

Entropio palpebral superior cicatricial

Correção pela rotação da pálpebra inferior

NOTA PRÉVIA

S. Eloy Pereira *

INTRODUÇÃO

O entropio cicatricial e a distriquiase constituem sério entrave à manutenção da transparência corneal, sendo porisso a causa de milhões de casos de cegueira no mundo (1).

A transparência corneal depende da sua-vidade do deslissamento da placa tarsal e do rebordo marginal palpebral sôbre a córnea.

volvida para reconstrução de pálpebras superiores — nos casos de tumores palpebrais superiores, embora a mesma técnica nunca tenha sido utilizada para tal fim, isto é, correção de entrópios superiores (3).

Esta manobra cirúrgica de transferência total de tecidos palpebrais é o único método capaz de reconstruir em todos os planos o complexo histológico da pálpebra superior, principalmente em sua parte mediana, que corresponde à área de projeção corneal.

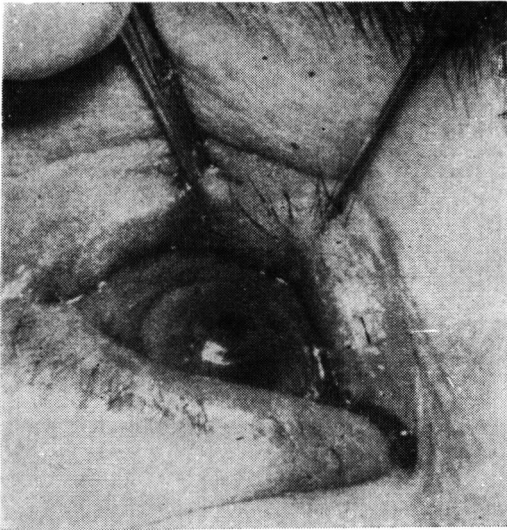


Fig. 1 — Entropio palp. sup. severo que resultou em sérios danos à transparência da córnea. Intensa fibrose tarso-conjuntival. Pré-operatório.

Quando este movimento reflexo do pestanejar é áspero, o globo ocular se congestiona, criando vasos de neoformação que invadem a córnea e gradativamente a córnea perde sua transparência devido a infecção secundária que se instala após a sua descamação (2).

MATERIAL E MÉTODOS

Operamos 9 pálpebras com retrações cicatriciais tarsais, triquiase e distriquiase, dos mais diversos graus de severidade. Utilizamos a idéia de Mustardê, que foi desen-

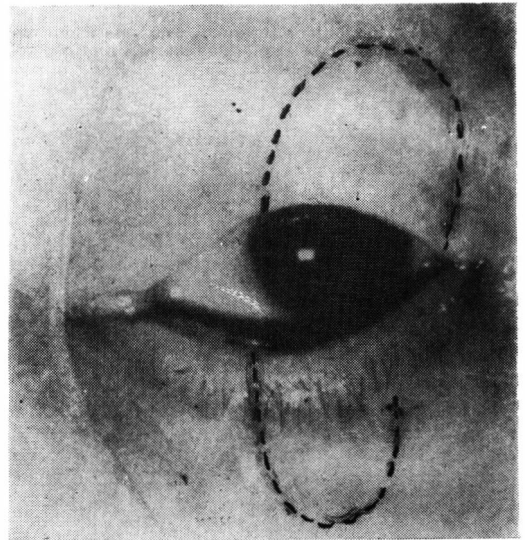


Fig. 2 — Esquema dermatográfico do retalho palp. inferior a ser rodado e superiormente a área a ser removida da palp. sup. que se encontra com fibrose e retrações do tarso-conjuntiva.

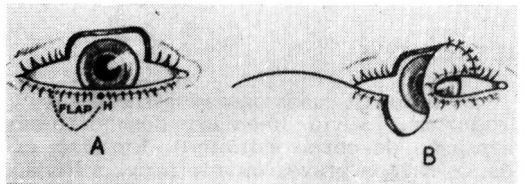


Fig. 2a — Esquema cirúrgico da técnica de Mustardê para reconstrução palpebral superior usando-se a inferior.

* Professor de Oftalmologia. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Caixa Postal 804, Campo Grande.

Esta técnica conduz a uma reparação perfeita da região conjuntivo-tarsal superior e com isto evitamos o surgimento do panus corneal grave (4).



Fig. 3 — Retalho inferior preparado, para preenchimento da área cruenta na palp. sup. resultante da remoção total da parte tarsal da mesma.

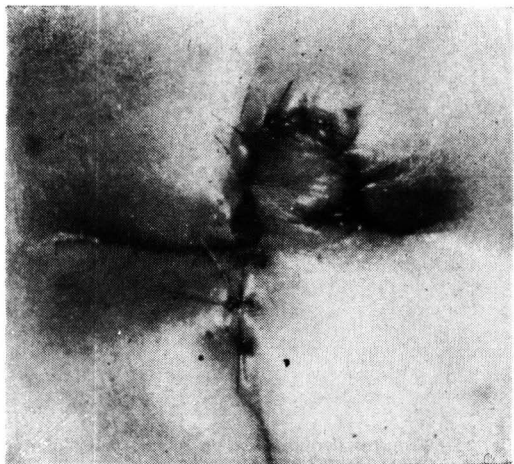


Fig. 4 — Retalho palp. em sua posição final, observando-se o pedículo nutridor que será dividido em 12 dias.

RESULTADOS

De todos os casos operados (nove), 100% produziram alívio imediato dos sintomas (sensação de corpo estranho). Em dois casos, os menos graves quanto a opacificação, houve boa recuperação da agudeza visual. Vale acrescentar no que se refere à sensação de corpo estranho causada pela distriquiase, ou pela fibrose da placa tarsal, que o alívio já se faz sentir no pós-operatório imediato.

DISCUSSÃO

A análise bibliográfica nos induz a afirmar que esta será a técnica de escolha para os casos mais severos de retração palpebral (re-operações) e nos pós-tracoma, assim como nas queimaduras de pálpebras superiores sem envolvimento da pálpebra inferior. Também nos casos de triquiase e distriquiases em que os pacientes sofreram várias secções de eletrólises dos bulbos pilosos. Embora um pouco mais trabalhosa, devido ao fato de ser realizada em dois tempos cirúrgicos, não deixa cicatrizes evidentes e tão pouco causa problemas à área doadora (palp. inf.º).

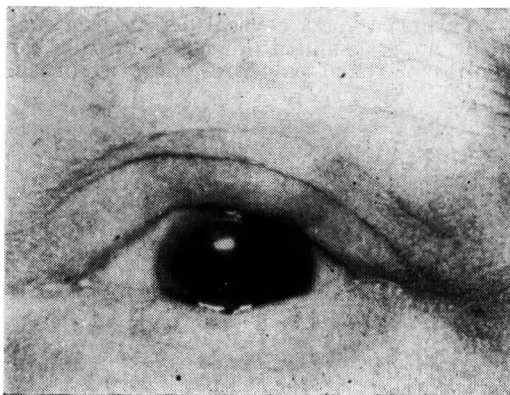


Fig. 5 — Pós-operatório de 3 meses. Nota-se a "ilha" na parte central da palp. sup. e a satisfatória recuperação cicatricial da palp. inferior. Paciente completamente assintomática.



Fig. 6 — Pós-operatório de 5 meses da fig. 1. Observa-se perfeitamente o retalho na parte central da palp. superior bem individualizado, inclusive com alguns cílios em crescimento. Paciente assintomático e com recuperação da visão. (veja fig. 1 do pré-operatório).

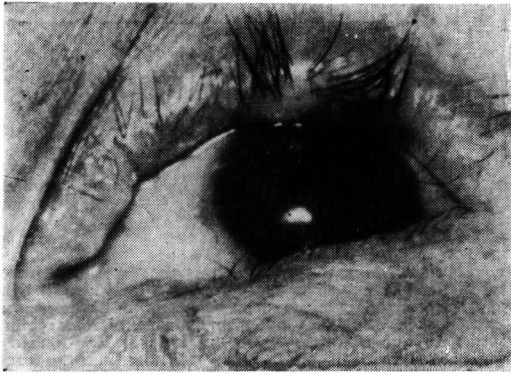


Fig. 7 — Pós operatório de 8 meses. Note-se o crescimento dos cílios de maneira normal na parte central da palp. superior.

CONCLUSÃO

Como já afirmamos, esta será a técnica de escolha para os oftalmologistas que desenvolverem suas aptidões na plástica ocular para a correção segura dos entropios palpebrais superiores, do tipo cicatricial e nos casos de re-operações.

RESUMO

O autor lança a idéia da utilização da técnica de Mustardê para a reconstrução palpebral superior nos casos de perda de substância (tumores por ex.), para a "construção de uma nova palpebra superior em sua parte mediana", valendo-se da palpebra inferior, que raramente é envolvida pelos processos fibróticos do tracoma na placa tarsal superior.

Todos os casos operados (9), resultaram em excelentes respostas da recuperação corneana, com o desaparecimento da neovascularização e melhora da transparência.

SUMMARY

Cicatricial entropion causes a great number of blindness all over the world, due to corneal opacification and vascularization. The author suggests the use of Mustardê's technique for upper lid reconstruction, using the lower lid and demonstrates, in nine cases, the good results throughout the improvement of sight and relief of discomfort.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Van MILLIGENS, E. — Tarso-cheiloplastic operations for the cure of trichiasis. *Ophthal. Rev.*, 6: 309-314.
2. von AMMON, F. A. — *Zietschrift fur die Ophthal.* im Verlag der Waltherschens Hof und Buchhandlung. Dresden, 1831.
3. Plastic and Reconst. surgery of the Eye and Adnexa: Preprints — Reconstructions Totale de la Paupiere superieure. Louis Paufigue et Paul Tessier. Papers presents to the First Internation Symposium of the Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital. — Washington — Butterworths. 1962. pg. 112.
4. Repair and Reconstruction in The Orbital Region: J. C. Mustardê. Second Edition Churchill Livinstone — Edinburgh, London and N. York, 1980. pg. 291-292, pgs. 130-151.