

Uma Cantopexia Simples

Sergio Lessa¹
Roberto Sebastião²
Eduardo Flores³

- 1] Professor Assistente do Curso de Pós-graduação Médica-PUC, Rio de Janeiro e Instituto de Pós-graduação Médica Carlos Chagas, 38ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Serv. Prof. Ivo Pitanguy).
Chefe do Departamento de Plástica Ocular da 1ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Serv. Prof. Paiva Gonçalves).
TCBC, TSBCP.
- 2] Professor Assistente do Curso de Pós-graduação Médica-PUC, Rio de Janeiro e Instituto de Pós-graduação Médica Carlos Chagas, 38ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Serv. Prof. Ivo Pitanguy).
Chefe do Departamento de Plástica Ocular da 1ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Serv. Prof. Paiva Gonçalves). Professor Adjunto do Departamento de Plástica Ocular, Serv. de Oftalmologia – HUAP – Universidade Federal Fluminense (Serv. Prof. Renato Curi).
TSBCP.
- 3] Cirurgião Plástico Ocular da 1ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Serv. Prof. Paiva Gonçalves), 38ª Enfermaria da Santa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Serv. Prof. Ivo Pitanguy).
TSBCP.

Endereço para correspondência:

Av. Ataulfo de Paiva, 135 – cj. 1101
Rio de Janeiro - RJ
22449-900

Fone: (021) 259-1245 - Fax: (021) 259-0099
e-mail: slessa@iptec.com.br

Unitermos: Cantopexia; blefaroplastia.

RESUMO

As cantopexias são, hoje, intimamente integradas às blefaroplastias inferiores. Podem ser de dois tipos: com cantotomia e sem cantotomia.

A técnica do tipo sem cantotomia que empregamos evita a desinserção do ligamento cantal lateral, fixando o ligamento cantal lateral no rebordo orbitário, com fio inabsorvível, tendo como via de acesso a ferida da blefaroplastia superior. 118 pacientes foram submetidos à cantopexia associada à blefaroplastia.

É um procedimento rápido que diminui sensivelmente a morbidade. Pode ser empregado com sucesso em blefaroplastias onde há moderada flacidez palpebral inferior.

A tradicional blefaroplastia inferior transcutânea é um clássico procedimento que geralmente traz bons resultados, obtendo-se uma cicatriz subciliar pouco perceptível. O resultado desfavorável mais comum é a retração palpebral inferior. O arqueamento palpebral, a esclera aparente e o arredondamento do canto lateral são alterações típicas da anatomia palpebral pós-blefaroplastia.

Recentes estudos estimaram a incidência de retração palpebral após blefaroplastia transcutânea em 15 a 20%^(1, 2), como também relatam alterações nas dimensões das fendas palpebrais com suas conseqüências funcionais⁽³⁾. Embora o mecanismo da retração palpebral seja um processo complexo, a retração cicatricial é o fator causal mais evidente.

As blefaroplastias transcutâneas nos últimos anos tornaram-se mais conservadoras.

O advento do laser de CO₂ tem aumentado a frequência das blefaroplastias transconjuntivais. O acesso conjuntival para blefaroplastia deixa intactos a pele, a musculatura orbicular e o septo orbitário, minimizando o espectro de retração palpebral ou mesmo ectrópio pós-operatório.

Apesar de todas as alternativas cirúrgicas para evitar as alterações de posição da pálpebra inferior, temos que compreender que o processo de envelhecimento compromete uma importante estrutura do mecanismo de suporte palpebral representado pelo ligamento cantal lateral^(4, 5, 6).

A hipoplasia do osso malar, a órbita rasa, os olhos projetados e a alta miopia também podem contribuir para a alteração de posição pós-blefaroplastia⁽⁷⁾.

Vários cirurgiões observaram a importância das cantoplastias para prevenir complicações das blefaroplastias^(8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15). Flowers⁽¹⁴⁾ associa a cantopexia em todas as blefaroplastias inferiores, como rotina para evitar alterações da posição palpebral.

Acreditando que nas modernas blefaroplastias a associação de cantopexias deve ser freqüente, realizamos uma série de blefaroplastias empregando equipamento de laser, associando resurfacing palpebral e cantopexia.

MATERIAL E MÉTODOS

118 pacientes foram submetidos à cantopexia associada à blefaroplastia no período compreendido

entre 1996 e 1998. 96 pacientes (81,3%) eram do sexo feminino e 22 pacientes (18,3%) do sexo masculino. A idade dos pacientes variou de 42 a 76 anos, com uma média de 59 anos. Nenhum dos pacientes operados havia se submetido à blefaroplastia estética anteriormente. Todos os casos apresentavam flacidez palpebral moderada e 22 casos apresentavam as fendas palpebrais com obliquidade anti-mongolóide.

Todos os pacientes foram operados pelo mesmo cirurgião.(S. L.)

TÉCNICA CIRÚRGICA

A cantopexia é realizada após a blefaroplastia superior clássica e a inferior por via conjuntival. Na pálpebra superior uma elipse de pele é removida como também uma faixa de músculo orbicular pré-septal. Na pálpebra inferior utilizamos o acesso conjuntival para ressecção das bolsas gordurosas. Iniciamos a cantopexia realizando uma incisão cutânea de aproximadamente 2 mm, situada imediatamente abaixo do canto palpebral lateral (Fig. 1).

Utilizando o polipropileno como material de sutura, passamos a agulha de 20 mm, apreendendo o periósteo do rebordo orbitário superior, na mesma direção da mínima incisão cutânea da pálpebra inferior (Fig. 2). A agulha sai nesta incisão (Fig. 3) e, a seguir, a introduzimos através da mesma incisão cutânea, apreendendo o ramo inferior do ligamento cantal lateral, atingindo a ferida palpebral superior próximo ao ponto inicial de fixação periosteal, onde é feito o nó da cantopexia (Figs. 4 e 5). Nessa etapa observamos nitidamente a tensão exercida na pálpebra inferior e a elevação do canto lateral. A hipercorreção adotada eleva a pálpebra inferior 1 a 2 mm sobre o limbo, corrigindo a falsa impressão de excesso de tecido palpebral ou hipertrofia orbicular. Após a cantopexia, a ferida da pálpebra superior é suturada, completando o procedimento (Fig. 6).

É extremamente importante durante a cantopexia observar se a sutura englobou a expansão lateral do músculo elevador da pálpebra superior. A ptose palpebral seria a conseqüência imediata.

RESULTADOS

A flacidez palpebral foi corrigida em todos os casos. Durante aproximadamente duas semanas observamos

uma tensão maior nas pálpebras inferiores, como também uma ligeira elevação dos cantos laterais. Durante esse período, a excursão palpebral permaneceu ligeiramente limitada. Na 3ª semana observamos normalização completa das formas palpebrais e das posições cantais. (Figs. 7a, 7b, 7c e 7d, 8a, 8b, 8c e 8d, 9a, 9b, 9c e 9d, 10a, 10b, 10c e 10d).

Em 2 casos observamos pequenos granulomas na área do nó da cantopexia, no rebordo orbitário superior, lateralmente, que foram ressecados após o 6º mês sem causar prejuízos estéticos e alterações nas pálpebras inferiores.

DISCUSSÃO

As cantoplastias laterais são empregadas em cirurgia reconstrutora e estética, com a finalidade de corrigir a flacidez e posicionar adequadamente a pálpebra inferior e o canto lateral. Inúmeros procedimentos de cantoplastia foram descritos e empregados com sucesso. A análise criteriosa dos pacientes, incluindo a anatomia da órbita, a posição do globo ocular, a simetria das fendas palpebrais e a integridade dos ligamentos cantais constituem fatores determinantes na escolha do tipo de procedimento cirúrgico⁽¹⁵⁾.

As cantoplastias podem ser classificadas em dois principais grupos: as cantoplastias com cantotomia e as cantoplastias sem cantotomia.

Bick⁽¹⁶⁾, em 1966, e Tenzel⁽¹⁷⁾, em 1969, empregaram cantotomia em procedimentos de reconstrução. Anderson e Gordy⁽¹¹⁾ descreveram uma variação técnica utilizando o retalho sem o epitélio conjuntival. A partir dessa data o retalho tarsal começou a ser amplamente empregado em cirurgias palpebrais. Mc Cord⁽¹⁸⁾, em 1983, foi o primeiro cirurgião que usou uma variação dessa técnica para prevenir complicações da blefaroplastia estética. Em 1987, Lisman e colaboradores⁽⁷⁾ empregaram a suspensão tarsal nas blefaroplastias.

As cantotomias associadas às fixações laterais oferecem algumas vantagens como encurtamento horizontal nas desproporções palpebrais, eliminação concomitante das retrações inferiores e associação de elevação do terço médio facial^(15, 19, 20, 21, 22). Muito freqüentemente são procedimentos cirúrgicos empregados para tratar complicações das blefaroplastias, como retrações palpebrais, ectrópios e as complexas deformidades chamadas dupla-convexidade.

As cantopexias sem cantotomia possibilitam a correção da posição e da flacidez palpebral, mantendo a integridade anatômica do canto, evitando o encurtamento horizontal palpebral. São menos freqüentes as quemoses pós-operatórias e a morbidade é menor. Esses procedimentos foram desenvolvidos para serem usados nas blefaroplastias que exigem correção da flacidez palpebral inferior^(4, 8, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28). A maioria destas técnicas emprega transposição de retalho muscular, dermomuscular ou desinserção do ligamento cantal lateral, com transposição através de um túnel submuscular orbicular na direção do periósteo do rebordo lateral da órbita.

A técnica por nós apresentada segue os princípios das cantopexias sem cantotomia, porém suprime a dissecação do túnel submuscular e evita a desinserção do ligamento cantal lateral. Realizamos a cantopexia empregando sutura com material inabsorvível. Este procedimento diminuiu consideravelmente o tempo cirúrgico e é de baixíssima morbidade. Pode ser empregado com segurança nos casos de flacidez palpebral inferior e nas moderadas alterações de obliquidade antimongolóide das fendas palpebrais.

Esta técnica foi por nós inicialmente empregada nas blefaroplastias realizadas com laser de CO₂. Não indicamos essa técnica nos casos de retração palpebral inferior com alterações da lamela anterior e média, onde acreditamos que as técnicas com cantotomia e fixação lateral, associadas a secção dos elementos retratores ou as técnicas de elevação do terço médio da face sejam as mais indicadas.

Concordamos com Flowers⁽¹⁴⁾, que considera a cantopexia com remoção de gordura o componente primário das blefaroplastias inferiores e que afirma ser o maior inimigo da cantopexia duradoura a ressecção de pele da pálpebra inferior.

Há um grande menu para procedimentos cirúrgicos que visam a correção da flacidez e das alterações de posição da pálpebra inferior e do canto lateral, tendo cada um deles uma sutil diferença em sua indicação.

O sucesso de todos os procedimentos cirúrgicos depende do preciso conhecimento da anatomia e da preservação das estruturas delicadas das pálpebras.

BIBLIOGRAFIA

1. BAYLIS HI, LONG JA, GROT MJ. Transconjuntival lower eyelid blepharoplasty: *Technique and Complications*. *Ophthalmology*. 1989;

96:1027-1031.

2. MC GRAW BL, ADAMSON PA. Post blepharoplasty ectropion: Prevention and Management. *Arch. Otolaryngol. Head and Neck Surg.* 1991; 117:852-857.
3. LESSA S, ELENA EH, ARAÚJO MRC, e PITANGUY I. Modificações anatômicas da fenda palpebral após blefaroplastia. *Rev. Bras. Cir.* 1997; 87:179-188.
4. WHITAKER LA. Selective alteration of palpebral fissure form by lateral canthopexy. *Plast. Reconstr. Surg.* 1984; 74:611-615.
5. HILL JC. An analysis of senile changes in the palpebral fissure. *Can. J. Ophthalmol.* 1975; 10:32-35.
6. OUSTERHOUT DK, and WEIL RB. The role of lateral canthal tendon in lower eyelid laxity. *Plast. Reconstr. Surg.* 1982; 69:620-622.
7. LISMAN RD, REES T, BAKER D, and SMITH B. Experience with tarsal suspension as a factor in lower lid blepharoplasty. *Plast & Reconstr. Surg.* 1987; 79:897-905.
8. HINDERER UT. Blepharocanthoplasty with eyebrow lift. *Plast Reconstr. Surg.* 1975; 56:402-409.
9. ADAMSON JE, MC CRAW JB, CARRAWAY JH. Use of muscle flap in lower blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979; 63:359-363.
10. MLADICK RA. The muscle-suspension lower blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979; 64:171-175.
11. ANDERSON RL, and GORDY DD. The tarsal strip procedure. *Arch. Ophthalmol.* 1979; 97:2192-2196.
12. FLOWERS RS. Canthopexy with aesthetic blepharoplasty. Presented to annual meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgeons. April, 1983.
13. ORTIZ-MONASTERIO F, RODRIGUES A. Lateral canthoplasty to change the eye slant. *Plast. Reconstr. Surg.* 1985; 75:1.
14. FLOWERS RS. Canthopexy as a routine blepharoplasty component. In *Blepharoplasty and Periorbital Aesthetic Surgery. Clin. Plast. Surg.* 1993; 20:351-365.
15. JELKS GW, GLAT PM, JELKS EB and LONGAKER MT. The inferior retinacular lateral canthoplasty: A new technique. *Plast. Reconstr. Surg.* 1997; 100:1262-1270.
16. BICK MW. Surgical management of orbital tarsal disparity. *Arch. Ophthalmol.* 1966; 75:386.
17. TENZEL RR. Treatment of lagophthalmos of the lower lid. *Arch. Ophthalmol.* 1969; 81:366-371.
18. MC CORD CD JR, and SHORE JW. Avoidance of complications in lower lid blepharoplasty. *Ophthalmol.* 1983; 90:1039-1046.
19. HESTER TR, CODNER MA, and MC CORD CD. Subperiosteal Malar Cheek Lift with Lower lid Blepharoplasty. In C.D. Mc Cord (Ed), *Eyelid Surgery: Principles and Techniques.* Philadelphia: Lippincott-Raven. 1995; p. 149.
20. HESTER TR, CODNER MA, and MC CORD, CD. The "centro facial" approach for correction of facial ageing using the transblepharoplasty subperiosteal cheeklift. *Aesthetic Surg. Q.* 1996; 16:51-57.
21. LASSUS C. An easy canthoplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 1996; 20:137-140.
22. GLAT PM, JELKS GW, JELKS EB, WOOD M, GADANGI P and LONGAKER MT. Evolution of the lateral canthoplasty: techniques and indications. *Plast. Reconstr. Surg.* 1997; 100:1396-1405.
23. FLOWERS RS. Advanced blepharoplasty: Principles of precision. In. González-Ulhoa M et al (eds): *Aesthetic Plastic Surgery, Vol. 2.* Padua, Piccin, Nuova Libreria, 1987; p. 115.
24. HINDERER UT. Correction of weakness of the lower eyelid and lateral canthus. *Clin. Plast. Surg.* 1993; 20:331-349.
25. EDGERTON MT and WOLFORT FG. The dermal flap canthal lift for lower eyelid support: A technique of value in the surgical treatment of facial palsy. *Plast. Reconstr. Surg.* 1969; 43:42-52.
26. MONTADON D. A modification of the dermal flap canthal lift for connection of the paralyzed eyelid. *Plast. Reconstr. Surg.* 1978; 61:555-557.
27. MARSH JL and EDGERTON MT. Periosteal pennant lateral canthoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979; 64:24-29.
28. HAMRA ST. The zygorbicular dissection in composite rhytidectomy: An ideal midface plane. *Plast. Reconstr. Surg.* 1998; 102:1646-1657.