

## Introducción

Se define como **ptosis** al descenso del párpado superior por debajo de su posición normal. La fisura palpebral normal mide entre 12 y 15 mm. La distancia entre el reflejo corneal de la luz y el margen del párpado superior se denomina **distancia marginal refleja**. Ambas medidas se utilizan para la evaluación objetiva de la ptosis. Así, la **“definición formal”** de ptosis es una distancia marginal refleja menor a 2 mm o una asimetría de más de 2 mm entre ambos ojos.

Existen múltiples causas de ptosis palpebral que se pueden dividir en estructurales, miogénicas, neurogénicas, por compromiso de la unión neuromuscular y centrales. Dado que este síntoma es una causa frecuente de consulta tanto en la urgencia como en la atención ambulatoria, el conocimiento de la fisiología de la motilidad ocular y una adecuada evaluación clínica evitarán estudios innecesarios y conductas erróneas que pueden incluso, poner en riesgo la vida del paciente.

## Fisiología

Hay 4 músculos que afectan la posición final del párpado superior:

- Elevador del párpado superior (EPS): es el principal responsable de la elevación del párpado. Se inserta en el plato tarsal y en el propio párpado. Está innervado por la división superior del motor ocular común (MOC).
- Músculo de Müller: es un músculo liso innervado por el sistema nervioso simpático que modifica el modo en que el EPS se une al plato tarsal. Tiene la capacidad de estrechar esta unión y elevar el párpado unos pocos milímetros.
- Músculo frontal: está innervado por el nervio facial y colabora con la elevación del párpado, actuando indirectamente sobre los tejidos blandos circundantes.
- Orbicular de los párpados: innervado por el nervio facial, su contracción provoca el descenso del párpado.

El párpado se mantiene abierto por la contracción tónica del EPS, interrumpida por el parpadeo. En general, el párpado superior cubre el 20% de la córnea, pero su posición exacta está dada por múltiples factores (movimiento de los ojos, estado de alerta, etc.) El rango de movimiento del párpado desde la apertura completa al cierre (excursión palpebral) usualmente es mayor de 12 mm y constituye un factor que debe ser evaluado en los pacientes con ptosis.

La función del EPS se evalúa midiendo la diferencia en la posición del borde del párpado entre la mirada hacia arriba y la mirada hacia abajo.

|               |                                |                  |
|---------------|--------------------------------|------------------|
| Copia N° :    | Representante de la Dirección: | Fecha:           |
|               | <u>Revisó</u>                  | <u>Aprobó</u>    |
| <u>Nombre</u> | Dr. Leonardo Gilardi           | Dra. Inés Morend |
| <u>Firma</u>  |                                |                  |
| <u>Fecha</u>  | 09/09                          | 24/09            |

### **Etiología**

En la tabla 1 se resumen las causas de ptosis palpebral. Entre las más A continuación se comentarán en mayor detalle las más relevantes.

### **Causas Estructurales**

Provocan el descenso de la posición del párpado con función muscular normal.

- **Dehiscencia del párpado:** es la causa más común de ptosis y consiste en la desinserción del tendón del EPS del plato tarsal. Esto causa que el párpado se encuentre en una posición más baja, aunque con rango de movimiento preservado. Afecta a personas de mediana edad y ancianos. Puede aparecer en forma aguda luego de un traumatismo ocular o cirugía (generalmente extracción de cataratas), aunque en los ancianos suele ser de inicio subagudo. También puede ser causada por usar lentes de contacto rígidos o incluso por frotarse el ojo. Clínicamente se caracteriza por un pliegue cutáneo (surco palpebral superior) alto y un párpado adelgazado con rango de movimiento preservado. Puede ser corregida con una simple cirugía si provoca compromiso funcional.
- **Patología del globo ocular:** cualquier afección que cause retracción del ojo dentro de la órbita puede dar la apariencia de ptosis, ya que el párpado desciende sobre el ojo retraído. Entre ellas se mencionan el microftalmos congénito, el síndrome de retracción de Duayne y el daño del piso de la órbita por traumatismos o tumores malignos.
- **Patología del párpado:** cualquier trastorno que provoque edema palpebral (infección, inflamación, tumores como los neurofibromas) puede causar ptosis. El síndrome de los párpados laxos es una condición descrita generalmente en hombres con sobrepeso, apneas obstructivas del sueño y/o hipertensión arterial; se pierde la elasticidad normal del párpado y éste es fácilmente evertido. Los párpados se alargan dando la apariencia de ptosis.
- **Patología de los tejidos circundantes:** en la dermatocalasia, la piel de la porción superior de la órbita es laxa y cuelga sobre el párpado superior pudiendo incluso entorpecer la visión. Este cuadro es frecuente en ancianos y puede ser confundido con ptosis.

### Disminución de la Actividad Simpática

En este caso, la ptosis ocurre en el contexto de un síndrome de Horner y es sutil. Puede acompañarse de una leve elevación del párpado inferior por compromiso de un pequeño músculo de innervación simpática, dando al ojo la apariencia de estar hundido. Las lesiones que causan síndrome de Horner se clasifican de acuerdo con las tres neuronas involucradas en la innervación simpática (hipotálamo a médula espinal, médula a ganglio simpático, ganglio simpático a órgano blanco). Frecuentemente la localización se determina por la presencia de síntomas acompañantes y por medio de estudios de imágenes.

### Causas Musculares

Múltiples patologías pueden afectar al EPS. En general, el compromiso es bilateral y puede afectar además los músculos extraoculares.

- **Enfermedades mitocondriales:** dado que los párpados y los músculos extraoculares tienen un gran número de mitocondrias por su alta actividad metabólica, las enfermedades mitocondriales suelen causar ptosis; entre las que más frecuentemente se asocian con ptosis y oftalmoplejía externa crónica progresiva se citan el síndrome de Kearns-Sayre, la encefalopatía mitocondrial neurogastrointestinal (MNGIE) y la encefalopatía mitocondrial con acidosis láctica y episodios tipo *stroke* (MELAS). Algunas de estas enfermedades son de herencia materna y otras son autosómicas dominantes; si bien suele haber antecedentes familiares, su ausencia no descarta el diagnóstico. Comienzan generalmente en la infancia o edad adulta temprana con ptosis bilateral progresiva y oftalmoparesia, aisladas o asociadas con otras alteraciones como miopatía, escoliosis, retinopatía pigmentaria y trastornos de la conducción cardíaca (síndrome de Kearns-Sayre). El diagnóstico se puede realizar a través de pruebas sanguíneas y/o biopsia muscular. Se debe recordar que existen causas adquiridas de enfermedad mitocondrial, por ejemplo el uso de drogas, como en el caso del tratamiento antirretroviral de gran actividad.
- **Distrofias musculares:** los párpados suelen estar preservados en las distrofinopatías, pero existen otras distrofias musculares que los comprometen, como la distrofia miotónica (DM1), la distrofia facioescapulohumeral o la distrofia muscular oculofaríngea. Esta última se caracteriza por ptosis progresiva, disfagia y debilidad proximal de los miembros. Los síntomas usualmente comienzan en la edad media de la vida y pueden confundirse con miastenia gravis (MG).
- **Miopatías:** raramente afectan los párpados.

- **Enfermedad tiroidea:** si bien suele asociarse con retracción palpebral, puede causar ptosis por disrupción mecánica del EPS secundaria a la proptosis e hipertrofia muscular. Es de recalcar que cuando un paciente con hipertiroidismo desarrolla ptosis se debe descartar MG dada la asociación entre ambas patologías.

### Patología de la Unión Neuromuscular

Es bien conocido que la MG provoca ptosis palpebral con fatigabilidad de los párpados, que puede manifestarse al examen físico como signo de Cogan, signo de la cortina o “ptosis aumentada”. Es importante tener en cuenta que estos signos no son específicos de MG y pueden encontrarse en otras patologías, como el botulismo o el síndrome de Miller Fisher. El síndrome miasteniforme de Lambert-Eaton frecuentemente se asocia con ptosis, pero ésta no se presenta en forma aislada ni en su inicio.

### Causas Neurogénicas

La parálisis del MOC se caracteriza típicamente por ptosis palpebral, midriasis y oftalmoparesia con el ojo en reposo mirando hacia abajo y afuera cuando es completa, aunque es frecuente la presentación parcial.

Las lesiones del MOC pueden ocurrir en cualquier parte de su trayecto incluyendo el núcleo, fascículos en el tegmento pontino y el nervio mismo en su paso por el espacio subaracnoideo, seno cavernoso, fisura orbital superior y órbita.

La innervación del EPS proviene del subnúcleo central caudal del núcleo oculomotor, una estructura única ubicada en la línea media y que inerva ambos EPS. Por esto, las ptosis resultantes de lesiones del núcleo oculomotor suelen ser bilaterales y acompañarse de ataxia o hemiparesia contralaterales por lesión de las vías adyacentes.

Por otra parte, las lesiones de la división superior del MOC causan ptosis y déficit en la elevación del párpado (por compromiso del recto superior); las de la división inferior provocan oftalmoparesia, frecuentemente con compromiso pupilar.

Existen múltiples causas de lesión del nervio, entre las que se mencionan arteritis de células gigantes; compresión aneurismática; infección, inflamación o trombosis del seno cavernoso; diabetes; síndrome de Miller Fisher, etc. (Tabla 2)

### Causas Centrales

- **Corteza cerebral:** la ptosis de origen cortical es rara y está descripta con mayor frecuencia en lesiones extensas del hemisferio no dominante. En estos casos es contralateral a la lesión.
- **Ganglios de la base:** la patología de los ganglios de la base, fundamentalmente la parálisis supranuclear progresiva, puede ocasionar apraxia de la apertura palpebral.

### Actividad Excesiva del Orbicular de los Párpados

No debe ser confundida con ptosis. Puede ser involuntaria como en el espasmo hemifacial, la reinervación aberrante luego de una parálisis de Bell o el blefarospasmo esencial. También puede ser voluntaria en los casos de pseudoptosis funcional.

### Evaluación y Manejo de la Ptosís Palpebral

#### Historia Clínica

Debe incluir los siguientes aspectos:

- Afecta uno o ambos párpados
- Síntomas asociados: dolor, malestar general, alteraciones visuales, diplopía, disfagia o compromiso de otros grupos musculares
- Modo y edad de inicio, duración, progresión, fluctuación, factores desencadenantes.
- Comorbilidades: factores de riesgo vascular, inmunosupresión, traumatismo de cráneo, cuello o tórax.
- Antecedentes de trauma o cirugía ocular, uso de lentes de contacto, blefaroplastia.
- Medicaciones concomitantes.
- Historia familiar de ptosis o enfermedades neuromusculares.

#### Examen Físico

Es conveniente realizar un examen físico general y neurológico. Idealmente, los pacientes con ptosis palpebral deben ser evaluados también por un oftalmólogo.

Es fundamental la exhaustiva evaluación de las pupilas, agudeza visual y campo visual, fondo de ojo, motilidad ocular y facial así como del resto de los pares craneales.

Se debe evaluar la simetría de los párpados, la presencia de lesiones, adelgazamiento y movimientos involuntarios, así como la posición del pliegue cutáneo (surco palpebral

**Ptosis Palpebral**

*Dra. A. Jaureguiberry*

Revisión: 0 – Año 2014

Página 6 de 8

superior). Es útil medir la fisura palpebral, la distancia marginal refleja y la excursión palpebral. No se debe olvidar el examen de la fatigabilidad y de la fuerza muscular de los párpados y, de ser necesario, se puede realizar la prueba del pack de hielo.

**Diagnóstico**

La mayoría de las causas de ptosis pueden ser diagnosticadas clínicamente y de acuerdo a la sospecha clínica se realizarán los exámenes complementarios correspondientes. Entre ellos las imágenes por resonancia magnética son fundamentales si es necesario descartar causas estructurales o aneurismas. Otros estudios que pueden ser útiles son los análisis de sangre (p. ej. eritrosedimentación si se sospecha arteritis de células gigantes), estudios neurofisiológicos, punción lumbar o biopsia muscular.

**Tratamiento**

Depende de la causa; en general, la ptosis mejora con el tiempo o con el tratamiento de la condición subyacente. Si ha pasado un período considerable y no se verifica mejoría del cuadro, se puede ordenar una evaluación por el especialista en cirugía palpebral para una eventual blefaroplastia.

**Conclusiones**

La ptosis palpebral es un cuadro frecuente en el consultorio de neurología y es importante que el neurólogo pueda realizar un correcto examen del párpado ptosado. La causa más común es la dehiscencia del EPS; otras causas frecuentes son la MG, el síndrome de Horner y las parálisis del MOC. Se debe tener en cuenta entre los diagnósticos diferenciales a aquellas patologías que causan pseudoptosis, como la dermatocalasia.

El diagnóstico suele ser clínico, apoyado en exámenes complementarios; el tratamiento depende de la causa subyacente. A aquellos pacientes con diagnóstico claro y en los que no se espera mejoría de la ptosis, se les puede recomendar la blefaroplastia.

**Bibliografía**

Ahmad K, Wright M, Lueck CJ. Ptosis. Pract Neurol 2011;11:332-340.  
Stone J. Pseudo-ptosis. Pract Neurol 2002; 2:364-365.  
De Sanctis U, Alovisei C, Actis AG et al. Blepharoptosis. Minerva Chir 2013; 68(S1):37-47  
Sadagopan KA, Wasserman BN. Managing the patient with oculomotor nerve palsy. Curr Opin Ophthalmol 2013; 24(5): 438-47.

**Tabla 1. Causas de ptosis.**

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <b>Congénitas</b>                                 |
| Ptosis congénita aislada                          |
| Síndromes miasténicos congénitos                  |
| Miastenia neonatal transitoria (madre miasténica) |
| Blefarofimosis                                    |
| Sincinesias anómalas                              |
| <b>Estructurales</b>                              |
| Dehiscencia del elevador                          |
| Tumores de órbita o párpado (pseudoptosis)        |
| Dermatocalasia                                    |
| Síndrome del párpado laxo                         |
| Edema palpebral (pseudoptosis)                    |
| <b>Inervación simpática</b>                       |
| Síndrome de Horner                                |
| <b>Musculares</b>                                 |
| Distrofias miotónicas                             |
| Oftalmoplejía externa progresiva crónica          |
| Otras enfermedades mitocondriales                 |
| Distrofia muscular oculofaríngea                  |
| Enfermedad distiroidea (enfermedad de Graves)     |
| <b>Unión neuromuscular</b>                        |
| Miastenia gravis                                  |
| Síndrome de Lambert Eaton                         |
| <b>Nervio motor ocular común (ver Tabla 2)</b>    |
| <b>Central</b>                                    |
| Ptosis cortical                                   |
| Espasmo hemifacial (pseudoptosis)                 |
| Blefarospasmo esencial (pseudoptosis)             |
| Apraxia de la apertura ocular (pseudoptosis)      |

**Tabla 2. Causas de Paresia del Nervio Motor Ocular Común**

|                                                        | Frecuente                                                            | Poco frecuente                                                                                                                                                                            | Raro                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Localización de acuerdo al sitio de lesión</i>      |                                                                      |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Fascicular</b>                                      |                                                                      | TEC<br>Infarto de tronco<br>Esclerosis múltiple                                                                                                                                           | Tumor de tronco<br>Hemorragia de tronco<br>Sífilis, poliomiелitis,<br>encefalitis                                                                                                                                             |
| <b>Espacio subaracnoideo</b>                           | TEC<br>Aneurisma (arteria comunicante posterior)<br>Hernia tentorial | Complicación neuroquirúrgica<br><br>Aneurisma (basilar, cerebelosa superior)<br><br>HSA<br><br>Meningitis<br><br>Tumor                                                                    | MAV<br>Ectasia de la basilar o comunicante posterior<br>Tumor del par III<br>Post punción lumbar<br>Paquimeningitis hipertrófica<br>Siderosis superficial<br>Hipertensión endocraneana idiopática<br>Trombosis de seno venoso |
| <b>Seno cavernoso<br/>Hendidura orbitaria superior</b> | TEC<br>Tumor, linfoma                                                | Fístula carótido-cavernosa<br>Aneurisma/disección/oclusión de la carótida interna<br>Trombosis de seno cavernoso<br>Síndrome de Tolosa-Hunt<br>Granulomatosis de Wegener<br>Herpes zóster | Apoplejía pituitaria                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Órbita</b>                                          | TEC                                                                  | Tumor, linfoma                                                                                                                                                                            | Infecciones (mucormicosis)<br>Anestesia retrobulbar<br>Enfermedad de Paget                                                                                                                                                    |
| <i>Localización incierta</i>                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Congénita</b>                                       |                                                                      | Parálisis congénita del motor ocular común                                                                                                                                                | Aplasia<br>Fibrosis congénita de los músculos extraoculares                                                                                                                                                                   |
| <b>Vascular</b>                                        | Infarto de nervio (DBT, HTA)                                         | Infarto de nervio (arteritis de células gigantes, vasculitis)                                                                                                                             | Estenosis carotídea<br>Déficit de proteína S<br>Síndrome de hiperviscosidad<br>Cocaína, sildenafil                                                                                                                            |
| <b>Inflamatoria / infecciosa</b>                       |                                                                      | Sarcoidosis<br>Post-viral<br>Sinusitis                                                                                                                                                    | Síndrome de Sjögren<br>LES<br>Migraña oftalmopléjica                                                                                                                                                                          |
| <b>Metabólica / tóxica</b>                             |                                                                      |                                                                                                                                                                                           | Encefalopatía de Wernicke<br>Toxicidad por drogas                                                                                                                                                                             |
| <b>Misceláneas</b>                                     | Idiopática                                                           |                                                                                                                                                                                           | Anestesia dental                                                                                                                                                                                                              |

TEC: traumatismo encéfalo craneano; HSA: hemorragia subaracnoidea; MAV: malformación arteriovenosa; DBT: diabetes; HTA: hipertensión arterial; LES: lupus eritematoso sistémico.