

## OPERAÇÃO DE DAMEL

### **Para correção do fundo de saco conjuntival inferior da cavidade de enucleação.**

Dr DURVAL PRADO — S. Paulo

É de tal importância o problema médico-social criado por certos casos de enucleação do globo ocular que, pode-se afirmar, uma certa responsabilidade assumida pelo operador nem sempre cessa mesmo anos depois quando lhe volta o paciente impossibilitado de manter sua prótese que por muito tempo usou satisfatoriamente.

É de fato de todos conhecido e determinado por diferentes causas. A mais comum delas é a demasiada pressão da peça protética contra os tecidos que a suportam e sobre os quais determina um sulco de fundo irritado donde provém secreção incômoda. Algumas vezes a cavidade apresenta-se dividida em dois compartimentos estanques com retenção da secreção e verdadeira inflamação catarral. Outra causa ainda frequente é o uso de prótese rachada ou trincada que irrita a conjuntiva generalizando-se a inflamação ao tecido sub-mucoso e consequente redução do espaço destinado à peça. O moderno uso de peças de acrílico ainda não exclúe certos inconvenientes que conduzem ao mesmo fim: seja um certo desgaste prévio da peça no momento da sua adaptação, seja o despolimento que a mesma adquire em contacto com o líquido lacrimal, ambos os fatores determinando irritação do tecido receptor.

Não se pode por isso contar sempre com a utilização indefinida de uma prótese ocular, pois frequentemente a limitação do seu uso ligada na maioria das vezes a alterações surgidas na cavidade.

Pode-se pois generalizar que a altração adquirida por uma cavidade que dum momento para outro não mais retém a prótese é a redução do espaço utilizado pela mesma e é o que nos preocupa de modo especial.

Esta limitação de espaço está quase sempre representada pelo apagamento do fundo de saco inferior que assim permite o escorregamento da peça premida pela pálpebra superior, mas rica em tecido muscular.

Diferentes técnicas têm sido propostas para a correção do fundo de saco conjuntival inferior podendo-se dividir estas técnicas em dois tipos principais:

- 1) correção com alças-tipo Snellen,
- 2) correção por meio de enxertos de tecidos.

Em certos casos a colocação de três alças dá o resultado esperado pelo afundamento da conjuntiva correspondente ao fundo de saco que antes servia de leito à borda inferior da prótese. Não é todavia uma técnica de resultado duradouro, conquanto de fácil repetição.

O segundo tipo refere-se àquele que exige enxertos com a finalidade de aumentar a superfície conjuntival e assim obter-se um sulco naquela região que se apresenta plana.

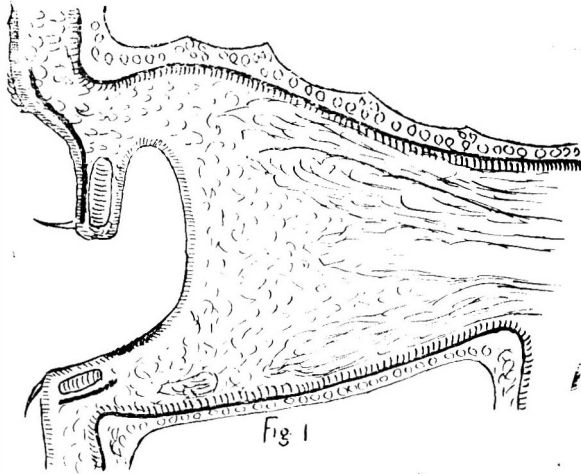
O material escolhido para esta espécie de enxerto é, ora mucosa bucal, ora pele da face interna do braço ou da face anterior da côxa. Em ambos os casos o resultado imediato é animador e a colocação imediata da prótese não dá a impressão da sua expulsão dentro de pouco tempo, principalmente no caso de se usar pele.

Um ponto capital a ser considerado nas operações destinadas à refacção de cavidade conjuntival é o absoluto respeito à integridade da mucosa que a reveste.

Salvo os casos de absoluta retração para os quais existem operações outras que não a que aqui tratamos, é que devemos agir decididamente sobre a conjuntiva que então receberá ge-

nerosos retalhos de mucosa das bochechas. Mas a operação de Damel restringe-se quase exclusivamente à refacção do fundo de saco inferior.

E' o caso freqüentemente encontrado na Clínica, de cavidade com superfície mucosa bastante ampla para receber uma prótese correta mas incapaz de mantê-la devido ao apagamento do fundo de saco inferior cuja mucosa se apresenta no mesmo plano do soalho da cavidade. **Fig1.**

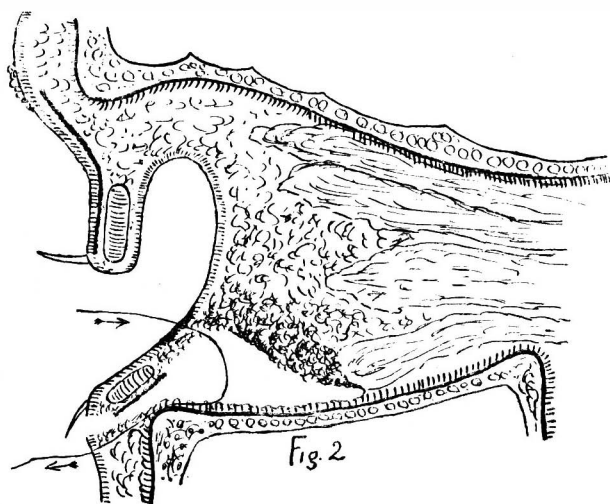


E' para esta modalidade que está reservada a técnica aqui apresentada e que nos tem dado resultados satisfatórios nos vários anos que a praticamos na Secção Masculina de Oftalmologia da Santa Casa, Serviço do Dr. Pereira Gomes.

**1.º tempo da operação:** incisão profunda da pele a 6 m/m da borda livre da pálpebra inferior numa extensão de 2½ cms. Através desta incisão, alcança-se facilmente o soalho da orbita e com a tesoura romba remove-se a quantidade desejada de tecido que se acha entre a conjuntiva e o plano ósseo. Esta dis-

secação tem por finalidade permitir o afundamento da conjuntiva até o periósto ao qual vai ser fixada em toda extensão que foi liberada. A-fim-de não se determinar distensão da mucosa nesta manobra, se fará um debridamento extenso entre a conjuntiva e o tecido subjacente que todavia não será retirado.

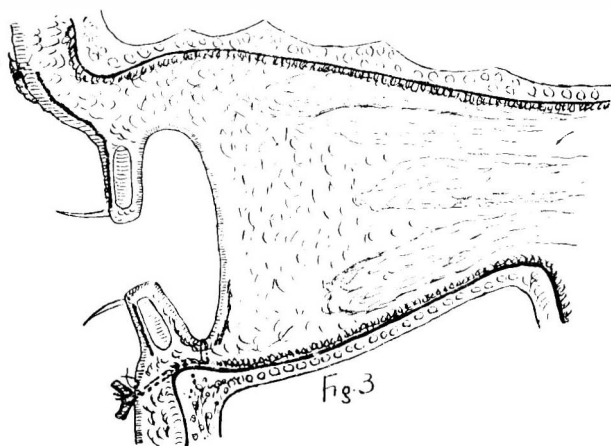
**Fig. 2**



Depois de removido o tecido fibro-gorduroso passa-se ao

**2.o tempo de operação:** que consiste na fixação do futuro fundo de saco conjuntival ao soalho da orbita posto a descoberto no tempo anterior. Para a execução dêste 2.o tempo empregam-se agulhas semi-circulares armadas com fio de sêda grossa, sendo 2 agulhas para cada um dos 3 segmentos de fio. Estas alças, em tudo semelhantes às de Snellen, têm por fim aproximar a conjuntiva do soalho da orbita tendo-se o cuidado de introduzir as agulhas a uma distância maior do que aquela aparentemente necessária. Com êste cuidado evita-se um certo afundamento da pele no limite inferior da pálpebra

em preparo (observação do Dr. Olavo P. Amarante). As agulhas introduzidas pela conjuntiva saem na pele da região malar e os fios são amarrados sôbre rolinhos de gaze ou equivalentes, aí ficando cerca de 8 dias, **Fig. 3.** A incisão inicial será então fechada por meio de pontos separados. No ato operatório deverá ser colocada a prótese ou um modelo semelhante feito de godiva para melhor conformação da cavidade.



No trabalho de Weskamp (2.º Congresso Pan-Americano de Oftalmologia — Tomo 3.º pag.86) refere-se êle a uma sutura que nem sempre fazemos, destinada à maior aproximação entre os planos cutâneo-muscular e tarso-mucoso, cuja finalidade é restituir a verticalidade ao tarso.

A experiência e observação que já temos desta técnica, nos leva a afirmar a sua superioridade sôbre tantas outras destinadas ao mesmo fim e quase sempre inoperantes.