

OCIDENTALIZAÇÃO DA PALPEBRA SUPERIOR (*)

Prof. Dr. PAULO DE CASTRO CORREIA **
Prof. Dr. WALDOMIRO NUNES DE SOUZA ***

Os olhos dos orientais diferem fundamentalmente dos olhos dos ocidentais pela ausência do sulco órbito-palpebral e pela excessiva quantidade de gordura presente nas bolsas gordurosas⁴.

Um importante detalhe anômico é aquele dado pelo prolongamento tendíneo do músculo elevador das pálpebras, que nos orientais vai se fixar apenas na borda tarsal enquanto que nas pálpebras dos ocidentais este prolongamento emite fibras que se fixam também no derma da pálpebra criando assim o sulco órbito-palpebral.

Após a segunda grande guerra, a influência ocidental no Oriente, fez-se sentir também na Cirurgia Plástica¹, através de múltiplas cirurgias dentre as quais destacamos neste trabalho a que se denomina Ocidentalização da pálpebra superior.

A Ocidentalização consiste em se criar um sulco órbito-palpebral, na pálpebra superior. Várias técnicas são usadas com esta finalidade (1,2,3,5,6), porém a que melhores resultados nos fornece é a proposta por Sayoc⁴, que foi apresentada pela primeira vez no congresso anual da Sociedade Filipina de Oftalmologia e Otorrinolaringologia em Manila no ano de 1952. Millard³, sugere também, enxertos de osso e cartilagem para correção da falta de dorso nasal que há nos orientais, melhorando assim o olhar dos orientais.

TÉCNICA OPERATÓRIA: figura 1

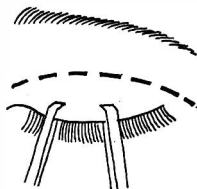


Fig. 1-A — Traçado da incisão.

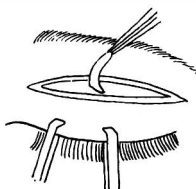


Fig. 1-B — Excisão da fita de músculo orbicular de no máximo 2 mm.

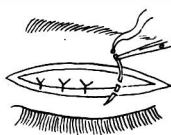


Fig. 1-C — Sutura do derma da borda inferior ao tarso; cuidado para não transfixar o tarso.

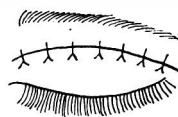


Fig. 1-D — Operação terminada.

* Trabalho realizado no Hospital dos Defeitos da Face em Maio de 1972, na cidade de São Paulo.

** Docente Livre de Clínica Cirúrgica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor Clínico do Hospital dos Defeitos da Face.

*** Médico Assistente do Hospital dos Defeitos da Face.

Anestesia: preferimos a local com sedação pré-anestésica; usamos a Xylocaina a 1% com Adrenalina 1:75.000 na quantidade de 2 a 3 ml para cada pálpebra.

Demarcação (feita sempre antes de infiltrar o anestésico): marcamos com azul de metileno a linha que será o futuro sulco desde o canto medial até o canto lateral ultrapassando este 2 a 3 mm. Esta linha dista de 6 a 8 mm da borda tarsal.

Após a incisão, retiramos uma fita de no máximo 2 mm de músculo orbicular em toda extensão da incisão, ato este que expõe o tarso. Em seguida tratamos as bolsas gordurosas retirando-se todo o excesso de gordura que aí se encontra.

A hemostasia é cuidadosa e com bisturi elétrico.

Procedemos agora ao fechamento das estruturas: com pontos separados de Prolene 6-0, branco, suturamos o derma da borda inferior da incisão no tarso, tendo-se o cuidado de não o transfixar; desta forma produzimos a invaginação desejada desta borda. A pele é agora suturada borda a borda, pegando-se ao passar a agulha mais substância na borda superior, com pontos separados de Mononylon 6-0 os quais serão retirados por volta do 5.º ou 6.º pós-operatório.

Apenas compressas de água gelada são feitas nos dois primeiros dias de pós-operatório imediato.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS E RESULTADOS: figuras 2 e 3



Fig. 2 — Pré-operatório

Mesmo caso 3 meses após cirurgia

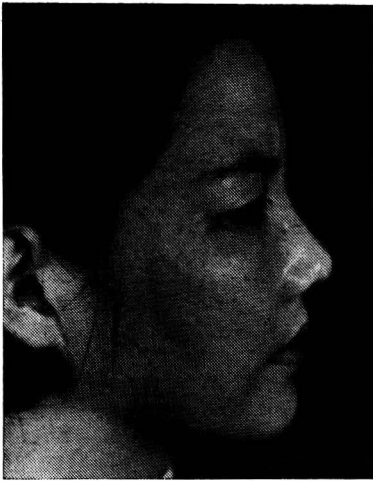
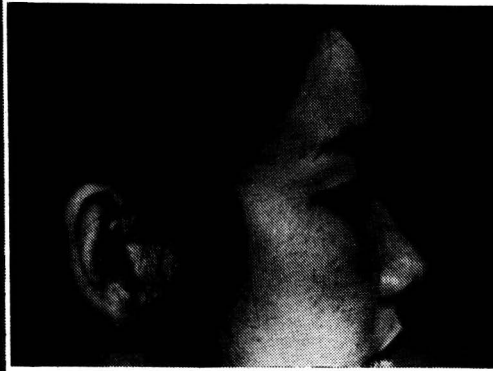


Fig. 3 — Perfil pré-operatório



Mesmo caso 2 meses após cirurgia

DISCUSSÃO:

Devemos salientar que este procedimento cirúrgico dá resultados bastante animadores e permanentes quando tomamos como rotina o uso de fios inabsorvíveis e incolores ou mesmo brancos, para a sutura que invagina a borda inferior da incisão, pois que do contrário se usarmos fios absorvíveis o resultado será apenas temporário; por outro lado a presença de fios inabsorvíveis de cores fortes tem como resultado pequenos pontos escuros que traduzem a presença destes fios e aparecem por transparência da pele bastante delgada e delicada da região.

SUMÁRIO

Os autores apresentam a sua experiência no tratamento dos olhos orientais e tecem algumas considerações sobre as técnicas utilizadas.

SUMMARY

The authors present their experience in treating oriental eyes and discuss surgical technics.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BOO-CHAI KHOO. «Plastic Construction of the Superior Palpebral Fold». *Plast. Rec. Surg.*, 31 (1): 74-78, Jan. 1963.
- 2 — FERNANDEZ, LEABERT R. «Double Eyelid Operation in the Oriental in Hawaii». *Plast. Rec. Surg.*, 25 (3): 257-264, March 1960.
- 3 — MILLARD, D. R. Jr. «Oriental Perigrinations». *Plast. Rec. Surg.*, 16 (5): 319-336, Nov. 1955.
- 4 — SAYOC, B. T. «Plastic Construction of the Superior Palpebral Fold». *Am. J. Ophth.*, 38: 556-559, July 1954.
- 5 — SMITH, BYRON. «Corrective Surgery of the Oriental Eye»; *in*: Converse, J. M.; «Reconstructive Plastic Surgery» pg. 634-636; Ed. Saunders 1968.
- 6 — UCHIDA, JUN-ICHI. «A Surgical Procedure for Blepharoptosis Vera and for Pseudo-blepharoptosis Orientalis». *Brit. Journal of Plast. Surg.*, 15 (3): 271-276, July 1962.