

Ritidectomía (estiramiento facial): corrección de los pliegues cutáneos en el Cocker Spaniel

La combinación de esta técnica con las habituales de plastias palpebrales permite corregir el exceso de piel, la caída del párpado superior y el ectropión del párpado inferior en razas de abundantes pliegues cutáneos frontales.

Carlos Centelles Brull
Pedro C. Sousa
Andreu Riera Tort
Servicio Oftalmología Hospital
Veterinari Molins
Imágenes cedidas por los autores

El aspecto y la posición de los párpados está determinado por múltiples factores: longitud de la fisura parpebral, conformación de la cabeza, anatomía de la órbita, tensión del canto lateral y cantidad de piel alrededor de los ojos.

Las anomalías en la conformación de los párpados conducen a una irritación ocular (figura 1), que se manifiesta con blefaroespasmos, vascularización/pigmentación corneal y, en función de la gravedad, incluso úlceras corneales y perforación ocular.

En el Cocker Spaniel, la pérdida de tono cutáneo que aparece principalmente en animales seniles, la excesiva cantidad de pliegue cutáneo frontal y las orejas grandes y péndulas, producen un desplazamiento anterior del párpado superior que causa un entropión y un desplazamiento ventral de la comisura palpebral que determina la aparición conjunta de un ectropión.

Presentamos tres casos clínicos, todos ellos pertenecientes a animales de raza Cocker Spaniel, en los que se optó por un estiramiento facial (ritidectomía) para la re-



Figura 1. Vascularización corneal secundaria a la irritación corneal.



Figura 2. Imagen del paciente del caso 1 a las 5 semanas de la cirugía.



Figura 3. Aspecto que presentaba el paciente del caso 2 en una primera evaluación.



Figura 4. Detalle de la dermatitis periocular en el ojo izquierdo (caso 2). Presentaba alteraciones similares en el ojo derecho.

solución de los pliegues frontales, como complemento a la cirugía de entropión superior y ectropión inferior.

Caso nº 1

Cocker macho de 14 años de edad. Presenta lesiones ulcerativas periódicas secundarias a una queratoconjuntivitis seca que se agrava por la presencia de entropión superior con ptosis parpebral y ectropión de párpado inferior. Debido a la avanzada edad del animal, se elige como primera opción un tratamiento médico con sustitutos de lágrimas y antibiótico tópico. Al corregirse las lesiones ulcerativas y reducirse el blefaroespasmos, el animal mejora pero recidiva de nuevo al poco tiempo de suprimir el tratamiento. Después de varios periodos de tratamiento médico sin una buena respuesta, recomendamos cirugía correctiva para mejorar su calidad de vida. Realizamos una ritidectomía y una cantoplastia lateral en cuña del párpado inferior para disminuir su longitud. En este caso no es necesario realizar una corrección de Hotz-Celsus del párpado superior (figura 2).

Caso nº 2

Cocker hembra de 9 años de edad (figura 3). Presenta dermatitis húmeda periocular importante secundaria a una epífora bilateral crónica de un año de antigüedad. Se acompaña de irritación conjuntival y ligero edema corneal debido al deficiente reparto de la lágrima y mala funcionalidad del cierre palpebral (figura 4).

Realizamos un estiramiento facial, acompañado de una técnica de Hotz-Celsus para el párpado superior y una cantoplastia lateral en cuña para disminuir la excesiva longitud del párpado inferior (figura 5).

Caso nº 3

Cocker hembra de 11 años de edad (figura 6). El propietario ha apreciado una pérdida de visión en los últimos meses y

en el paseo diario el animal se muestra tímido en ocasiones. A este paciente se le diagnosticó una queratoconjuntivitis seca cinco años atrás con buena respuesta a la aplicación tópica de ciclosporina A.

A la exploración se evidencia un blefaroespasmos importante, secundario a la irritación ocular y un prolapso del tercer párpado; todo ello conduce a un recubrimiento del globo ocular y obstrucción de la visión (figura 7).

No se observan úlceras corneales pero sí pigmentación y vascularización corneal secundarias a irritación crónica.

Realizamos una ritidectomía, técnica de Hotz-Celsus para el párpado superior y cantoplastia lateral para la corrección del ectropión inferior (figura 8).

En el caso 1 no fue necesario realizar una corrección de Hotz-Celsus del párpado superior.

Técnica quirúrgica

Realizamos una premedicación anestésica combinada de metadona (0,3 mgr/kg IM) y dexmedetomidina (3 microgr./kg imp.) seguida de una inducción con diazepam (0,5 mgr/kg IV) y propofol a efecto. El mantenimiento anestésico se hizo con isoflurano en oxígeno al 100% (1,5 l/min) y ventilación positiva intermitente. En la inducción administramos un antibiótico de amplio espectro (cefalexina 20 mg/kg).

La cantidad de piel a reseccionar se determinó mediante un pellizcamiento de la cresta occipital y tirando dorsalmente de la piel hasta que obtenemos la posición anatómica deseada. Realizamos esta maniobra con el animal despierto (figura 9) y bajo anestesia general (figura 10). Previamente instilamos un colirio anestésico para suprimir el entropión espástico secundario al blefaroespasmos.

Rasuramos la zona que se va a intervenir y preparamos de forma aséptica el campo quirúrgico con una solución de povidona yodada al 5% para la piel y lavados conjuntivales de povidona yodada al 0,5%.

Corrección del pliegue frontal

Realizamos dos incisiones elípticas y perpendiculares al eje longitudinal de la cabeza para delimitar la zona de piel que vamos a reseccionar y que hemos evaluado anteriormente con el animal bajo anestesia. La incisión frontal se realiza aproximadamente a 1 cm-1,5 cm por detrás del borde del anillo orbitario, y la incisión caudal suele realizarse dorsalmente a la cresta occipital. Ambas líneas se unen por delante de la base del pabellón auditivo (figura 11).

El defecto creado se cierra de forma convencional mediante un patrón de puntos interrumpidos (figura 12) con sutura monofilamento absorbible de tal manera que elevamos y tensamos el pliegue frontal. En nuestro caso, decidimos fijar dos puntos en profundidad y anclarlos al periostio del borde orbitario, tal como se muestra en la ilustración, con sutura monofilamento no absorbible. ▶

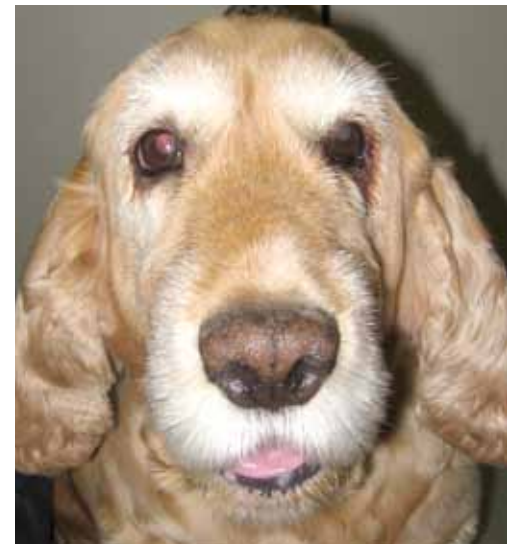


Figura 5. Imagen del animal a los 2 meses de la intervención (caso 2).



Figura 6. Al paciente del caso 3 se le diagnosticó una queratoconjuntivitis seca cinco años atrás con buena respuesta a la aplicación tópica de ciclosporina A.



Figura 7. Obstrucción de la visión secundaria a las alteraciones palpebrales (caso 3).



Figura 8. Aspecto que presentaba el animal a los 45 días de la cirugía (caso 3).



Figura 9. Pellizcamiento cutáneo con el animal despierto para una primera evaluación prequirúrgica.



Figura 10. Evaluación quirúrgica de la cantidad de piel que debemos resecar.



Figura 11. Imagen intraoperatoria.

► Una vez aproximados los márgenes de la incisión, finalizamos con un patrón continuo subcuticular.

Corrección del entropión

Aplicamos la técnica de Hotz-Celsus. Realizamos una incisión paralela a unos 2-3 mm del margen palpebral de la zona invertida y, a continuación, una segunda incisión a unos 3-7 mm de la primera en forma de media luna en función de la gravedad del entropión. El defecto se corrige mediante puntos interrumpidos con sutura monofilamento absorbible, en nuestro caso de 6/0.

Corrección del ectropión

Evaluamos previamente la longitud de párpado a resecar. A continuación, realizamos una incisión perpendicular, a 2-3 mm del canto lateral y de una longitud aproximada de 1-1,5 cm. Continuamos con una segunda incisión medial a la primera, de manera que obtenemos un triángulo donde la base delimita la longitud de párpado que se resecará.

Se realiza una escisión de espesor completo del triángulo de piel marcado. Corregimos el defecto creado por aposición en dos planos de los márgenes cutáneos y nudo en 8 para la aposición correcta del margen palpebral con sutura monofilamento absorbible (poliglecaprona Aragón de 6/0).

Manejo posquirúrgico

Consideramos que es una cirugía agresiva y preferimos mantener a los pacientes hospitalizados durante 24 horas con tratamiento analgésico mediante infusión continua de morfina (0,1 mg/kg/h) y ketamina (0,2 mg/kg/h) con bolo de carga previo y tratamiento antiinflamatorio con robenacoxib (2 mgr/kg) dosis única al final de la cirugía. Se mantiene el tratamiento con antibiótico y antiinflamatorio sistémico y por vía tópica con lágrimas artificiales; el propietario continúa durante 10 días siguientes a la cirugía. A todos los animales se les coloca un collar isabelino para evitar autotraumatismos.

Discusión

El ligamento del canto medial del párpado está unido al periostio y a las fascias subcutáneas, pero el ligamento del canto lateral está poco desarrollado en el perro y su función la suplementa el músculo retractor del ángulo ocular que se inserta en la fascia temporal. Este músculo ayuda a tensar la comisura lateral, pero no es suficiente para estabilizar el canto lateral. Este hecho, junto con la excesiva longitud del párpado inferior, el exceso de piel frontal y orejas grandes y péndulas características de estas razas, predisponen a una debilidad del músculo retractor ocular y a una inestabilidad del canto lateral, desplazando ventralmente la comisura palpebral. Como resultado, observamos córneas parcialmente cubiertas por el párpado superior, inversión del párpado, triquiiasis, enoftalmia secundaria al blefaroespasmio, elevada exposición del saco conjuntival inferior, reparto irregular de la lágrima por cierre palpebral insuficiente y epífora.

Las técnicas habituales de plastias palpebrales, muy efectivas en casos no complicados, se muestran insuficientes cuando nos encontramos con razas de abundantes pliegues cutáneos frontales, por lo que es necesario combinarlas con técnicas más agresivas para corregir el exceso de piel, la caída del párpado superior y el ectropión del párpado inferior.

Están descritas diversas técnicas quirúrgicas para la corrección de entropión-ectropión y caída de piel frontal en el perro, ritidectomía estrellada en el Shar Pei, ritidectomía medial en el Cocker Spaniel, ritidectomía coronal en Bloodhound, suspensión del pliegue frontal en Shar Pei y Chow Chow, etc.

Los pacientes descritos mostraban un exceso de piel frontal y, en nuestro caso, elegimos como primera opción la ritidectomía coronal, debido a que eliminamos una porción importante de piel frontal y conseguimos una correcta posición anatómica del párpado superior. El hecho de anclar dos o tres puntos al periostio, de forma similar que cuando realizamos una suspensión del pliegue, nos aporta un soporte o "barrera" que impide un desplazamiento anterior de la piel frontal, por lo que optimizamos el resultado.

Las complicaciones descritas en la bibliografía consultada incluyen hematoma, infección de la herida, corrección excesiva, cicatriz excesiva y daño neurológico. En nuestro caso sí que observamos una escara excesiva en el proceso de cicatrización, que va desapareciendo durante el proceso de curación y una disminución del parpadeo en los primeros días que también se corrige sin complicaciones; creemos que es secundaria al proceso inflamatorio.

La aceptación y valoración por el propietario en los controles realizados en los casos 1 y 2 es muy buena. El animal perteneciente al caso 3 se eutanasió a petición del propietario a los 4 meses de realizar la cirugía debido a un osteosarcoma en la extremidad anterior, pero la evolución que presentaba era la esperada.

Creemos que no podemos realizar valoraciones significativas dado el escaso número de casos presentados, pero sí es una técnica útil cuando existe un exceso de piel frontal, donde una suspensión del pliegue puede no ser suficiente. □

Bibliografía disponible en www.argos.grupoasis.com/bibliografias/Ritidectomia142.doc

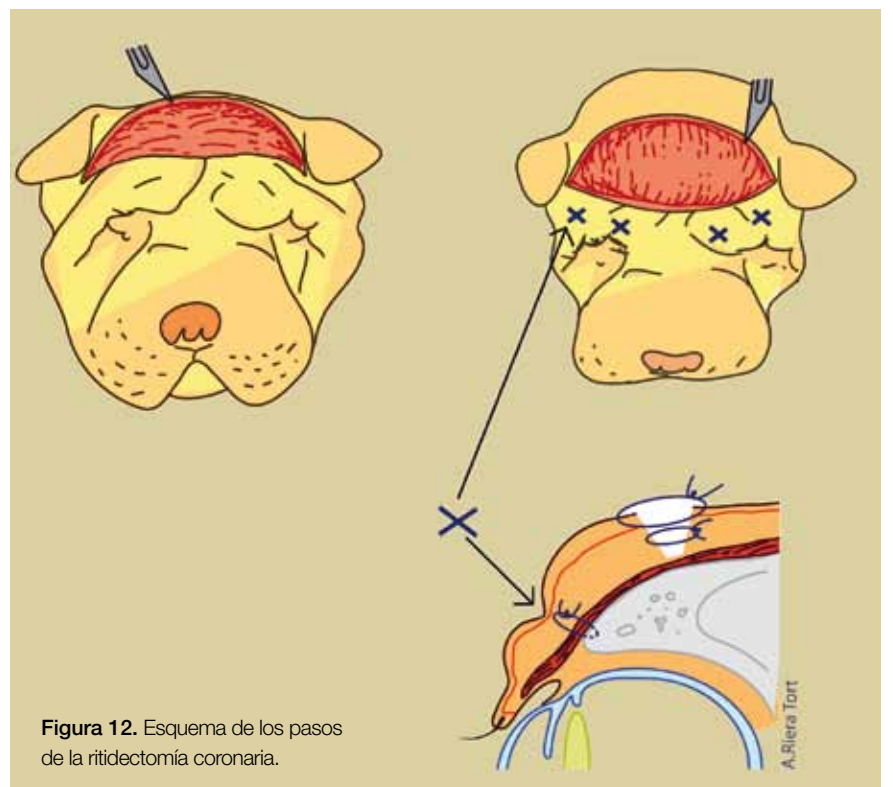


Figura 12. Esquema de los pasos de la ritidectomía coronaria.