

TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DOS TUMORES PALPEBRAIS *

Eloy Pereira **

PRELIMINARES:

Generalidades anatômicas, fisiológicas, estatísticas, anátomo-patológicas e técnicas cirúrgicas.

O câncer das pálpebras apresentam um único problema, não encontrado no tratamento de neoplasmas similares na face ou no corpo de uma maneira geral: oferece oportunidade de tratamento não só ao oftalmologista, como também ao dermatologista, ao cirurgião plástico, ao radioterapeuta e as vezes até ao cirurgião geral.

A meta principal, é claro, é aquela que procura a erradicação total, a preservação funcional dos componentes anatômicos e um resultado cosmético satisfatório.

Sabemos que a espessura do tegumento de toda a face é de 2,2 mm em média e que nas pálpebras é de somente 0,6 mm. O tecido adiposo é ausente nas mesmas. As fibras musculares logo abaixo estão aderidas ou juntas ao tarso, que mede aproximadamente 2,0 mm de espessura. Entre o tarso e a superfície cutânea se encontram os vasos os nervos e também as fibras musculares do orbicular palpebral.

O sítio predileto dos neoplasmas é a pálpebra inferior, logo a seguir o canto medial, segue-se o canto lateral e finalmente a pálpebra superior, juntos, (palp. inf. e canto medial) estes dois sítios agrupam 70% de todos os carcinomas das pálpebras. Embora os carcinomas das pálpebras constituam somente 5% de todos os cânceres cutâneos, eles são responsáveis por uma mortalidade de 11%. As pálpebras superiores e os cantos mediais são as regiões de localizações mais perigosas. No só as metástases, mas as expansões diretas às órbitas e ao crânio fazem destas localizações os pontos de maior risco. A expansão à conjuntiva bulbar é um sinal de alarme às metástases para a órbita e ao globo propriamente dito. A chance de cura nestes casos é apreciavelmente reduzida. É necessário solicitar o estudo radiológico das partes ósseas quando as lesões estiverem firmemente aderidas, principalmente no que se refere às metástases às celulas etmoidais.

Os carcinomas baso-celulares são de fato os mais comuns nestes pontos. Apresentam relativa dificuldade de tratamento e alta morbidade e mortalidade.

A média geral de cura — analisando-se os vários métodos de tratamento é de 95%

e quando as recorrências aparecem, estas ocorrem dentro dos três (3) primeiros anos.

Estatisticamente apresentamos, em 11 anos de experiência cirúrgica nesta região, os seguintes dados:

| | |
|-------------------------------|----|
| Número de pacientes | 42 |
| Número de carcinomas | 42 |
| Tumores primários | 39 |
| Recidivantes | 3 |
| LOCALIZAÇÕES | |
| Pálpebra inferior | 18 |
| Canto Medial | 13 |
| Canto lateral | 6 |
| Pálpebra superior | 3 |
| Local. múltipla | 2 |
| HISTOLOGIA | |
| Carcinoma baso celular | 34 |
| Epidermóides | 5 |
| Escamosos | 1 |
| Em dúvida | 2 |
| TAMANHO DAS LESÕES | |
| Abaixo de 0,5 cm | 18 |
| Entre 0,6 e 1,0 cm | 17 |
| Entre 1,1 cm ou maiores | 7 |

Outras neoplasias encontradas foram papilomas, cistos, naevus, queratoses, melanomas, etc., que muitas das vezes confundiram o diagnóstico macroscópico pois que, os baso celulares são relativamente fáceis de serem identificados.

A Crio-cirurgia ou crio-aplicação ultimamente vem ganhando adeptos como método incruento para o tratamento deste tipo de lesão, mas as retrações fibróticas cicatriciais observadas por nós, mostrando resultado similar ao da radioterapia, tem desagradado e mesmo recidivas, nos poucos casos observados, em tratamento crioterápico realizado por outros colegas.

De qualquer modo, baseados na experiência cirúrgica reconstrutora de alguns anos, levamos a ponderar que: "Usar o método que melhor resultado der em nossas mãos e somente criticar severamente outros recursos terapêuticos, quando a experiência própria assim o permitir".

Neste momento nossa orientação é cirúrgica; selecionando a técnica mais adequada para cada tipo de lesão e localização. Isto nos tem premiado com a satisfação íntima de resultados funcionais estéticos bem razoáveis, se comparados à outros métodos de tratamento não cirúrgicos ou incruentos.

As pálpebras são estruturas extremamente intrincadas, e sua reconstrução, quer por perda acidental, quer por destruição neoplásica, é uma difícil tarefa. Felizmente para nós cirurgiões (e não para o paciente) a exata reconstrução ou remodelação em todos os seus aspectos anatômicos não é necessária; basta que se atenda o caráter

* Trabalho apresentado no Simpósio Sobre Terapêutica Ocular do Centro de Estudos Prof. Ivo Correa Meyer, nov. 77, Porto Alegre.

** Professor Titular de Oftalmologia Departamento de Medicina Universidade Estadual de Mato Grosso Campo Grande — Mato Grosso do Sul.

funcional das mesmas, isto é, a proteção do globo ocular e acessoriamente ou paralelamente, se tente o melhor resultado estético possível.

Uma reconstrução palpebral requer como mínimo de exigência, três pontos principais:

1. Uma camada externa de pele.
2. Uma camada interna de mucosa.
3. Um suporte semi-rígido intermediário, isto é, entre a pele e mucosa.

Um outro ponto a ser considerado é que somente a pálpebra superior deverá apresentar uma movimentação quando reconstruída. A pálpebra inferior não exige este cuidado em sua reconstrução, já que é "quase" estática.

Apenas como lembrança, recordamos que a movimentação da pálpebra superior é necessária para permitir a exposição da área pupilar, também para a produção do reflexo óculo-palpebral e assim como para facilitar o bombeamento da lágrima e a lubrificação corneana.

Um aspecto igualmente importante a ser considerado é que parte ou a totalidade da pálpebra inferior pode deixar de ser reconstruída, pois que o desconforto causado é mínimo, resguardada a premissa de que a pálpebra superior esteja intacta.

Feitas estas considerações de ordem fisiológica, observamos que não há qualquer justificativa para se utilizar de parte ou totalidade da pálpebra superior com o intuito de reconstruir a pálpebra inferior, mas o inverso deverá ser plenamente usado, isto é:

"USAR A PÁLPEBRA INFERIOR PARA RECONSTRUIR A PÁLPEBRA SUPERIOR, MAS NUNCA A PÁLPEBRA SUPERIOR PARA RECONSTRUIR A INFERIOR, PROCURAR OUTRAS FONTES DE TECIDOS PARA CONSTRUIR A PÁLPEBRA INFERIOR".

Um outro ponto a ser considerado é que: até um quarto (1/4) de extensão da pálpebra pode ser excisado e o defeito reparado pela simples aproximação dos bordos cruentos, devido a sua favorável elasticidade. Em se considerando a reconstrução palpebral propriamente dita, um quarto (1/4) de sua extensão pode ser ignorada, quando buscamos tecidos em outras regiões. Às vezes, entretanto, usamos o recurso de proceder uma divisão do ligamento ou tendão lateral afim de facilitar um pouco mais o deslizamento da pálpebra.

Ao se abordar tal tema, há necessidade de se considerar que a maioria dos tumores da região palpebral se localizam como já frisamos, na pálpebra inferior, sendo que anatomo-patologicamente pertencem ao grupo dos carcinomas baso-celulares, que podem surgir tanto na margem cílio-palpebral, como distanciados dela. Dependendo de sua localização e profundidade, va-

riam as técnicas cirúrgicas a serem empregadas, assim como a extensão do envolvimento tecidual.

TUMORES PALPEBRAIS INFERIORES

As tumorações marginais pequenas, podem ser excisadas em cunha e fechadas diretamente, resguardada sempre uma margem de segurança de pelo menos 1.5 mm em torno da lesão, sendo suturados os bordos da ferida em três planos, a se iniciar pela mucosa conjuntival, logo a seguir músculo e finalmente a pele. Procuramos orientar o sentido da sutura, verticalmente, quando possível, pois que, devido a retração natural destes tecidos na fase de cicatrização, a tendência é surgir um ectrópio, se a ferida for fechada horizontalmente.

Quando a lesão está afastada da margem e dos cílios e sendo superficial, optamos pelo enxerto auricular posterior de Wolf, isto é, pele tomada da face posterior do pavilhão auricular. Esta pele é a melhor para recompôr a pálpebra inferior, pois além de sua cor se aproximar grandemente da cor da pele palpebral, pouco se retrai por ser de espessura tegumentar total e em pouco tempo praticamente passará desapercibida como enxerto.

Na cirurgia da reconstrução palpebral inferior deveremos deslizar tecidos da face quando o defeito a ser corrigido, após a exereses do tumor, for de mais de um terço (1/3) de sua extensão. A quantidade de tecido da face a ser tomado dependerá do tamanho da lesão e igualmente a colocação de um enxerto intermediário muco-cartilaginoso também dependerá da extensão da lesão. Assim procedemos quando nos deparamos com lesões, embora ultimamente raras, que estejam envolvendo toda a pálpebra inferior. Nestes casos buscamos no septo nasal o tecido ideal para formar o novo arcabouço ou suporte para a pálpebra inferior, isto é, o enxerto muco-cartilaginoso, cuja mucosa nasal fará as vezes da conjuntiva e a cartilagem septal substituirá o tarso inferior. Esta medida é de suma importância pois impedirá que o tecido rodado da face para recompôr a pálpebra inferior não se everta, isto é, não cause um ectrópio.

Nos casos de reconstrução palpebral inferior total, com envolvimento do sistema de drenagem lacrimal, nenhuma tentativa é feita no sentido de na mesma ocasião ser reconstruído o canaliculo. A nossa conduta tem sido sempre esperar 4 a 6 meses para comprovar se houve ou não exereses completa do tumor, para então partirmos para uma solução conciliadora para o sistema de drenagem interrompido pela cirurgia anterior, mas somente se o paciente assim o desejar. Os tubos de Lester Jones nos ajudam neste mister.

Não pertencemos às escolas cirúrgicas que emprestam tecido da pálpebra superior para reconstruir a inferior (Fox-Collar-Stud-Fricke Flap-Kolner, Hughes, Manchester, etc), pois consideramos a pálpebra superior um tecido muito nobre para se "emprestado" para outra área de menor importância funcional.

TUMORES PALPEBRAIS SUPERIORES

No que se refere à cirurgia reparadora dos tumores palpebrais superiores o conceito muda, visto que como já dissemos, as superiores formam um complexo de estruturas muito mais importantes para a manutenção da proteção ocular e portanto da boa visão. Além da proteção corneana, tem a pálpebra superior um papel de realce na distribuição da lágrima. Isto sempre deverá ser lembrado no momento da tentativa cirúrgica reconstrutora, pois devemos doar ou preservar o tecido novo que a recomporá, de movimentos que facilitem a umidificação corneana e que permitam o direcionamento do filme lacrimal aos pontos. Isto quer dizer, deveremos sempre "ligar" a nova pálpebra ao músculo elevador.

Também já dissemos anteriormente que não deveremos nos preocupar em rodar uma pálpebra inferior para fechar um defeito menor que um quarto (1/4) da sua extensão, pois a pálpebra superior como a inferior, é bem elástica.

Quando a área a ser reconstruída após a exereses do tumor for de um terço (1/3) ou mais, então empregaremos este recurso, pois qual tecido melhor que a própria pálpebra para substituí-la?

Podemos usar a pálpebra inferior, em sua totalidade, para criar a superior e em outro tempo cirúrgico, reconstruir a inferior. Dotaremos assim o globo ocular da proteção adequada, isto é, mucosa própria para deslizar sobre a córnea, musculatura própria para lhe propiciar movimentos, e, pele igual, que restabelecerá a estética, inclusive os cílios.

É nossa conduta rotineira rodar ou transferir sempre um pouco a menos de pálpebra inferior para reconstruir a superior. O esquema cirúrgico é o seguinte:

1. Perda da pálpebra superior até 1/4: fechamento direto, no sentido vertical. Não é necessário retalho (flap) palpebral inferior.
2. Perda entre 1/4 ou metade: rodar até 1/4 da pálpebra inferior e fechá-la diretamente, no sentido vertical.
3. Perda entre 1/2 e 3/4 da superior: rodar até 1/2 da pálpebra inferior, com reconstrução da mesma pela rotação de um retalho facial curto ou pequeno.
4. Perda total ou subtotal da superior: rodar até 3/4 da pálpebra inferior, com subsequente reconstrução da mesma pela rotação do retalho facial e inclusão do enxerto mucocartilaginoso, afim

de formar um suporte para a nova pálpebra inferior.

Grande atenção deverá ser dirigida à preparação do retalho ou "flap" que será rodado da pálpebra inferior. Sua preparação deverá ser cuidadosa no sentido de preservar o suprimento sanguíneo que será fornecido pela artéria marginal inferior. O seu implante na área superior obedecerá regras de sutura em planos, isto é, mucosa-mucosa (usando-se mononylon 6-0 em sutura contínua), músculo-músculo (cat gut 5-0) e pele-pele (mononylon (6-0) em suturas separadas). Recordamos que no momento da exereses do tumor o músculo elevador será individualizado e atado com suturas de reparo (3) que ficarão ao lado, aguardando a preparação do "flap" inferior, para a ele ser suturado. Com esta medida garantiremos a boa movimentação da futura pálpebra. Duas semanas após, dividiremos o pedículo nutridor do "flap" e recomporemos os bordos marginais superior e inferior.

Esta é a conduta de Mustardé para reconstrução da pálpebra inferior e superior e que pelas estatísticas, os resultados obtidos, têm se apresentado como a melhor solução e a mais fisiológica de todas. Hughes, Fox, Paufigue, Tessier e outros, têm apresentado táticas que não foram ainda tentadas por nós e apenas acompanhadas pela literatura médica, mas não nos animaram ou despertaram interesse em realizá-las.

TUMORES DOS CANTOS LATERAIS

Quando nos deparamos com lesões tumorais localizadas no canto lateral ou externo das pálpebras, já não temos uma grande preocupação, pois que nesta região não existe o mesmo problema do canto medial, que obriga o sistema de drenagem lacrimal.

A conduta varia de acordo com a extensão do tumor ou da área a ser reconstruída. Simples lesões baso celulares, pouco profundas, serão tratadas pela exereses com margem de segurança de 1.5 mm e a aplicação de um enxerto livre tipo Wolf.

Quando a lesão é mais ampla, isto é, se estende às pálpebras, então teremos que buscar tecidos vizinhos para refazê-la. De qualquer modo trabalharemos em uma área cujas funções fisiológicas são de menor importância, o que nos dará maior liberdade de criar recursos plásticos que venham satisfazer o aspecto estético. A única preocupação será a de reparar os ligamentos ou tendões palpebrais quando envolvidos pela tumoração. Byron Smith, com seu poder criativo extraordinário, usa o próprio periosteio do rebordo orbitário lateral para substituir os tendões e com isto fixar o restante das pálpebras às estruturas ósseas.

TUMORES DOS CANTOS MEDIAIS

Reveste-se de grande importância o tratamento cirúrgico das lesões tumorais do canto medial ou interno. Em primeiro lugar lembramos que esta região abriga os pontos lacrimais, os canaliculos, mais abaixo o saco lacrimal, os tendões palpebrais mediais, além da sua pouca espessura tecidual pela firme aderência ao arcabouço ósseo órbito-nasal. As lesões superficiais e precocemente diagnosticadas devem ser tratadas pela simples excisão e enxerto livre de Wolf.

Quando são lesões mais antigas, profundas, em que as estruturas principais foram envolvidas pelas alterações neoplásicas, o quadro muda de figura. A primeira medida é saber se há ou não comprometimento das vias lacrimais.

Em caso negativo buscaremos tecido na região glabellar, pela rotação ou deslizamento de retalho de pele (enxerto indiano e V-Y). Quando os pontos lacrimais estão envolvidos então sua remoção será necessária mas não nos preocupamos rotineiramente de reconstruir a via de drenagem ao mesmo tempo em que reconstruímos o canto medial. Normalmente o canaliculo superior não é considerado e somente o inferior passará a ser motivo de preocupação.

Igualmente, quando os tendões palpebrais estão comprometidos, a conduta será no sentido de restabelecer uma fixação medial para as pálpebras ao rebordo ósseo (crista lacrimal) através de suturas metálicas, quer por sua fixação ao periósteo, quer por sua transfixação nasal.

Lembramos que os tendões são extremamente fortes e são estruturas de extensões do tarso, septo orbitário, córneos laterais do músculo elevador e também fibras do próprio músculo orbicular das pálpebras.

Embora saibamos das dificuldades em se criar um canal que drene satisfatoriamente a lágrima, sem se retrair, temos tentado algumas vezes ao mesmo tempo criar um retalho de conjuntiva que é suturado ao saco lacrimal ou ao que dele restou. É o que se chama conjuntivo-dacriostomia. Poucas vezes (2) a realizamos e o "follow up" dos pacientes não é satisfatório para

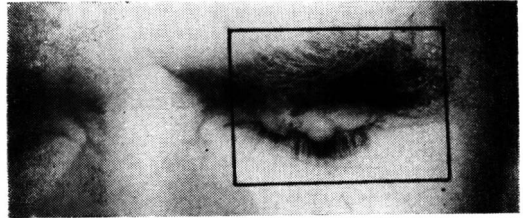


Fig. 1 — OE — Aspecto pré operatório de um carcinoma basocelular situado na pálpebra superior envolvendo 2/3 da mesma.



Fig. 1A — Enxerto tipo Wolf 3 meses pós operatório.

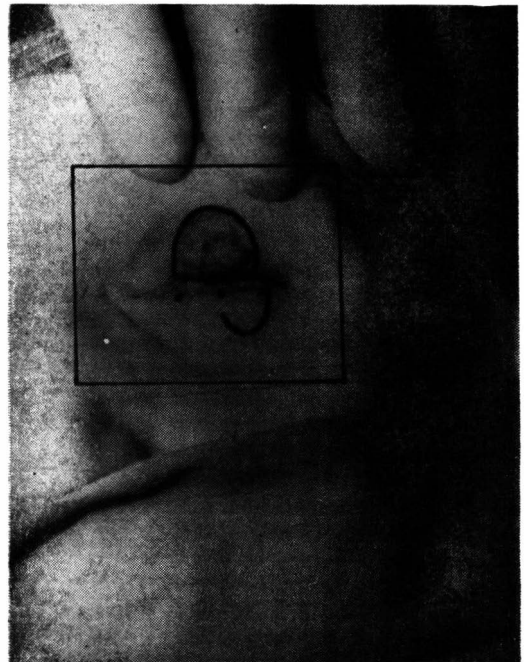


Fig. 2 — Delineamento da área a ser excisada, dando-se uma margem de segurança de 1,5 mm de cada lado. Ao mesmo tempo delinea-se o retalho na pálpebra inferior o qual será rodado para preencher o espaço deixado pela remoção do tumor na pálpebra superior.

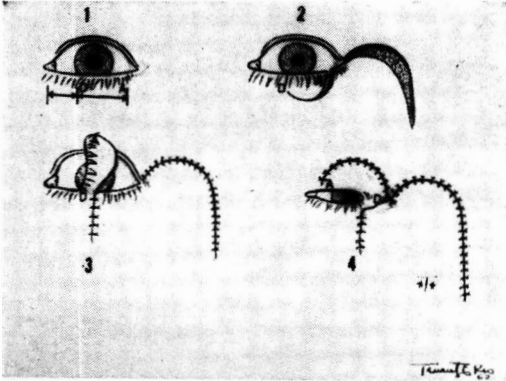


Fig. 2A — A — esquematização da técnica de rotação de um retalho palpebral inf. para o preenchimento de um defeito na pálp. superior.

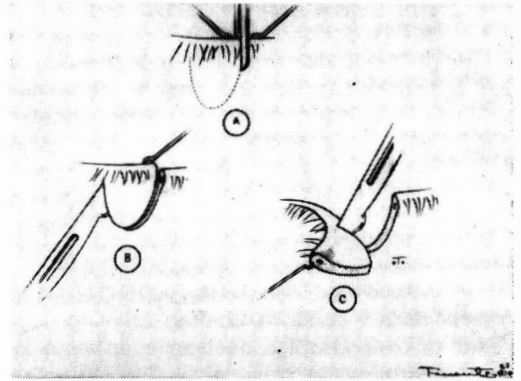


Fig. 3A — B — Detalhes da preparação do retalho palpebral inferior que será rodado para o preenchimento do defeito na pálp. superior.

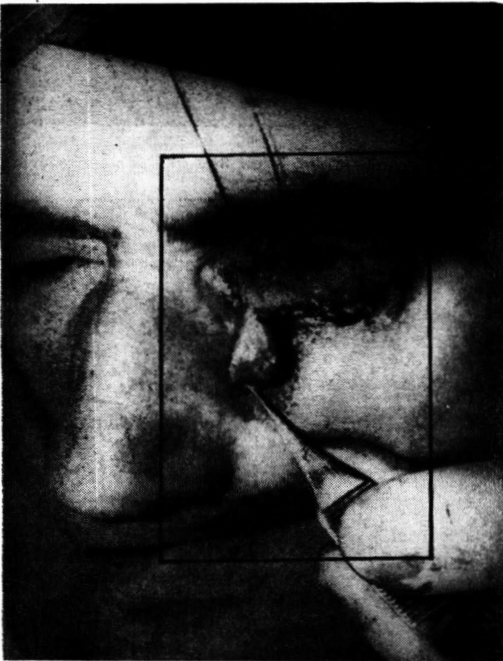


Fig. 3 — Tumor excisado e m. elevador palp. fixado por 3 suturas de seda 5.0. O retalho palp. inferior preparado para a rotação sustentado por uma pinça.



Fig. 4 — Ferida operatória já suturada em pontos separados. O retalho já em sua posição, faltando apenas suturar o elevador ao retalho e à pele. A ferida da pálp. inf. foi preenchida pela rotação de um retalho facial.

reparação e reconstrução da região, tendo te à reconstrução do canto medial.

A preocupação maior nesta cirurgia é e sempre será a remoção total da lesão, a reparação e reconstrução da região, tendo sempre em mente que é uma área de fácil

metastatização e que a reparação no sentido cosmético é bastante difícil. Dependerá muito do tipo de pele do paciente, cor, idade, sexo, comportamento psíquico e além de tudo da experiência cirúrgica do cirurgião nesta importante região.

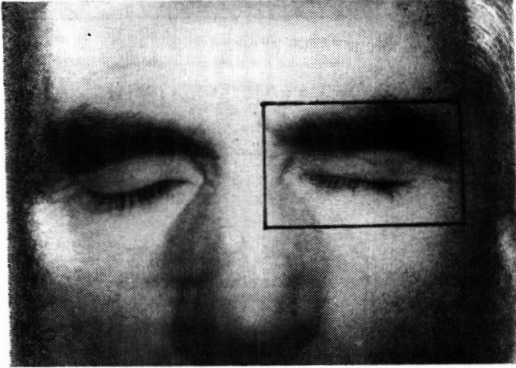


Fig. 5 — Resultado final após 4 meses. Nota-se apenas discretamente a presença do retalho na pálp. superior do OE, e a vitalidade dos cílios.



Fig. 6 — Pós operatório de reconst. canto lateral.

RESUMO

O autor analisa as diferentes condutas cirúrgicas para o tratamento dos tumores palpebrais, nas suas diferentes localizações. Defende o emprego da cirurgia como método de escolha para o tratamento das neoplasias, principalmente das técnicas de Mustardé para a reconstrução palpebral superior e inferior. Apresenta dados estatísticos e resultados de 11 anos de experiência.

SUMMARY

The author analyses the different surgical techniques for the treatment of eyelid tumours in there different localizations. He defends the use of surgery as the choice method for the treatment of neoplasias, especially the Mustardé techniques for superior and inferior eyelid reconstruction. Shows statistical date and results of eleven years of experience.

BIBLIOGRAFIA

- The skin and eye — Korting/Curth/Urbach/Albert — W. B. Saunders Co. 1973.
- Ptosis — Crowel Beard — Second Edition — The C. V. Mosby Co. 1976.
- Tumours of the eye — A. Reese — Second Edition — 1963.
- Repair and Reconstruction in the Orbital Region — J. C. Mustardé — 1966.
- Ophthalmic Plastic Surgery Up-To-Date — J. C. Mustardé, Lester Jones and A. Callahan — 1970.
- Principles and Practice of Plastic Surgery — A. J. Barsky — The Williams & Wilkins Co. 1950.
- Affections of the lids — Sidney A. Fox — and contributors — First Edition.
- Symposium on surgery of the ocular adnexa — Transactions of the New Orleans Academy of Ophthal. 66.
- The lacrimal system — Proceedings of the first international symposium Editor and Chairman — Everett R. Veirs — 1971.
- Modern Trends in Plastic Surgery — T. Gibson — N° 1 and 2 — 1966.
- System of Ophthalmology — D. Elder. Vol. II — The Anatomy.
- Cancer of the eyelid — A cryosurgical approach — Setrag A. Zacarian M. D. Presented at the Cancer Symp. of the American Society of Contemporary Ophthalmology — Feb. 1972.