

# Reconstrução total de pálpebra com retalho miocutâneo temporofrontal

## Total Eyelid Reconstruction with Myocutaneous Temporofrontalis Flap



**GUILHERME LUIZ PACHER  
SCHMITZ** <sup>1\*</sup>

CAIO PUNDEK GARCIA <sup>1</sup>  
LEANDRO SOARES GRANGEIRO <sup>1,2</sup>  
DANIEL ONGARATTO BARAZZETTI <sup>1,2</sup>  
PEDRO HENRIQUE ONGARATTO  
BARAZZETTI <sup>3</sup>  
JORGE BINS ELY <sup>1</sup>

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0069

### RESUMO

O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer mais frequentemente encontrado em humanos. É um tumor maligno epidérmico, de crescimento lento e invasividade local, que afeta mais frequentemente os caucasianos. Em nosso paciente, o CBC invadia a pálpebra e o tecido muscular esquelético subjacente, sendo as margens livres de malignidade. Relatamos um caso clínico exuberante e atípico que foi resultado de uma ressecção extensa e delicada de lesão e, após reconstrução palpebral com retalho temporofrontal, resultou na manutenção da estética e função motora.

**Descritores:** Reconstrução; Neoplasias palpebrais; Retalhos cirúrgicos.

### ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the type of cancer most frequently found in humans. It is a malignant epidermal tumor, with slow growth and local invasiveness, which affects more frequently Caucasians. In our patient, the BCC invaded the eyelid and underlying skeletal muscle tissue, and the margins were free of malignancy. We report an exuberant and atypical clinical case that resulted from an extensive and delicate resection of the lesion and, after palpebral reconstruction with temporofrontal flap, resulted in the maintenance of aesthetics and motor function.

**Keywords:** Reconstruction; Eyelid neoplasms; Surgical flaps.

## INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas representam a principal causa de reconstrução plástica na região orbital da face humana<sup>1</sup>. Aproximadamente 5-10% dos cânceres de pele ocorrem na região da pálpebra<sup>2</sup>. Dentro das neoplasias malignas, o carcinoma basocelular (CBC) é o tumor mais comum nessa topografia<sup>3</sup>. Em 59% dos pacientes a lesão afeta a pálpebra inferior, em 22% o canto medial, 14% pálpebra superior e 5% canto externo<sup>4</sup>.

A excisão cirúrgica completa com margem de 3-4 mm é o tratamento base da doença<sup>3,5</sup>. A recorrência pode chegar a 7-14% dos casos, aumentando assim o risco oncológico do paciente<sup>5</sup>.

Reconstrução ocular da pálpebra após excisão tumoral é um procedimento complexo por causa de sua função primordial e papel central na aparência<sup>3</sup>. O cirurgião deve escolher entre diversas técnicas para corrigir o déficit, dependendo da sua localização, profundidade e tamanho. Busca-se na reconstrução de pálpebra, após a excisão do carcinoma, a proteção da córnea, a integridade de estruturas, preservação da função motora e resultado estético apropriado<sup>3</sup>.

## OBJETIVO

Relatar um caso clínico exuberante e atípico que foi resultado de uma ressecção extensa e delicada de lesão e, após reconstrução palpebral com retalho temporofrontal, resultou na manutenção da estética e função motora.

## MÉTODO

Descrição do caso por meio de revisão de prontuário, registros fotográficos e revisão da literatura.

## RESULTADOS

O procedimento ocorreu sem intercorrências, sem complicações e foi bem tolerado pelo paciente durante o pós-operatório. Não foram observados sofrimentos do retalho nem hematomas; retirou-se o curativo de Brown em 5 dias após cirurgia, com boa integração do enxerto (Figura 5). O paciente, durante as duas primeiras semanas de pós-operatório, passou a deambular com auxílio de muletas. O anatomopatológico evidenciou CEC invasivo com comprometimento profundo e com margens livres periféricas na mostra.

O paciente manteve acompanhamento no ambulatório de cirurgia plástica por 45 dias, sendo orientado a fazer hidratação da pele com AGE (óleo de girassol) três vezes ao dia e evitar exposição solar. Devido ao resultado anatomopatológico, o paciente foi encaminhado para radioterapia. Em torno de 3 meses de pós-operatório, o paciente veio a óbito devido às suas comorbidades sistêmicas prévias, sem relação com o procedimento cirúrgico realizado.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 64 anos, veio ao serviço de cirurgia plástica encaminhado pela equipe da dermatologia, referindo ressurgimento de lesão em canto externo de olho direito. Refere cirurgia prévia no local, há 11 anos, apresentando lesão com margens livres e diagnóstico histológico de carcinoma basocelular. Ao exame físico, paciente apresentava lesão infiltrativa, ulcerada e com bordas peroláceas, com tamanho aproximado de 2,5 cm de diâmetro, acometendo 90% da pálpebra inferior esquerda, 50% da pálpebra superior esquerda, ambas poupando canto

<sup>1</sup> Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Santa Catarina, SC, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

medial, com discreto lagoftalmo (Figura 1). A lesão acometia a margem palpebral e conjuntiva tarsal em topografia de glândula lacrimal e região lateral. Movimentação palpebral e ocular sem prejuízos. Realizada a biópsia por *punch* da lesão, o exame anatomopatológico evidenciou carcinoma basocelular em pálpebra superior e carcinoma basoescamoso nas outras duas amostras de pálpebra inferior esquerda e rafe palpebral lateral esquerda. Todas as amostras foram classificadas como alto risco histopatológico. A tomografia de crânio descartou comprometimento de globo ocular ou de glândula lacrimal. A avaliação da córnea descartou acometimento neoplásico da mesma. O mesmo apresentava exame de acuidade visual 25/20, considerada normal para idade.

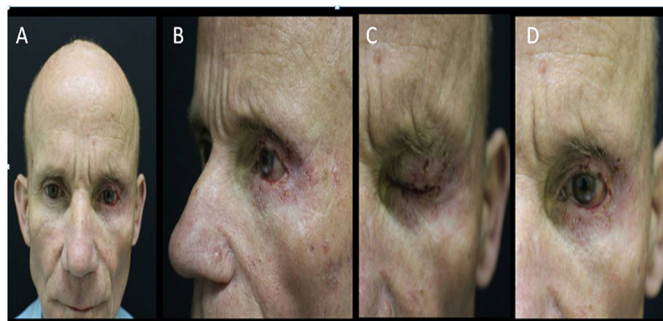
Paciente apresenta pele de fototipo II de Fitzpatrick, histórico de mais de 50 anos com fotoexposição solar contínua, fotodano solar em toda face e cicatrizes cirúrgicas na face prevenientes de ressecções locais prévias devido a outros tumores de pele. Ex-tabagista pesado e hipertenso. Após discussão multidisciplinar com equipe da oftalmologia, optou-se pela ressecção da lesão, preservando globo ocular e glândula lacrimal.

Paciente foi submetido a anestesia geral e realizou-se ressecção em bloco da lesão, incluindo retirada de tarso, lamela anterior e posterior das pálpebras (Figura 2). Podemos verificar a glândula lacrimal livre de neoplasia. Depois de findada essa etapa, foi realizado um retalho de conjuntiva com fixação em ligamento cantal esquerdo para reconstruir lamela posterior de pálpebra superior esquerda. Para a lamela posterior da pálpebra inferior esquerda, foi utilizado um enxerto composto, com cartilagem e mucosa, retirado de tarso de pálpebra superior direita. Já para a reconstrução da lamela posterior da pálpebra superior esquerda, foi utilizado retalho de conjuntiva e da lamela inferior com cartilagem de tarso de pálpebra superior contralateral.

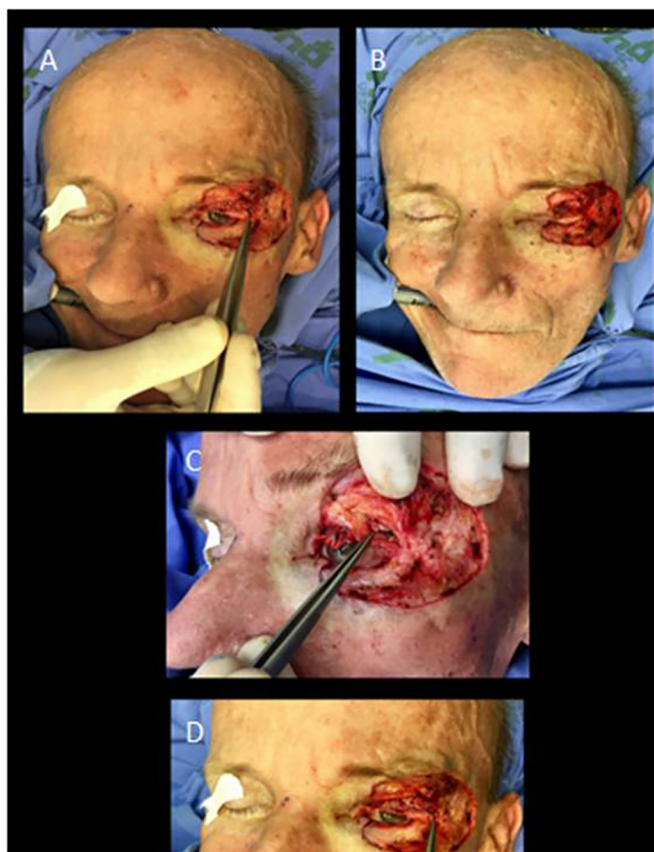
Para cobertura cutânea foi confeccionado retalho de rotação baseado na vascularização da artéria temporal superficial esquerda (Figura 3). Na Figura 4, podemos evidenciar o 1º dia pós-operatório, sem complicações locais. Durante 3 semanas o olho esquerdo ficou ocluído com retalho e, após autonomização, foi refeita a fenda palpebral (Figuras 5 e 6).

Para melhor delimitação cirúrgica, utilizou-se o método patológico de congelação em período transoperatório. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou um carcinoma basocelular infiltrativo com componentes superficial e nodular, que invadia a pálpebra e o tecido muscular esquelético subjacente, sendo as margens livres de malignidade.

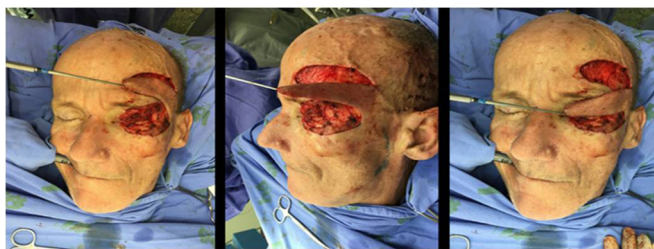
Após reconstrução, paciente manteve os movimentos oculares e palpebrais, apresentando leve retração palpebral, mas sem presença de lagoftalmo. O aspecto estético ficou agradável e o paciente satisfeito com o resultado.



**Figura 1.** Paciente com lesão suspeita em canto lateral de olho esquerdo, acometendo pálpebra superior e inferior. Área de comprometimento aproximado de 50% na pálpebra superior e 70% na inferior. A: vista frontal; B: vista 45°; C: vista aproximada com pálpebras fechadas; D: vista aproximada pálpebras abertas.



**Figura 2.** Período intraoperatório. A: ressecção da lesão de pálpebra superior e inferior, com retirada de lamela anterior e posterior; B: Em destaque, glândula lacrimal, macroscopicamente livre de comprometimento neoplásico; C: Avanço de retalho de conjuntiva, para reconstrução de lamela posterior de pálpebra superior; D: reconstrução da lamela posterior da pálpebra superior com retalho de conjuntiva e da lamela inferior com cartilagem de tarso de pálpebra superior contralateral.



**Figura 3.** Confeção de retalho cutâneo de rotação baseado na vascularização da artéria temporal superficial esquerda.



**Figura 4.** 1º dia pós-operatório. Discreto edema na região do retalho. Área secundária com enxerto de pele coberta com curativo de Brown.



**Figura 5.** A: 7º dia pós-operatório; B: 40º dia pós-operatório; C: 100º dia pós-operatório.



**Figura 6.** Quinto mês pós-operatório, evidenciando bom fechamento e abertura palpebral.

## DISCUSSÃO

O CBC é o tumor mais frequentemente encontrado em humanos e tem como tratamento base a sua excisão cirúrgica. Nesse caso relatado, para reconstrução da lesão após ressecção do tumor, foi planejada a utilização de um retalho temporofrontal com ato cirúrgico em dois tempos, sendo o primeiro para

confeção e rotação do retalho, resultando na oclusão do olho, e o segundo tempo cirúrgico para confeção da abertura da fenda palpebral. O retalho temporofrontal ou retalho frontal com base temporal é um retalho miocutâneo pediculado irrigado pela artéria temporal superficial, ramo da artéria carótida externa ipsilateral. O retalho é composto pelo músculo frontal subjacente e pela pele da região frontal, sendo sua viabilidade mantida por uma conexão vascular temporária ou definitiva. Pode-se utilizar desse tipo de retalho para um grande número de reconstruções no segmento da cabeça e pescoço, como cavidade orbitária, região geniana, mucosa jugal e assoalho da boca<sup>9</sup>.

Para ressecção tumoral com margens livres foi necessária a retirada de parte da cartilagem tarsal da pálpebra inferior esquerda, reconstruída utilizando enxerto de cartilagem do tarso superior direito. Além disso, foi ressecada lamela posterior com reconstrução por meio de um enxerto de mucosa. Ainda, para fechamento da região doadora do retalho frontal, foi utilizado enxerto de pele total proveniente da região supraclavicular esquerda.

## CONCLUSÃO

Paciente foi submetido à ressecção de lesão tumoral cutânea de pálpebras superior e inferior esquerda, com posterior reconstrução baseada em retalho temporofrontal e abertura da fenda palpebral em um segundo tempo cirúrgico. A técnica escolhida mostrou-se reprodutível e versátil, apresentando resultado estético e funcional agradável.

## REFERÊNCIAS

1. Actis AG, Actis G. Reconstruction of the upper eyelid with flaps and free grafts after excision of basal cell carcinoma. *Case Rep Ophthalmol.* 2011; 2(3):347-53. DOI: <https://doi.org/10.1159/000334674>
2. Cook B. Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumors in an incidence cohort in Olmsted county, Minnesota. *Ophthalmology.* 1990; 106(4):746-50. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0161-6420\(99\)90161-6](https://doi.org/10.1016/S0161-6420(99)90161-6)
3. Zlatarova ZI, Zenkova BN, Softova EB. Eyelid reconstruction with full thickness skin grafts after carcinoma excision. *Folia Med.* 2016; 58(1):42-9. DOI: <https://doi.org/10.1515/foamed-2016-0006>
4. Loeffler M, Hornbass A. Characteristics and behavior of eyelid carcinoma (basal cell, squamous cell sebaceous gland, and malignant melanoma). *Ophthalmic Surg.* 1990; 21:513-8.
5. Wójcicki P, Zachara M. Surgical treatment of eyelid tumors. *Journal of Craniofacial Surgery.* 2010;21(2):520-5. PMID: 20216443
6. Leffell DJ. Transposition Flaps. In: Baker SR, Swanson NA. *Local flaps in facial reconstruction.* St. Louis: Mosby Elsevier; 1995. 109.
7. Härmä M, Asko-Seljavaara S. Temporal artery island flap in reconstruction of the eyelid. *Scan J Plast Reconstr Hand Surg.* 1995; 29(3):239-44. DOI: <https://doi.org/10.3109/02844319509050133>
8. Stock AL, Collins HP, Davidson TM. Anatomy of the superficial temporal artery. *Head Neck Surg.* 1980; 2(6):466-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/hed.2890020604>
9. Vanni CMRS, Pinto FR, Castro R, Kanda JL. Retalho pediculado temporofrontal para reconstrução de defeitos em cabeça e pescoço. *Arq Bras Ciên Saúde.* 2010; 35(2):99-102.

\*Endereço Autor:

**Guilherme Luiz Pacher Schmitz**

Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil  
CEP 88036-800.

E-mail: [guilhermelpschmitz@icloud.com](mailto:guilhermelpschmitz@icloud.com)