Bol Med Hosp Infant Mex
Volumen 56-Número 3
Marzo, 1999

Tratamiento quirúrgico del pliegue epicantal congénito y secundario en niños

Antonio Fuente-del Campo, Javier Mestre-Feliu

Departamento de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Hospital "Dr. Manuel Gea González"; Clínica de Cirugía Craneofacial, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Secretaría de Salud, México, D.F., México.

Introducción. ***El tratamiento quirúrgico del pliegue epicantal tiene como finalidad eliminar la redundancia cutánea presente sobre el canto interno del ojo, modificando el aspecto de las facciones del centro de la cara. En el presente trabajo se presenta la aplicación en niños del procedimiento que los autores han descrito para la corrección del pliegue epicantal primario, invertido y secundario.***

Material y métodos. ***Se describe el procedimiento quirúrgico que los autores han desarrollado para su corrección, diferenciando entre el procedimiento que se emplea para el pliegue simple, el asociado a blefarofimosis y el secundario a traumatismo o cirugía. Se trataron 97 pacientes con pliegue epicantal. El seguimiento máximo de los pacientes ha sido de 12 años, durante los cuales se han realizado mediciones antropométricas, pruebas de drenaje lagrimal y controles fotográficos.***

Resultados. ***De los 97 pacientes con pliegue epicantal, 71 tenían pliegue bilateral, 61 eran de origen congénito, 25 postquirúrgico y 15 postraumático. El procedimiento realizado produjo cicatrices mínimas, ubicadas en tal posición que se confundían con las estructuras anatómicas normales. Ninguno de los casos ha presentado recidiva o alteraciones en el drenaje lagrimal.***

Conclusión. ***Los resultados observados pueden calificarse de excelentes. Este procedimiento permite proporcionar al canto interno la forma y dirección que se considere más adecuada de acuerdo a las características étnicas de cada paciente, lo cual no era posible realizar con los procedimientos existentes hasta ahora.*** **Pliegue epicantal; telecanto; blefarofimosis; técnica quirúrgica.**

Introducción

El tratamiento quirúrgico del pliegue epicantal tiene como finalidad eliminar la redundancia cutánea presente sobre el canto interno del ojo, modificando el aspecto de las facciones del centro de la cara. Restablecer la anatomía y el aspecto normal del canto interno y de los párpados tiene gran importancia para muchos pacientes.

El pliegue epicantal es una aparente redundancia de piel, de forma semilunar y de dirección vertical, ubicada sobre la confluencia palpebral interna, a la que cubre parcialmente. En realidad no existe tal redundancia ya que no sobra piel; ésta sólo se encuentra anormalmente distribuida, de tal manera que forma un pliegue en lugar de la depresión natural que debería existir.[1]

Schon en 1828 fue el primero en referirse al pliegue epicantal congénito. Von Ammon[2] en 1841 lo clasificó en palpebral, tarsal y ciliar, dependiendo del sitio de donde éste partía en el párpado superior.

El pliegue epicantal puede acompañarse o no de telecanto (aumento de la distancia entre el canto medial y la inserción de su ligamento en el hueso), o puede existir telecanto sin pliegue epicantal (síndrome de Waardenburg);[3] también está presente en los casos de blefarofimosis como pliegue epicantal invertido, descrito por primera vez por Braun[4] en 1922.[5,6] Su origen puede ser congénito, postraumático o postquirúrgico, como se ve en algunos casos de hiperteleorbitismo (aumento de la distancia interorbitaria) tratados mediante la medialización de

Solicitud de sobretiros: Dr. Antonio Fuentes del Campo, Hospital Angeles del Pedregal, Camino Sta. Teresa No. 1055-239, C.P. 10700, México, D.F., México.
Fecha de recepción: 19-11-1998.
Fecha de aprobación: 14-01-1999.

las órbitas por vía intracraneana. Han sido propuestas diversas técnicas para su corrección: resección de piel glabelar[2] o cercana al canto medial,[7-9] avance en V-Y descrita por Verwey,[10] "Z" plastia simple, "Z" plastias modificadas[11] y "Z" plastias múltiples.[12-16]

El tratamiento quirúrgico del pliegue epicantal debe eliminar el pliegue restableciendo la anatomía y el aspecto normal del canto interno con la menor cicatriz posible.

En el presente trabajo se presenta la aplicación en niños del procedimiento que los autores han descrito para la corrección quirúrgica del pliegue epicantal primario, invertido y secundario.[17]

Material y métodos

Se han tratado un total de 97 pacientes con pliegue epicantal: 71 bilaterales y 26 unilaterales; 61 eran de origen congénito, 25 postquirúrgicos y 15 postraumáticos.

El seguimiento máximo de los pacientes ha sido de 12 años, durante los cuales se han realizado periodicamente mediciones antropométricas, pruebas de drenaje lagrimal y controles fotográficos.

Técnica quirúrgica

El procedimiento consiste en la transposición de un colgajo tomado de la superficie posterior del pliegue epicantal, cuya base se encuentra en el canto medial. El primer trazo se hace en el borde del pliegue epicantal (Fig. 1a). Deslizando la piel del dorso nasal hacia la línea media, se plancha el pliegue epicantal y sin soltarla se hace un segundo trazo curvo de concavidad inferior, que se extiende desde el extremo inferior del trazo inicial (punto A) hasta el borde palpebral inferior, dos milímetros por debajo del *puntum lacrimal* (Fig. 1b).

El tercer trazo, prácticamente horizontal, parte del primero a la altura del canto medial y se dirige hacia la línea media hasta un punto (A'), que corresponde aproximadamente al sitio donde se desea ubicar el canto. Este trazo puede ser recto o curvo, horizontal o inclinado, de tal manera que permita dar al canto medial un aspecto que armonice con las características étnicas de cada paciente. Esto es particularmente importante en las correcciones unilaterales para obtener simetría. Se hacen las incisiones delimitando el colgajo y se levanta mediante disección roma para evitar lesionar las vías lacrimales. Su base debe ser más gruesa para asegurar su viabilidad. Una vez levantado el colgajo se puede observar el ligamento cantal interno (cuando existe), así como su inserción y la cresta lacrimal anterior. Un punto que fije la superficie cruenta del colgajo en su porción media al periostio, asegura su posición y evita que la piel quede tensa a manera de "cuerda de arco", sobre la concavidad nasolacrimal. Por último, se deja caer el colgajo sin tensarlo sobre la concavidad natural de la vertiente nasal llevando el punto A al punto A', de tal manera que ascienda hacia la nariz de atrás hacia adelante. Se sutura el resto de las heridas con seda 6-0 (Fig. 2 a y b)

Los casos de blefarofimosis generalmente presentan

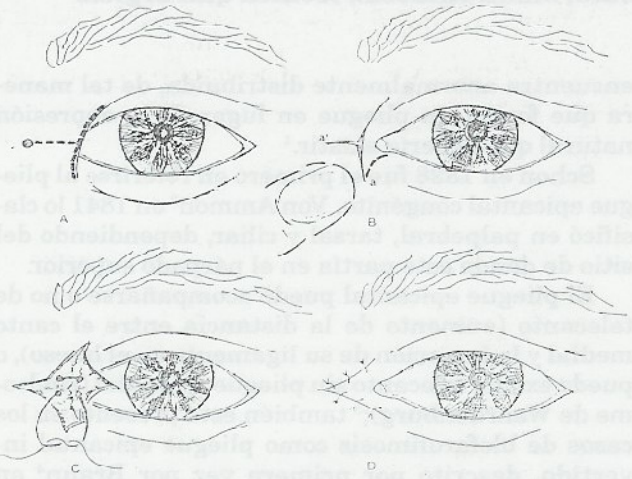


Figura 1. Corrección quirúrgica del pliegue epicantal: a) El primer trazo es en el borde del pliegue. b) El segundo trazo se completa fraccionando la piel hacia la nariz y se dirige hacia el límite inferior del canto interno. c) Levantamiento del colgajo triangular y sutura de adhesión a la pirámide nasal. d) Aspecto final del colgajo suturado.

Figura 2. a) Niño de 9 años de edad con pliegue epicantal primario bilateral. b) Aspecto del paciente 18 meses después de la corrección quirúrgica del pliegue epicantal.

pliegue epicantal invertido. En estos casos el colgajo triangular se traza de abajo hacia arriba. Frecuentemente el ligamento se encuentra elongado, por lo que es necesario acortarlo con un punto de sutura (Vicryl 4-0) (Figs. 3 y 4 a y b).

En los casos de telecanto postraumático, frecuentemente no existe un ligamento cantal adecuado por lo que

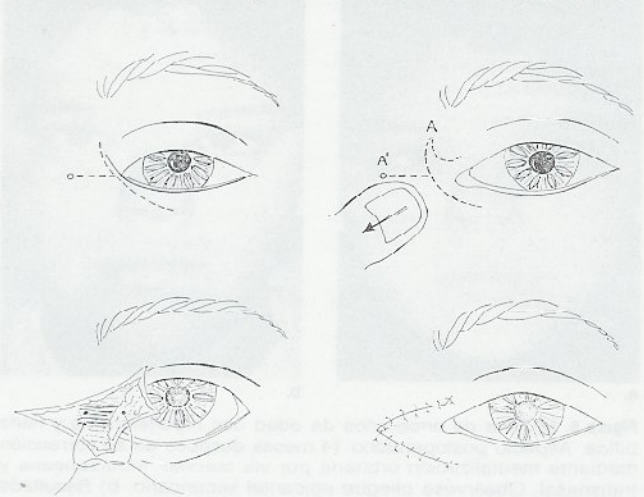


Figura 3. Procedimiento para la corrección del pliegue epicantal invertido.

Figura 4. a) Niño de cinco años de edad con blefarofimosis. b) Aspecto del paciente un año después de haberle realizado bilateralmente: acortamiento del elevador, cantoplastia lateral y corrección del pliegue epicantal invertido.

es necesario crear uno a expensas del tejido fibroso de la misma zona y anclarlo a las estructuras óseas mediante una cantopexia transnasal convencional. Este anclaje debe hacerse llevando el ligamento cantal interno hacia la línea media, tan atrás como sea posible, para obtener una hendidura palpebral curva de convexidad anterior más natural.

Cuando el problema es unilateral es necesario hacer una pequeña incisión (1 cm) en la vecindad del canto contralateral que permita anclar el ligamento del lado afectado al ligamento del lado opuesto.

Resultados

Los resultados observados con este procedimiento pueden calificarse de excelentes. Los pacientes han sido vigilados postoperatoriamente durante largos períodos, siendo el máximo seguimiento de 12 años. El procedimiento descrito produce cicatrices mínimas, ubicadas en tal posición que se confunden con las estructuras anatómicas normales. En algunos casos se han observado cicatrices discretamente hipertróficas durante el primer mes, pero posteriormente desaparecieron. Ninguno de los casos ha presentado recidiva del pliegue epicantal o alteraciones en el drenaje lacrimal.

Discusión

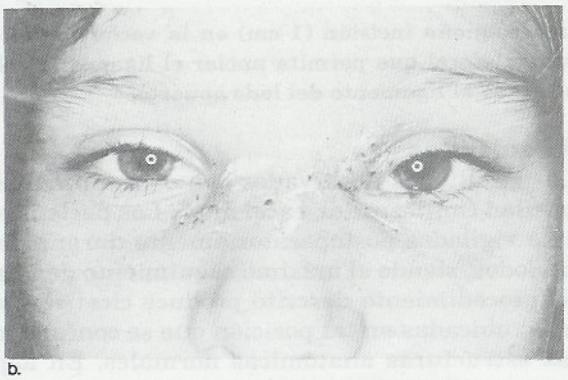
El procedimiento descrito es aplicable para la corrección del pliegue epicantal sin importar su etiología.

Anteriormente se realizaba la corrección del pliegue epicantal descrita por Mustardé[14] por considerarla eficiente y anatómica; sin embargo, se ha podido comparar las cicatrices producidas por este procedimiento y el descrito en este articulo, resultando estas últimas menos perceptibles y más anatómicas.

En algunos casos de telecanto la reubicación del ligamento hacia la línea media produce redundancia de piel sobre el canto interno, semejante a un pliegue epicantal que debe ser manejado como pliegue epicantal secundario. En estos casos se realiza el abordaje para la cantopexia trazando de entrada el colgajo triangular. Estas incisiones ofrecen amplia vista del área para realizar la cantopexia y permiten reubicar la piel evitando la formación de un pliegue epicantal secundario (Fig. 5 a y b).

Este procedimiento permite proporcionar al can-

a.



b.

Figura 5. a) Niña de 12 años de edad, con telecanto postraumático izquierdo. b) Aspecto de la paciente después de realizarle cantopexia izquierda mediante el procedimiento descrito en el texto.

to interno la forma y dirección que se considere más adecuada, de acuerdo con las características étnicas de cada paciente, lo cual no era posible realizar con los procedimientos existentes hasta ahora.

Esto es particularmente importante en los casos de corrección unilateral, para poder obtener un resultado simétrico. No deja cicatrices cruzando el canto medial, por lo que no hay recidivas cicatriciales.

Es un procedimiento simple, fácil de realizar, que no requiere de un planteamiento complejo ni de mucha experiencia (Fig. 6 a y b)

a. b.

Figura 6. a) Niña de once años de edad con hipertelorismo y nariz bífida. Aspecto postoperatorio 14 meses después de su corrección mediante medialización orbitaria por vía coronal- intracraneana y transnasal. Obsérvese pliegue epicantal secundario. b) Resultado de la corrección del pliegue en un segundo tiempo quirúrgico.

SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL AND SECONDARY EPICANTHAL FOLDS

Introduction. ***The aim of surgical treatment of epicanthal folds is to eliminate redundant skin from the internal canthus and to modify the aspect of face. In this work we present results of a new surgical procedure developed by the authors to treat primary inverted and secondary epicanthal folds.***

Material and methods. ***The new surgical procedure is described, as well as the different surgical approaches to simple epicanthal folds,epicanthus associated to blepharophimosis, and those related to trauma or previous surgery. Antropometric measurements, lachrymal drainage, and photographic controls, were evaluated in 97 patients seen in a 12 years period.***

Results. ***From 97 patients studied, 71 had bilateral epicanthal folds, 61 congenital, 25 post-surgical, and 15 post-traumatic. Minimal scars masked by the normal cutaneous marks, and normal lachrymal drainage were observed; recurrence of folds were not found in any case.***

Conclusions. ***The procedure described allows us to correct the internal canthus with a proper form and direction, and according to the face characteristics of each patient.*** **Congenital defects; epicanthus; surgical correction.**

Referencias

1. Taylor WOC, Cameron JH. Epicanthus and the inter canthal distance. Trans Ophthalmol Soc (UK) 1963; 83:371.
2. Von Ammon FA. Klinishe dartellungen der angoborenen: Krankheiten und Bildungsfehler des Menschlichen der auges und der augenlider. Berlin: G Reimer; 1841.p. 6.
3. Waadenburg PJ, Franceschetti A. Genetics and ophthalmology. Springfield, III: Charles C. Thomas; 1961. p. 236.
4. Braun C. Eine besondere form des Epikanthus mit kongenitaler Ptosis. Klin Monatsbl Augenheilkd 1992; 68: 110.
5. Edmund J. Blepharophimosis congenita. Acta Genet Statist Med 1957; 7:279.
6. Hughes WL. Surgical treatment of congenital phimosis: the Y-V operation. Arch Ophthalmol 1955; 54: 586.
7. Callahan A. Reconstructive surgery of the eyelids and ocular adnexa. Birmingham: Aesculapius; 1966.p. 359.
8. Berger E, Loewy R. Nouveau procéde opératoire pur l'epicanthus. Arch Ophthalmol 1898; 18:453.

9. Wicherkiewichz VB. Unc Nouvelle Operation de L'epicanthus. Congres Internat. d'Ophth. d'Utrech, Comptes Rndus; 1899. p. 583.
10. Verwey A. Over hat maskergelast en zijn behandeling. Nederl Tijdcher J Geneesk 1909; 1: 1596.
11. Rogman M. Nouveau procedé opératoire pour corriger l'epicanthus. Ann Ocul 1904; 131: 464.
12. Blair VP, Brown JB, Hamm WG. Surgery of the inner canthus and related structures. Am J Ophthalmol 1932; 15: 498.
13. Spaeth EB. Further consideration of the surgical correction of blepharophimosis and epicanthus. Am J Ophthalmol 1956; 41: 61.
14. Mustardé JC. The treatment of ptosis and ephicanthal folds. Br J Plast Surg 1960; 12: 252.
15. Mulliken JB, Hoopes JE. W-Epicanthoplasty. Plast Reconstr Surg 1975; 55:435.
16. Tessier P. L'epicanthus congenital simple ou indiopathique, le blepharophimosis. En: Chirurgie plastique orbito-palpebral. Paris: Masson; 1977. p. 369-81.
17. Fuente-del Campo A. Surgical treatment of the epicanthal fold. Plast Reconstr Surg 1984; 73: 566.

México, D.F., febrero 12 de 1999

Estimado Compañero y Amigo:

Las pasadas jornadas de Puebla, fueron todo un éxito y otra vez pusieron en manifiesto que cuando los egresados del Hospital Infantil de México nos proponemos algo, lo logramos, gracias al esfuerzo de todos. !! La gran familia del Hospital Infantil de México!!

Nuevamente queremos invitarte a que participes con el mismo entusiasmo en las XLV Jornadas Médicas y las XVI de Estomatología. que se llevarán a cabo del 17 al 20 de noviembre de 1999, en la ciudad de Tampico, Tams.

Haremos nuestro máximo esfuerzo para que el programa académico y social sea de la más alta calidad, e incluiremos las sugerencias e inquietudes de todos.

La transición epidemiológica de la patología pediátrica y los avances tecnológicos nos obligan a estar actualizados de cara al nuevo milenio, por lo que invitaremos a profesores nacionales y extranjeros de reconocido prestigio para cumplir con este objetivo.

El Comité de Damas contagiado por la respuesta de los participantes en las pasadas jornadas, ha planeado un programa muy atractivo de actividades sociales y de convivencia que te permitirá disfrutar del evento.

En el Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Cemesatel y a través de comunicaciones personales encontrarás la información correspondiente a nuestras Jornadas. !Prepárate con tiempo y acompáñanos!

!!Ponte la camiseta del Hospital Infantil de México y se parte activa de tu asociación!!

Atentamente.
Mesa Directiva y comité local
!!NOS VEMOS EN TAMPICO!!