

Reconstrução da pálpebra inferior*

Mansueto Martins Magalhães ** João Orlando Ribeiro Gonçalves ***

INTRODUÇÃO

O papel de proteção que desempenham as pálpebras em relação ao globo ocular, a córnea em particular, fica demonstrado pelas cérato-conjuntivites que se desenvolvem rapidamente quando ela é exposta prolongadamente, podendo mesmo ocasionar a sua perfuração. Isto explica porque é indispensável tratar as pálpebras com os devidos cuidados que elas merecem, suturando toda ferida que haja envolvido sua espessura. Apresentam estruturas complexas e sua reconstrução não é tão simples como parece. Na reconstrução da pálpebra superior, o cirurgião terá que se preocupar com o aspecto fundamental da proteção da porção anterior do globo ocular e do aspecto dinâmico do abrir e fechar dos olhos. Isto não ocorrerá quando se tratar da pálpebra inferior, ele não é indispensável à proteção da córnea, nem possui movimentos tão amplos que possam obstruir a visão. Algumas vezes não conseguimos reconstruí-la em todos os seus aspectos anatômicos, contudo o resultado estético e funcional satisfaz ao paciente e ao cirurgião.

Nos últimos anos tem sido grande a procura do serviço por portadores de lesões tumorais comprometendo as pálpebras, principalmente a inferior. O fato tem merecido atenção no sentido de melhor resolver o problema. A reconstrução cirúrgica se nos afigurou como a melhor conduta a ser seguida e constituiu-se o tratamento básico empregado.

O bom plano cirúrgico é fruto do bom senso. O estudo da área a ser reparada deve ser levado em conta não só quanto à localização mas também à extensão e profundidade. A experiência de várias técnicas de reconstrução palpebral é fundamental na bagagem científica do cirurgião plástico ocular. Frequentemente deparamos com lesões palpebrais que exigem mais de uma técnica e manobras para tentar obter um resultado que satisfaça o binômio: função e estética. As técnicas existentes e suas combinações, têm suas aplicações oportunas, dependendo da indicação correta para cada caso. As que ora propomos surgiram em decorrência da pretensão de atender o reparo de uma área

cruenta da pálpebra inferior, resultante de excisão tumoral. Consideraremos:

LESÕES SUPERFICIAIS:

Quando a lesão da pálpebra inferior não envolve a sua espessura e é de natureza benigna procuramos salvar o tarso, sacrificando apenas a pele. Se a lesão atinge 5 a 6 mm, a excisão de uma simples cunha de pele é o suficiente e o fechamento é fácil. Delamina-se a pálpebra ao longo da linha cinzenta a uma distância igual a três vezes o tamanho da lesão a ser removida. A lesão é removida em forma de cunha e as margens da pele são aproximadas com pontos separados. No caso em que uma lesão superficial requeira excisão de uma área maior que 7 mm, modificaremos a maneira de fe-

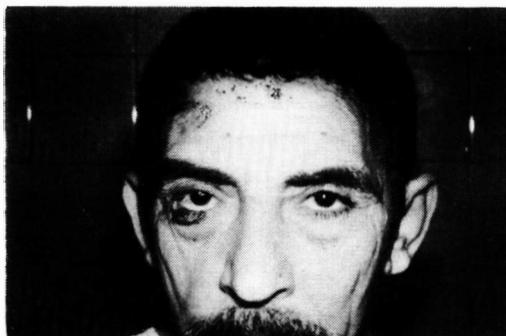


Fig. 1 — Lesão úlcero-crostosa ocupando 2/3 da pálpebra inferior.

char o defeito. A pálpebra é delaminada da maneira anterior e removemos a lesão em retângulo. Em seguida incisamos a pele e tecido subcutâneo em ambas as direções, a uma distância igual ou maior que a área palpebral delaminada. Os "flaps" são descolados e aproximados em pontos separados.

LESÕES PROFUNDAS:

Nas lesões profundas da pálpebra inferior temos que sacrificar toda a espessura palpebral correspondente à área prejudicada e dois ou três milímetros de tecido não

* Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica do Hospital Getúlio Vargas. Centro de Ciências da Saúde — FUFPE.

(Serviço do Prof. João Orlando Ribeiro Gonçalves).

** Auxiliar de Ensino da Clínica Oftalmológica.

*** Titular da Clínica Oftalmológica.



Fig. 2 — Aspecto do deslizamento de retalho geniano pela técnica do IMRE

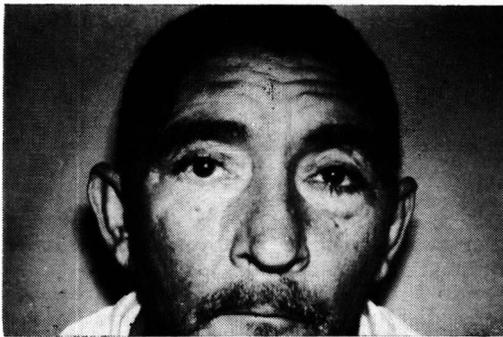


Fig. 3 — Resultado cirúrgico após 2 meses (notar discreto lagofalmo).

comprometido, como margem de segurança. Nesses casos seguimos a orientação da lei dos quartos de Mustardé nas lesões que atingem um quarto (1/4) da extensão palpebral fazemos a sutura borda a borda. A sutura será realizada em três planos: tarso conjuntiva, músculo e por último a pele. Nas lesões que apresentam mais de um quarto (1/4) de extensão, lançamos mão da cantotomia e da incisão do tendão lateral

da pálpebra inferior, para facilitar e deslizamento do tecido lateral, que será tanto maior quanto for necessário para reconstruir a área ressecada. Nas reconstruções, sempre colocamos um enxerto intermediário condromucoso, retirado do septo nasal, que servirá como novo suporte da pálpebra reconstruída. A cartilagem substitui o tarso e a mucosa a conjuntiva. Badin não usa suporte na reconstrução total da pálpebra superior. Wadsworth, mesmo nas grandes reconstruções, dispensa o uso de cartilagem como suporte, assegurando que quando o "flap" temporal é dissecado no plano profundo, a aponeurose do temporal é suficiente para substituir o tarso. Callahan usa cartilagem apenas nas grandes reconstruções.

O local de preferência dos tumores palpebrais é a pálpebra inferior. Podem surgir tanto na margem cílio-palpebral como nas adjacências. Nos tumores que se desenvolvem no sentido horizontal do bordo palpebral inferior, adotamos conduta cirúrgica diferente da descrita acima. Ressecamos toda lesão, obedecendo a margem de segurança. Suturamos a conjuntiva do fornice superior ao restante inferior, após cuidadosa dissecação. Como suporte, usamos uma lâ-



Fig. 4 — Delimitação da área cirúrgica e do retalho temporal pronto para deslizamento (Mustardé).

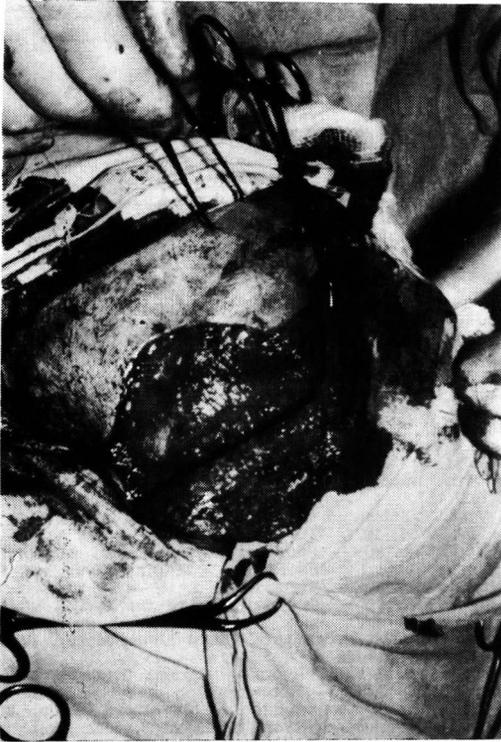


Fig. 5 — Retalho temporal rebatido a extensa demarcação cirúrgica.

mina de cartilagem auricular e em seguida fazemos um retalho bi-pediculado de pele e músculo (Tripier-Soares) da pálpebra superior e o suturamos por cima da cartilagem. Quinze a vinte dias depois ressecamos os pedículos e refazemos a pálpebra. Diante de resultados excelentes, não ficamos presos ao conceito de Mustardé e seguidores de que "Nunca devemos utilizar tecidos da pálpebra superior para reconstruir a inferior". Claro, que, devemos selecionar e analisar bem os casos e agir cautelosamente.

MATERIAL E MÉTODO

Relataremos a experiência do Serviço de Plástica Oftálmica e Anexos Oculares do Hospital Getúlio Vargas (Teresina — Piauí) em alguns casos de reconstrução da pálpebra inferior, com emprego de técnicas variadas, tomando por base a localização e extensão da lesão e o comprometimento de estruturas vizinhas. A nossa casuística compreende vinte e dois (22) pacientes portadores de lesão tumoral, comprometendo a pálpebra inferior (Isoladamente ou infiltrando as adjacências) assim distribuídos:

— Carcinoma basocelular	19 casos
— Adenocarcinoma de glândulas de Meibomius	02 casos
— Carcinoma epidermóide	01 caso

Técnicas empregadas:

Mustardé (variante)	09 casos
Mustardé clássico	06 casos
Deslizamento de retalho inferior (Imre)	03 casos
Retalho fronto lateral (Frick)	02 casos
Retalho fronto medial	01 caso
Deslizamento de retalho zigomático temporal	01 caso

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

O estágio avançado em que se encontravam algumas lesões, reduziu em parte o êxito do tratamento empregado. Assim é que apareceram três recidivas nos vinte e dois casos operados. Do material enviado para exame anátomo-patológico, somente em três casos a lesão não foi ressecada com margem de segurança.

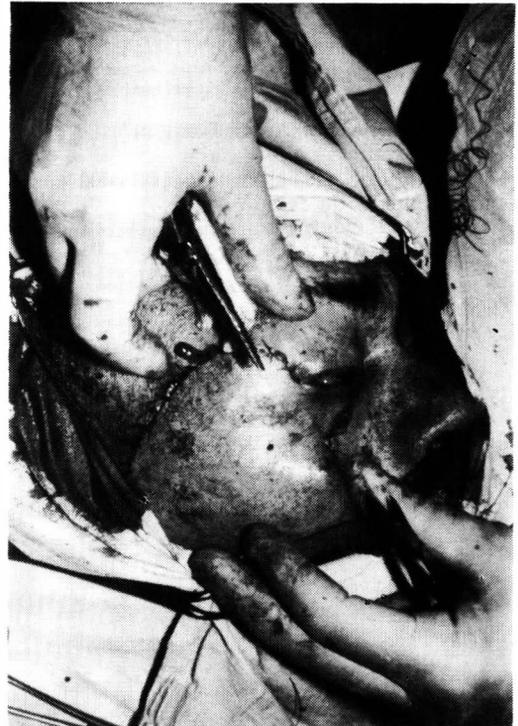


Fig. 6 — Aspecto do retalho posicionado e suturado.



Fig. 7 — Detalhe do aspecto final e colocação da sutura de Frost.

— As complicações mais frequentes foram:

Necrose do transplante	02 casos
Deiscência da ferida	01 caso
Ectrópio cicatricial	01 caso
Simblefaro	01 caso

Estas complicações foram tratadas cirurgicamente. Apenas em 01 (hum) caso foi indicado a radioterapia.

RESUMO

Os autores analisaram vinte e dois (22) casos de reconstrução da pálpebra inferior, em pacientes portadores de lesão tumoral. Empregaram diversas técnicas, de acordo com a localização, extensão da lesão e comprometimento de estruturas vizinhas. O tratamento cirúrgico mostrou-se satisfatório, pois as recidivas e complicações foram bastante reduzidas.

SUMMARY

In 22 patients with eyelid tumors the authors have employed several techniques for the treatment and eyelid reconstruction. The surgical treatment was, but it was related 5 complications.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUGA, H. — Plástias palpebrais. In: — Cirurgia Ocular. 3 ed. Barcelona, Salvat, 1952. p. 125-66.
- RADIM, J. — Reconstrução total da pálpebra superior. Rev. bras. cirur. 47: 265-269, 1964.
- CHICRALLA, A. — Distribuição da força de tensão em incisão linear por retalho paralelos. Rev. bras. cirur. 64: 65-68, 1974.
- CHIOVALLA, A. — Condução na reconstrução palpebral e região peri-orbitária. Rev. Col. Bras. Cirur. vol. 5 — Novembro/dezembro 1978, n.º 6 — 279-284.
- CALLAHAN, A. — Reconstruction of the eyelids after extensive malignancy. In: — Symposium on surgery of the orbit and adnexa. Saint Louis, Mosby, 1974. cap. 14, p. 158-74.
- FOX, S. A. — Lid Surgery — Current Concepts, 1972.
- MUSTARDÉ, J. C. — Reconstruction of eyelids. In: — Repair and reconstruction in the orbital region. 2. ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1971. cap. 2, p. 166-62.
- MUSTARDÉ, J. C. — Newer points of upper and lower lid reconstruction. In: — MUSTARDÉ, J. G.; JONES, L. T.; CALLAHAN, A. — Ophthalmic plastic surgery up-to-date. Birmingham, Aesculapius, 1976. cap. 12, p. 152-74.
- PEREIRA, E. — Terapêutica Cirúrgica dos tumores palpebrais. Arq. Bras. Oftal. 41 (4): 200-205, 1978.
- ROUGIER, J.; TESSIER, P.; HERVOUVET, F.; WOILLEZ, M.; LEKIEFFRA, M. DEROME, P. — Les reconstructions palpebrales ou blépharopoièse. In: — Chirurgie plastique orbito-palpebrale. Paris, Masson, 1977. cap. 30, 423-44.