

Blefaroplastia biplanar de párpado inferior. Técnica Lima

Double-plane lower eyelid blepharoplasty. Lima technique



Cahuana Salinas E.R.

Edgar Rafael CAHUANA SALINAS*, Leónidas Artemio CÁCERES CANALES**

Resumen

Abstract

Introducción y objetivo. Cuando la cirugía de rejuvenecimiento de párpado inferior implica resección significativa de piel, el riesgo de ocasionar exposición escleral (*scleral show*) como secuela es alto, razón por la que la mayoría de autores recomiendan ser muy prudentes en las escisiones de piel.

En nuestra opinión, no hay una técnica mayoritariamente aceptada para los casos en los que es necesaria una resección cutánea amplia, motivo por el que proponemos la Técnica Lima.

Material y métodos. La Técnica Lima, tras revisar la fisiopatología de la exposición escleral, propone como punto principal del nuevo diseño preservar el paralelismo de los fascículos musculares del párpado inferior al reseccionar el colgajo miocutáneo.

Resultados. En nuestra revisión de 285 pacientes, la técnica propuesta permitió resección de piel de párpado inferior de entre 8 a 12 mm, sin riesgo de exposición escleral.

Conclusiones. El diseño de la Técnica Lima permite mayor seguridad en la resección amplia de piel de párpado inferior en la cirugía de rejuvenecimiento palpebral.

Background and objective. When performing lower eyelid rejuvenation surgery that involves significant skin resection, the risk of causing scleral show as a consequence is high; so, most authors recommend being overly cautious in skin excision.

In our opinion, there is no widely accepted technique for wide skin resections, and for this reason, we propose the Lima Technique to solve this problem.

Methods. The Lima Technique, after having reviewed the pathophysiology of the scleral show, proposes as the main condition of the new design, the preservation of the parallelism of the muscular fascicles of the lower eyelid when resecting the myocutaneous flap.

Results. In our revision of 285 patients, the proposed technique allowed lower eyelid skin resection between 8 to 12 mm, without the risk of causing a scleral show.

Conclusions. The new design of the Lima Technique gave us total safety when performing wide resections of lower eyelid skin in eyelid rejuvenation.

Palabras clave Blefaroplastia, Párpado inferior, Colgajo miocutáneo palpebral.

Nivel de evidencia científica 4c Terapéutico

Aceptado 28 mayo / 2021

Key words Blepharoplasty, Lower eye lid, Myocutaneous eyelid flap.

Level of evidence 4c Therapeutic

Accepted May 28 / 2021

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Cirujano Plástico y Médico Internista.

** Cirujano Plástico y Cirujano General.
Práctica privada. Lima, Perú.

Introducción

La cirugía de rejuvenecimiento de párpado inferior se basa en dos pilares: la resección de tejido adiposo intraorbitario,⁽¹⁾ con el objeto de eliminar las bolsas palpebrales, y la escisión de piel con el objeto de eliminar las arrugas. Cuando en un párpado envejecido no se elimina suficiente piel la apariencia de rejuvenecimiento no va a ser muy satisfactoria, pero si por el contrario, la resección del colgajo miocutáneo es significativa, el riesgo de provocar una retracción palpebral es grande, y peor aún, se puede llegar a provocar la indeseable exposición escleral (*scleral show*); es por este motivo que muchos autores ponen énfasis en recomendar resecciones conservadoras de piel⁽²⁾ o prefieren otras técnicas, como la transconjuntival, descrita por Bourget en 1928.⁽³⁾ En la actualidad, existe una abrumadora tendencia a mantener indemne el músculo orbicular, a pesar de que Castañares, en 1950, remarcó la importancia de la resección del orbicular en la blefaroplastia como contribución para lograr mejores resultados estéticos.⁽⁴⁾

El estudio de la fisiopatología de la exposición escleral nos ha llevado a concluir que la causa preponderante de su producción es lo que describimos como efecto paradójico del párpado inferior. El entendimiento cabal de este fenómeno nos ha permitido diseñar la Técnica Lima, que al eliminar este factor, logra eliminar el riesgo de producir retracción palpebral y exposición escleral.

Efecto paradójico del párpado inferior. Fisiopatología de la exposición escleral

El músculo orbicular está constituido por dos segmentos, uno palpebral y otro orbitario. En esencia, los

fascículos musculares del párpado inferior y sobre todo los del segmento palpebral, tienen una dirección horizontal y paralela al borde palpebral (Fig. 1) cuyos extremos se insertan en estructuras fijas, en un ligamento en el extremo medial y en un rafe en el extremo externo,⁽⁵⁾ de manera que el acortamiento del músculo producido por su contracción ocasionará la subida del borde palpebral (Fig. 2).

Cuando se diseña en la piel del párpado inferior la línea de incisión para la resección de la piel estimada como sobrante en una cirugía de rejuvenecimiento palpebral, esta resulta ser una línea quebrada que pasa por los puntos ACB (Fig. 3). Si esta incisión compromete todo el espesor del colgajo miocutáneo, se producirá un biselado de los fascículos musculares del párpado inferior (Fig. 4), de manera que los fascículos biselados serán más cortos cuanto más próximos estén al borde palpebral y sus extremos externos no alcanzarán a la estructura fija del ligamento externo; por lo tanto, en el momento del cierre de la herida operatoria subciliar, estos extremos externos cicatrizarán a lo largo del borde palpebral, con lo cual se pierde el paralelismo fisiológico de los fascículos musculares (Fig. 5). Es fácil deducir que la cicatrización de los extremos de los fascículos musculares biselados a lo largo del borde palpebral, que no es una estructura fija sino elástica, crea un factor dinámico anormal en el momento de contraer el músculo palpebral; estos son vectores dinámicos anómalos de dirección predominantemente inferior (Fig. 6).

Este axioma explica el que denominamos efecto paradójico del párpado inferior que se resume como el descenso de la parte externa del párpado inferior en el momento de contraer el músculo orbicular.

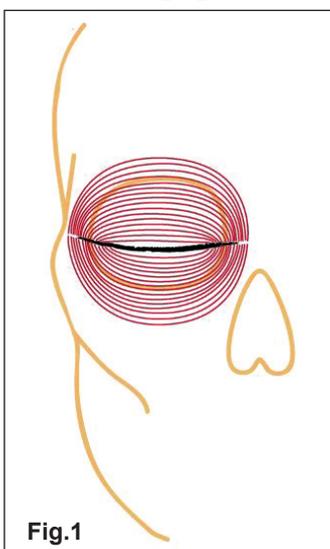


Fig. 1. Esquema del músculo orbitario mostrando el paralelismo de los fascículos con el borde palpebral.

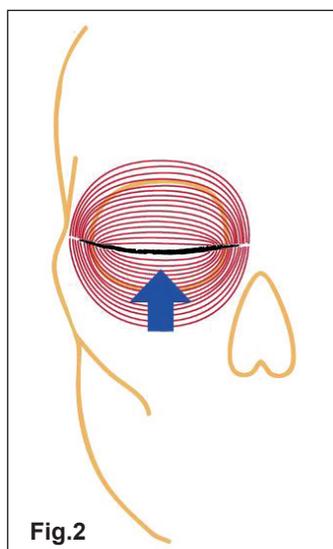


Fig. 2. La flecha indica el efecto que produce la contracción del músculo palpebral inferior, sube el párpado inferior.

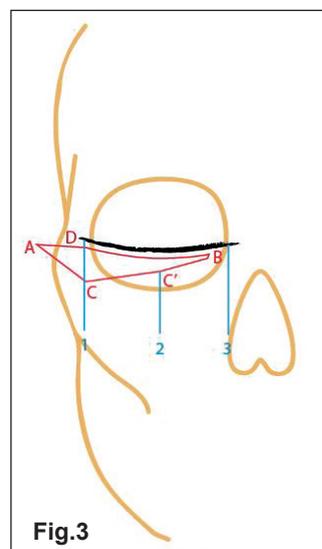


Fig. 3. ADB es la línea de incisión subciliar. ACC'B es la línea que delimita la piel a extirpar.

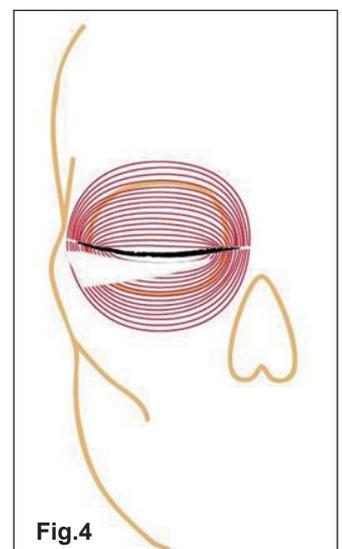


Fig. 4. Esquema que muestra el músculo palpebral inferior biselado como resultado de resear por la línea ACC'B que incluye simultáneamente piel y músculo.

Una vez entendida la forma en que el biselado del músculo palpebral inferior determina el fenómeno de exposición escleral, proponemos una técnica quirúrgica cuya esencia está en preservar el paralelismo de los fascículos musculares cuando se lleva a cabo una resección del colgajo miocutáneo palpebral en la blefaroplastia inferior de rejuvenecimiento, realizando la resección muscular a una altura diferente a la de la piel, siguiendo la línea AMC'B (Fig. 7).

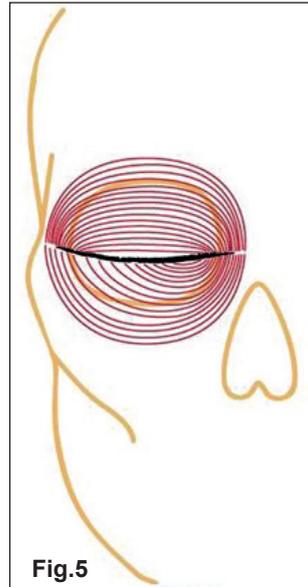


Fig. 5. Fascículos musculares biselados cuyos extremos más cortos son forzados a cicatrizar a lo largo del reborde palpebral, desapareciendo el paralelismo fisiológico.

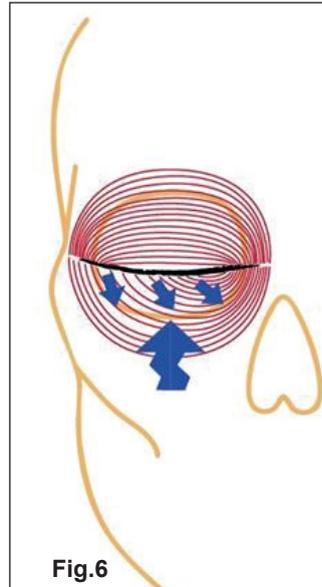


Fig. 6. Confrontación de fuerzas del músculo palpebral indemne (ascendente) y fuerzas anómalas del músculo palpebral biselado (descendente).

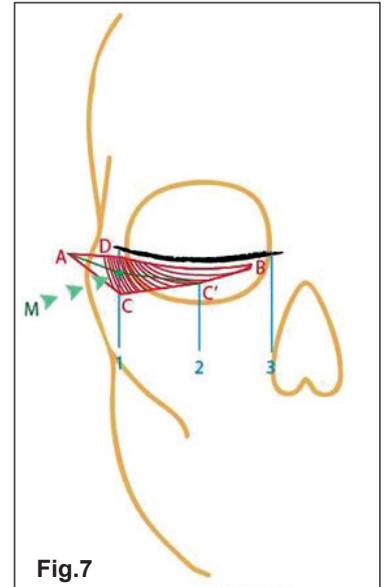


Fig. 7. AMC' es la línea de corte en el plano muscular. C'B es la línea de corte en bloque tanto de piel como de músculo.

Material y método

Presentamos un estudio prospectivo sobre 285 pacientes de nuestra práctica privada en el período comprendido entre julio de 2016 y julio de 2019, sometidos a cirugía de rejuvenecimiento palpebral inferior mediante Técnica Lima.

Todos los procedimientos fueron ambulatorios, bajo anestesia local, empleando 20 ml. de xilocaína al 2%, 20 ml. de suero fisiológico y 1 ml. de epinefrina al 1/100.

Técnica quirúrgica: Técnica Lima

Con el paciente sometido a sedoanalgesia, aplicamos la solución anestésica local en la zona operatoria, más precisamente en las líneas de incisión y en el plano submuscular.

La incisión es subciliar entre los puntos marcados como ADB (Fig. 3), y a través de ella llevamos a cabo un despegamiento del colgajo miocutáneo preservando el séptum orbitario; realizamos exéresis de la grasa intraorbitaria con las técnicas habituales.

Los pasos a continuación, son el motivo de nuestro trabajo.

En la piel del colgajo miocutáneo señalamos la línea ACB que va a limitar la piel a extirpar. Para ello, lo primero es ubicar el punto C en el meridiano 1, cogiendo con una pinza micro de Adson la piel en el punto D, traccionando discretamente en dirección cefálica y estimando la piel sobrante con una regla para marcar el punto C. A continuación, dibujamos la línea quebrada ACC'B (Fig. 3).

Seguimos entonces con la parte quirúrgica, trazando una incisión solo cutánea ACC' a través de la cual realizamos una disección solo cutánea en dirección cefálica de 3 a 4 mm aproximadamente. En el plano muscular ubicamos el punto M a 3 ó 4 mm del punto C, siempre a lo largo del meridiano 1. Extirpamos el colgajo miocutáneo con tijera recta mediante un corte que sigue la línea AMC' (plano solo muscular), pero a partir de C' el corte incluirá también piel y músculo, en bloque, hasta el punto B (Fig. 7). De esta manera, resecando el colgajo miocutáneo del párpado inferior con incisiones en dos planos, uno cutáneo y otro muscular y a distintas alturas, preservamos el paralelismo de los fascículos musculares de la parte palpebral del músculo orbicular para evitar la creación de vectores dinámicos anómalos que produzcan el efecto paradójico del párpado inferior y provoquen la exposición escleral. Finalmente, hacemos una pexia del colgajo miocutáneo del punto C al ligamento palpebral externo con sutura de Vicryl 4-0, y cierre de piel con nylon 5-0 en sutura intradérmica.

Es preciso señalar que cuando nos referimos a la magnitud en milímetros de piel que extirpamos, nos referimos a la longitud que hay entre los puntos C y D, siempre a lo largo del meridiano 1 del colgajo miocutáneo (Fig. 8-21).

En el intraoperatorio administramos Amikacina 500 mg intravenosa en una dosis y en el postoperatorio habitualmente Cefalexina durante 5 días, además de analgesia oral durante 3 días y gotas oftálmicas antimicrobianas durante 5 días.

Acabado el acto quirúrgico el paciente permanece en recuperación entre 60 y 90 minutos para luego regresar a



Fig. 8. Estimación de piel a extirpar: en este caso 12 mm que son los que mide el segmento CD.



Fig. 9. Línea quebrada ACC'B.

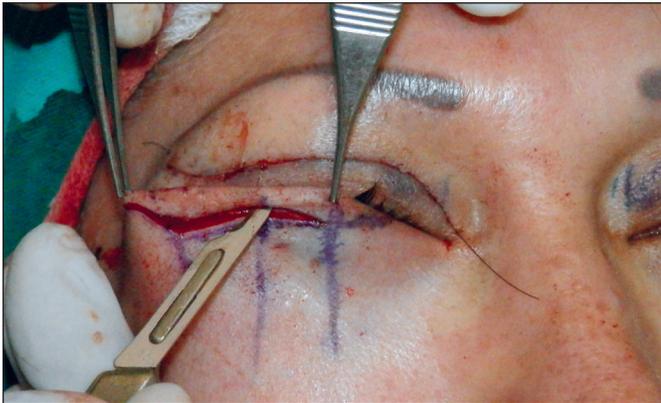


Fig. 10. Incisión cutánea ACC' y disección en dirección cefálica preservando el músculo.



Fig. 11. Resección a lo largo de la línea muscular AMC'.



Fig. 12. Colgajo miocutáneo preservado del párpado inferior.



Fig. 13. Pexia y sutura intradérmica de párpado inferior.



Fig. 14. Medición del segmento CD en el meridiano 1.



Fig. 15. Piel del párpado inferior a extirpar.



Fig. 16. Resección del colgajo miocutáneo sobrante. Fig. 17. Resección del colgajo miocutáneo sobrante. Fig. 18. Colgajo miocutáneo preservado.



Fig. 19 A y B. Imagen que muestra el músculo orbicular preservado.



Fig. 20 A y B. Operación concluida.



Fig. 21. Aplicación de esparadrapos estériles durante 5 días.

su domicilio observando reposo absoluto durante 2 días. Al quinto día de postoperatorio el paciente acude a su primer control para la retirada de las suturas; los siguientes controles los llevamos a cabo a los 10, 30 y 60 días.

Resultados

Del total de 285 pacientes, con edades comprendidas entre los 20 y 75 años (media de 47.5 años), el 91.22% (n=260) fueron mujeres. El 16.14% (n=46) fueron blefaroplastias secundarias, y el 1.75% (n=5) fueron terciarias. Excluimos del estudio los pacientes intervenidos por exposición escleral, ectropión o entropion (Tabla I).

Algunos de los pacientes intervenidos tuvieron procedimientos asociados como: lipoinyección en el 9.47% (n=27), lifting endoscópico de tercio superior en el 16.84% (n=48) y lifting de cara y cuello en el 10.17% (n=29).

Tabla I. Pacientes operados de blefaroplastia mediante Técnica Lima

| | Nº de pacientes | Primaria | Secundaria | Terciaria |
|--------------|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Mujeres | 260 (91.22%) | 209 (73.33%) | 46 (16.14%) | 5 (1.75%) |
| Varones | 25 (8.77%) | 25 (8.77%) | 0 | 0 |
| Total | 285 (100%) | 234 (82.1%) | 46 (16.14%) | 5 (1.75%) |



Fig. 22 A-C: Preoperatorio en paciente de 48 años.



Fig. 23 A-C: Postoperatorio a los 10 días.



Fig. 24 A-C: Postoperatorio a los 2 meses sin evidencia de exposición escleral.

Mediante la técnica biplanar de párpado inferior o Técnica Lima, llevamos a cabo en este grupo de pacientes resecciones amplias de piel: de 8 mm en el 13.33 % (n=38), de 9 mm en el 14.38% (n=41), de 10 mm en el 42.80 % (n=122), de 11 mm en el 19.29 % (n=55) y de 12 mm en el 10.17% (n=29).

La evolución postoperatoria de los párpados inferiores en relación a posibilidad de exposición escleral fue normal en los controles del quinto, décimo y trigésimo días en el 100% de los pacientes; en el control a los 60 días fue normal en el 84.91 % (n=242) de los pacientes; en los restantes no pudimos comprobar dado que no asistieron a la revisión de control (Fig. 22-24).

Como complicaciones menores recogimos: quemosis unilateral en 6 pacientes (2.1%), bilateral en 11 pacientes (3.85 %) y conjuntivitis de diverso grado en 21 pacientes (7.36 %).

Discusión

En nuestro trabajo, la discusión está centrada en la seguridad que nos brinda la aplicación de la Técnica Lima cuando practicamos resecciones de piel amplias en el párpado inferior, que en nuestra casuística estuvieron entre los 8 a los 12 mm en el colgajo miocutáneo, sin riesgo de complicaciones de retracción palpebral y exposición escleral.

El riesgo con otras técnicas transcutáneas es significativamente importante, hasta el punto de que la mayoría de las publicaciones optan por un abordaje transconjuntival como primera opción⁽⁶⁾ con todas sus variante (*skin pinch, resurfacing...*) mientras que algunas pocas optan por el colgajo cutáneo.

El riesgo de provocar retracción palpebral determina la elección del abordaje quirúrgico, abogando por la ne-

cesidad de respetar la integridad del músculo orbicular, ya que no habría motivos para manipularlo;⁽⁷⁾ y por si fuera poco, nunca dejan de estar presentes en la mayoría de textos de la especialidad las recomendaciones acerca de no reseca piel en el párpado inferior, o si se hace, que sea de forma mínima.

Con nuestro análisis de la fisiopatología del párpado inferior demostramos que el problema de la retracción palpebral está en la inadecuada resección del músculo palpebral que no preserva el paralelismo de los fascículos musculares, de forma que si provocamos un biselado del músculo palpebral crearemos una cascada de alteraciones que terminará en la retracción palpebral o en la exposición escleral.

A pesar de que se ha establecido y aceptado ampliamente que son 4 las causas de la retracción palpebral,⁽⁸⁾ a saber: fallo en la ejecución de un adecuado anclaje, sobrerresección de la piel, tendencia hacia abajo del párpado inferior con el ojo prominente y cicatrización interna o cicatrización laminar media, estamos en condiciones de señalar que el factor preponderante en su producción no había sido tenido en cuenta. Este factor es el que hemos descrito como efecto paradójico del párpado inferior, causado por la creación de vectores dinámicos anómalos (Fig. 6) a consecuencia del biselado del músculo palpebral inferior, concepto muy distinto al de que la retracción palpebral inferior es más comúnmente un proceso cicatricial del septum que ata el párpado al borde de la órbita,⁽⁹⁾ que a juicio de muchos autores es poco sólido.

Creemos que es un error considerar que la remoción de la piel y del músculo puede ejecutarse de forma segura y fiable con un anclaje seguro del músculo orbicular al periostio.⁽¹⁰⁾ Está muy difundida la idea de que para evitar este problema, el aseguramiento del párpado inferior debe hacerse ejecutando una cantopexia.⁽¹¹⁾ En nuestra opinión, es importante ejecutar un adecuado anclaje, pero este no exime del riesgo de provocar retracción palpebral si el músculo palpebral ha sido biselado.

Según nuestro criterio, existe una desmedida confianza en la importancia del colgajo pretarsal, porque cuando se hace una incisión subciliar se suele recomendar hacerla 3 o 4 mm por debajo de las pestañas y luego biselar a través del músculo para ayudar a preservar la función del orbicular pretarsal.⁽¹²⁾ No son pocos los que creen que si se preserva el músculo pretarsal se minimiza el riesgo de denervación,⁽¹³⁾ todo lo cual carece de sustento anatómico. De ahí que, cuando trazamos la incisión subciliar en nuestra técnica, lo hagamos a 3 mm del borde de las pestañas e incluyendo piel y músculo, obviando de esta manera el concepto de músculo pretarsal.

El amplio espectro de edades de nuestros pacientes nos permite inferir que la Técnica Lima que presentamos es propicia en pacientes adultos de cualquier edad y que, observando adecuadamente sus principios, podemos conseguir una mirada con mínima o ninguna exposición de la esclera entre el iris y el párpado inferior en la mirada directa.⁽¹⁴⁾

Conclusiones

La técnica de blefaroplastia biplanar de párpado inferior o Técnica Lima permite, en nuestra experiencia, llevar a cabo resecciones amplias de piel en la blefaroplastia estética del párpado inferior, sin riesgo de producir retracción palpebral o exposición escleral, y basa su seguridad en el principio de preservar el paralelismo de los fascículos musculares del párpado inferior en el momento de reseca el colgajo miocutáneo.

Si no se tiene en cuenta este principio se propicia la aparición del que denominamos efecto paradójico del párpado inferior, principal causante de la exposición escleral.

Dirección del autor

Dr. Edgar Rafael Cahuana Salinas

Av. Arequipa 2080 Of. 201

Lince, Lima, Perú

Código Postal 15046

Correo electrónico: cahuana_salinas@hotmail.com

Bibliografía

1. **Giacomotti J.D. et al.** Bolsas Palpebrales y Blefaroplastia Estética: Investigación Anatómo-quirúrgica. *Cir. plást. Ibero-latinoam.* 2015, 41(1): 41-48
2. **Niamtu III J.** Cirugía Cosmética Facial. Editorial Amolca, Richmond, Virginia. 2012, Pp. 129-174.
3. **Cervilla JM., Cervilla M.,** Blepharoplasty and Tear trough Treatment with autologous orbitary fat. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2020, 45(1):19-26.
4. **Paraskevas K.** State of the art in Blepharoplasty. Springer International. Switzerland, 2017, Pp.15-20.
5. **Hollinshead H.** Anatomía Humana. Editorial Médica, Argentina, 1966, Pp. 476-513.
6. **Grant J., La Ferriere K.** Lower Eyelid Blepharoplasty with Fat Repositioning and the Suborbicularis. *Oculi Fat Surg Clin N Am.* 2010, 18: 399-409.
7. **De la Cruz, L. et al.** Etiología de las bolsas grasas palpebrales. Estudio anatómico relacionado con el envejecimiento y actitudes terapéuticas congruentes. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2012, 38(2): 99-106.
8. **Spoor Thomas C.** Atlas of Oculoplastic and Orbital Surgery. Editorial Informa Health-Care, London, Complications of Lower Eyelid Surgery, 2012, Pp. 38-48.
9. **Guthoff R.F., Katowitz J.A.** Oculoplastic and Orbit. Editorial Springer, Richmond, Virginia, 2007, Pp .60-71.
10. **Codner M.A., Mc Cord Cl. D.** Eyelid and Periorbital Surgery, Thieme Medical Publishers. Nueva York. Second Edition 2016, Pp. 377-404.

11. **Morris E., Massry G., Holds J.** Pearls and Pitfalls in Cosmetic Oculoplastic Surgery. Editorial Springer, New York 2nd., 2015, Pp. 179-181.
12. **Becker S., La Ferriere K.** Lower Lid Blepharoplasty. *Facial Plast. Surg. Clin N Am*, 2014, 22: 97-118.
13. **Leatherbarrow B.** Oculoplastic Surgery, Informa Healthcare, London, 2nd Ed. 2011, Pp. 310-345.
14. **Ramirez O.M. et. al.** El ojo hermoso. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2007, 33(2): 79-90.

Comentario al artículo "Blefaroplastia biplanar de párpado inferior. Técnica Lima"

Daniel POSTAN

Cirujano Plástico, Unidad de Cirugía Plástica Hospital de Quemados de la Ciudad de Buenos Aires. Jefe de Trabajos Prácticos, II Cátedra de Anatomía Humana, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Las malposiciones del párpado inferior (ectropión, entropión y exposición escleral-EE-) han sido estudiadas exhaustivamente existiendo gran cantidad de bibliografía al respecto. En términos generales, existen elementos que contienen el párpado inferior en su posición anatómica, a saber: el tarso, los ligamentos cantales, el músculo orbicular. Por el contrario, la incompetencia de estos elementos y/o el agregado de tensión cutánea por resecciones o cicatrices puede generar una EE asociada o no a ectropion-entropion. El balance de estos vectores opuestos condiciona una buena o mala posición del párpado inferior.

El artículo del Dr. Cahuana y col. propone una causa de retracción postoperatoria del párpado inferior que denominan efecto paradójico del párpado inferior que, de ser considerada adecuadamente, eliminaría el riesgo de EE. El concepto anatómico en el cual se basan resulta por demás interesante ya que sugiere que una resección en cuña del músculo orbicular y un reposicionamiento del mismo condicionaría una cicatrización errática que aumentaría de manera dinámica el vector de retracción del párpado inferior.

A mi entender, no existe en la anatomía humana otro músculo esfinteriano en situación similar que pueda ser sometido a procedimientos de resección parcial, a fin de utilizarlo como modelo y transpolar resultados que

sean útiles a nuestro análisis. La demostrada reducción de complicaciones posterior a la introducción de la técnica transconjuntival indica que la conservación de las estructuras de la lamela anterior es de vital importancia. En el mismo sentido, la técnica dual que combina una blefaroplastia transconjuntival más la resección cutánea reconfirma lo expresado anteriormente. Si bien los autores afirman que no observaron malposiciones del párpado inferior en el total de la población estudiada, fundamentando este hecho en el tipo de resección muscular realizada según la técnica original presentada, es necesario remarcar que sería de interés conocer más datos sobre la población estudiada. Por ejemplo: prevalencia de laxitud ligamentaria preoperatoria, cantidad de piel reseçada en relación a la edad y el sexo de los pacientes, seguimiento a más de 6 meses. De esta manera podría analizarse detalladamente la variable propuesta por los autores.

El número de pacientes tratados es suficiente y sería de importancia ampliar el conocimiento de la población para otorgar relevancia clínica a la técnica propuesta. La ponderación de una variable como causa de patología en cuadros considerados como multicausales debe ser analizada rigurosamente, idealmente con casos y controles.

Felicitaciones a los autores por la publicación y por los resultados compartidos.

Respuesta al comentario del Dr. D. Postan

Edgar Rafael CAHUANA SALINAS

Mi agradecimiento al Dr. Postan por los comentarios y observaciones a la Técnica Lima por considerarlos válidos y razonables.

Creo que nadie podría estar en desacuerdo en que hay una demostrada reducción de las complicaciones, sobre todo de retracción palpebral, cuando se practica la técnica transconjuntival en blefaroplastia, sola o con pequeñas resecciones cutáneas. Este es un abordaje al que se recurre debido a que las resecciones mo-

deradas o grandes del colgajo mucocutáneo aumentan significativamente e indeseablemente el riesgo de la exposición escleral. Es en este punto y en este momento donde nace nuestra inquietud por desentrañar los detalles de esta técnica y evaluar su implicación en la exposición escleral. Que el biselado del músculo palpebral al cicatrizar a lo largo del borde palpebral sea causa del efecto paradójico del párpado inferior es axiomático.

La Técnica Lima en su concepción y su práctica es muy sencilla diría yo, siempre que se observe el paralelismo de los fascículos musculares en el momento de la resección del colgajo miocutáneo.

Algún grado de laxitud de los ligamentos no ha sido contraindicación para nuestra técnica. Casos de ectropion no fueron incluidos. La magnitud de la piel reseca solo ha obedecido a lo estimado como sobrante.

Cuando se hace resección del colgajo mucocutáneo de párpado inferior en bloque, los indicios o la clara exposición escleral se manifiestan en la primera visita

postoperatoria, ergo no hay que esperar mucho para enfrentarnos a la ingrata complicación.

En nuestro trabajo, el 13.09% (n=43) de los pacientes que no acudieron al control postoperatorio a los 60 días fue porque venían del extranjero y de provincias lejanas de Perú.

Finalmente, queda para el ejercicio y discusión una cabal y serena evaluación sobre las ventajas que pueda proporcionar la técnica transconjuntival frente a la técnica Lima que proponemos, porque no solo se trata de no tener complicaciones, sino de tener mejores resultados.

