

Capítulo 11

RESULTADOS

ESTADISTICA DESCRIPTIVA (FRECUENCIAS)

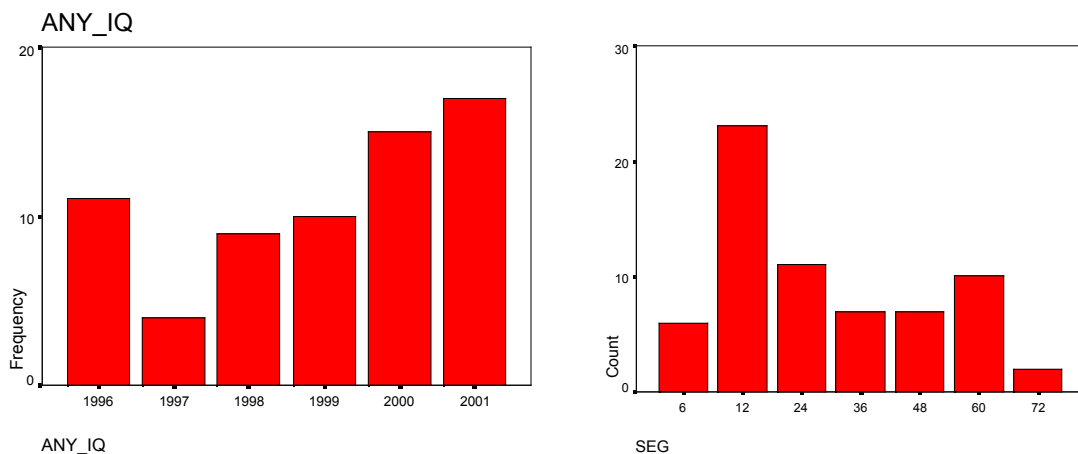
- **Datos preoperatorios**

1. Tamaño de la muestra

La muestra está compuesta por 66 pacientes, sólo los que cumpliendo los criterios de inclusión habían sido documentados por completo.

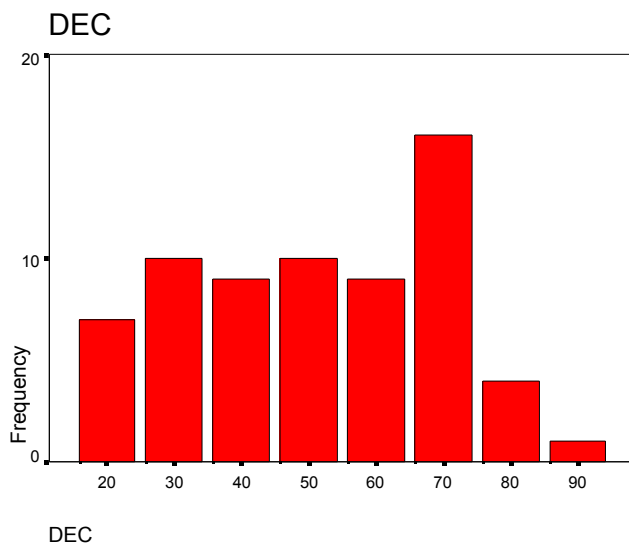
2. Seguimiento

Todos los pacientes fueron intervenidos entre 1996 y 2001: 11 en 1996, 4 en 1997, 9 en 1998, 10 en 1999, 15 en 2000 y 17 en 2001 (gráfico ANY_IQ). El seguimiento mínimo ha sido de 6 meses y el máximo de 6 años con una media de 3 años y una desviación estándar (DS) de 1.78 años (gráfico SEG).



3. Edad

La media de edad ha sido de 56.7 años, la mediana 60 años, la DS 19 años, el valor máximo 91 años y el menor 21. Hay que tener en cuenta que el estudio se ha realizado en un hospital en el que no se atiende a la población infantil. El pico de edad se sitúa entre los 70-80 años.



4. Sexo

Fueron intervenidos 36 varones (54.5%) y 30 mujeres (45.5%).

5. Lateralidad

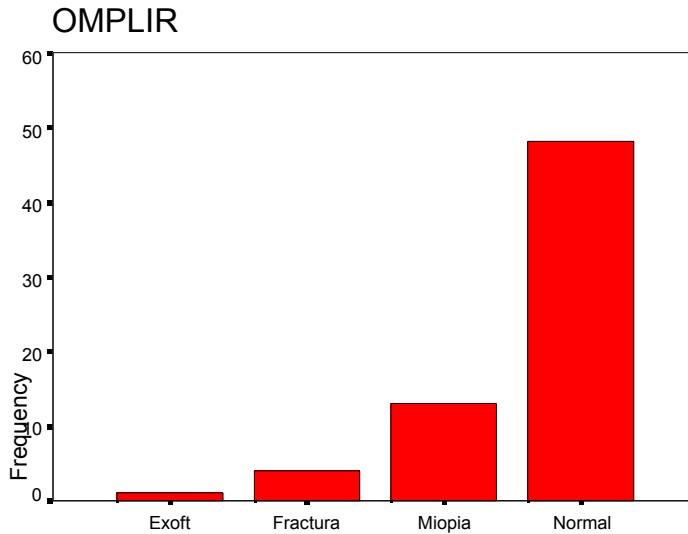
El lado izquierdo fue intervenido en 37 ocasiones (56.1%) mientras que el derecho en 29 (43.9%).

6. Indicaciones

1) Dolor	24	36.4%
2) Estética	24	36.4%
3) Inflamación / infección	14	21.2%
4) Perforación	4	6.1%

7. Cambios en el continente o contenido de la cavidad

Se refiere a las variaciones en las necesidades de relleno que pudiera haber. Un globo miope contralateral o una fractura orbitaria homolateral aumentan el volumen a compensar mientras que un exoftalmos del ojo afecto las disminuyen. Habían 48 ojos normales (72,7%), 13 miopes (19.7%), 4 acompañados de una fractura orbitaria (conocida de antemano o no) (6.1%) y uno con exoftalmos.



OMPLIR

8. Pthisis bulbi

Un 40.9% de los pacientes tenían pthisis bulbi de variable intensidad: leve (aparición de ojo ligeramente más pequeño) 11 (16.7%), moderada (ojo claramente más pequeño) 9 (13,6%) o severa (globo colapsado) 7 (10.6%).

9. Enfermedad causal

1) Traumatismo antiguo	18	27.3%
2) Desprendimiento retina	16	24.2%
3) Endoftalmitis	12	18.2%
4) Glaucoma	8	12.1%
5) Queratopatía	5	7.6%
6) Traumatismo agudo	3	4.5%
7) Otras causas	4	6.1%

10. Cirugías previas

1) Ninguna	18	27.3%
2) Intraocular transcorneal	17	25.8%
3) Cirugía clásica DR	16	24.2%
4) Vitrectomía o trabeculectomía	12	18.2%
5) Implante Molteno	2	3.0%
6) Recubrimiento conjuntival	1	1.5%

• Datos quirúrgicos

1. Cumplimiento del propósito de colocar el implante deseado

Se introdujo el implante programado inicialmente en los 66 pacientes (100%).

2. Diámetro y forma del implante

Se han utilizado 4 tipos de implantes:

- Esfera de 20 mm de PEP, hidroxiapatita o alúmina	30	45.5%
- Esfera de 22 mm de alúmina o PEP	23	23.8%
- Implante ovoide de PEP de 20 mm	12	18.2%
- Implante ovoide de PEP de 18 mm	1	1.5%

3. Volumen del implante

Los 4 implantes se agrupan en 2 volúmenes:

- 5,6 ml para la esfera de 22 y el ovoide de 20	35	53.0%
- 4.2 ml para la esfera de 20 y el ovoide de 18	32	47.0%

4. Material del implante

Los materiales utilizados han sido:

- PEP	37	56.1%
- Alúmina	18	27.3%
- Hidroxiapatita	11	16.7%

5. Comentarios sobre la intervención

Se han anotado dos comentarios importantes relacionados con la intervención:

- Si se realizó una incisión en fondo de saco conjuntival debido a la imposibilidad de oclusión palpebral, habiendo un conformador de tamaño medio colocado, esto se realizó en 5 pacientes (7.6%).
- Si se retiró algún cerclaje o explante (DR), 16 pacientes (24.2%), o implante de Molteno, 2 pacientes (3%).

• **Complicaciones**

Las complicaciones observadas derivadas de la intervención en sí se detallan a continuación (no se incluyen las variaciones deficientes del resultado):

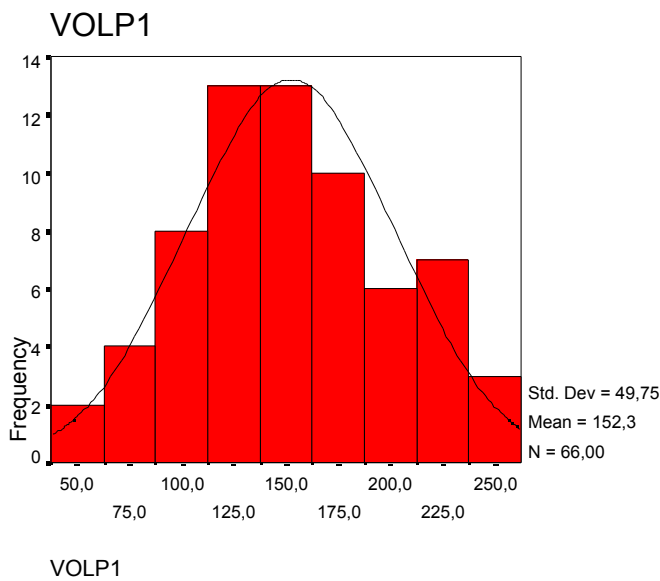
Secreción moderada o severa	23	34.8%
Dolor (postop) moderado o severo	9	13.6%
Quiste inclusión epitelial	6	9.1%
Hemorragia orbitaria	3	4.5%
Retención de sutura	2	3.0%
Granuloma piógeno	2	3.0%
Quemosis exteriorizada	1	1.5%
Dolor profundo prolongado	1	1.5%
Hernia grasa fondo saco	1	1.5%
Infección	0	0.0%

Reacción a cuerpo extraño severa	0	0.0%
Exposición	0	0.0%
Migración	0	0.0%

- **Resultados estáticos**

1. Volumen de la prótesis

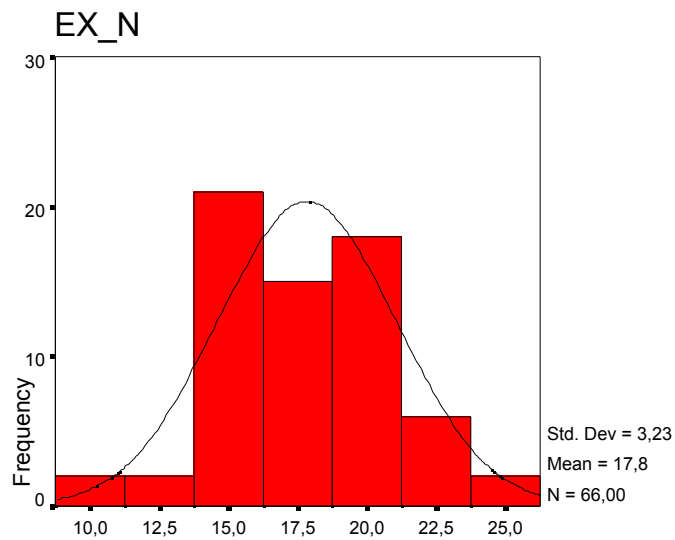
El volumen de la prótesis osciló entre 50 y 250 ml, la media fue 152.27, la mediana 150, la moda 125, la DS 49.75 y los percentiles 25 y 75 fueron de 125 y 181.25 respectivamente. El histograma muestra que la mayoría tenían un volumen entre 125 y 175 ml.



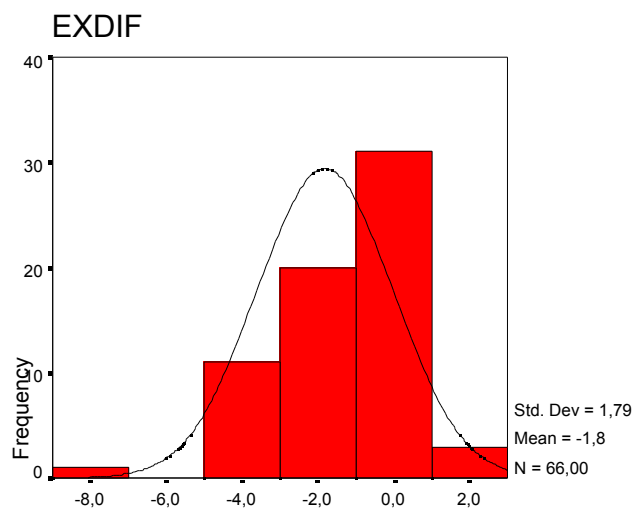
2. Exoftalmometría

Las frecuencias correspondientes a la exoftalmometría del ojo normal, el protésico y su diferencial se muestran a continuación. También pueden observarse en los histogramas EX_N la distribución de las exoftalmometrías de los ojos contralaterales y en EXDIF el diferencial entre los 2 lados.

	Normal	protésico	diferencial
Media	17.83	16.05	-1.82
Mediana	18.00	16.00	-1.00
Moda	16	16	-1
DS	3.23	3.00	1.79
Varianza	10.45	9.00	3.20
Mínimo	9	8	-8
Máximo	26	25	1
Percentil 25	16	14	-3
Percentil 75	20	18	-0.75



EX_N



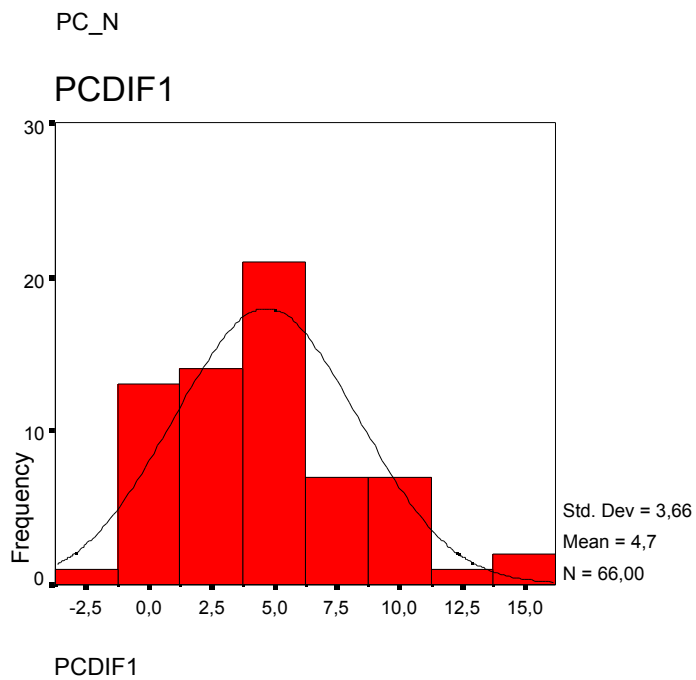
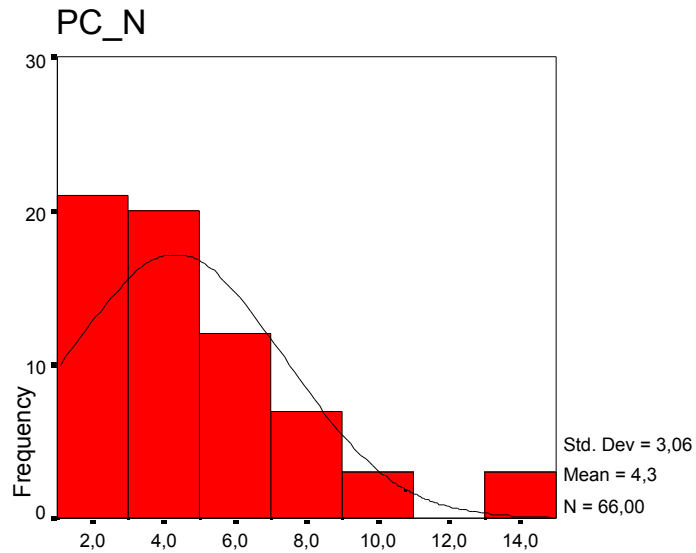
EXDIF

3. Pliegue del párpado superior

Las frecuencias de los pliegues del párpado superior se presentan a continuación. En el histograma PC_N se observa la distribución del pliegue del ojo normal siendo lo más frecuente entre 2 y 6 mm. En el histograma PCDIF1 que refleja la diferencia entre los pliegues de ambos lados observándose un pico alrededor de los 5 mm.

	Normal	protésico	diferencial
Media	4.32	8.98	4.68
Mediana	4.00	8.00	4.00
Moda	1	7	1
DS	3.06	4.51	3.66

Varianza	9.39	20.38	13.42
Mínimo	1	2	-2
Máximo	14	20	16
Percentil 25	2	6	2
Percentil 75	6	12.25	7



4. Alteraciones de la posición de los párpados y la prótesis

- Ptosis palpebral

Se ha observado ptosis palpebral leve en 14 pacientes (21.3%) y moderada en 7 (10.6%); 4 de estos pacientes ya la tenían antes de la intervención.

- Retracción palpebral

La retracción palpebral se presentó en 7 pacientes (10.6%).

- Hipofthalmos

Hubo hipofthalmos en 7 pacientes (10.6%).

- Centraje

El 50% de los pacientes experimentaron desviación de la prótesis aunque ésta fue poco perceptible en el 31.8%. Se observó exotropia en 6 pacientes (9.1%) e hipotropía o hipoexotropía en 6 más.

5. Resultado estático subjetivo

Entre las 4 respuestas posibles sobre el aspecto estético estático del paciente se obtuvieron los siguientes resultados:

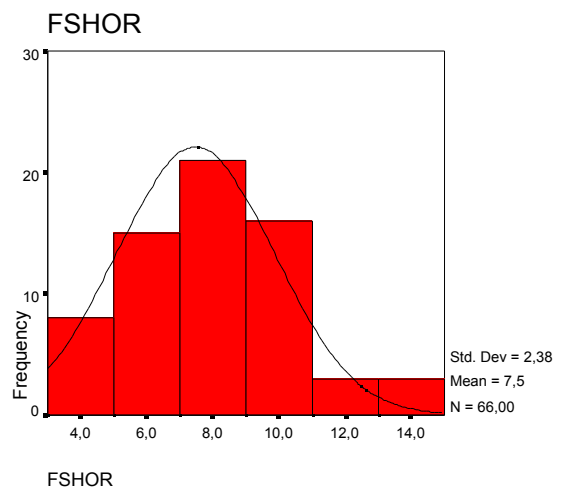
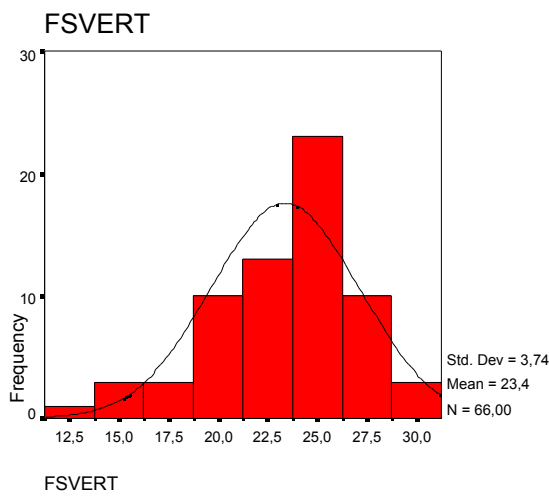
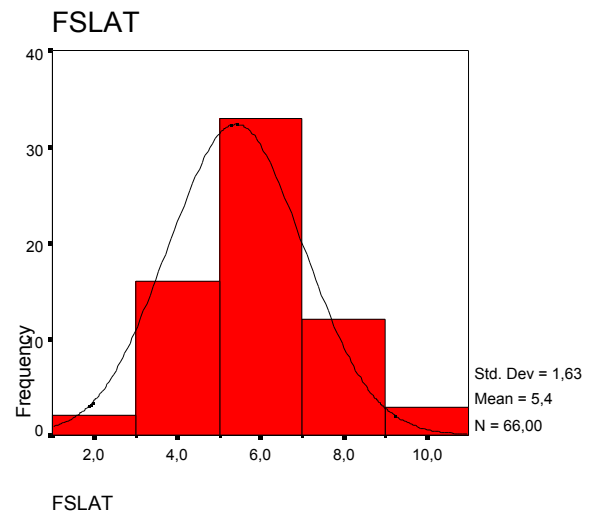
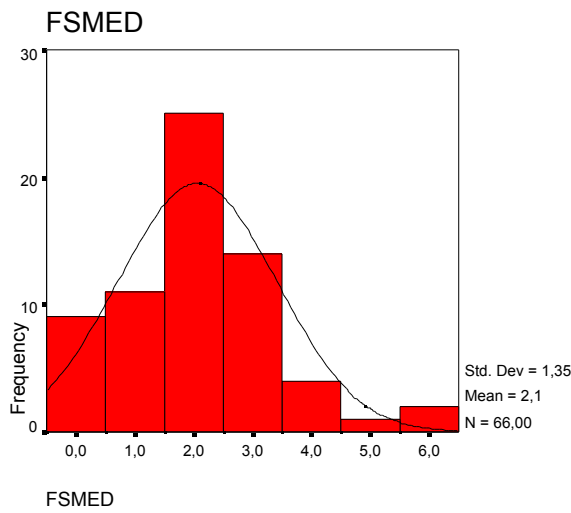
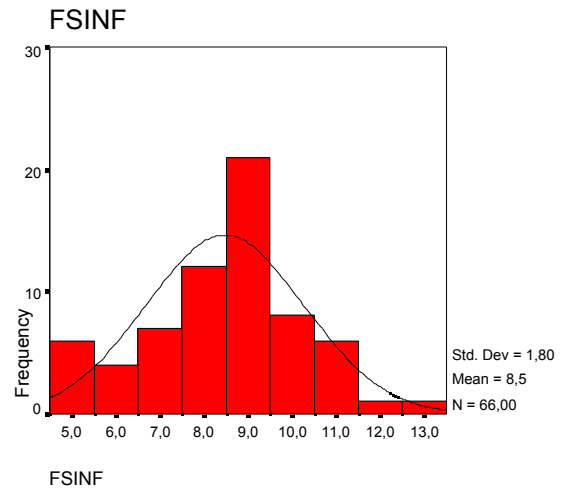
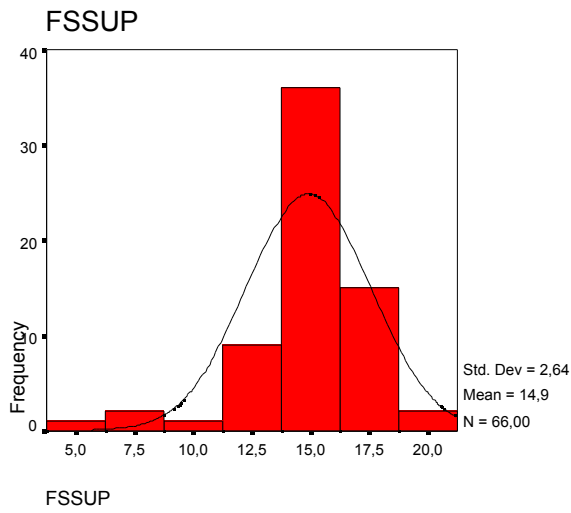
- ojo protésico igual o mejor al contralateral	28	42.4%
- ojo protésico ligeramente peor	22	33.3%
- se nota claramente el ojo protésico	16	24.2%
- el ojo protésico es feo	0	0.0%

• Resultados dinámicos

1. Fondos de saco conjuntivales (FSC)

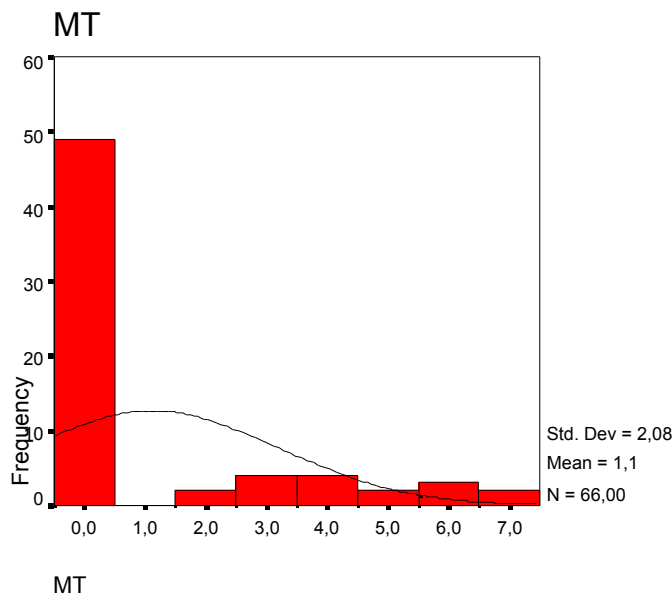
Las frecuencias y los histogramas correspondientes a las profundidades centrales de los fondos de saco conjuntivales se presentan a continuación.

	sup	inf	med	lat	vert	hor
Media	14.92	8.47	2.06	5.41	23.36	7.47
Mediana	15.00	9.00	2.00	5.00	24.00	7.00
Moda	14	9	2	5	24	7
DS	2.64	1.80	1.35	1.63	3.74	2.38
Varianza	6.99	3.24	1.81	2.65	13.99	2.38
Mínimo	6	5	0	1	12	3
Máximo	20	13	6	10	31	13
Percentil 25	14	7	1	4	21	6
Percentil 75	17	9.25	3	6	26	9



2. Déficit de cierre palpebral

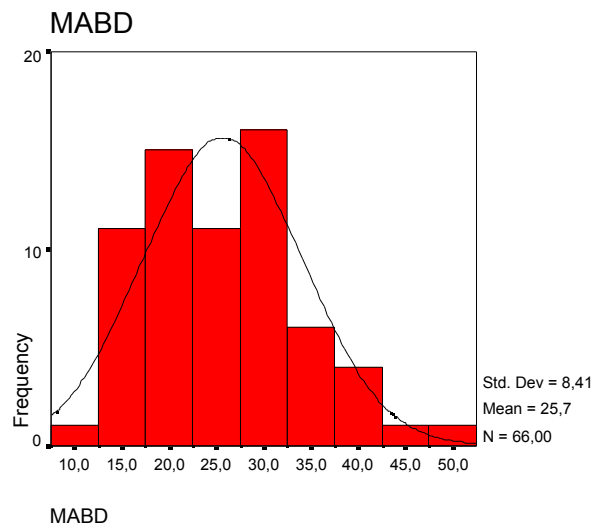
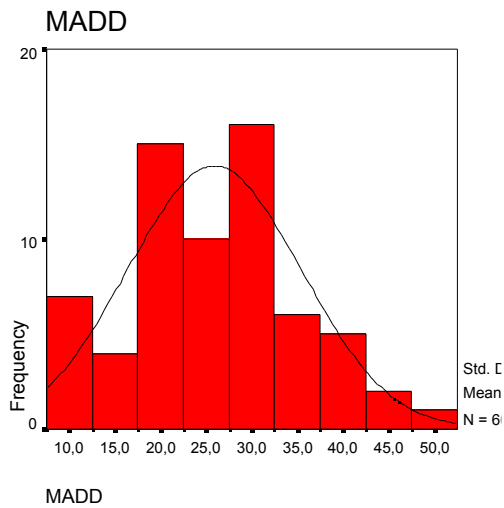
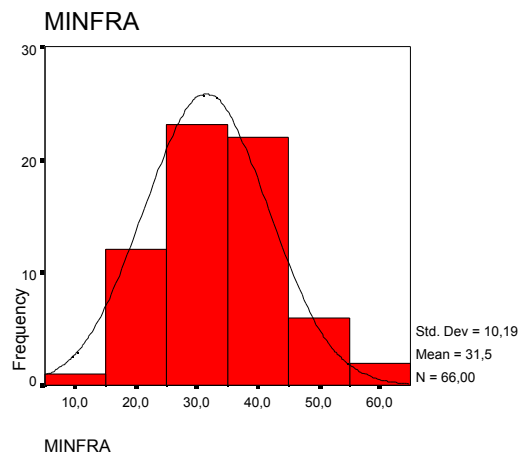
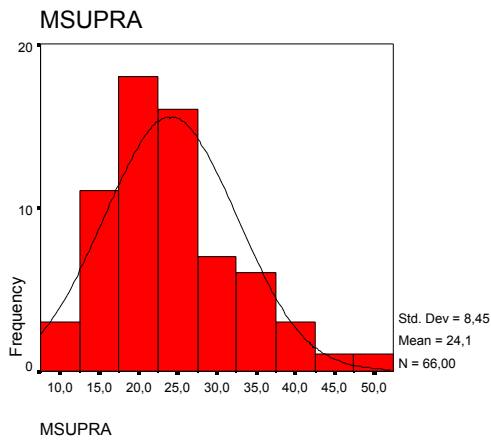
Se ha observado un déficit de cierre palpebral de 2 mm o más en 17 pacientes (25.8%) de los cuales en 6 el defecto fue de 2-3 mm, en 6 más de 4-5 mm y en 5 por encima de esta cantidad. El histograma MT muestra la distribución con la columna correspondiente al 1 vacía pues se consideró imposible de valorar un déficit de cierre no forzado de 1 mm.



3. Movilidad de la prótesis

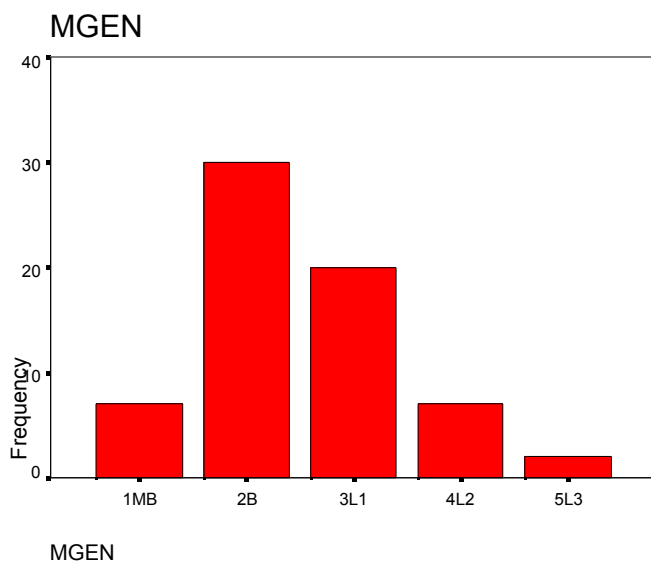
Los datos de frecuencias correspondientes a la movilidad de la prótesis en las 4 posiciones de la mirada se presentan a continuación, así como sus histogramas (MSUPRA, MINFRA, MADD y MABD).

	SD	ID	AD	AB
Media	24.09	31.52	25.91	25.68
Mediana	25.00	30.00	25.00	25.00
Moda	20	25	30	30
DS	8.45	10.19	9.48	8.41
Varianza	71.47	103.82	89.93	70.68
Mínimo	10	10	10	10
Máximo	50	55	50	50
Percentil 25	20	25	20	20
Percentil 75	30	40	30	30

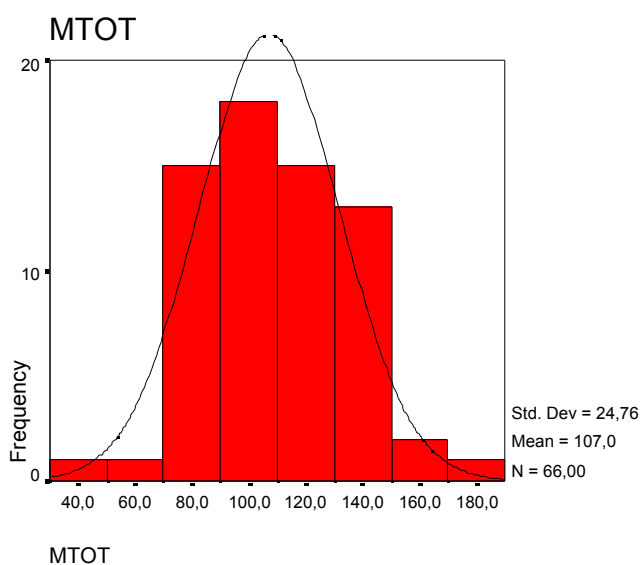


En el siguiente gráfico de barras MGEN se representa la movilidad de la prótesis en función del ángulo mínimo /de los 4 movimientos) y de las limitaciones en determinadas direcciones:

- MB, todos los movimientos > 30 D
- B, todos los movimientos > 20 D
- L1, un movimiento < 20 D
- L2, dos movimientos < 20 D



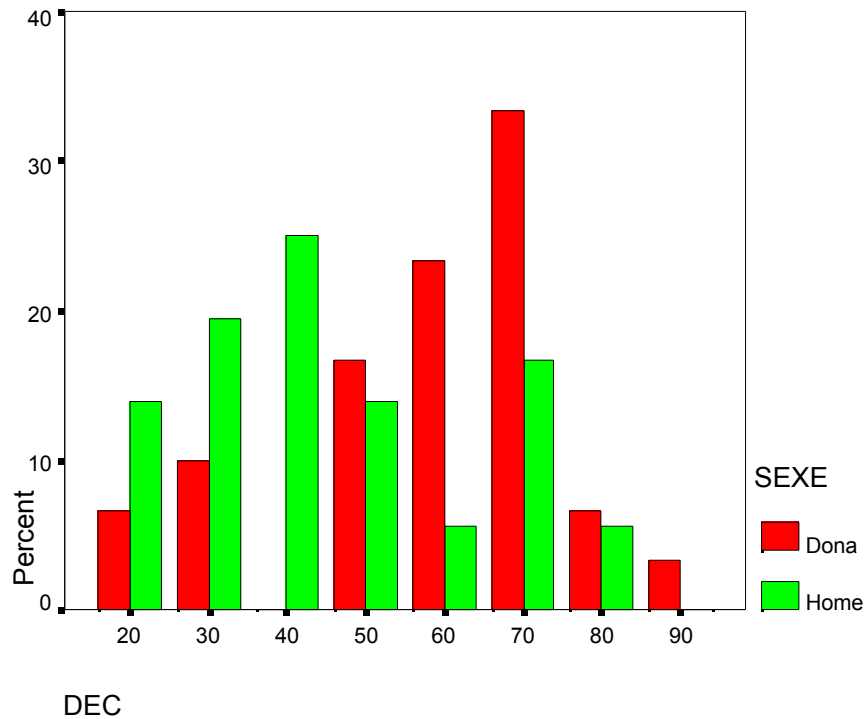
El siguiente histograma MTOT se obtiene del sumatorio de los movimientos en las 4 direcciones observándose que la mayoría de los casos se sitúan entre las 80 y 140 dioptrías.



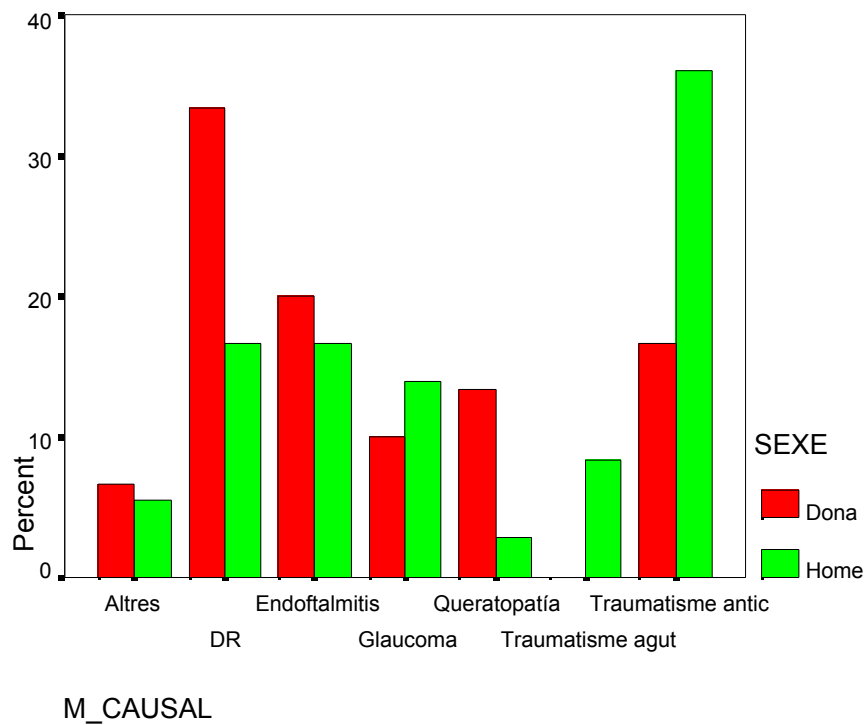
ANALISIS DE DATOS CATEGORICOS (CROSSTABS)

- **Relación sexo / edad / enfermedad causal**

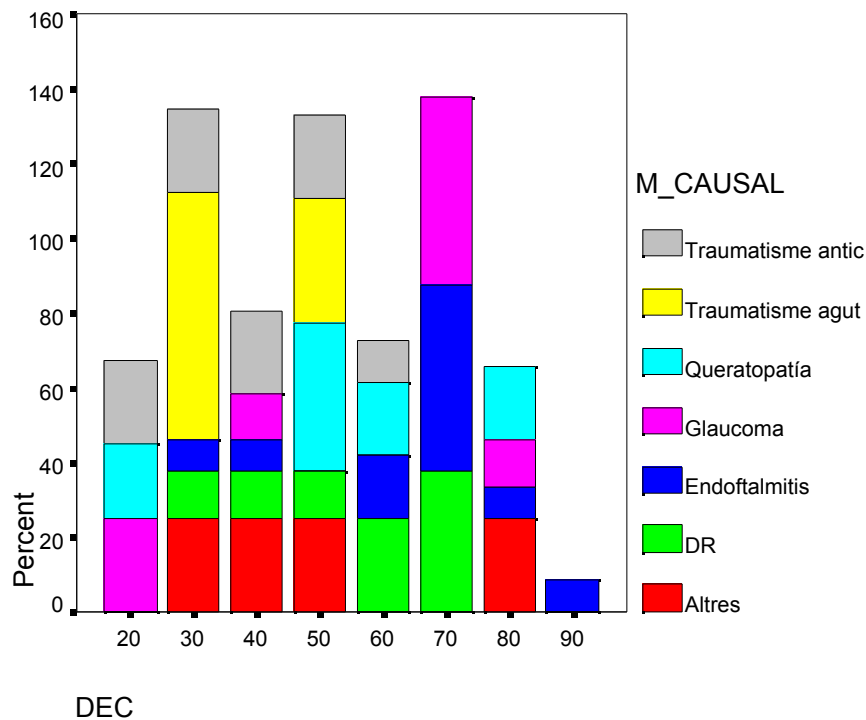
Sexo / edad. El pico de edad para los varones se sitúa entre los 30 y 50 años mientras que en las mujeres está entre los 60 y 80 años (Chi-cuadrado: 0.023). En el gráfico el rojo corresponde a las mujeres y el verde a los varones.



Enfermedad causal / sexo. El traumatismo antiguo es la causa más frecuente de evisceración en el varón mientras que el desprendimiento de retina lo es en la mujer (0.153).

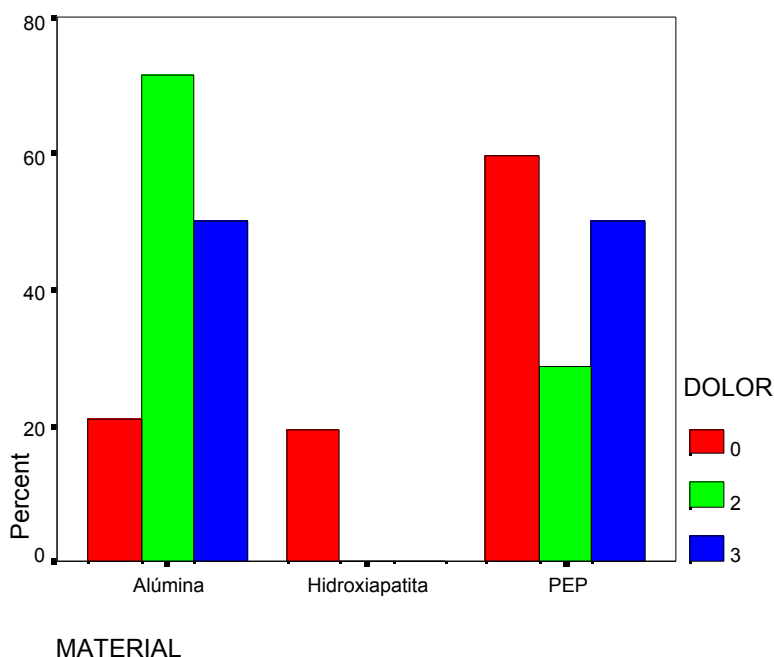


Enfermedad causal / edad. Los traumatismos (gris y amarilli) son la causa más frecuente por debajo de los 60 años, el desprendimiento de retina (verde) entre los 60 y 80 años y la endoftalmitis (azul) y el glaucoma (fucsia) entre los 70 y 80 años (0.086).



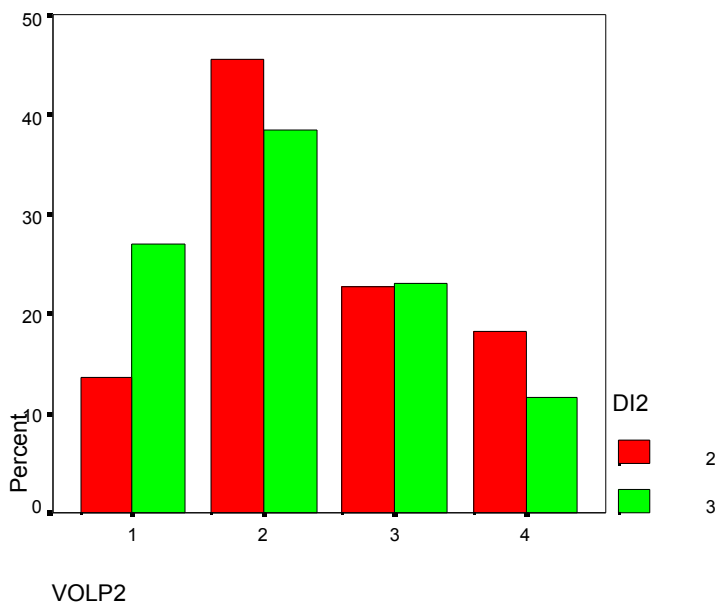
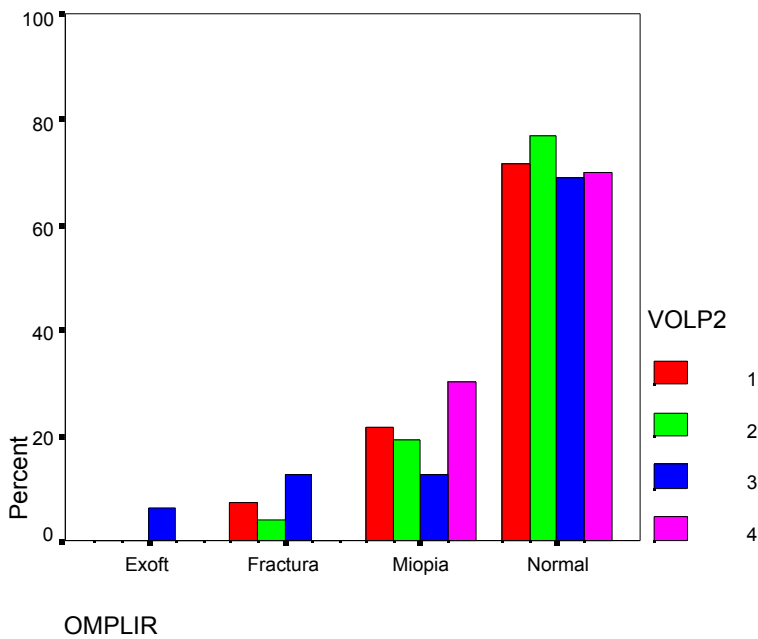
- **Factores relacionados con un mayor dolor postoperatorio.**

El dolor postoperatorio no está relacionado con la indicación (0.673), la enfermedad causal (0.664) ni las cirugías previas (0.575); tampoco lo está con el hecho de que el ojo intervenido tuviera pthisis (0.576). En cambio si se ha encontrado mayor dolor postoperatorio cuando los implantes usados fueron esferas de 22 mm (0.150), especialmente si son de alúmina (0.061). En el gráfico, el rojo es dolor leve o ausente, el verde es dolor moderado y el azul es severo.



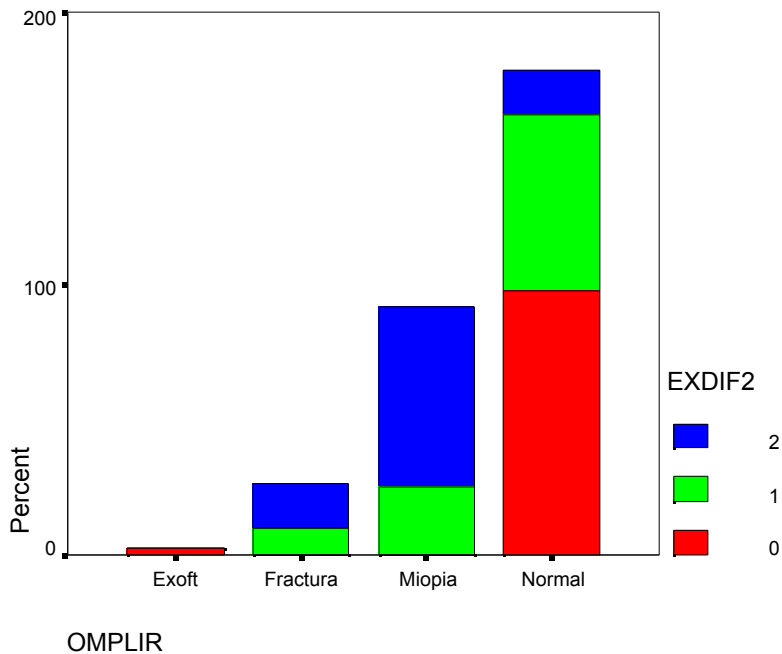
- **Relación del volumen de la prótesis con los cambios en el continente y contenido de la cavidad y el volumen del implante.**

No hay relación significativa entre el volumen de la prótesis y la presencia de miopía o fractura orbitaria (0.724). Sorprendentemente, tampoco hay relación con el volumen de los implantes (0.680). En el gráfico OMPLIR/VOLP2 1 corresponde a un volumen menor de 1 ml, 2 de 1.25 o 1.5, 3 de 1.75 o 2 y 4 mayor de 2. En el gráfico VOLP2/DI2, además de lo anterior, encontramos 2 (rojo) y 3 (verde) correspondientes a volúmenes de 4.2 y 5.6 ml respectivamente.



- **Relación de las medidas exoftalmométricas con los cambios de continente y contenido de la cavidad y con el volumen del implante.**

La diferencia exoftalmométrica entre los dos lados fue entre 0 y 1 mm (rojo) en el 68.8% de los pacientes con el ojo contralateral normal mientras que no hubo ningún caso dentro de este grupo afecto de miopía o fractura orbitaria. El 38.5% de los miopes tuvieron diferencias de 2-3 mm (verde) mientras que el resto superaron estas medidas (azul) (0.000).

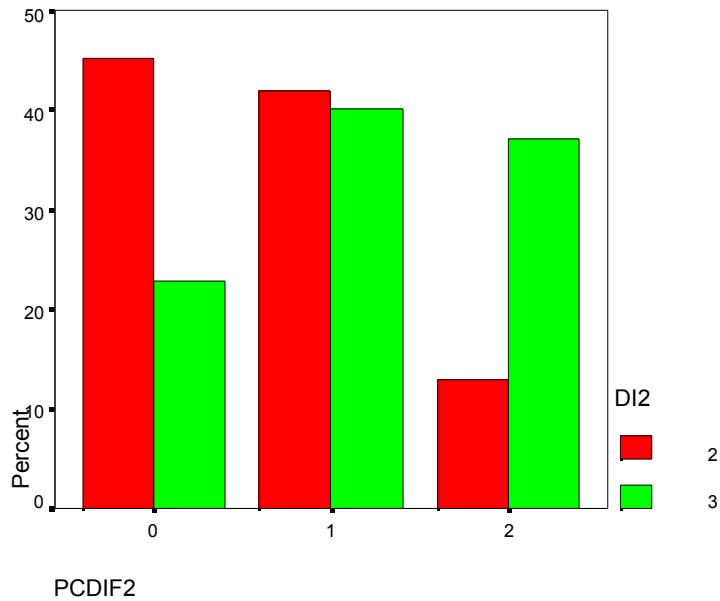


La relación entre la exoftalmometría y el volumen del implante fue débilmente significativa (0.131) aunque se encontró un diferencial entre 0 y 1 en el 36.4% de los pacientes que recibieron implantes de 4.2 ml frente al 63.6% de los que los recibieron de 5.6 ml.

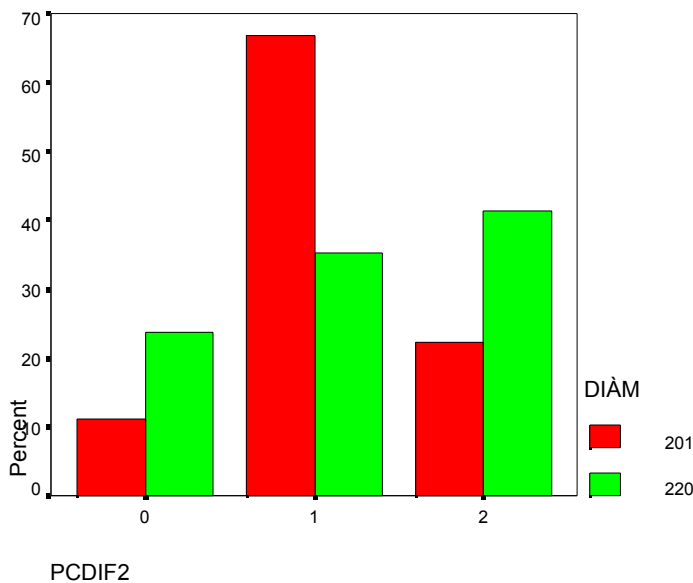
- **Relación del pliegue palpebral superior con los cambios en continente y contenido de la cavidad, volumen del implante, forma del implante y medidas exoftalmométricas.**

Los cambios en la altura del pliegue del párpado superior no tienen relación con la presencia de miopía o fractura orbitaria (0.884) y, tampoco con las diferencias exoftalmométricas (0.728).

Respecto del volumen del implante, los de 5.6 ml (3, verde) producen una mayor elevación del pliegue palpebral superior que los de 4.2 ml (2, rojo) (0.056). En la columna 0 se representa las diferencias en el pliegue menores de 3 mm, en la columna 1 entre 3 y 6 (ambos incluidos) y en la columna 2 las superiores a 6 mm.



Respecto de la forma del implante, los ovoides (rojo), contradiciendo el motivo de su aparición, no elevan menos el pliegue del párpado superior que los esféricos (verde) del mismo volumen (0.311).

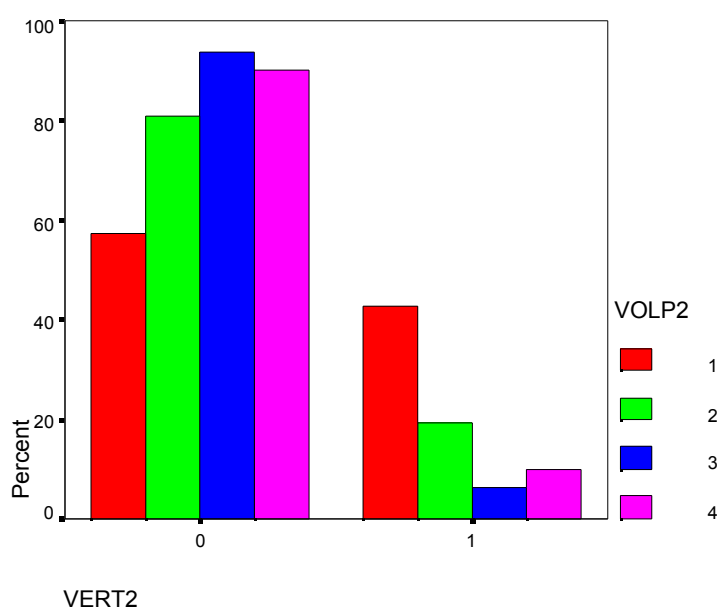


- **Relación de los fondos de saco conjuntivales con la enfermedad causal, las cirugías previas, el volumen de la prótesis y el pliegue palpebral superior.**

Parece que tanto la enfermedad causal como las cirugías previas sólo pueden influir en la profundidad de los fondos de saco horizontales al ser éstos más sensibles por su menor profundidad natural. Se encuentran FSC horizontales reducidos en el 33% de DR y el 20% de endoftalmítis o traumatismos antiguos mientras que los hay en el 6.7% de queratopatías y no en el traumatismo agudo y el glaucoma (0.103). Respecto a las cirugías previamente realizadas se observa reducción del fondo de saco horizontal en el

41.7% de cirugías en las que se practicó una peritomía, en el 35.3% de cirugías con abordaje a través de la cornea y el 18.8% de los portadores de un cerceleje o explante por cirugía de DR mientras que solamente un 5.6% en los que no fueron anteriormente intervenidos (0.155).

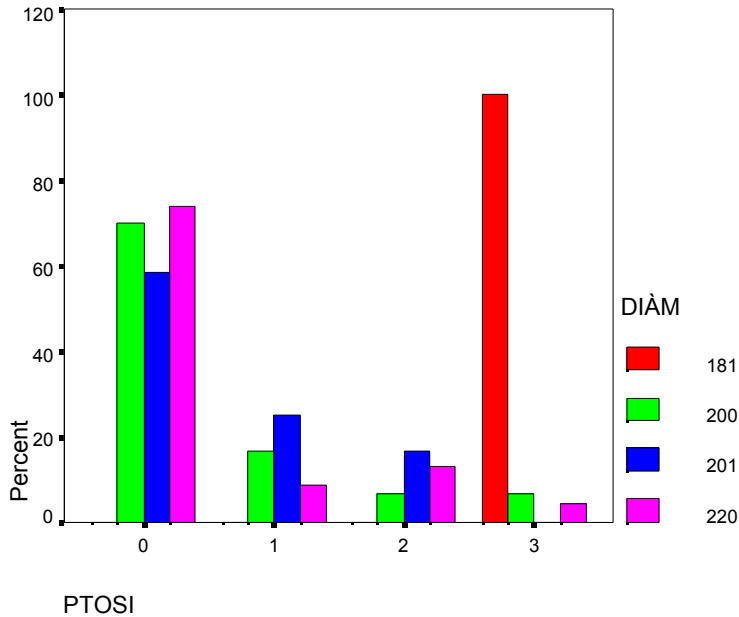
También se observa pérdida de los fondos de saco vertical (0.067) y horizontal (0.097) en los pacientes portadores de prótesis de menos volumen. El 85.7% de pacientes con déficit de FSC vertical y el 80% con déficit de FSC horizontal llevan prótesis de 1.25 ml o menos (verde y rojo). En el gráfico 0 es que no hay déficit de fondos de saco y 1 es que sí.



En el intento de relacionar la profundidad de los FSC con el pliegue palpebral superior se obtienen resultados que indican que tal relación no existe o son estadísticamente muy poco significativos. En resultado sorprendente aparece al estudiar los FSC laterales deficitarios al encontrar que el 75% éstos se acompañan de una elevación del pliegue palpebral superior (0.054). Este fenómeno es difícil de explicar, hasta el punto que debería considerarse un Resultado engañoso.

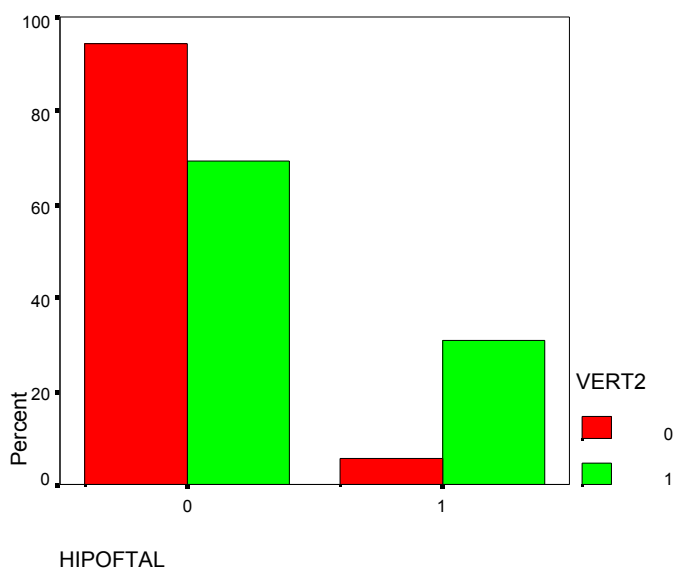
- **Factores que influyen en la aparición de ptosis o retracción palpebrales, hipofthalmos y mal centraje de la prótesis.**

La ptosis no está relacionada con los cambios en el continente y contenido de la cavidad (0.629), el volumen del implante (0.522) o la prótesis (0.909), las diferencias exoftalmométricas (0.446), la elevación del pliegue cutáneo (0.235) y los fondos de saco superior (0.279) o verticales (0.326). Las prótesis ovoides (rojo y azul) producen ptosis con mayor frecuencia que las esféricas (verde y fucsia): un 41.7% de las ovoides frente un 23.4% de las esféricas de 20 y un 21.7% de las de 22 (0.025). Una extraña relación, aunque estadísticamente significativa, indica que los pacientes con ptosis bulbi previa no desarrollan ptosis comparativamente a los que no la tenían, un 34% (0.045).

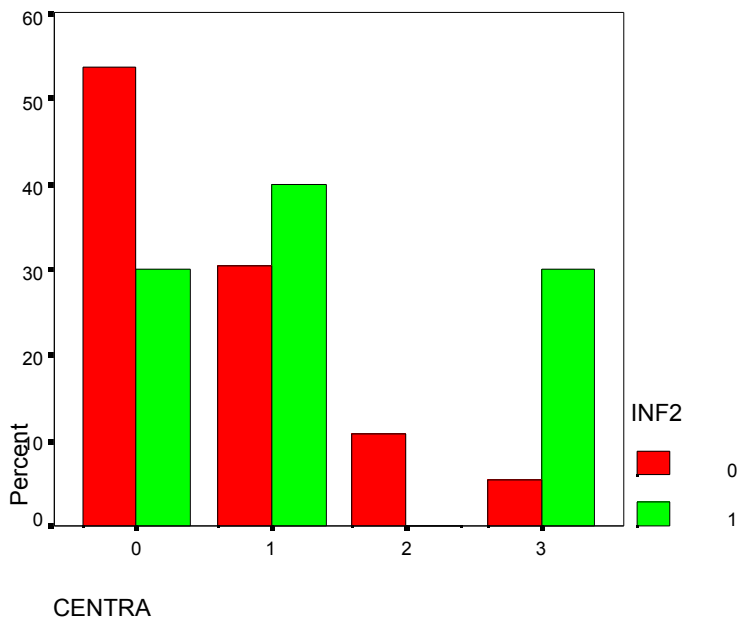


No se ha encontrado relación entre la retracción palpebral y los FSC vertical e inferior, el pliegue palpebral superior ni el volumen de la prótesis por lo que hace sospechar que podría ser una mala adaptación protésica.

El hipoftalmos no tiene relación con los cambios de continente o contenido de la cavidad (0.774), la existencia de pthisis previa (0.777), el diámetro del implante (0.302), la diferencia exoftalmométrica (0.555), la elevación del pliegue palpebral superior (0.501), la presencia de ptosis asociada (0.255) ni el centraje de la prótesis (0.789). Sin embargo, si hay relación con los fondos de saco inferior y, menos, superior: 0.031 para el FSC inferior, 0.385 para el superior y 0.008 con el vertical. El 5.7% de los pacientes sin alteraciones de FSC vertical (rojo) tienen hipoftalmos mientras que el 30.8% de los que tienen alteraciones en dichos fondos de saco (verde) también lo padecen (columna 0 sin hipoftalmos y columna 1 con hipoftalmos).

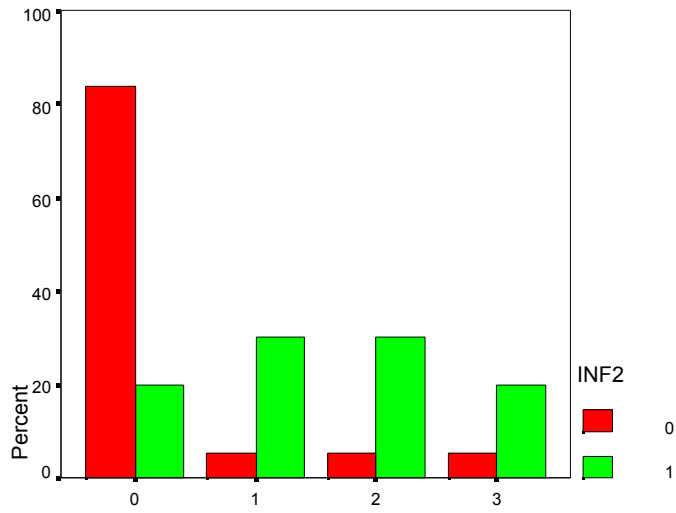


El centrado de la prótesis se ha relacionado con todos los fondos de saco encontrando no haber relación estadísticamente significativa con los FSC superior, medial y lateral pero si con el inferior (0.047), vertical (0.075) y, menos, con el horizontal (0.142). El 30% de pacientes con deficiencias en el FSC inferior tienen una desviación de la prótesis hacia abajo frente a un 5.4% de pacientes con fondo de saco normal. Además, sólo un 26.7% de los pacientes con deficiencias en los FSC horizontales tienen la prótesis centrada en contra del 56.9% de los casos normales. La desviación se manifiesta como hipotrofia (20%) (columna 3), exotropía (13.3%)(columna 2) o una combinación de ambas; las columnas 0 y 1 representan a los casos perfectamente centrados y con desviación difícilmente perceptible respectivamente.

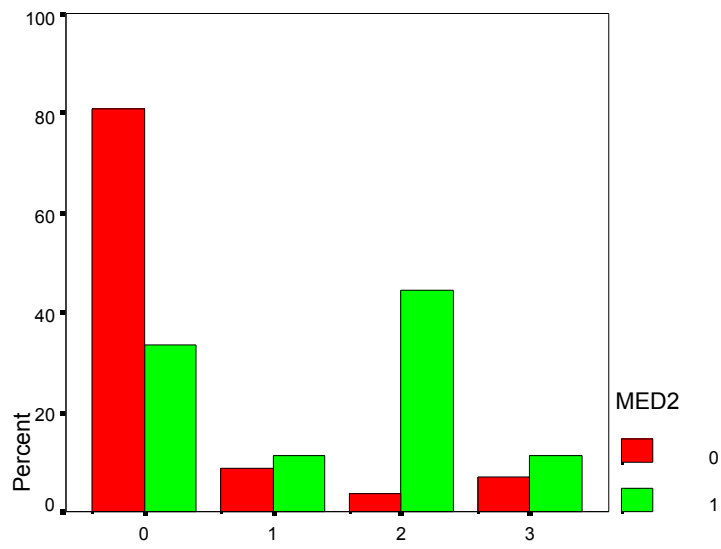


- **Relación entre el defecto de cierre palpebral y los fondos de saco.**

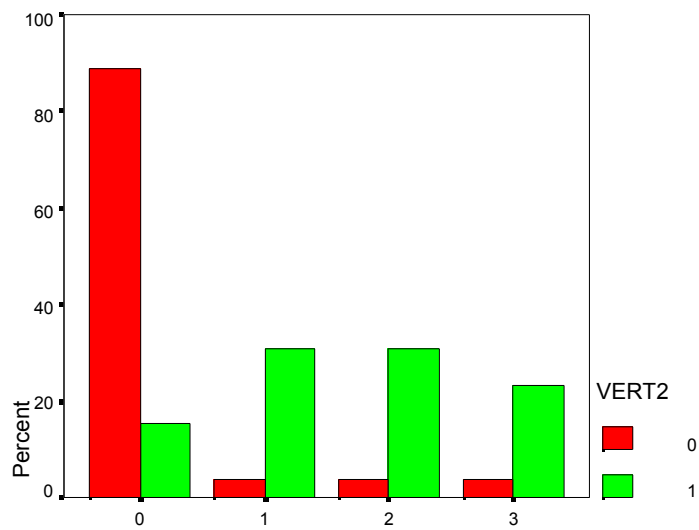
Los defectos de cierre palpebral están muy relacionados con la profundidad de todos los fondos de saco: superior (0.044), inferior (0.000), medial (0.001), lateral (0.034), vertical (0.000) y horizontal (0.004). Si consideramos los fondos de saco verticales encontraremos un 88.7% de cierre palpebral completo cuando los fondos de saco son normales frente un 15,4% cuando son deficitarios. En los gráficos el rojo indica fondo de saco normal mientras que el verde deficitario; la columna 0 corresponde a cierre palpebral normal, la 1 a déficit de cierre de 2-3 mm, la 3 a 4-5 y la 4 a mayor de esta cantidad.



MT2



MT2



MT2

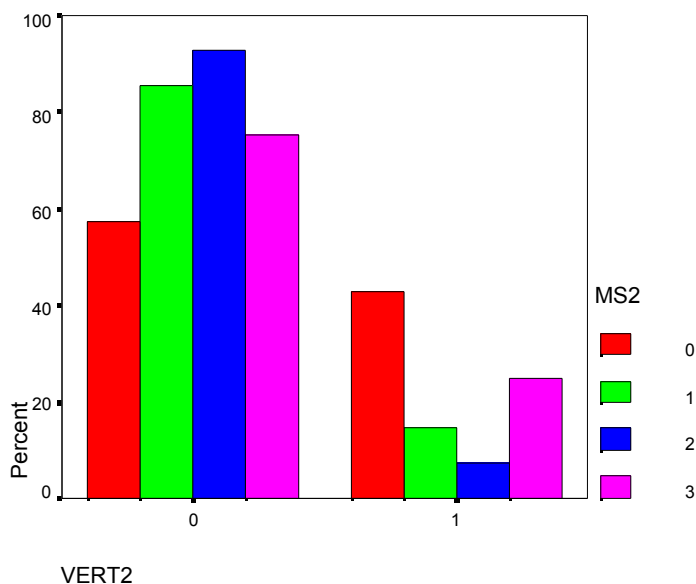
- **Relación de la movilidad de la prótesis con los volúmenes del implante y de la prótesis.**

Los volúmenes de los implantes no influyen sobre la suma de las movilidades de las prótesis (0.370) ni sobre la limitación en determinadas direcciones (0.745). Por otro lado, el volumen de la prótesis si tiene cierta relación con su movilidad aunque es de difícil valoración pues las prótesis de menor tamaño suelen acompañarse de fondos de saco deficitarios y viceversa. Las prótesis mayores, entre 2.25 y 250 ml, mueven bien en las 4 direcciones en el 80% los casos frente al 57.2% de las prótesis menores a 1 ml (0.214). Analizando el sumatorio de los 4 ángulos de movilidad encontramos buena movilidad en el 90% de las prótesis de mayor tamaño frente al 61.4% de las de menor tamaño (0.165).

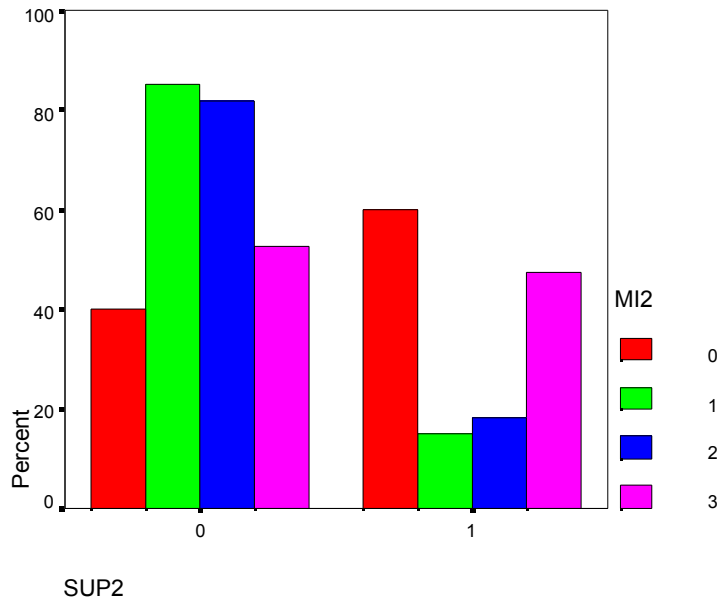
- **Relación entre la movilidad de la prótesis y los fondos de saco.**

En los gráficos de barras de este apartado hay que tener en cuenta que la columna 0 indica que el fondo de saco no es deficitario mientras que la 1 si lo es. El rojo corresponde a movilidad de 10-15 D, el verde de 20-25 D, el azul de 30-35 D y el fucsia de 40 o más D.

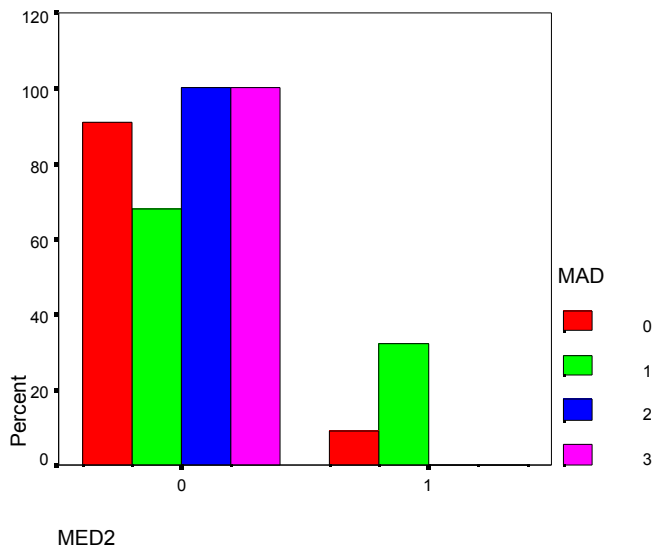
Supraducción. Relacionada con los FSC verticales (no el superior ni inferior independientemente) (0.080). La reducción de los FSC verticales produce una deficiente movilidad de la prótesis 46.2% de los pacientes (frente a un 15.1% de los FSC normales).



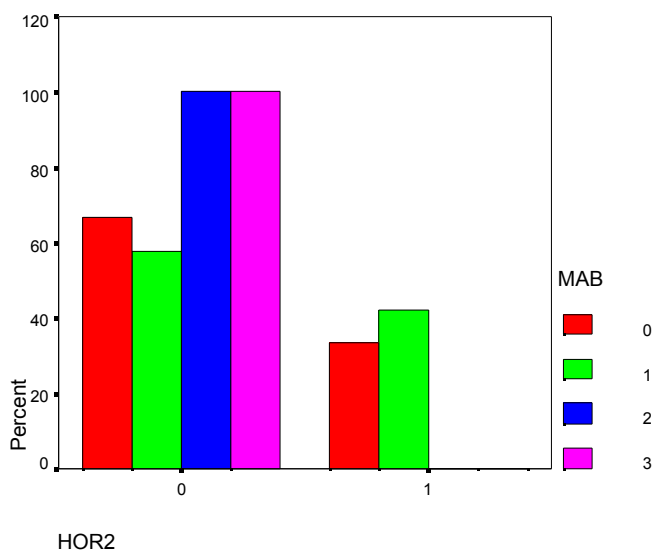
Infraducción. Relacionada con el FSC superior (no con el inferior ni con los verticales) (0.035). La reducción de los FSC verticales produce una óptima movilidad de la prótesis en el 47.4% de los pacientes (frente a un 21.3% de los FSC normales).



Abducción. Relacionada con el FSC medial (0.007) y los horizontales (0.031). El déficit de FSC medial impide buenos ángulos de abducción, por encima de las 25 D en el 100% de los casos. La reducción de los FCS horizontales impide una abducción por encima de las 25 D en el 88.6 de los casos.



Abducción. Relacionada con el FSC medial (0.007) y los horizontales (0.002). Una reducción en el FSC medial o en los horizontales impide una abducción por encima de las 25 D en el 100% de los casos.



- **Factores que influyen sobre el resultado estético subjetivo.**

Los factores que se han estudiado que pueden influenciar sobre el resultado estético final son los siguientes:

1. Volumen de la prótesis	0.289
2. Medidas exoftalmométricas	0.542
3. Pliegue palpebral superior	0.008
4. Centraje de la prótesis	0.164
5. Movilidad general	0.302
6. Limitaciones de la movilidad	0.395
7. Déficit de cierre palpebral	0.000
8. Déficit FSC vertical	0.047
9. Déficit de FSC horizontal	0.964

A destacar que los más importantes son: los FSC verticales con el cierre palpebral resultante y el pliegue del párpado superior, mientras que las medidas exoftalmométricas son secundarias.

COMPARACION ENTRE LOS OJOS CON Y SIN PTHISIS BULBI

Para aumentar la fiabilidad de la comparación se han eliminado de la muestra los casos con miopía, fractura orbitaria y exoftalmos quedando n = 48. Los resultados de las relaciones establecidas son:

1. Volumen de la prótesis	0.917
2. Medidas exoftalmométricas	0.576
3. Pliegue palpebral superior	0.921
4. Ptosis palpebral	0.151
5. Centraje de la prótesis	0.414
6. Movilidad general	0.250
7. Limitaciones de la movilidad	0.968
8. Déficit de cierre palpebral	0.737

9. Déficit FSC vertical	0.549
10. Déficit de FSC horizontal	0.430
11. Dolor postoperatorio	0.255
12. Resultado estético subjetivo	0.190

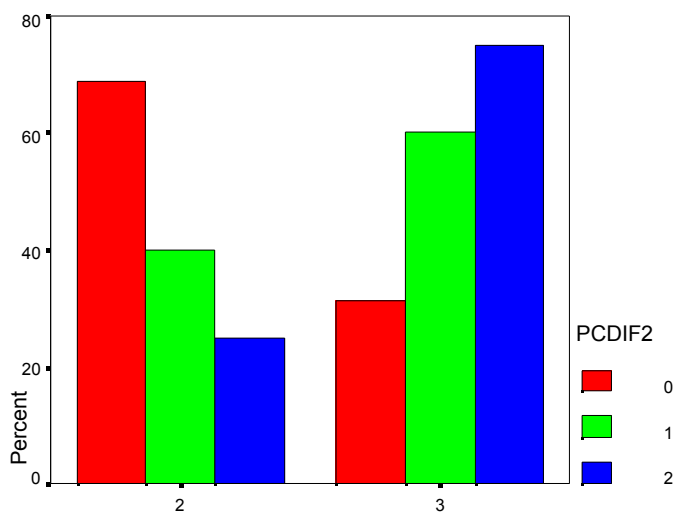
Únicamente se observa dos relaciones débilmente significativas con la presencia de ptosis palpebral posquirúrgica y el resultado estético subjetivo. En ambos casos los pacientes que tenían pthisis bulbi tenían mejor resultado lo cual parece que no tiene ninguna relación lógica.

COMPARACION ENTRE LOS IMPLANTES DE 4.2 ML Y 5.6 ML

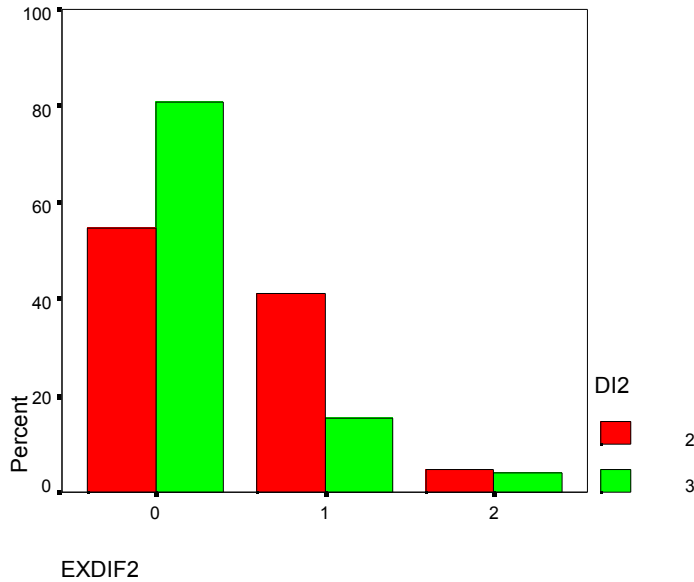
Al igual que en el grupo anterior se han eliminado los casos con miopía, fractura orbitaria o exoftalmos. Los resultados son los siguientes:

1. Volumen de la prótesis	0.680
2. Medidas exoftalmométricas	0.131
3. Pliegue palpebral superior	0.056
4. Ptosis palpebral	0.129
5. Centraje de la prótesis	0.347
6. Movilidad general	0.370
7. Limitaciones de la movilidad	0.717
8. Déficit de cierre palpebral	0.529
9. Déficit FSC vertical	0.312
10. Déficit de FSC horizontal	0.978
11. Dolor postoperatorio	0.861
12. Resultado estético subjetivo	0.500

Hay una relación significativa con el pliegue cutáneo palpebral superior que se encuentra muy elevado en un 34.6% de los pacientes que recibieron implantes de 5.6 ml (columna 3) respecto al 13.6% de los que los recibieron de 4.2 ml (columna 2). En rojo las diferencias de pliegue entre -2 y 2, en verde entre 2 y 7, y en azul por encima de 7 mm.



La diferencia exoftalmométrica de los dos lados tiene una relación débilmente significativa, aunque muy lógica, entre los 2 grupos. El 80% de los paciente que recibieron un implante de 5.6 ml (verde) tienen una diferencia exoftalmométrica entre 1 y -1 frente al 54.5% del otro grupo con el implante menor (rojo). La columna 0 corresponde a las diferencias exoftalmométricas de menores o igual a 1 mm, la 2 de 3-4 mm y la 3 de 4 o más.



La ptosis palpebral moderada y severa sólo se observa en los pacientes que recibieron implantes de 5.6 ml. Esta relación es débilmente significativa y, además, tiene el sesgo de que casi todos los implantes ovoides colocados tenían 5.6 ml.