

---

# Coloboma bilateral congénito

RUBÉN R. AUFANG\*, LUCRECIA M. VILLANUEVA\*\*

---

## CASO CLÍNICO

Paciente de 6 meses de edad, sexo femenino, que consulta a nuestro servicio por presentar ausencia bilateral de párpados superiores, párpados inferiores cortos e implantación indefinida de ambas cejas. Ambos ojos presentaban visión conservada, aunque se observaban opacidades corneanas y queratosis secundaria a la exposición ocular continua. La punta nasal tenía aumentada la distancia interdómica, expresándose como punta nasal bífida. *Figura 1.*

Se planea entonces la reconstrucción palpebral en dos etapas. En un primer tiempo, a los 6 meses de vida, se realizó la recreación de ambos párpados superiores a través de colgajos cutáneos de vecindad en Doble Banderín<sup>5</sup> combinado con un colgajo conjuntival de Hughes modificado, párpado inferior, para cubrir la cara cruenta.<sup>6</sup> *Figura 2 A y B.*

Al noveno día post operatorio se separa dicho colgajo conjuntival. Como sostén se colocó un injerto de cartílago auricular autólogo, a modo de tarso, entre ambos colgajos. En la segunda etapa, se realizaron injertos de piel total, aumentando la distancia vertical de dichos párpados y se trató el ectropión presente en ambos párpados inferiores, a través de la suspensión cantal al reborde orbitario externo (cantopexia). En esta segunda etapa también se realizaron injertos pilosos para mejorar el aspecto de ambas cejas y recrear las pestañas. La paciente no presentó, con 10 años y 6 meses de seguimiento, complicaciones óculo-palpebrales funcionales o alteraciones condicionadas por los procedimientos realizados. *Figura 3.*

## DISCUSIÓN

La ausencia palpebral congénita es poco frecuente. El coloboma es la ausencia de tejidos que conforman al párpado, ocasional-

mente bilateral, como expresión de fisuras faciales oblicuas congénitas.<sup>1</sup> La exposición ocular continua es el primer problema a resolver.<sup>2</sup> La falta de migración celular desde la cresta neural o la interferencia en la misma dan como resultado defectos los estéticos funcionales en la estructura palpebral.<sup>3</sup> La elección de los procedimientos quirúrgicos depende de la calidad de los tejidos adyacentes y a distancia. Para reconstruir este tipo de patología se utilizan recursos como injertos de piel total o parcial, colgajos locales o a distancia, o la combinación de ambos. La elección del método terapéutico depende del tamaño del coloboma y de la disponibilidad

**Figura 1. Foto de primera consulta**



---

\* Miembro Titular de S.A.C.P.E.R. y de la F.I.L.A.C.P.  
Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva.  
Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".

Correspondencia:  
info@rubenaufgang.com.ar

\*\* S.A.C.P.E.R.

**Figura 2. Foto intraoperatoria**

A: marcado del colgajo doble banderín



B: avance de dicho colgajo.

de tejidos presentes en cada paciente. Los colgajos adyacentes pueden tomar como zona dadora el párpado inferior homolateral.<sup>1</sup> Están descriptos el *Switch Flap*<sup>1</sup> que es un colgajo diferido, de transposición, a pedículo marginal, de aproximadamente 5 mm de ancho, que toma el total del espesor palpebral. La zona dadora se cierra, en forma directa, por planos. Otra opción son: el colgajo músculo cutáneo, el colgajo bilobulado de la región temporal<sup>4</sup> o el colgajo a pedículo lateral de Tessier.

**Figura 3. 10 años y medios post quirúrgicos**

El objetivo es realizar es una reconstrucción funcional y estética de la cobertura ocular y adecuada inserción social del paciente.<sup>3</sup>

En este caso se optó por realizar colgajos locales asociados a homoinjertos de piel y cartílago. La elección de utilizar un colgajo cutáneo de avance (colgajo en “Doble Banderín”) de tejidos adyacentes (región frontal)<sup>5</sup> se debe a imposibilidad de utilizar los párpados inferiores, los mismos eran cortos en su dimensión vertical. El injerto piloso pelo por pelo se utilizó para recrear las cejas indefinidas y las pestañas ausentes. Como cobertura interna se realizó un colgajo de conjuntiva diferido (colgajo de “Hughes” modificado) correspondiente al párpado inferior homolateral.<sup>6</sup> Como sostén, entre ambos colgajos, se utilizó injerto de cartílago auricular autólogo. A los 9 días se separó el pedículo conjuntival, con un éxito del 100 %.

El desarrollo facial de la paciente debió ser acompañado con diferentes procedimientos quirúrgicos. La ventaja de realizar colgajos como el “Doble Banderín” es que el mismo puede rehacerse las veces que sea necesario.<sup>5</sup>

## CONCLUSIÓN

En una paciente con diagnóstico de coloboma de párpados superiores bilateral asociado a mal posición de las cejas y falta de pestañas, se logró la recreación de la región periocular a través de colgajos locales y de vecindad, cutáneos y mucosos, combinados con injertos autólogos.

De esta forma, se evitó a exposición corneana continua y los riesgos de lesiones

oculares permanentes y contempla la recuperación funcional y estética de la región periorcular.

Es importante remarcar la importancia de una oportunidad quirúrgica y la selección de una técnica adecuada entre las muchas existentes teniendo en cuenta el desarrollo de la cara.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Coloboma of the eyelid. Plastic Surgery in Infancy and Childhood. The Orbital Region. Hardcover by John Clark Mustarde. October, 1988. 147-152.
2. Hauben D, Tessler Z. One stage reconstruction of a large upper lid defect in a newborn. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1989; 83(2):337-340.
3. Hornblass A, Reifler D. Ablepharon Macrostomia Syndrome. *Am J Ophthalmol* 1985; 99(5):552-556.
4. Pugh R, Price N, Farndon P, Willshaw H. Ablepharon Macrostomia Syndrome. *Brit J Ophthalmol* 1991; 75:317-319.
5. Laguinde R, Nagahama M, Bistoletti P. Reconstrucción de las regiones periorificiales de la cara con colgajos en "doble Banderín". *Revista de Cirugía Plástica, S.A.C.P.E.R.* Suplemento 1, 2004.
6. Bartley G, Messenger M. The dehiscent Hughes flap: Outcomes and Implications. *Trans Am Ophthalmol Soc* 2002; 100:61-66.