

Implante Suspensor Palpebral de Silicone para Correção da Blefaroptose Severa

Henri Friedhofer¹
Cristina Pires Camargo²
Marcus Castro Ferreira³

- 1] Doutor em Medicina, Médico Assistente da Divisão de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 2] Pós-Graduanda do Curso de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 3] Professor Titular da Divisão de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Dr. Henri Friedhofer

Rua Maranhão, 584 – 72/74
São Paulo – SP
01240-000

Fone: (11) 825-4300 – Fax: (11) 3666-8359

e-mail: henrifri@sti.com.br

Unitermos: Ptose palpebral; suspensão frontal; tiras de silicone.

RESUMO

Pacientes com ptose palpebral severa e ação fraca do músculo elevador habitualmente são beneficiados com o método da suspensão frontal utilizando-se materiais orgânicos ou inorgânicos. Na literatura, são conhecidos estudos com esclera homóloga, dura mater, fâscia lata homóloga e autóloga, fio de seda, supramid, goretex, tela de mersilene, prolene, dentre outros.

Nos casos em que existam alterações que impeçam a boa proteção ocular, como paralisia do III par, oftalmoplegia crônica progressiva, ceratite neuromuscular, miastenia gravis, síndrome da fibrose orbitária, ceratoconjuntivite seca ou paresia do VII par com ptose, têm sido utilizadas tiras de silicone, entretanto com índices significativos de recorrência da ptose a médio e longo prazos.

Para diminuir essa ocorrência, desenvolveu-se um suspensor palpebral pré-moldado de silicone com reforço de Dacron utilizado em 45 pacientes com ptose severa, num total de 58 pálpebras. Neste trabalho discutem-se os resultados obtidos e chega-se à conclusão de que o procedimento é de fácil execução, que oferece resultados efetivos e duradouros, com possibilidade de fácil ajuste pós-operatório, caso seja necessário. A disponibilidade da peça estéril e pronta para o uso facilita o procedimento. A indicação do método ampliou-se para todos os casos de ptose severa e não apenas para aqueles que apresentem alterações que não permitam proteção adequada ao olho.

O tratamento cirúrgico da ptose palpebral é, sem dúvida, um dos capítulos de maior desafio no âmbito da cirurgia orbitopalpebral.

A pálpebra superior situa-se na posição primária do olhar, 1 a 2 mm abaixo do limbo escleral superior. Define-se ptose palpebral como alteração de posição da pálpebra superior abaixo do nível habitual. Pode ser adquirida ou congênita, uni ou bilateral. Segundo a classificação de Beard⁽¹¹⁾, a adquirida pode advir de causa miogênica, neurogênica, traumática ou mecânica, e a congênita é devida à distrofia do músculo elevador, não se associando a outras anomalias neurológicas. Entretanto, pacientes portadores de ptose congênita podem apresentar outras alterações, como: fraqueza do músculo reto superior, estrabismo, fenômeno de Marcus Gunn ou síndrome da blefarofimose. O grau da ptose é suave quando menor ou igual a 2 mm, moderado até 3 mm e severo quando igual ou maior que 4 mm. A função do músculo elevador é medida pela excursão da pálpebra superior ao realizar supra e infraversão com o bloqueio digital do músculo frontal. É considerada boa quando apresenta 11 mm ou mais, moderada de 5 a 10 mm e fraca, igual ou menor que 4 mm.

A análise cuidadosa do grau da ptose, da função do músculo elevador e da etiologia da deformidade irá determinar a melhor opção cirúrgica para o caso.

Pacientes portadores de ptose palpebral severa (maior ou igual a 4 mm), em que a função do músculo elevador da pálpebra é fraca (4 mm ou menos de excursão), são beneficiados somente com métodos de suspensão frontal. Não se conseguem, nesses casos, bons resultados com técnica mais fisiológica, como o encurtamento da aponeurose do músculo elevador.

Vários materiais orgânicos e inorgânicos foram propostos para conectar o tarso à musculatura frontal, que, ao contrair-se, consegue elevar a pálpebra superior. Há na literatura estudos sobre a utilização de esclera homóloga⁽¹⁾, dura-mater^(1, 2), fásia lata autóloga e homóloga^(2, 3, 7), fásia temporal⁽²⁾, fio de seda^(4, 5), supramid⁽⁶⁾, goretex⁽¹⁾, tela de mersilene^(1, 2, 9), prolene⁽⁸⁾, entre outros.

A fásia lata tem sido muito utilizada como material de escolha para suspensão frontal. Entretanto, na eventualidade de ser necessária reoperação para corrigir hipo ou hipercorreção da ptose, a médio e longo prazos, fica difícil tal procedimento por causa da fibrose cicatricial englobar a fásia lata. Além disso, quando

existem alterações que impedem a boa proteção ocular, como paralisia do terceiro par, oftalmoplegia crônica progressiva, ceratite neuroparalítica, miastenia gravis, síndrome da fibrose orbitária, ceratoconjuntivite seca ou parestia do sétimo par com ptose, o uso da fásia lata pode predispor a exposição corneana. Nestes casos, tira(s) de silicone tem sido utilizada(s)^(13, 16).

Os materiais sintéticos oferecem a vantagem de não apresentar absorção pelo organismo; podem, entretanto, levar à formação de granulomas de corpo estranho, infecção e extrusão.

Em 1966, Tillet e Tillet⁽¹⁰⁾ descreveram a suspensão frontal com tira de silicone e, desde então, vêm sendo utilizadas diversas táticas cirúrgicas, no que diz respeito à disposição delas^(2, 12, 13, 14, 15, 16).

O silicone é material de fácil obtenção e manuseio, porém, quando usado somente em forma de tira(s), ocasiona índice significativo de recorrência da ptose a médio e longo prazos⁽¹⁰⁾.

No intuito de diminuir esse problema, propõe-se, neste trabalho, a utilização de um suspensor palpebral pré-moldado de silicone com formato próprio para se adaptar à região palpebral e frontal. Esse dispositivo tem simplificado sobremaneira o procedimento e proporcionado resultados efetivos e duradouros.

MÉTODOS

Foram operados 45 pacientes portadores de ptose palpebral severa, no período de 1989 a 1997, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e em clínica privada.

Desses 45 pacientes, foram operadas 58 pálpebras superiores, sendo 32 unilaterais e 13 bilaterais. Vinte e oito pacientes eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino, com idades variando de 2 a 70 anos, média de 14,7 anos.

Todos os indivíduos tratados eram portadores de ptose palpebral congênita.

Desenvolveu-se um dispositivo pré-moldado em elastômero de silicone suave a que se denominou suspensor palpebral. Este contém 2 cabos de 1 mm de diâmetro por 70 mm de extensão, conectados lateralmente a uma lâmina de silicone com reforço de Dacron, medindo 13 mm por 3,5 mm, que apresenta 3 orifícios, de 1 mm de diâmetro (Fig. 1).

Os pacientes foram operados sob o efeito de anestesia local com vasoconstritor e sedação ou anestesia geral.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Demarca-se o sulco palpebral inferior, da pálpebra superior e dois segmentos suprajacentes à sobrancelha, com 10 mm de extensão, situados ao nível do terço lateral e medial, respectivamente, de maneira a formar uma figura trapezoidal (Fig. 2).

As incisões chegam até o plano periosteal, na sobrancelha, e tarsal, na pálpebra. A partir da incisão palpebral, diseca-se área de 15 mm de largura por 5 mm de altura sobre o tarso, suficiente para conter a lâmina de silicone. Esta é adaptada e fixada à placa tarsal por meio de 5 pontos de náilon monofilamentado 5-0, com agulha cilíndrica de 1 cm, sendo que 3 pontos compreendem os orifícios da lâmina e os outros 2, os locais de união dos cabos a ela.

Sob dissecação roma, fazem-se 2 túneis sob o músculo orbicular, no sentido das incisões da sobrancelha em direção ao tarso e transpõem-se os cabos de silicone medial e lateral para as incisões das sobrancelhas (Fig. 7b).

Através da incisão medial da sobrancelha, identifica-se o músculo frontal e dá-se ponto de náilon monofilamentado 5-0, englobando porção do músculo frontal, de maneira a simular uma polia, pela qual passa-se o cabo medial. Esse dirige-se à incisão lateral, através de túnel sob o músculo frontal (Fig. 3).

Uma vez exteriorizados na incisão lateral, os cabos são fixados entre si e ao músculo frontal por ponto de náilon monofilamentado 5-0. Entretanto, não se completa esse ponto até o rebordo palpebral ser posicionado ao nível do limbo escleral superior, por tração cranial e lateral dos cabos de silicone. Os excedentes são seccionados, conservando-se apenas 10 mm a partir do referido ponto, os quais se introduzem sob a musculatura frontal. (Figs. 3 e 4).

O sulco palpebral é refeito através de 3 pontos de náilon monofilamentado 6-0, compreendendo os 3 orifícios da lâmina, o músculo orbicular e a derme, em pontos separados (Fig. 5).

A córnea é protegida com pomada de metilcelulose e sutura de Frost por 24-48 horas (Fig. 6).

Os pontos são retirados após 5 a 7 dias. Os cuidados no pós-operatório são os habituais para blefaroplastia.

Nos casos que exigirem eventual reoperação, incisa-se apenas a cicatriz lateral da sobrancelha e faz-se a identificação dos dois cabos de silicone, liberando-os para reposicionamento do bordo palpebral.

Os resultados foram considerados como bom, regular e mau, segundo análise do aspecto estético e funcional resultante, obedecendo aos seguintes critérios:

BOM:

- ◆ **unilaterais:** quando o rebordo palpebral apresentava simetria com o lado são, na posição primária do olhar (ppo).
- ◆ **bilaterais:** quando estava a 1-2 mm abaixo do limbo escleral, em ppo.

REGULAR:

- ◆ **unilaterais:** quando o posicionamento do rebordo palpebral do lado operado apresentava assimetria em relação ao lado são de até 1 mm, em ppo.
- ◆ **bilaterais:** quando os posicionamentos dos rebordos palpebrais se situavam com medida maior que 2 mm e menor que 3 mm, em ppo.

MAU:

- ◆ **unilaterais:** quando o posicionamento do rebordo palpebral operado apresentava assimetria maior que 2 mm, em relação ao lado são, em ppo, e ainda no caso de necrose cutânea com extrusão do suspensor palpebral.
- ◆ **bilaterais:** quando o posicionamento dos rebordos palpebrais situavam-se, em relação ao limbo escleral, a mais de 3 mm, em um ou ambos os lados, e ainda, no caso de necrose cutânea, com extrusão do suspensor palpebral.

RESULTADOS

Os 45 casos operados foram estudados no período de 1989 a 1997, com seguimento de 12 a 96 meses.

Nos bilaterais, denominamos como resultado regular quando tínhamos um lado bom e outro regular e re-

sultado bom quando ambos eram bons.

Conforme a Tabela I, tivemos como resultados:

- ◆ **Bons:** em 19 casos (42,22%) unilaterais (Figs. 7c e 9b) e 7 casos (15,56%) bilaterais (Fig. 10b), perfazendo um total de 26 casos (57,78%).
- ◆ **Regulares:** em 11 pacientes (24,44%) unilaterais (Figs. 8b e 8d) e 6 (13,33%) bilaterais, num total de 17 (35,78%).
- ◆ **Maus:** em 2 casos (4,44%) unilaterais, com ulceração cutânea, infecção e extrusão parcial da extremidade distal da lâmina horizontal.

Foram realizadas reoperações para ajuste de hipocorções em 11 pacientes (24,44%).

O método de suspensão frontal, utilizando-se o suspensor palpebral pré-moldado de silicone, proporcionou 95,56% de resultados bons e regulares e 4,44% de maus resultados.

DISCUSSÃO

Os fios inabsorvíveis em geral provocam reações inflamatórias do tipo corpo estranho, ocasionando freqüentemente extrusões. Nessa situação, indica-se a retirada dos fios após algumas semanas; como, porém, a elevação alcançada vai depender apenas da quantidade de fibrose formada no local, ela é, portanto, imprevisível.

O uso de fâscia lata não provoca reação do tipo corpo estranho, por ser material autógeno. Entretanto, para ser obtida, necessita tempo cirúrgico mais prolongado, além de ocasionar cicatriz na face lateral da coxa doadora. Na eventual necessidade de reoperação, causada pela correção insuficiente ou mesmo exagerada, não se consegue identificar a médio e longo prazos a fâscia lata, uma vez que esta é englobada por intensa fibrose.

Outros materiais foram propostos^(1,2) para a suspensão palpebral, porém todos apresentaram desvantagens no seu emprego, como infecção e extrusão.

Com o advento do silicone, consegue-se atender aos anseios dos cirurgiões, pois a técnica é simples, o tempo operatório é mais rápido e o material é bem tolerado pelo organismo.

Idade	Sexo	Lateralidade	Resultado
2	F	Bilateral	(B/B) B
12	M	Bilateral	(B/R) R
26	M	Bilateral	(R/B) R
14	F	Unilateral	R
27	M	Bilateral	(B/B) B
13	M	Unilateral	B
4	M	Unilateral	B
3	F	Unilateral	B
8	M	Unilateral	B
70	F	Unilateral	M
16	F	Unilateral	B
20	M	Unilateral	R
3	M	Unilateral	B
22	M	Unilateral	R
3	F	Bilateral	(B/B) B
11	F	Unilateral	B
5	M	Bilateral	(B/B) B
40	M	Unilateral	B
27	M	Unilateral	B
4	M	Unilateral	B
3	F	Bilateral	(B/B) B
11	M	Bilateral	(B/R) R
20	M	Unilateral	R
13	F	Unilateral	B
25	M	Bilateral	(B/B) B
12	M	Unilateral	B
4	M	Unilateral	R
3	F	Unilateral	R
15	F	Unilateral	R
7	M	Unilateral	R
4	F	Unilateral	R
3	M	Unilateral	B
8	M	Unilateral	B
60	F	Bilateral	(B/R) R
15	M	Unilateral	B
21	M	Unilateral	B
3	M	Unilateral	M
22	F	Unilateral	B
4	M	Bilateral	(B/B) B
12	F	Bilateral	(R/B) R
6	F	Unilateral	R
30	M	Bilateral	(R/B) R
26	M	Unilateral	B
5	M	Unilateral	R
3	F	Unilateral	B

Idade, sexo e resultados de casos operados.

Além disso, por apresentar certa elasticidade⁽¹⁰⁾, facilitaria a ação do músculo orbicular na oclusão palpebral.

Ao ser descrito inicialmente, o silicone tinha forma de tira tubular, o que propiciava fixação tênue ao tarso, podendo ocasionar desinserção no pós-operatório recente. E ainda, dependendo da extensão na qual essa tira era fixada ao tarso, se exígua, ocasionava distorção em entalhe no bordo palpebral. Considerando-se as vantagens físico-químicas do silicone e atentando aos pequenos inconvenientes citados, desenvolvemos o suspensor palpebral pré-moldado.

Esse dispositivo é feito com elastômero de silicone suave, com reforço de Dacron na lâmina horizontal, para se obter maior resistência. Os três orifícios equidistantes ao longo da lâmina possibilitam a passagem dos fios de náilon monofilamentado, que a fixam à placa tarsal de forma harmônica e simétrica. A cápsula que se forma, envolvendo todo o suspensor e em especial a lâmina horizontal, ajuda a manter resultados estáveis tardiamente.

Casos de ptose unilateral podem apresentar melhor resultado estético e, principalmente, com simetria satisfatória, se a suspensão palpebral for realizada em ambas as pálpebras e se o músculo elevador normal do lado são for enfraquecido para que haja total dependência da contração do músculo frontal. Entretanto, muitos pais e pacientes se negam a aceitar tal procedimento.

A anestesia, geral ou local, depende da cooperação do paciente. Mesmo quando se opta por anestesia geral, infiltra-se solução de bupivacaína a 0,5% com epinefrina (1:200.000), com o objetivo de minimizar sangramentos e prolongar a analgesia pós-operatória. Damos preferência para a anestesia local contando com a colaboração do doente, facilitando dessa maneira melhor obtenção do posicionamento palpebral. A via de acesso, no sulco palpebral, visa a alcançar com facilidade a placa tarsal, como também dissimula a cicatriz.

Na dissecação da região palpebral deve-se atingir o plano tarsal, sobre o qual a lâmina horizontal é fixada com pontos de fio inabsorvível. Nessa etapa é importante evitar a transfixação dos pontos na conjuntiva palpebral.

O suspensor deve formar figura trapezóide, para não provocar entalhe no rebordo da pálpebra. A polia feita englobando a musculatura subjacente proporciona

fácil ajuste em caso de reoperação. A manutenção de 10 mm de excesso nos cabos, lateral e medial, após sua fixação ao frontal, tem como objetivo, se houver necessidade, permitir ajustes, em casos de hipo ou hipercorreção.

É comum ocorrer dificuldade de oclusão palpebral com qualquer método de suspensão frontal. Esse fato regride após algumas semanas, porém, nesse período, evita-se ceratopatia por exposição, por meio de instilação de lágrima artificial durante o dia e pomada oftálmica à noite.

Dos 45 pacientes avaliados, apenas 2 evoluíram com complicações, em consequência de ulceração cutânea ao nível pré-tarsal. Esse fato foi observado nos casos iniciais em que o suspensor palpebral apresentava bordos pontiagudos nas extremidades da lâmina horizontal. Após a detecção da origem do problema, aprimorou-se a peça com o arredondamento dos cantos. Nesses 2 casos, efetuou-se a retirada dos implantes, que foram recolocados após 6 meses com o novo formato, tendo evoluído sem anormalidades.

A reparação da ptose palpebral severa com utilização de suspensor palpebral pré-moldado mostrou-se eficiente, de fácil execução, com resultados duradouros e eficazes. Quando necessária, a possibilidade de eventual ajuste do posicionamento da pálpebra faz-se de maneira simples na reoperação. A época oportuna para tal procedimento deverá ser o mais precoce possível, não havendo entretanto qualquer dificuldade em realizá-lo tardiamente. Nessa situação, identifica-se perfeitamente o local de fixação dos cabos de silicone à custa de divulsão na sutura lateral da sobrelanceira nos casos recentes, ou mesmo por nova incisão sobre a cicatriz anterior nos casos tardios.

Embasados nos bons resultados obtidos com esse método, temos utilizado o suspensor palpebral de silicone em todos os casos de ptose severa com ação fraca do músculo elevador e não apenas naqueles que apresentem alterações que impeçam a boa proteção ocular.

A disponibilidade da peça pré-moldada, estéril e pronta para uso, facilita sobremaneira o procedimento, tendo a versatilidade de permitir ajustes pós-operatórios recentes ou tardios.

BIBLIOGRAFIA

Vide páginas 14 e 15.