Autoplastia Palpebro Conjuntival

Dr. W. BELFORT MATTOS - S. Paulo

O emprêgo de peças artificiais mal adaptadas, volumosas de mais ou muito pequenas, despolidas pelo uso ou quebradas, provocam uma série de sintomas irritativos: conjuntivites crônicas ou agudas que determinam bridas cicatriciais e botões carnosos que por sua vez produzem o desaparecimento dos fundos de saco e a diminuição da cavidade orbitária impedindo a permanência ou a adaptação de uma peça artificial. Outras vezes, é a falta de uso de uma protese ou qualquer outro processo patológico que produz a retração do saco conjuntival ou a diminuição da própria cavidade óssea orbitária.

Diversos são os processos aconselhados para se conseguir o alargamento de uma cavidade conjuntival retraida, sendo os mais comumente empregados o mecânico, da dilatação lenta e progressiva, o da electro-coagulação e o da plástica. Empreguei o primeiro processo em alguns casos sem conseguir os resultados apregoados pelos seus preconisadores. Começava a dilatação colocando na cavidade retraida uma pequena bola de vidro ou mesmo uma protese de dimensões reduzidas, aplicando uma atadura compressiva durante alguns dias até conseguir introduzir na cavidade outra bola ou protese maior e substitui-los mais tarde por outras, até conseguir uma protese satisfatória. Quando o resultado parecia definitivo, dava-se a expulsão expontânea e rápida da mesma. Cheguei a suturar as pálpebras sôbre a protese também com resultado nulo. Não empreguei contudo o aparelho de dilatação progressiva, por não possui-lo.

Usei a electro-coagulação sem o menor êxito. As cicatrizes resultantes do processo eram flácidas, porém diminuiam grandemente a cavidade.

Abandonei ambos para praticar a plástica, isto é, refazer cirurgicamente a cavidade, substituindo a falta de conjuntiva por pele ou mucosa.

Experimentei primeiramente o método aconselhado por Duverger e Velter no ótimo livro "Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique" e depois dos dois tempos operatórios obtinha, como mostram as gravuras do livro citado, uma cavidade ampla, porém rasa e sem fundos de saco.

Bem estudando todos os processos de plástica orbitária aconselhados pelos vários autores em tratados e revistas e inspirado no processo de Lagrange que faz um enxerto de tecido gorduroso frontal no fundo da órbita para enche-la imaginei um processo tal, que

ao mesmo tempo que reconstitue os fundos de saco superior, inferior e lateral externo, reveste igualmente o fundo da cavidade onde falta a conjuntiva.

Assim pratico:

1.º — Inciso horizontalmente a conjuntiva no fundo da cavidade, paralelamente às bordas palpebrais, indo de um canto a outro (fig. 1). Disseco depois a conjuntiva, desdobrando-a dois retalhos, um superior e outro inferior.

2.º — Passo 3 pontos em U, (conforme mostram as gravuras 1 e 2), em cada retalho conjuntival, que saem além da borda superior tarsal, na pele das pálpebras, atando-os sôbre rolo de gase. Assim a conjuntiva rebatida revestirá a face posterior de ambas as pálpebras deixando em grande extensão, descarnado, o fundo da órbita, que será atapetado como em seguida se verá pela pele enxertada.

3.º — Abrangendo tôdas as camadas da pele, com tamanho e forma capazes de recobrir tôda a parte orbitária desnudada, corto um retalho pedunculado da região temporal, conforme mostra a gravura 2. Faço uma botoeira um pouco para fora e para baixo do canto externo tal como se vê nas figs. 2 e 3, rente à reborda orbitária óssea e introduzo facilmente o retalho através à botoeira, atando a sua ponta à caruncula. Basta êste ponto para mante-lo no lugar.

4.c — Suturo a pele da região temporal. Os ângulos formados pela pele enxertada e pela conjuntiva rebatida sôbre as pálpebras constituem os fundos de saco superior e inferior (figs. 3 e 4).

Após 6 dias, retiro todos os pontos e cureto fortemente a pele transplantada, que fica debaixo da botoeira, bem como todo o tunel para que não se estabeleça uma fístula pelo fato de não haver resecado o pedículo.

Ficam, pois, por êste processo, refeitos os fundos de saco superior e inferior e o lateral externo que será constituido pela distância que vai do canto externo até a botoeira.

A fotografia, fig. 5, mostra como ficam os pontos dados para a formação dos fundos de saco, bem como a sutura da pele na região frontal. Os fotos ns. 6, 7 e 8 são respectivamente de uma operação recente sem protese; a mesma cavidade com protese e finalmente o resultado obtido após alguns meses.

Usei também, nos procesos de reconstituição dos fundos de saco superior e inferior, o enxerto de pele retirada do braço do mesmo indivíduo para que não ficasse nenhuma cicatriz na região temporal, porém os resultados não foram tão bons como no enxerto pedunculado, havendo grande retração da pele transplantada.

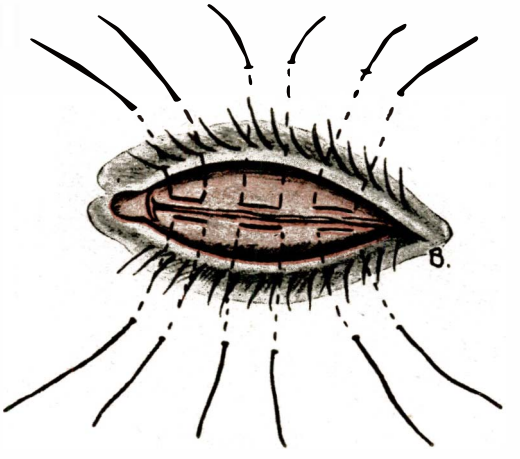

FIG. 1

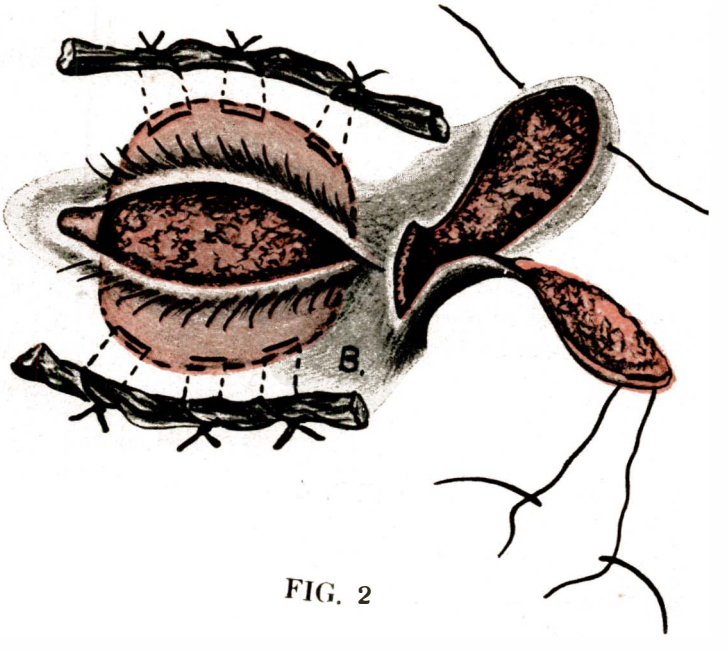

FIG. 2

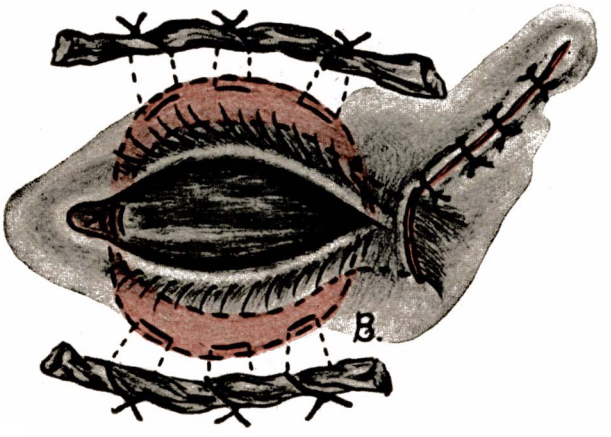

FIG. 3

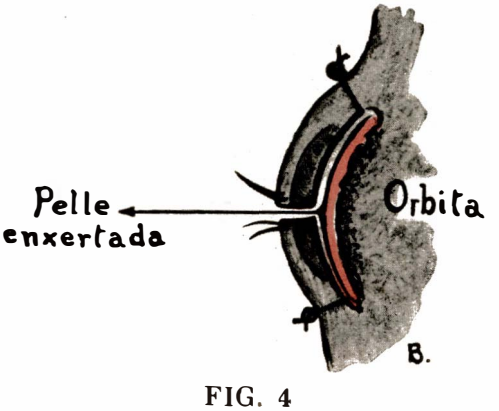

FIG. 4

FIG. 5

FIG. 6

FIG. 7

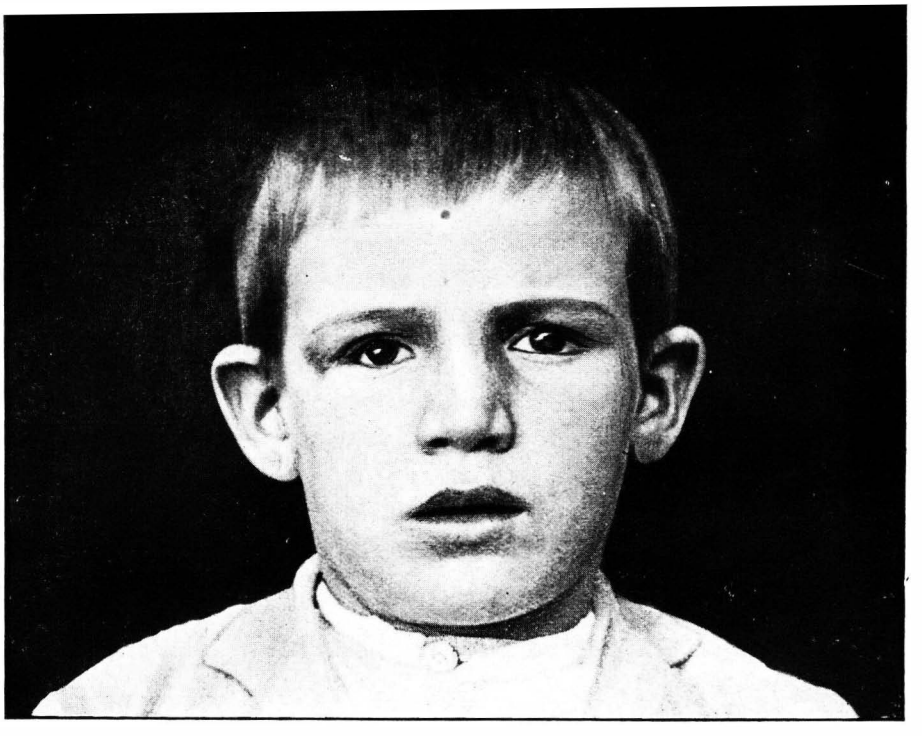

FIG. 8

Empreguei para revestir igualmente o fundo da órbita desnudada um grande retalho de mucosa labial, não obtendo absolutamente resultado algum, visto a mucosa ter sido reabsorvida depois de bem pegada.

Julgo o processo de minha autoria como o melhor. Já o pratiquei muitas vezes e as observações demonstram a excelência do método. Há, às vezes, após a intervenção, uma triquiasis, devido a algum ponto mal dado na pálpebra ou às cicatrizes defeituosas determinadas pela retração da cavidade pálpebro-conjuntival, tracoma, etc., o que, contudo, não apresenta consequências maiores, pois tenho feito em tais casos a operação de Lagleyze para a triquiasis, com inteiro êxito.

A cavidade que se obtem nem sempre se presta às proteses comuns que se possue em estoque, sendo preciso adata-las, o que se consegue cortando sob medida as que se possuem.

Êste processo, da minha autoria, foi divulgado pela primeira vez pelo meu colega Dr. Paulo Ariani, em 1927, na "Semana Oftalmo-Neurológica", promovida pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo (3 a 10 de setembro de 1927) sob o título "Melhoria da protese ocular" onde o autor revela os resultados obtidos em vários casos. Mais tarde publiquei tôda a técnica pormenorisada em "Cirurgia Ocular" - 1930 (trabalho premiado pela Academia Nacional de Medicina).

Como os resultados por mim observados bem como por todos os colegas que igualmente usaram esta minha técnica tenham sido satisfatórios, publico novamente aqui a mesma, para maior conhecimento de todos.