

Reconstrução de lesões extensas de pálpebras com retalhos de face após excisão de neoplasias palpebrais

RODOLFO LUIS KORTE ^{1*}
CHRYSIANO CAMPOS FERREIRA ¹
ANA ELISA KADRI CASTILHO ²
LARYSSA FERNANDA FEITOSA ³
SARAH AMANDA KUSTER SCHEREDER ³

RESUMO

Por apresentar uma pele fina e sensível, a pálpebra pode ser acometida por diferentes tipos de tumores de pele, sendo esses benignos ou malignos. Dependendo do tamanho da lesão, das camadas de pele afetadas e da extensão da área de excisão, são necessários retalhos cutâneos para reconstruí-la. A extensão dos tumores determinará qual a melhor forma de reconstrução. Esses devem ser eficientes em devolver a funcionalidade do tecido lesionado, bem como sua estética. No presente trabalho, quatro reconstruções são demonstradas em relação à eficiência na recuperação funcional e estética das pálpebras em ressecções extensas, identificadas pelo retalho médio-frontal, retalho V-Y e retalho de região temporal.

Descritores: Neoplasias palpebrais; Reconstrução; Retalhos cirúrgicos.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0038

INTRODUÇÃO

Sabendo-se que a pele da face é mais exposta à radiação solar e, conseqüentemente, a pele palpebral também, tumores podem ocorrer com maior frequência nessa região. Os tipos histológicos encontrados foram o carcinoma basocelular e espinocelular, que apresentam do ponto de vista oncológico prognósticos e tratamentos diferentes¹. O aprimoramento de técnicas que busquem o reparo funcional e estético da excisão de tumores palpebrais deve ser mais estudado com o objetivo de reestabelecer função e estética melhores².

A extensão do tumor é determinante na escolha do reparo funcional. Alguns parâmetros podem nos guiar na reconstrução: o acometimento menor que 25% da pálpebra pode ser realizado com fechamento primário, de 25% a 50%, fechamento primário com cantólise ou retalhos de rotação, retalhos musculocutâneos ou enxertos. Dependendo do caso e da localização da lesão, as técnicas podem variar e, em lesões de 50% até toda a pálpebra, retalho de Cutler Beard, retalhos locais como retalho médio frontal, retalhos de pálpebras superior, região temporal e outros³.

As lesões extensas permanecem um desafio para o cirurgião plástico, em relação a sua reconstrução, pois podem determinar perdas estética e funcional total ou parcial das pálpebras. Nesses casos são necessários retalhos com áreas de pele mais extensas e com constituição preferencialmente, semelhante às das pálpebras. Essas reconstruções nem sempre devolvem a funcionalidade normal da pálpebra, porém, permitem uma vida normal ao paciente, preservando a visão³. A ressecção dos tumores deve ter o objetivo de sempre ser curativo, pois a economia nas ressecções pode determinar recidivas locais que tornarão o tratamento muito complexo e nem sempre definitivo, determinando até a perda total da visão. Este trabalho apresenta retalhos cutâneos que contemplam o reparo de lesões extensas, tanto em pálpebras superiores como inferiores com abordagens diferentes.

OBJETIVO

Descrever técnicas que podem ser utilizadas na reconstrução palpebral, nas quais são necessárias extensas áreas de pele, em que o objetivo principal é a retirada total da lesão,

uma vez que as recidivas em áreas periorbitais tem resultados catastróficos.

MÉTODOS

Descrição de 4 casos distintos nos quais as lesões eram extensas e foram empregados retalhos de pele com o objetivo de reconstruir as grandes perdas de pele decorrentes da excisão dos tumores palpebrais.

Descrevemos aqui 4 pacientes com lesões extensas de pálpebras, sendo um paciente do sexo masculino, 48 anos, com história de crescimento rápido de tumor em pálpebra superior, com anatomopatológico de um carcinoma espinocelular (CEC), com acometimento de 80% da pálpebra superior, incluindo toda a espessura e extensão até 1,5 cm da sobrancelha (Figura 1), sendo indicado retalho médio frontal; um paciente do sexo masculino, 67 anos, com lesão de carcinoma basocelular (CBC) de 60% da pálpebra inferior no olho esquerdo e epicanto medial, utilizando-se o retalho V-Y inferior (Figura 2); uma paciente do sexo feminino, 74 anos, portando CBC com lesões de pálpebra superior e inferior, sendo aproximadamente 50% da pálpebra superior, 50% da pálpebra inferior e epicanto medial, indicado retalho médio-frontal bipartido (Figura 3); um paciente do sexo masculino, 53 anos, com lesão de CEC em pálpebra inferior e próximo ao canto lateral do olho esquerdo, com aproximadamente 1,8 cm de extensão, sugerindo retalho de transposição de região temporal (Figura 4).

RESULTADOS

Anatomicamente, o tamanho e a localização das lesões são preponderantes para a escolha do retalho na reconstrução das pálpebras. Em nossa casuística, as lesões foram extensas, causadas por CEC e CBC. As ressecções devem ser amplas e curativas. As reconstruções nem sempre são anatomicamente funcionais, mas determinam aceitação estética e função razoáveis, permitindo ao paciente uma vida normal e sem prejuízo da visão. Observamos que nesses casos devemos, em primeira instância, ressecar as lesões com o objetivo de cura, o que implica em margens amplas e defeitos maiores, pois uma recidiva local e eventual reparação ou tratamento complementar (radioterapia) poderiam determinar a perda do olho ou da visão.

¹ Hospital de Câncer de Barretos, Unidade Porto Velho, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.

² Hospital de Base De Porto Velho, Porto Velho, RO, Brasil.

³ Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.



Figura 1. Retalho médio frontal após excisão de carcinoma espinocelular em pálpebra superior



Figura 2. Retalho V-Y após excisão de carcinoma espinocelular em pálpebra inferior.

Essas cirurgias são realizadas, na maioria das vezes, em dois ou até três tempos cirúrgicos, uma vez que as alterações de função da pálpebra tratada podem causar desconforto aos pacientes. A aceitação desses refinamentos pelos pacientes é muito boa. O conhecimento da anatomia funcional da pálpebra e das limitações funcionais que a correção pode acarretar no paciente são fundamentais para a confecção dos retalhos e aceitação dos resultados pelo paciente⁴.



Figura 3. Retalho médio frontal bipartido após excisão de carcinoma basocelular em canto interno de pálpebras superior e inferior.



Figura 4. Retalho de transposição de região temporal após excisão de carcinoma espinocelular em canto lateral de pálpebra superior e inferior.

DISCUSSÃO

A pele dos retalhos apresentados apresenta características próprias que devem ser levadas em consideração na reconstrução. O retalho médio frontal foi descrito pela primeira vez 700 anos A.C, na Índia. Embora a pele da região frontal apresente pouca elasticidade, este retalho é utilizado com muita versatilidade para restaurar a integridade orbital, nasal e das sobrancelhas. O

pedículo dominante é composto pela artéria e veia supratrocLEAR, geralmente de origem constante, o que facilita sobremaneira a sua confecção diminuindo as chances de perda. Sua pequena desvantagem é cicatriz na região frontal e a necessidade de um segundo tempo cirúrgico para separação do pedículo, muitas vezes uma melhora na função da neopálpebra³.

O retalho de avanço V-Y, utilizado aqui para correção de lesão extensa da pálpebra inferior, é um retalho tecnicamente de fácil confecção, que pode utilizado em lesões que comprometam até toda a pálpebra inferior. Sua vantagem é de proporcionar um menor descolamento, menor risco de necrose do retalho, pele de cor similar à palpebral, cicatrizes bem aceitas pelo paciente desde que realizados corretamente. Contudo, oferece o risco de ectrópio pela tração vertical^{3,5,6}.

O retalho de transposição temporal possui as vantagens da proximidade do retalho com a lesão a ser reconstruída, da vascularização do tecido, da facilidade de execução da técnica, bem como as características da pele serem semelhantes às das pálpebras. A desvantagem encontra-se no defeito estético, que varia de acordo com a concavidade da fossa temporal^{7,8}. No presente caso, o paciente apresentou discreto ectrópio, que foi corrigido em pós-operatório mais tardio.

Pela extensa área que compreende a região Norte do Brasil, constata-se que o acesso do paciente aos grandes centros de saúde ainda é precário, um dos motivos que agravam as lesões, pois como o tempo que o paciente leva entre tomar consciência da lesão e procurar um grande centro é muito grande, aumentando em demasia as chances de as lesões progredirem em tamanho e em complexidade. Porquanto os esforços para melhoria do sistema de saúde ainda estão aquém das necessidades regionais.

CONCLUSÃO

A extensão da lesão e a ressecção de forma curativa determinam a técnica a ser utilizada na reconstrução. Uma

correta programação cirúrgica, o conhecimento da anatomia funcional das pálpebras, a limitação dos resultados a serem obtidos e as orientações quanto ao procedimento a ser realizado para o paciente determinam a obtenção de resultados satisfatórios e melhores. Em nossa casuística, os retalhos apresentados mostraram-se capazes em devolver a função e estética das pálpebras ainda que limitadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Pe'er J. Pathology of eyelid tumors. *Indian J Ophthalmol.* 2016;64(3):177-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0301-4738.181752>
3. Baker S. *Local Flaps in Facial Reconstruction* 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2014.
4. Kanski JJ. *Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistemática.* 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
5. El Kollali R. Lower eyelid and cheek reconstruction by a temporally extended V-Y cheek flap. *J Craniofac Surg.* 2013;24(1):e57-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0b013e318270025f>
6. Sugg KB, Cederna PS, Brown DL. The V-Y advancement flap is equivalent to the Mustardé flap for ectropion prevention in the reconstruction of moderate-size lid-cheek junction defects. *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(1):28e-36e. PMID: 23271551 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182729e22>
7. Shagets FW, Panje WR, Shore JW. Use of temporalis muscle flaps in complicated defects of the head and face. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;112(1):60-5. PMID: 3940514 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1986.03780010062011>
8. Converse JM, Wood-Smith D. Experiences with the forehead island flap with a subcutaneous pedicle. *Plast Reconstr Surg.* 1963;31:521-7. PMID: 14022737 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196306000-00003>

***Endereço Autor:**

Rodolfo Luis Korte

Rua Anízio Gorayeb, 1331 - São João Bosco - Porto Velho, RO, Brasil

CEP 76803-680

E-mail: rlkorte@uol.com.br