

<b>Nombre de la política</b>	Política clínica: Cirugía de párpados y cejas
<b>Número de la política</b>	1301.00
<b>Departamento</b>	Productos Clínicos y Desarrollo
<b>Subcategoría</b>	Administración médica
<b>Fecha de aprobación original</b>	07/10/2017
<b>Fecha de aprobación de MPC/CCO actual</b>	01/08/2025
<b>Fecha de entrada en vigencia actual</b>	04/01/2025

**Entidades de la compañía compatibles (Seleccione todas las opciones que correspondan)**

- Superior Vision Benefit Management  
 Superior Vision Services  
 Superior Vision of New Jersey, Inc.  
 Block Vision of Texas, Inc., nombre comercial: Superior Vision of Texas  
 Davis Vision  
(Denominadas en conjunto "Versant Health" o "la Compañía")

**SIGLAS o DEFINICIONES**

Blefaroptosis	Caída anormal del margen del párpado superior con el ojo en posición primaria de mirada.
Blefaroplastia	Reparación del párpado inferior o superior
Ptoxis de cejas	La ptoxis de la ceja es el descenso de la ceja y de la almohadilla grasa de la ceja y ocurre típicamente con la edad avanzada o trauma anterior
Dermatocalasis	Exceso de piel en el párpado superior; se produce con la ptoxis de la ceja
Ectropión	El ectropión es cuando el párpado se pliega hacia afuera.
Entropión	El entropión es cuando el párpado se pliega hacia dentro.
MRD	Distancia marginal refleja

**PROPÓSITO**

Proporcionar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones para la cirugía de párpados y cejas, y para emitir determinaciones de necesidad médica. También se definen los códigos de procedimientos vigentes.

<b>POLÍTICA</b>
-----------------

## **A. ANTECEDENTES**

Los procedimientos de blefaroplastia, reparación de blefaroptosis y lifting de cejas son médicamente necesarios por indicaciones funcionales. Dado que estos procedimientos se hacen con fines estéticos y funcionales, la necesidad médica debe ser evaluada exhaustivamente por el médico de atención directa.

Los procedimientos de malposición de los párpados son médicamente necesarios por indicaciones funcionales para corregir posiciones anormales de los párpados. Estos procedimientos se hacen con fines funcionales que afectan a la calidad de la vista, a los síntomas o como prevención de daños secundarios en el ojo.

## **B. Médicamente necesarias**

La blefaroplastia, la blefaroptosis, la reparación de la ptosis de las cejas y la reparación de la malposición de los párpados pueden considerarse médicamente necesarias cuando se hacen para las siguientes indicaciones funcionales.

1. La blefaroplastia del párpado superior puede considerarse médicamente necesaria cuando:
  - a. El paciente se queja de un deterioro funcional que afecta su capacidad para hacer actividades específicas de la vida diaria (por ejemplo, leer, ver la televisión, conducir o tener actividades ocupacionales, vocacionales y recreativas).
  - b. El examen documenta un exceso de piel en el párpado superior de tal gravedad que explica el deterioro funcional descrito por el paciente.
  - c. Se necesitan fotografías externas para documentar la necesidad médica de la reparación de la blefaroplastia, como se indica abajo:
    - i. Las fotografías deben ser de cara completa con
      - a) el paciente mirando al frente
      - b) fotografías oblicuas, si son necesarias para demostrar el defecto anatómico en el que se basa el deterioro funcional
    - ii. No se aceptan fotografías en las que el paciente mire hacia arriba o hacia abajo; y
    - iii. No se aceptan fotografías de ojos individuales; y
    - iv. Las fotografías deben ser de calidad suficiente para permitir la evaluación del eje pupilar, el encapuchamiento temporal y demostrar una distancia marginal refleja (MRD) inferior a 2 mm con entrada frontal normalizada.
2. La reparación de la ptosis de las cejas se considera médicamente necesaria para las siguientes indicaciones funcionales:
  - a. El paciente se queja de un deterioro funcional que afecta su capacidad para hacer actividades específicas de la vida diaria (por ejemplo, leer, ver la televisión, conducir o tener actividades ocupacionales, vocacionales y recreativas).

- b. El examen documenta una ptosis de las cejas de gravedad suficiente para explicar el deterioro funcional descrito por el paciente.
  - c. Si la reparación de la ptosis de la ceja se solicita simultáneamente con la blefaroplastia o la reparación de la blefaroptosis, la documentación respalda que la reparación de la ptosis de la ceja puede estar también indicada cuando la blefaroplastia o la reparación de la blefaroptosis por sí solas sean inadecuadas para corregir los cambios en los párpados que dan como resultado un deterioro funcional.
  - d. Se necesitan fotografías externas para documentar la necesidad médica de la reparación de la ptosis de las cejas, así:
    - i. Las fotografías deben ser de cara completa con:
      - a) el paciente mirando al frente; y
      - b) fotografías oblicuas, en caso necesario, para demostrar el defecto anatómico en el que se basa la incapacidad funcional; y,
    - ii. No se aceptan fotografías en las que el paciente mire hacia arriba o hacia abajo; y
    - iii. No se aceptan fotografías de ojos individuales; y
    - iv. Las fotografías deben ser de calidad suficiente para permitir la evaluación del eje pupilar, la capucha temporal y demostrar una distancia refleja marginal (MRD) inferior a 2 mm con entrada frontal normalizada.
3. La reparación de la blefaroptosis (ptosis) puede considerarse médicamente necesaria cuando:
- a. El paciente se queja de un deterioro funcional que afecta su capacidad para hacer actividades específicas de la vida diaria (por ejemplo, leer, ver la televisión, conducir o hacer actividades ocupacionales, vocacionales y recreativas).
  - b. El examen documenta una blefaroptosis de gravedad suficiente para explicar el deterioro funcional.
  - c. Se necesitan fotografías externas para documentar la necesidad médica de la reparación de la blefaroptosis, así:
    - i. Las fotografías deben ser de cara completa con
      - a) el paciente mirando al frente y
      - b) fotografías oblicuas, si son necesarias para demostrar el defecto anatómico en el que se basa la incapacidad funcional
    - ii. Las fotografías del paciente mirando hacia arriba o hacia abajo no son aceptables.
    - iii. No se aceptan fotografías de ojos individuales.
    - iv. Las fotografías deben ser de calidad suficiente para permitir la evaluación del eje pupilar, el encapuchamiento temporal y demostrar una distancia marginal refleja (MRD) inferior a 2 mm con entrada frontal normalizada.
4. Los procedimientos de malposición de los párpados pueden ser médicamente necesarios por indicaciones funcionales para corregir posiciones anormales de los párpados. Estos procedimientos se hacen con fines funcionales que afectan a la calidad de la vista, a los síntomas o como prevención de daños secundarios en el ojo.

- a. La reparación del entropión puede ser médicamente necesaria cuando:
    - i. El examen documenta una posición anormal del párpado superior o inferior, de manera que el borde del párpado está anormalmente girado hacia el ojo.
    - ii. Los síntomas pueden incluir dolor, sensación de cuerpo extraño, sequedad, lagrimeo, enrojecimiento ocular, disminución de la vista.
    - iii. El examen documenta una posición anormal del párpado superior o inferior, de manera que el borde del párpado está anormalmente girado alejándose del ojo.
    - iv. Los síntomas pueden incluir dolor, sensación de cuerpo extraño, sequedad, lagrimeo, enrojecimiento ocular, disminución de la vista.
    - v. Otros resultados pueden incluir queratopatía (tinción corneal, arañazos, cicatriz), inyección conjuntival, quemosis conjuntival, infección corneal/conjuntival, inyección o engrosamiento conjuntival del párpado, parálisis del nervio facial.
  - b. La reparación del ectropión puede ser médicamente necesaria cuando:
    - i. El examen documenta una posición anormal del párpado superior o inferior, de manera que el borde del párpado está anormalmente girado alejándose del ojo.
    - ii. Los síntomas pueden incluir dolor, sensación de cuerpo extraño, sequedad, lagrimeo, enrojecimiento ocular, disminución de la vista.
    - iii. Otros resultados pueden incluir queratopatía (tinción corneal, arañazos, cicatriz), inyección conjuntival, quemosis conjuntival, infección corneal/conjuntival, inyección o engrosamiento conjuntival del párpado, parálisis del nervio facial.
  - c. La reparación de la malposición del párpado puede ser médicamente necesaria cuando se hace para las siguientes indicaciones funcionales y la documentación demuestra:
    - i. Dificultades en el ajuste de la prótesis debido a una disfunción del párpado; o
    - ii. Exposición continua de la córnea; o
    - iii. Blefaroespasma o variantes relacionadas de distonía facial; o
    - iv. Lesión o traumatismo que da como resultado una disfunción de los párpados.
  - d. Adjunct or concurrent procedures may be necessary to fully repair the eyelid abnormality. These include full thickness skin graft, sustitutos de la piel, adjacent tissue transfer, and myofascial flap.
5. Para todas las condiciones de arriba, si el paciente tiene 9 años o menos, la necesidad médica puede incluir el riesgo de ambliopía, que debe justificarse documentalmente.

### **C. Documentación**

La necesidad médica debe tener el respaldo de la documentación adecuada y completa de la historia clínica del paciente en la que se describen el procedimiento y la razón médica para hacerlo. La documentación requiere, como mínimo, todos los artículos siguientes. Todos los artículos deben estar disponibles según se pidan para iniciar o mantener los pagos anteriores. Para cualquier revisión retrospectiva se necesita un informe operativo completo.

Cada página de la historia clínica debe ser legible e incluir información apropiada de identificación del paciente (p. ej., nombre completo, fechas de servicio). El médico debe

autenticar los servicios proporcionados/solicitados con una firma a mano o electrónica. El método utilizado debe ser firma a mano o electrónica. No se aceptan firmas estampadas.

1. Examen oftalmológico con descripción de la necesidad médica de cirugía y ausencia de contraindicaciones para la cirugía.
2. Nota en la queja principal o en la historia del paciente del deterioro funcional en actividades de la vida diaria específicas que se atribuyen directamente a la mala posición de los párpados o la frente.
3. Las fotografías de frente documentan una dermatocalasia evidente, ptosis en el margen del párpado o ptosis de cejas. Las fotografías deben ser de buena calidad y la mirada debe estar en posición primaria (el paciente mirando de frente). En los casos en los que se planifique la cirugía del párpado superior, las fotos deberán demostrar una distancia margen-reflejo (MRD) de 2 mm o menos. La distancia margen-reflejo (MRD) es la distancia del margen del párpado hasta el reflejo de luz central de la córnea.
4. Las fotos en posición oblicua o lateral solo son necesarias para demostrar el exceso de piel en las pestañas superiores cuando esta es la indicación principal de la cirugía.
5. No se necesitan pruebas formales de campo visual para establecer la necesidad médica.
6. El informe quirúrgico detallado que incorpora las indicaciones, la descripción de procedimientos y las instrucciones para el alta debe estar disponible a petición.

#### E. Información sobre el procedimiento

<b>Códigos CPT</b>	
15769	Injerto de tejido blando autógeno, obtenido por escisión
15820	Blefaroplastia; párpado inferior
15821	Blefaroplastia; párpado inferior con exceso de hernia de cuerpo adiposo
15822	Blefaroplastia; párpado superior
15823	Blefaroplastia; párpado superior con exceso de piel que cuelga sobre párpado
67900	Reparación de ptosis de cejas
67901	Reparación de blefaroptosis; técnica del músculo frontal con sutura u otro material (p. ej., fascia de banco de tejidos)
67902	Reparación de blefaroptosis; técnicas del músculo frontal con cabestrillo fascial autógeno
67903	Reparación de blefaroptosis; resección o avance del elevador (tarso), abordaje interno
67904	Reparación de blefaroptosis; resección o avance del elevador (tarso), abordaje externo

67906	Reparación de blefaroptosis; técnica del músculo recto superior con cabestrillo fascial
67908	Reparación de blefaroptosis; resección del elevador, músculo conjuntivo tarsal de Müller
67909	Reducción de hipercorrección de ptosis
67911	Corrección de retracción de párpados
67914	Reparación de ectropión; sutura
67915	Reparación de ectropión; termocauterización
67916	Reparación de ectropión; escisión tarsal en cuña
67917	Reparación de ectropión; extensa
67921	Reparación de entropión; sutura
67922	Reparación de entropión; termocauterización
67923	Reparación de entropión; escisión tarsal en cuña
67924	Reparación de entropión; extensa

<b>EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL</b>
--

Esta política se ofrece solo con fines informativos y no constituye un consejo médico. Versant Health, Inc. Y sus filiales (la "Compañía") no proporcionan servicios de atención médica y no pueden garantizar resultados ni desenlaces. Los médicos de cabecera únicamente son responsables de determinar qué servicios o tratamientos les proporcionan a sus pacientes. Los pacientes (miembros) siempre deben consultar con su médico antes de tomar decisiones sobre atención médica.

Sujeto a las leyes vigentes, el cumplimiento de esta Política de cobertura no es una garantía de cobertura ni de pago. La cobertura se basa en los términos de un documento del plan de cobertura en particular de una persona, que es probable que no cubra los servicios ni procedimientos tratados en esta Política de cobertura. Los términos del plan de cobertura específica de la persona siempre son determinantes.

Se hizo todo lo posible para asegurarse de que la información de esta política de cobertura sea precisa y completa; sin embargo, la Compañía no garantiza que no haya errores en esta política o que la visualización de este archivo en un sitio web no tenga errores. La compañía y sus empleados no son responsables de los errores, las omisiones ni de otras imprecisiones en la información, el producto o los procesos divulgados en este documento. Ni la Compañía ni los empleados manifiestan que el uso de dicha información, producto o procesos no infringirá los

derechos de propiedad privada. En ningún caso la Compañía será responsable de los daños directos, indirectos, especiales, incidentales o resultantes que surjan del uso de dicha información, producto o proceso.

**DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA COMPAÑÍA**

Salvo los derechos de propiedad intelectual que se describen abajo, esta Política de cobertura es confidencial y de propiedad exclusiva y ninguna parte de esta Política de cobertura puede copiarse sin la aprobación previa, expresa y por escrito de Versant Health o de sus filiales correspondientes.

**DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA AMA**

Derechos de propiedad intelectual 2002-2025 de CPT© solamente, American Medical Asociación. Todos los derechos reservados. CPT™ es una marca registrada de la American Medical Asociación. El complemento de regulaciones para adquisiciones federales (FARS)/ complemento de regulaciones para adquisiciones federales para Defensa (DFARS) se aplican al uso del gobierno. Las listas de honorarios, las unidades de valor relativo, los factores de conversión o los componentes relacionados no los asigna la AMA ni forman parte de CPT, y la AMA no recomienda su uso. La AMA no ejerce directa ni indirectamente la medicina ni dispensa servicios médicos. La AMA no asume ninguna responsabilidad por los datos contenidos o no en este documento.

<b>POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS</b>	
1321	Eliminación de lesiones en los párpados

<b>ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS</b>		
<i>Fecha de aprobación</i>	<i>Revisión</i>	<i>Fecha de entrada en vigencia</i>
07/10/2017	Política inicial	07/10/2017
01/23/2018	Revisión anual; sin cambios de criterios	01/23/2018
12/13/2018	Revisión anual; sin cambios de criterios	01/01/2019
12/18/2019	Revisión anual; agregado de código 92285 requerido de CMS	01/01/2020
10/28/2020	Revisión anual; agregado de criterios para párpados ptóticos y eliminación del requisito de una foto ocular relacionada con el servicio.	03/01/2021
10/06/2021	Agregado de código CPT 67901; agregado de indicación de necesidad médica para pacientes que tienen 9 años o menos.	04/01/2022
04/06/2022	Combine grupos CPT de procedimientos reconstructivos y cosméticos. Eliminación de la blefaroplastia del párpado inferior como procedimiento no médicamente necesario.	07/01/2022
01/04/2023	Eliminar el requisito de dar informes de examen preoperatorio y posoperatorio/cirugía.	04/01/2023

09/20/2023	Revisión administrativa para la regla final CMS 2024 Medicare Parte C equidad: sin cambios.	n/a
01/03/2024	Indicaciones añadidas para la reparación de ectropiones y entropiones.	04/01/2024
01/08/2025	Se agregó injerto con sustitutos de piel como una cirugía concurrente permitida.	04/01/2025

## BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

1. Alkeswani A, Hataway F, Westbrook B, et al. Changes in Lid Crease Measurements in Levator Advancement for Ptosis. *Ann Plast Surg.* 2020 Jun;84(6S Suppl 5): S358-S360. doi: 10.1097/SAP.0000000000002304. PMID: 32102002.
2. Bae S, Han J. Various Applications of Nonincisional Blepharoptosis Repair Technique in Secondary Surgeries. *J Craniofac Surg.* 2019 Jun;30(4): e282-e284. doi: 10.1097/SCS.00000000000005105. PMID: 30615001.
3. Barmettler A, Wang J, Heo M, et.al. Upper Eyelid Blepharoplasty: A Novel Method to Predict and Improve Outcomes. *Aesthet Surg J.* 2018;38(11):NP156-NP164. doi:10.1093/asj/sjy167
4. Bernardini FP. Supramaximal Levator Resection for Poor Function Congenital Ptosis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2019 Sep/Oct;35(5): e126. doi: 10.1097/IOP.0000000000001341. PMID: 30921059.
5. Bhattacharjee K, Ghosh S, Ugradar S, et.al. Lower eyelid blepharoplasty: An overview. *Indian J Ophthalmol.* 2020 Oct;68(10):2075-2083. doi: 10.4103/ijo.IJO\_2265\_19. PMID: 32971612; PMCID: PMC7727946.
6. Dermarkarian CR, Williams KJ, Sweeney AR, et al. Reply re: "Topical Corticosteroid Use Associated with Increased Degree of Ptosis and Rate of Ptosis Repair Failure". *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2020 Jul/Aug;36(4):421-422. doi: 10.1097/IOP.0000000000001723. PMID: 32658138.
7. Federici, T.J. Meyer, D.R. Lininger, L.L. Correlation of the Vision-related Functional Impairment Associated with Blepharoptosis and the Impact of Blepharoptosis Surgery, *Ophthalmology* 1999; 106: 1705-1712.
8. Gazit I, Gildener-Leapman J, Or L, et al. Müller's Muscle-conjunctival Resection Combined with Tarsectomy for Treatment of Congenital Ptosis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2019 Nov/Dec;35(6):619-622. doi: 10.1097/IOP.0000000000001410. PMID: 31162300.
9. Gildener-Leapman JR, Sheps I, Stein R, et al. The Sutureless Mullerectomy. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2019 May/Jun;35(3):290-293. doi: 10.1097/IOP.0000000000001331. PMID: 30844915.
10. Godfrey KJ, Korn BS, Kikkawa DO. Blepharoptosis following ocular surgery: identifying risk factors. *Curr Opin Ophthalmol.* 2016;27(1):31-37. doi:10.1097/ICU.0000000000000218.
11. Gomez J, Laquis SJ. Blepharoptosis: Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment. *Insight.* 2015;40(2):5-9.
12. Homer N, Huggins A, Nakra T. Re: "The Sutureless Mullerectomy". *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2019 Nov/Dec;35(6):631. doi: 10.1097/IOP.0000000000001474. PMID: 31693633.
13. Hwang K, Kim JH. The Risk of Blepharoptosis in Contact Lens Wearers. *J Craniofac Surg.* 2015;26(5):e373-e374. doi:10.1097/SCS.0000000000001876.



14. Hwang I, Myung Y, Park S. Levator Pull-Out Suture Technique for Immediate Postoperative Correction of Eyelid Asymmetry After Ptosis Surgery in Asians. *Aesthetic Plast Surg.* 2019 Apr;43(2):388-394. doi: 10.1007/s00266-018-1276-x. Epub 2018 Nov 27. PMID: 30483936.
15. Jamison A, Kemp EG, Drummond SR. Surgical intervention for pediatric blepharoptosis: a 6-year case series. *Int Ophthalmol.* 2019 Sep;39(9):1931-1938. doi: 10.1007/s10792-018-1020-1. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30244388.
16. Kaderli A, Katircioglu Y, Ozdemir ES, et al. Long-term comparison of the efficacies of internal and external browpexy combined with blepharoplasty. *Arq Bras Oftalmol.* 2020 Jun;83(3):185-189. doi: 10.5935/0004-2749.20200033. Epub 2020 Feb 10. PMID: 32049161.
17. Kang S, Seo JW, Ahn CJ, et al. Intraoperative lagophthalmos formula for levator resection in congenital ptosis. *Br J Ophthalmol.* 2019 Jun;103(6):802-804. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-311945. Epub 2018 Jul 26. PMID: 30049800.
18. Kashkouli MB, Abdolalizadeh P, Hadi Y, et al. Change in Lower Eyelid Position After Ptosis Repair in Patients with Unilateral Myogenic Versus Aponeurotic Blepharoptosis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2019 Jul/Aug;35(4):383-386. doi: 10.1097/IOP.0000000000001287. PMID: 31283689.
19. Kim KK, Granick MS, Baum GA, et.al. American Society of Plastic Surgeons Evidence-Based Clinical Practice Guideline: Eyelid Surgery for Upper Visual Field Improvement. *Plast Reconstr Surg.* 2022 Aug 1;150(2):419e-434e. doi: 10.1097/PRS.00000000000009329. Epub 2022 Jul 27. PMID: 35895522.
20. Kim HS, Kim KK. Subbrow Lift Using Frontalis Sling to Correct Lateral Orbital Laxity. *Aesthetic Plast Surg.* 2020 Dec;44(6):2119-2126. doi: 10.1007/s00266-020-01879-9. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32710200; PMCID: PMC7683472.
21. Khademi B, Kashkouli MB. Re: "Topical Corticosteroid Use Associated with Increased Degree of Ptosis and Rate of Ptosis Repair Failure". *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2020 Jul/Aug;36(4):421. doi: 10.1097/IOP.0000000000001722. PMID: 32658137.
22. Klifto KM, Elhelali A, Gurno CF, et.al. Acute surgical vs non-surgical management for ocular and peri-ocular burns: a systematic review and meta-analysis. *Burns Trauma.* 2019 Sep 2; 7:25. doi: 10.1186/s41038-019-0161-4. PMID: 31497611; PMCID: PMC6717987.
23. Kokubo K, Katori N, Hayashi K, et al. Evaluation of the eyebrow position after aponeurosis advancement. *J Plast Surg Hand Surg.* 2019 Feb;53(1):60-64. doi: 10.1080/2000656X.2018.1547735. Epub 2019 Jan 24. PMID: 30676851.
24. Kossler AL, Peng GL, Yoo DB, et.al. Current Trends in Upper and Lower Eyelid Blepharoplasty Among American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery Members. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2018;34(1):37-42. doi:10.1097/IOP.0000000000000849
25. Lattig MW, Huggins AB, Marx DP, et.al. Clinical Evaluation of Blepharoptosis: Distinguishing Age-Related Ptosis from Masquerade Conditions. *Semin Plast Surg.* 2017;31(1):5-16. doi:10.1055/s-0037-1598188.
26. Lee TY, Kim KB, Choi DI. Incisional Ptosis Correction with Hidden Double Fold in Asian Patients. *Aesthetic Plast Surg.* 2019 Feb;43(1):133-138. doi: 10.1007/s00266-018-1214-y. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30141072.
27. Lin TY, Chen AD, Chang CH, et al. Severe Ocular Complications After Blepharoptosis Correction in the Oculopharyngeal Muscular Dystrophy Patient: Literature Review and Case Presentation. *Ann Plast Surg.* 2020 Jan;84(1S Suppl 1): S84-S88. doi: 10.1097/SAP.0000000000002198. PMID: 31833892.
28. Liu CY, Chhadva P, Setabutr P. Blepharoptosis repair. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;26(4):221-226. doi:10.1097/MOO.0000000000000463.
29. Liu R, Sun Y, Huang J, et.al. Brow Position Change and its Potential Risk Factors Following Upper Blepharoplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2023 Aug;47(4):1394-1409. doi: 10.1007/s00266-023-03288-0. Epub 2023 Mar 8. PMID: 36890345.

30. Lv Q, Liu Z, Gu Y, et al. Transbrow Excision Blepharoplasty for Upper Eyelid Dermatochalasis: A Modified Approach. *J Craniofac Surg*. 2020 Jun;31(4):1046-1049. doi: 10.1097/SCS.00000000000006286. PMID: 32102028.
31. Medel R, Vasquez LM, Sánchez España JC. Reply re: "Frontalis Muscle Flap Versus Maximum Anterior Levator Resection as the First Option for Patients with Severe Congenital Ptosis". *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2019 May/Jun;35(3):296-297. doi: 10.1097/IOP.0000000000001367. PMID: 31793916.
32. Nakra T, Modjtahedi S, Vrcek I, et al. The effect of upper eyelid blepharoplasty on eyelid and brow position. *Orbit*. 2016;35(6):324-327. doi:10.1080/01676830.2016.1193541
33. Oh LJ, Wong E, Bae S, et al. Comparing the outcomes of severe versus mild/moderate ptosis using closed posterior levator advancement. *Orbit*. 2019 Feb;38(1):24-29. doi: 10.1080/01676830.2018.1477805. Epub 2018 May 29. PMID: 29842810.
34. Olds C, Most SP. Upper Blepharoplasty. *JAMA*. 2019;321(13):1320. doi:10.1001/jama.2019.1957
35. Pascali M, Massarelli O. The Temporal Subcutaneous Brow Lift (TSBL) with Orbicularis Oculi Muscle (OOM) Elastic Flap: Technical Considerations, Systematic Review and Terminology Standardization. *Facial Plast Surg*. 2022 Sep 29. doi: 10.1055/a-1953-2304. Epub ahead of print. PMID: 36174656.
36. Perenack JD. The Endoscopic Brow Lift. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2016;24(2):165-173. doi: 10.1016/j.cxom.2016.05.005
37. Perez PB, Gunter AE, Moody MP, et al. Investigating Long-Term Brow Stabilization by Endotine Assisted Endoscopic Brow Lift with Concomitant Upper Lid Blepharoplasty. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2021 Oct;130(10):1139-1147. doi: 10.1177/0003489421997653. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33631951.
38. Petroni S, Capozzi P, Parrilla R, et al. Surgical treatment of severe congenital ptosis using deep temporal fascia. *Orbit*. 2019 Aug;38(4):313-317. doi: 10.1080/01676830.2018.1528617. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30325240.
39. Putterman AM. Re: "Frontalis Muscle Flap Versus Maximum Anterior Levator Resection as the First Option for Patients with Severe Congenital Ptosis". *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2019 May/Jun;35(3):296. doi: 10.1097/IOP.0000000000001366. PMID: 31793915.
40. Putthirangsiwong B, Katsev B, Steinsapir KD, et al. Surgical Predictors of Reduced Marginal Reflex Distance After Upper Blepharoplasty. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2019 Nov/Dec;35(6):566-568. doi: 10.1097/IOP.0000000000001376. PMID: 30908469.
41. Rohrich RJ, Villanueva NL, Afroz PN. Refinements in Upper Blepharoplasty: The Five-Step Technique. *Plast Reconstr Surg*. 2018;141(5):1144-1146. doi:10.1097/PRS.0000000000004439.
42. Sinha KR, Al Shaker S, Yeganeh A, et al. The Relationship Between Eyebrow and Eyelid Position in Patients with Ptosis, Dermatochalasis and Controls. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2019 Jan/Feb;35(1):85-90. doi: 10.1097/IOP.0000000000001178. PMID: 30124610.
43. Sweeney AR, Dermarkarian CR, Williams KJ, et al. Outcomes After Müller Muscle Conjunctival Resection Versus External Levator Advancement in Severe Involutional Blepharoptosis. *Am J Ophthalmol*. 2020 Sep; 217:182-188. doi: 10.1016/j.ajo.2020.04.039. Epub 2020 May 6. PMID: 32387434.
44. Sweeney AR, Williams KJ, Dermarkarian CR, et al. Topical Prostaglandin Analog Use Is Associated with Increased Failure Rate of Ptosis Repair. *Ophthalmology*. 2020 Feb;127(2):276-278. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.09.007. Epub 2019 Sep 13. PMID: 31630785.
45. Ullrich K, Malhotra R. How far we have come: A review of the evolution of posterior approach ptosis surgery. *Clin Exp Ophthalmol*. 2019 Nov;47(8):1082-1087. doi: 10.1111/ceo.13574. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31215150.

## FUENTES

1. AAO; [Functional Indications for Upper Eyelid Ptosis and Blepharoplasty Surgery OTA - American Academy of Ophthalmology](#) . Accessed 12/2024.
2. AAO Eyelid surgery. <https://www.aao.org/eye-health/treatments/eyelid-surgery>. Accessed 12/2024.
3. American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery, White Paper on Functional Blepharoplasty, Blepharoptosis and Brow Ptosis Repair, 2014. <https://www.asoprs.org/assets/docs/1%20-%20FINAL%20ASOPRS%20White%20Paper%20January%202015.pdf>. Accessed 12/2024.