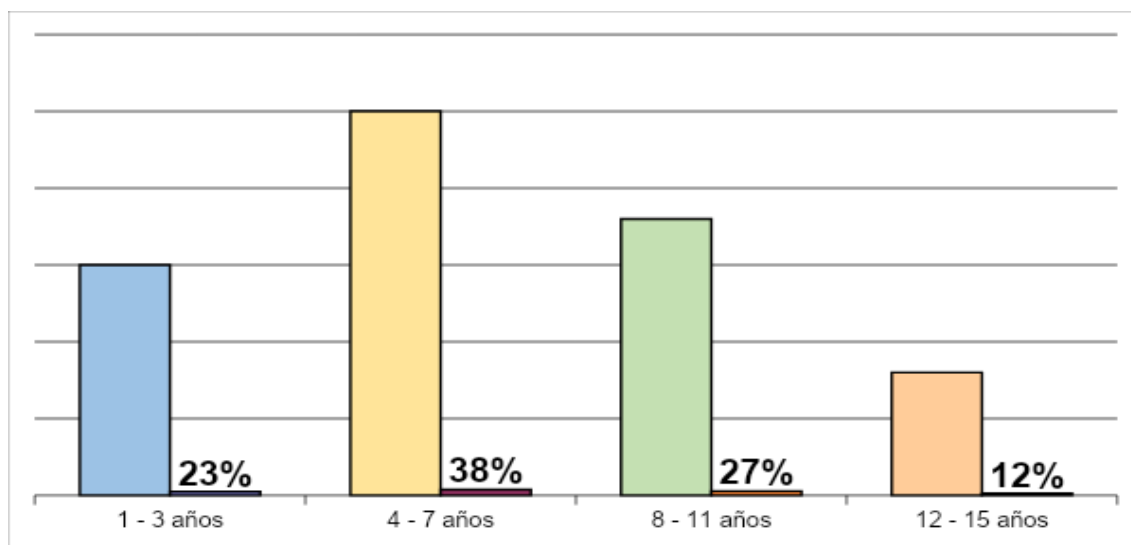
De los 66 pacientes sometidos a corrección de ptosis palpebral, el 65% correspondió al sexo masculino y el 35% correspondió al sexo femenino, se evidencia que existe una prevalencia de esta patología en niños del sexo masculino.

TABLA 2. Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según edad, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 años	15	23%
4 - 7 años	25	38%
8 - 11 años	18	27%
12 - 15 años	8	12%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: MD. María Vásquez.

Gráfico 2.- Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según edad, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.



Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: MD. María Vásquez.

Interpretación y análisis

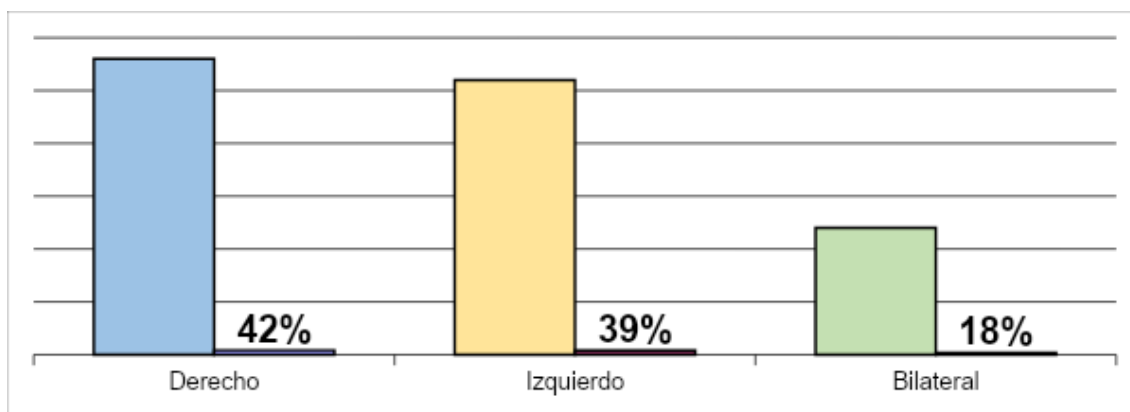
De los 66 pacientes sometidos a corrección de ptosis palpebral, el 38% corresponde a las edades entre los 4 a 7 años, el 27% corresponde a las edades entre los 8 a 11 años, el 23% corresponde a las edades entre 1 a 3 años y el 12% se encuentra entre los 12 a 15 años de edad.

TABLA 3. Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según la lateralidad, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Derecho	28	42%
Izquierdo	26	39%
Bilateral	12	18%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: MD. María Vásquez.

Gráfico 3.- Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según la lateralidad, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.



Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: MD. María Vásquez.

Interpretación y análisis

De los 66 pacientes sometidos a corrección de ptosis palpebral, el 42% presentó problemas en el lado derecho, el 39% presentó problemas en el lado izquierdo y el 18% presentó problemas bilaterales.

TABLA 4. *Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según los resultados, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.*

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Satisfactorio	65	98%
No Satisfactorio	1	2%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. María Vásquez.

Interpretación y análisis

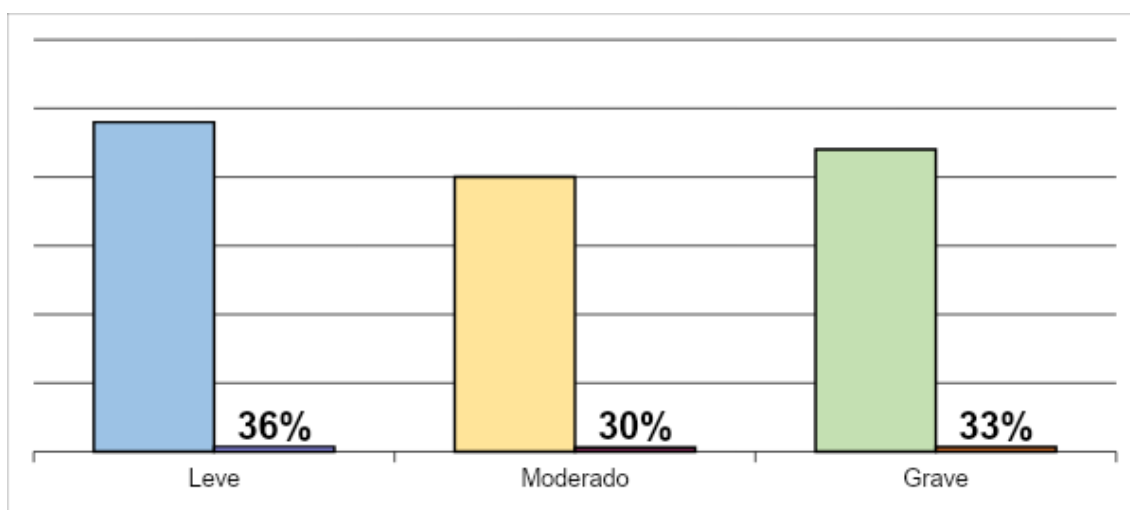
De los 66 pacientes sometidos a corrección de ptosis palpebral, de acuerdo con los resultados presentó el 98% un resultado satisfactorio, 2% no satisfactorio por asimetrías.

TABLA 5. Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según el grado, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	24	36%
Moderado	20	30%
Grave	22	33%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: MD. María Vásquez.

Gráfico 5. Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según el grado, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.



Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: MD. María Vásquez.

Interpretación y análisis

De los 66 pacientes consultados, según el grado de afectación, el 36% corresponde al grado leve, el 30% corresponde al nivel moderado y el 33% corresponde al nivel grave.

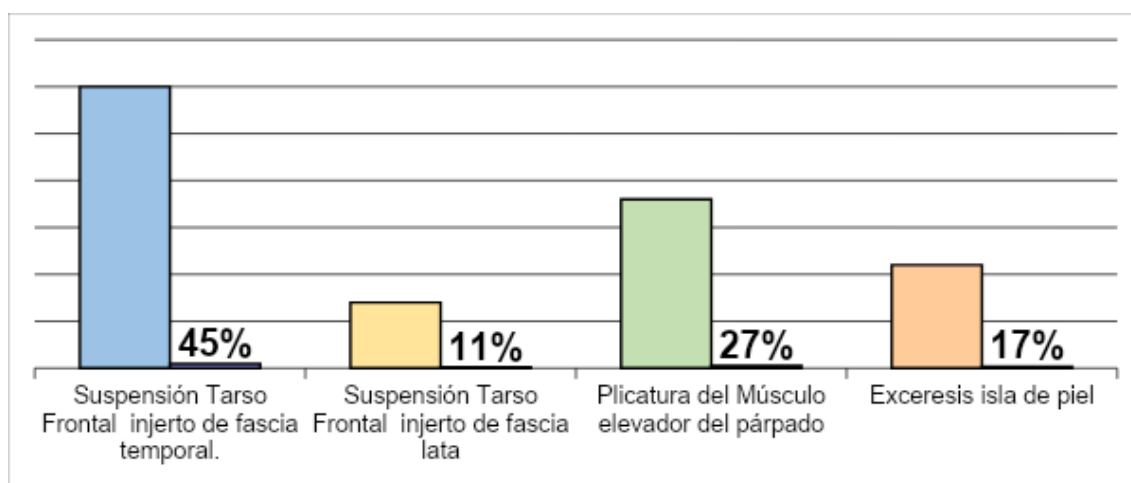
TABLA 6. Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según el procedimiento quirúrgico, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Suspensión Tarso Frontal injerto de fascia temporal.	30	45%
Suspensión Tarso Frontal injerto de fascia lata	7	11%
Plicatura del Músculo elevador del párpado	18	27%
Exéresis de isla de piel	11	17%
TOTAL	66	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. María Vásquez.

Gráfico 6. Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, según el procedimiento quirúrgico, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.



Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. María Vásquez.

Interpretación y análisis

De los 66 pacientes sometidos a cirugía, según el procedimiento quirúrgico, el 45% correspondió a la suspensión tarso frontal, el 27% correspondió a la plicatura del músculo elevador del párpado, el 17% presentó Exéresis isla de piel y el 11% correspondió a la suspensión tarso frontal injerto de fascia lata.

TABLA 7. *Pacientes sometidos a cirugía para corrección de Ptosis Palpebral, sobre el grado de afectación, según el procedimiento quirúrgico, hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. en el periodo del 2017 – 2019.*

Procedimiento quirúrgico	Grado de Ptosis palpebral		
	Leve	Moderado	Grave
Plicatura del Músculo elevador del párpado	0%	75%	0%
Exéresis de isla de piel	75%	25%	0%
Suspensión Tarso Frontal injerto de fascia temporal.	0%	0%	50%
Sin Cirugía	25%	0%	0%
Suspensión Tarso Frontal injerto de fascia lata	0%	0%	50%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. María Vásquez.

Interpretación y análisis

De los 66 pacientes sometidos a cirugía, de acuerdo al grado de afectación, según el procedimiento quirúrgico, el grado leve son sometidos al procedimiento quirúrgico en un 75% con Exéresis isla de la piel, 25% sin cirugía, con respecto al grado moderado, el 75% de las correcciones quirúrgicas se hicieron con plicatura del músculo elevador del párpado y el 25% con Exéresis de piel, y con el grado de ptosis grave el procedimiento quirúrgico aplicado el 50% se realiza con suspensión de tarso frontal injerto fascia temporal y el 50% con fascia lata.

6. DISCUSIÓN

Según la OMS la ptosis palpebral es la caída del borde palpebral superior mayor de 1,5 mm, hacia abajo del limbo esclero-corneal en su zona superior y ligeramente más alto en el sector nasal. Se acompaña de aislamiento del párpado y, en ocasiones, desaparición de su pliegue, que le ocasiona molestias al paciente por sus limitaciones tanto estéticas como funcionales; puede estar presente en el nacimiento (ptosis congénita) o desarrollarse en el curso de la vida (ptosis adquirida). Se puede afectar uno o ambos ojos.

De acuerdo a un estudio de Negrin y Cabrera (8), en su estudio con una población similar de 67 pacientes, a los cuales se les diagnosticó ptosis palpebral: 40 pertenecían al sexo masculino y 27 al femenino. Lo que concuerda con el presente estudio donde se determinó que el 65% correspondió al sexo masculino y el 35% correspondió al sexo femenino, se evidencia que existe una prevalencia de esta patología en niños del sexo masculino.

De acuerdo con la lateralidad, el estudio de Negrin y Cabrera (8), explican que la unilateralidad se presentó en 39 pacientes (58,2%), y en el 32,8 % estaba afectado el ojo izquierdo, mientras que en un estudio de Mesa y Mascaró (6), determinaron que el problema se presentó de forma unilateral en 30 casos, frente a 20 de presentación bilateral. Entre las unilaterales aparecía más afectado el ojo no dominante (habitualmente el izquierdo) en 20 casos, frente a 10 casos de afectación de la dominante (habitualmente el derecho). Encontrando diferencia con el presente estudio debido a que el 42% presentó problemas en el lado derecho, el 39% presentó problemas en el lado izquierdo y el 18% presentó problemas bilaterales.

Conforme al grado de afectación, el estudio de Negrin y Cabrera (8) explica que el 56.3% correspondió al grado moderado, el 34.3% al grado leve y el 9.00% al grado grave, mientras que el autor Mesa y Mascaró expresan que lo que se refiere a los datos exploratorios, consideraron como: ptosis leve, 10 casos; ptosis moderada, 26 casos; ptosis severa, 8 casos, lo que conlleva unas mínimas diferencias con el presente estudio que se obtuvo el 36% corresponde al grado leve, el 30% corresponde al nivel moderado y el 33% corresponde al nivel grave.

7. CONCLUSIONES

En función a los objetivos se establecen las siguientes conclusiones:

- La frecuencia de ptosis palpebral, de grado leve se presenta en edades comprendidas entre los 4 a 7 años, teniendo mayor prevalencia en relación con la lateralidad derecha y con una mayor incidencia en el sexo masculino.
- Los factores que predisponen para esta patología están en relación con la genética y la herencia, motivo por el que 60% de probabilidades de que el niño la presenta existe si uno de los progenitores la padezcan, de tal manera que observaremos como este problema se repite en la descendencia.
- Las técnicas quirúrgicas que se aplican con mayor frecuencia son la blefaroplastia, ya sea en el párpado superior que incluye reparo de ptosis palpebral con Suspensión Tarso Frontal injerto de fascia temporal, Suspensión Tarso Frontal injerto de fascia lata, Plicatura del Músculo elevador del párpado, Exéresis isla de piel.
- El grado de afectación que mayormente se presenta es de tipo leve, por lo que en los casos que se sometieron a procedimientos o intervenciones quirúrgicas fueron con implicación del músculo elevador del párpado y con Exéresis isla de la piel, en relación al grado moderado, se realizó las correcciones quirúrgicas con implicaciones del músculo elevador del párpado y también con Exéresis de piel, y con el grado de ptosis grave la intervención quirúrgica aplicada con suspensión de tarso frontal injerto fascia temporal y con fascia lata.

8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La ptosis palpebral conocida como párpado caído, es un descenso del párpado superior que provoca que éste cubra el ojo más de lo normal. El paciente tiene dificultad para abrir los ojos con normalidad, lo cual suele causar fatiga al final del día y puede dificultar la visión dependiendo del grado de ptosis. Aparte del problema funcional también puede tener repercusión en la parte estética, que en ocasiones problemas en el autoestima de la persona o niño que la padece, después de muchos estudios y aplicación de técnicas quirúrgicas, se ha podido corregir mediante la cirugía plástica reconstructiva, que no solo le ayudado a superar este problema sino que se ha constituido como un conjunto de técnicas aplicadas de acuerdo a la función y severidad de cada caso, ayudando a las personas a que mejoren su funcionalidad y su estética en el rostro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mesa J. Blefaroptosis miogénica congénita: indicaciones de tratamiento y resultados en 50 casos. *Revista Cirugía Pediátrica*. 2008;: p. 214 - 218.
2. Negri Y, Cabrera A. Comportamiento clínico-quirúrgico de la ptosis palpebral en la consulta de Cirugía Plástica Ocular. *Revista Medicentro Electrónica*. 2016.
3. Negrin Y. Comportamiento clínico-quirúrgico de la ptosis palpebral en la consulta de Cirugía Plástica Ocular. *Revista Medicent Electrónica*. 2016.
4. Errea E. Consideraciones neurofisiológicas en ptosis palpebral aponeurótica y sus implicancias quirúrgicas. *Revista Meducatium*. 2016.
5. Galarza C. Paciente con astenia, ptosis palpebral y alza térmica. A propósito de un caso. *Revista Médica*. 2019.
6. Dalva D. Ptosis palpebral. *Revista Sociedad Española de oftamología*. 2020.
7. Burgos V. Ptosis Palpebral Congenita: A Proposito De Un Caso Revision Bibliografía. Valladolid; 2018.
8. Sánchez P. Ptosis palpebral en niños. *Revista Familia y Salud*. 2016.
9. Narberhaus B. Ptosis palpebral unilateral como debut de mieloma múltiple. *Revista El Sevier*. 2016.
10. Barrera O. Tratamiento quirúrgico de la ptosis palpebral congénita. *Revista Multimed*. 2020.
11. Sun J, Su K. Refractive error characteristics in patients with congenital blepharoptosis before and after ptosis repair surgery. *BMC Ophthalmol*. 2016 octubre; 16(1).
12. Karlin J, Rootman D. Brow height asymmetry before and after eyelid ptosis surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2020 febrero; 73(2).
13. Koka K, Bhupendra P. Ptosis Correction: Starpeals; 2020.
14. Díaz J, Luna S. Ocular ptosis: differential diagnosis and treatment. *Curr Opin Neurol*. 2018 octubre; 31(5).
15. PAvone P, Yoon S, Pratico A. Ptosis in childhood: A clinical sign of several disorders: Case series reports and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018 septiembre; 97(36).

16. Miao X, Wang T. A New Surgical Technique Used for Correction of Congenital Blepharoptosis. *Aesthetic Plast Surg.* 2020 junio; 44(3).
17. Saonanon P. External Levator Advancement versus Müller Muscle-Conjunctival Resection for Aponeurotic Blepharoptosis: A Randomized Clinical Trial. *Plast Reconstr Surg.* 2018 febrero; 141(2).
18. Repp D, Rubinstein T. Biomechanics of the Levator Aponeurosis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surgeon.* 2017 julio; 33(4).
19. Yamaguchi H, Tanaka T. Bilateral blepharoptosis in a juvenile. *Brain Dev.* 2017 mayo; 39(5).
20. Pacella E, Mipatrini D. Suspensory Materials for Surgery of Blepharoptosis: A Systematic Review of Observational Studies. *PLoS One.* 2016 septiembre; 11(9).
21. Xiaobo Z, Zhu M. Treatment strategy for severe blepharoptosis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2020 enero; 73(1).
22. Jubbal K, Kania K. Pediatric Blepharoptosis. *Surgeonq.* 2019 febrero.
23. Medel R, Molina S. Frontalis Muscle Flap Versus Maximal Anterior Levator Resection as First Option for Patients With Severe Congenital Ptosis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2018 noviembre; 34(6).
24. Groves H, Christie S. An interesting case of ptosis in an infant. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2015 diciembre; 100(6).
25. Tzu-YU L. Severe Ocular Complications After Blepharoptosis Correction in the Oculopharyngeal Muscular Dystrophy Patient: Literature Review and Case Presentation. *Ann Plast Surg.* 2020 enero; 84(1).
26. Youn G, Byeong J. Clinical and Demographic Characteristics of Blepharoptosis in Korea: A 24-year Experience including 2,328 Patients. *Korean J Ophthalmol.* 2018 agosto; 32(4).
27. Steinsapir K. Pathology Of "Post-Upper Blepharoplasty Syndrome": Implications For Upper Eyelid Reconstruction. *Clin Ophthalmol.* 2019 octubre; 17(13).
28. Sakahara D, Imai K. Long-term functional and aesthetic evaluation of using a single rhomboid-shaped fascial strip for severe congenital unilateral blepharoptosis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018 noviembre; 71(11).

ANEXOS

ANEXO 1.- Figuras

Fig 1 Paciente con postoperatorio de excéresis de Isla de piel



Fig 2 Paciente con postoperatorio de injerto de fascia temporal



Fig 3 y 4 Ptosis palpebral severa y su postoperatorio de injerto de fascia temporal



Fig 5y 6 Paciente con postopertatorio de injerto de fascia t emporal y su ár ea donante



Fig 7 Valoración de grado del músculo elevador del párpado superior bloqueando la acción del músculo frontal



Fig8





DECLARACIÓN Y AUTORÍA

Yo, **María Lorena Vásquez Paredes**, con C.C: # **0922425509** autor del trabajo de titulación: **CARACTERIZACIÓN DE LA DE PTOSIS PALPEBRAL CONGÉNITA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT E. EN EL PERIODO DEL 2017 – 2019**, previo a la obtención del título de **Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 28 de Octubre del **2020**

María Lorena Vásquez Paredes

C.C: 0922425509

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	CARACTERIZACIÓN DE LA DE PTOSIS PALPEBRAL CONGÉNITA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT E. EN EL PERIODO DEL 2017 – 2019.		
AUTOR(ES)	María Lorena Vásquez Paredes		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra Priscila Jaramillo Vera		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de graduados en ciencias de la salud		
CARRERA:	CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA		
TÍTULO OBTENIDO:	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de Octubre del 2020	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía Plástica y reconstructiva.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Ptosis, palpebral, niños, cirugía reconstructiva.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: La blefaroptosis o también llamada Ptosis palpebral, según la OMS afecta a 3 de cada 100 niños en edad pediátrica, puede presentarse de forma leve, moderada a grave. Materiales y Métodos: El presente estudio tiene un nivel de investigación de tipo descriptivo, con un subtipo de investigación que fue observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo mediante el estudio de casos. Resultados: Según los resultados encontrados en la revisión de historias clínicas, la ptosis palpebral, se presenta con mayor relación a los niños del sexo masculino, de igual forma con respecto a la edad, la que más representó se encontró entre los 4 a 7 años y el grado de complicación con el mayor porcentaje fue el grado leve, seguido del grado moderado y por último el grave. Conclusiones: De acuerdo a las historias clínicas consultadas, la ptosis palpebral es un problema que se presenta de forma periódica en los niños más que en las niñas, luego de aplicar una cirugía correctiva se verifica que tiene un grado de satisfacción aceptable y que en su mayoría ha logrado mejorar su aspecto estético y funcional.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996801724	E-mail: vasquez.lorena87@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dra. Priscila Jaramillo Vera		
	Teléfono:+593-980767577		
	E-mail: geraldinne.loor@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			