

Ptosis palpebral en niños

¿Qué es la ptosis palpebral?

Es un descenso del párpado superior con respecto a su posición normal, que tapa de manera parcial o total la pupila.

¿Cómo se detecta y qué síntomas puede dar?

Se detecta porque hay una diferencia de altura entre un párpado y otro.

Puede ser un cuadro leve cuando el párpado no ocluye la pupila o grave cuando la tapa totalmente.

Si es total, la falta de visión completa puede llevar a que el niño presente ambliopía u [ojo vago](#). Además, en estos casos los niños también pueden inclinar la cabeza hacia atrás o levantar las cejas de manera exagerada para intentar compensar la caída de los párpados. Así pueden ver mejor. Se llama *tortícolis ocular*. Otros síntomas que se pueden dar son estrabismo (ojos desviados) o [astigmatismo](#).

¿Cuáles son las causas?

La ptosis palpebral más frecuente en la infancia suele ser de origen congénito. Y puede estar presente desde el nacimiento o aparecer a lo largo de la vida. Se debe a una alteración en el desarrollo del músculo encargado de elevar el párpado superior o del nervio que hace funcionar el músculo. Esto provoca que este músculo tenga menos fuerza y no haga bien su función.

A veces hay antecedentes familiares.

El 75% de los casos de ptosis congénita afectan a un solo ojo. Cuando la ptosis es bilateral suele ser asimétrica.

Puede empezar de forma aguda o crónica. Casi siempre se trata de una alteración aislada y no suele asociarse a otras alteraciones o patologías; a veces, sí.

Otras causas menos frecuentes de ptosis no congénita son: enfermedades musculares (miastenia gravis, distrofia de Steinert), desórdenes neurológicos que causan una falta de estímulo nervioso del músculo elevador del párpado (parálisis del III par craneal, síndrome de Horner, sincinesia de Marcus-Gunn), traumatismos locales y tumores palpebrales, de la órbita o intracraneales.

También es importante diferenciar la ptosis real de la *pseudoptosis*. Son situaciones en las que puede parecer erróneamente que hay una ptosis palpebral.

Esto puede pasar en situaciones que generan cierta asimetría "a simple vista" entre ambos ojos. Por ejemplo, en niños con un exceso de piel en el párpado superior, con unos ojos saltones (exoftalmo) de forma asimétrica, en casos de estrabismo, o cuando existe un cierre voluntario de un ojo secundario a una sensación de irritación del mismo (por cuerpo extraño o fotofobia,...).

Sincinesia de *Marcus-Gunn*

Se trata de una ptosis palpebral en la que se produce una elevación involuntaria del párpado caído coincidiendo con movimientos de la mandíbula o la boca. Ocurre al hablar, masticar o succionar. Se debe a una inervación anómala del músculo que eleva el párpado superior. Puede mejorar con el paso del tiempo.

¿Qué debo hacer si sospecho que mi hijo presenta una ptosis palpebral?

Si usted sospecha que su hijo tiene una ptosis palpebral, debe acudir al pediatra. En primer lugar, valorará si se trata de una ptosis real o una pseudoptosis. Le hará una exploración física exhaustiva, una historia clínica completa e indagará en los antecedentes familiares y otras enfermedades que puedan orientar sobre la causa de la misma.

Si el pediatra confirma su sospecha, remitirá a su hijo al oftalmólogo. Este realizará una valoración de la visión y descartará si hay alteraciones asociadas (estrabismo, ambliopía, tortícolis ocular...). También estudiará la causa en caso de que la ptosis no sea congénita (sobre todo si no hay un antecedente de traumatismo o intervención quirúrgica que lo pueda explicar).

¿Cómo y cuándo debe tratarse una ptosis palpebral? ¿Se puede corregir de forma definitiva?

El único tratamiento definitivo es la cirugía. Pero hay que tener en cuenta que algunas de las ptosis palpebrales congénitas mejoran durante el primer y segundo año de vida.

La necesidad de corrección quirúrgica debe valorarse en función de la edad del niño, si la ptosis es uni o bilateral, el grado y severidad de la misma y si presenta alguna alteración asociada o no. En los casos leves en que la ptosis no asocia ambliopía, astigmatismo, estrabismo ni inclinaciones compensatorias de la cabeza (tortícolis ocular), puede ser suficiente con la observación periódica.

La corrección de la ptosis se puede hacer a cualquier edad. Se hará pronto en caso de que la ptosis ocluya la pupila o vaya acompañada de ambliopía.

En función del grado de ptosis se usa un tipo de cirugía u otro.

Si la indicación de cirugía no es urgente, la intervención suele retrasarse hasta los 3-4 años de edad. En este momento las estructuras ópticas están más desarrolladas. Así se podrán realizar mediciones más exactas y lograr resultados más precisos.

En los casos no congénitos (adquiridos), se realizará el tratamiento específico de la causa.

Antes de la cirugía el oftalmólogo hará una valoración completa comparando la función del músculo y las mediciones del grado de apertura palpebral de ambos ojos para poder conseguir una simetría. Aun así, no es raro

que precise una segunda intervención para mejorar esa simetría.

¿Se puede prevenir la ptosis palpebral congénita?

La ptosis congénita no se puede prevenir. Debe ser detectada y tratada a tiempo para evitar alteración de la visión por oclusión de la pupila (ambliopía u "ojo vago", estrabismo y astigmatismo).

Fecha de publicación: 1-01-2018

Autor/es:

- [Patricia Sánchez Blázquez](#). Pediatra. CAP Centre-Dalt la Vila. Badalona Badalona (Barcelona)
- [Maria Sandiumenge Durán](#). Pediatra. Centro de Atención Primaria "Poblenou". Barcelona

