

Fístula conjuntivo-palpebral como complicación inusual tras cirugía de ptosis: resolución mediante láser de CO₂

Gustavo Alberto Matach^{a-b}, Paula Tamara Singh Riviere^c

a. Instituto Oftalmológico de Córdoba, Córdoba, Argentina.

b. Medicina Estética y oculofacial Láser Dr Matach. Córdoba, Argentina.

c. Clínica de Ojos Córdoba, Córdoba, Argentina.

Recibido: 17 de julio de 2025.

Aprobado: 3 de noviembre de 2025.

Autor correspondiente

Dra. Paula Singh
Clínica de Ojos Córdoba
Buenos Aires 1033
(5000) Córdoba, Argentina
+54 0351 589-0505
pau_3195@hotmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658)
2025; 18(4): e494-e498.

<https://doi.org/10.70313/2718.7446.v18.n4.462>

Resumen

Objetivo: Describir el abordaje terapéutico de un paciente con fistula conjuntivo-palpebral persistente tras cirugía de ptosis.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes familiares de ptosis que consulta por ptosis palpebral bilateral adquirida. Presentaba agudeza visual de 20/20 en ambos ojos, apertura palpebral de 7 mm en el derecho y 5 mm en el izquierdo, y función elevadora de 15 mm. Se realizó corrección bilateral mediante reinserción aponeurótica del músculo elevador. Por hipocorrección del párpado derecho se efectuó una reintervención con resección del músculo. En el control posterior se evidenció dehiscencia de la herida con formación granulomatosa tratada mediante resección de márgenes y nueva sutura. Una semana después, el paciente refirió salida intermitente de fluido claro a través de un orificio puntiforme en el párpado superior sin signos de infección. La exploración identificó un trayecto fistuloso entre conjuntiva y piel, diagnosticándose fistula conjuntivo-palpebral posquirúrgica. El tratamiento tópico con Cicaplast Baume B5® durante 20 días produjo mejoría parcial. Finalmente se efectuó corrección con láser de CO₂ fraccionado de baja potencia logrando el cierre completo del trayecto a los 20 días sin recidiva ni complicaciones.

Conclusión: Aunque la fistula conjuntivo-palpebral constituye una complicación poco frecuente y de aparición tardía tras cirugía de ptosis, su reconocimiento precoz y el manejo clínico-quirúrgico

oportuno son esenciales para prevenir secuelas funcionales o estéticas, como se demostró en este caso. **Palabras clave:** ptosis palpebral, cirugía de ptosis, fistula conjuntivo-palpebral, láser CO₂.

Conjunctivopalpebral fistula as an unusual complication after ptosis surgery: successful management with fractional CO₂ laser

Abstract

Objective: To describe the therapeutic management of a patient with a persistent conjunctivo-palpebral fistula following ptosis surgery.

Case report: A 60-year-old man with a family history of ptosis presented with acquired bilateral eyelid ptosis. Visual acuity was 20/20 in both eyes, with a palpebral fissure height of 7 mm in the right eye and 5 mm in the left, and levator function of 15 mm. Bilateral correction was performed by aponeurotic reinsertion of the levator muscle. Due to undercorrection of the right upper eyelid, a re-operation with levator resection was undertaken. Postoperatively, wound dehiscence with granulomatous tissue was observed and managed by margin excision and resuturing. One week later, the patient reported intermittent clear fluid discharge through a pinpoint opening on the upper eyelid, without signs of infection. Detailed examination revealed a fistulous tract between the conjunctiva and the skin, leading to the diagnosis of a post-operative conjunctivo-palpebral fistula. Topical treatment with Cicaplast Baume B5™ (panthenol 5%, madecassoside, tribioma) for 20 days resulted in partial improvement. Subsequently, low-power fractional CO₂ laser treatment was performed around the fistulous site under local anesthesia, achieving complete closure of the tract within 20 days, without recurrence or complications.

Conclusion: Although conjunctivo-palpebral fistula is an uncommon and late complication after ptosis surgery, early recognition and appropriate clinical-surgical management are essential to prevent functional or aesthetic sequelae, as demonstrated in this case.

Keywords: eyelid ptosis, ptosis surgery, conjunctivopalpebral fistula, CO₂ laser.

Fístula conjuntival-palpebral como complicación incomum após cirurgia de ptose: resolução com laser de CO₂

Resumo

Objetivo: Descrever a abordagem terapêutica de um paciente com fistula conjuntival-palpebral persistente após cirurgia de ptose.

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 60 anos, com histórico familiar de ptose palpebral, apresentou ptose bilateral adquirida. Apresentava acuidade visual de 20/20 em ambos os olhos, abertura palpebral de 7 mm no olho direito e 5 mm no esquerdo, e função elevadora de 15 mm.

A correção bilateral foi realizada por meio da reinserção aponeurótica do músculo elevador da pálpebra. Devido à subcorreção da pálpebra direita, foi realizada uma reoperação com ressecção muscular. O acompanhamento subsequente revelou deiscência da ferida com formação de tecido granulomatoso, que foi tratada com ressecção das margens e nova sutura.

Uma semana depois, a paciente relatou drenagem intermitente de líquido claro através de uma pequena abertura na pálpebra superior, sem sinais de infecção. O exame revelou um trajeto fistuloso entre a conjuntiva e a pele, levando ao diagnóstico de fistula conjuntivo-palpebral pós-cirúrgica. O tratamento tópico com Cicaplast Baume B5® por 20 dias resultou em melhora parcial. Finalmente, a correção foi realizada com laser de CO₂ fracionado de baixa intensidade, obtendo-se o fechamento completo do trajeto em 20 dias, sem recidiva ou complicações.

Conclusão: Embora a fistula conjuntival-palpebral seja uma complicação rara e de início tardio após a cirurgia de ptose, seu reconhecimento precoce e manejo clínico-cirúrgico oportuno são essenciais para prevenir sequelas funcionais ou estéticas, como demonstrado neste caso.

Palavras-chave: ptose palpebral, cirurgia de ptose, fistula conjuntivo-palpebral, laser de CO₂.

Introducción

La ptosis palpebral es una condición caracterizada por el descenso anormal del párpado

superior que puede comprometer tanto la función visual como la estética facial¹⁻². Puede presentarse de forma congénita o adquirida, pero esta última es más frecuente en adultos, especialmente en su forma involutiva asociada a la desinserción o elongación de la aponeurosis del músculo elevador del párpado¹.

El tratamiento de las ptosis involutivas es en general quirúrgico y varía según el grado de ptosis y la función del músculo elevador³⁻⁶. La elección de la técnica quirúrgica depende del grado de ptosis y función del músculo elevador del párpado^{1,3}. Las técnicas más empleadas incluyen reinserción de la aponeurosis palpebral, resección del músculo elevador del párpado y conjuntivo-mullerectomía^{1,4-6}.

Aunque se considera un procedimiento seguro y de bajo riesgo, pueden surgir complicaciones postoperatorias como hematomas, asimetrías, sobre corrección e hipocorrección⁴⁻⁶. Entre las complicaciones menos frecuentes se encuentra la aparición de una fistula conjuntivo palpebral que constituye una comunicación anómala entre el espacio subconjuntival y la superficie cutánea^{7,8}. Esta complicación es excepcional tras una cirugía de ptosis y tras haber realizado una extensa revisión bibliográfica no hemos encontrado casos documentados. Por lo tanto, el propósito del este trabajo es describir el manejo de un paciente en el que se identificó una fistula conjuntivo-palpebral persistente con antecedente de cirugía de ptosis.

Caso clínico

Paciente masculino de 60 años de edad con antecedentes familiares de ptosis consulta por ptosis palpebral bilateral adquirida. Al examen físico se constata agudeza visual ambos ojos 20/20 Snellen, apertura palpebral de 7 mm en ojo derecho y 5 mm en ojo izquierdo, función del músculo elevador de ambos ojos de 15 mm.

Se realiza cirugía de ptosis en ambos ojos con reinserción de la aponeurosis del músculo elevador. En el control postoperatorio se evidencia hipocorrección del párpado superior de ojo derecho por lo que se realiza una nueva corrección con resección del músculo elevador de ese ojo. En el control posquirúrgico



Figura 1. En el control postoperatorio se evidencia una zona de dehiscencia con aspecto de granuloma.

de la reintervención se evidencia zona de dehiscencia a nivel de la herida con lesión similar a un granuloma que se intenta corregir mediante resección de márgenes de la herida con sutura (fig. 1).

Una semana después del procedimiento, el paciente refirió la aparición de una zona húmeda constante en la superficie cutánea del párpado superior. A la inspección clínica se identificó un orificio puntiforme en la región medial del párpado superior con salida intermitente de fluido claro. La conjuntiva tarsal se encontraba sin signos de infección ni dolor.

Como prueba diagnóstica se realizó una inspección y palpación detalladas, identificando un trayecto fistuloso entre la conjuntiva y la piel palpebral. Se estableció el diagnóstico de fistula conjuntivo-palpebral posquirúrgica (fig. 2).

Ante la persistencia de la lesión, se inició tratamiento tópico con Cicaplast Baume B5® (panthenol



Figura 2. Luego de la resección de piel y cierre con sutura simple. Se evidencia orificio puntiforme.



Figura 3. Día del tratamiento donde se evidencia la presencia de líquido que sale por la dehiscencia del párpado. Se aprecia la piel tratada con el láser (Hi-Scan DOT, modo fraccionado).



Figura 4. Postratamiento con láser. Se evidencian costras y cierre de la herida 6 días posteriores al tratamiento.



Figura 5. Cierre completo de la fístula. No se evidencia ninguna secuela.

5%, madecasósido y tribioma) cada 12 horas por 20 días, observándose una leve mejoría, aunque persistía el orificio fistuloso (fig. 3).

Dada la falta de respuesta al tratamiento se decidió realizar corrección mediante el uso de láser de CO₂ fraccionado en la piel circundante a la fístula con previa colocación de anestesia local utilizando un protector ocular.

Con la pieza de mano ablativa para tratar la lesión y el modo fraccionado para la piel circun-

dante se aplicó energía en potencia baja 0,5 watts en el centro de la herida y en piel periférica. Se realizó aplicación con pieza de mano dermatológica Hi-Scan DOT en la zona afectada usando un patrón de código de barras e intensidad baja para inducir una micro quemadura controlada.

A los 3 días del procedimiento se evidenció una clara mejoría clínica y a los 20 días se observó el cierre completo del trayecto fistuloso sin recidiva ni complicaciones añadidas (figs. 4 y 5).

Discusión

Las intervenciones quirúrgicas para la corrección de la ptosis palpebral, en especial aquellas que implican la manipulación del músculo elevador o de su aponeurosis, presentan en general un perfil de seguridad elevado y una baja incidencia de complicaciones graves. Entre las complicaciones más frecuentemente descritas se encuentran las asimetrías postoperatorias, los hematomas, las infecciones, la dehiscencia de la sutura, así como la sobre corrección o infracorrección del párpado³⁻⁶.

En contraste, la aparición de una fistula conjuntivo-palpebral como complicación posquirúrgica constituye un hallazgo excepcional con pocos casos documentados. Este tipo de lesión se caracteriza por una comunicación anómala entre la conjuntiva tarsal y la piel palpebral, habitualmente manifestada por secreción persistente, retracción cicatricial o trayectos fistulosos clínicamente evidentes.

Diversos factores podrían contribuir a su aparición, incluyendo una reacción inflamatoria crónica, un cierre inadecuado de los planos quirúrgicos profundos, infecciones locales subclínicas o fenómenos de necrosis tisular secundaria a isquemia o tensión excesiva. En el caso presentado, la evolución posquirúrgica fue inicialmente favorable con aparición diferida del trayecto fistuloso, lo que sugiere un proceso de cicatrización aberrante más que una complicación intraoperatoria inmediata.

La escasa prevalencia de esta entidad refuerza la importancia de su documentación para mejorar la práctica quirúrgica.

Conclusión

La fistula conjuntivo-palpebral es una complicación poco frecuente luego de la cirugía de ptosis, que puede aparecer de forma tardía y dificultar el diagnóstico, pero reconocerla a tiempo

y hacer una evaluación clínica y quirúrgica adecuada es clave para evitar secuelas funcionales o estéticas, como ha sucedido en el caso presentado.

Se resalta la importancia de mantener un buen control posquirúrgico y estar atentos ante cualquier aparición postoperatoria inusual para seguir desarrollando una práctica quirúrgica segura y eficaz.

Referencias

1. McInnes CW, Lee-Wing M. Eyelid ptosis. *CMAJ* 2015; 187(14): 1074. doi: 10.1503/cmaj.140579.
2. Patel K, Carballo S, Thompson L. *Ptosis. Dis Mon* 2017; 63(3): 74-79. doi: 10.1016/j.dismonth.2016.10.004.
3. Hou D, Tian B, Wang X, Wang Q, Zhu Y. Cause analysis and surgical treatment of aponeurotic ptosis with upper eyelid depression. *J Craniofac Surg* 2024; 35(7): 1947-1951. doi: 10.1097/SCS.0000000000010155.
4. Mehta S, Belliveau MJ, Oestreicher JH. Oculoplastic surgery. *Clin Plast Surg* 2013; 40(4): 631-651. doi: 10.1016/j.cps.2013.08.005.
5. Rodrigues C, Carvalho F, Marques M. Upper eyelid blepharoplasty: surgical techniques and results-systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 2023; 47(5): 1870-1883. doi: 10.1007/s00266-023-03436-6.
6. Kopecký A, Rokohl AC, Heindl LM. The role of the lateral tarsal strip procedure in modern ophthalmic plastic surgery: a review. *Front Ophthalmol (Lausanne)* 2022; 2: 871964. doi: 10.3389/fopht.2022.871964.
7. Zhang W, Huang Q, Li J. Case report of conjunctival sac fistula after cosmetic lateral canthoplasty. *BMC Ophthalmol* 2020; 20(1): 127. doi: 10.1186/s12886-020-01402-3.
8. Hou D, Tian B, Zhu Y. Conjunctival fistula after cosmetic lateral canthoplasty. *J Craniofac Surg* 2022; 33(8): 2578-2580. doi: 10.1097/SCS.0000000000008827.