

TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS DÉFICITS FUNCIONAIS CAUSADOS PELO BLEFAROCALÁSIO E PELA PTOSE PALPEBRAL SENIL

Surgical treatment of functional impairment caused by blepharochalasis and senile ptosis

TATIANA MARTINS CALOI¹

RESUMO

Método: Este trabalho avaliou 25 pacientes com queixas de redução do campo visual e peso palpebral, encaminhados para tratamento cirúrgico especializado. A idade média da população foi de 65,4 anos, verificando-se alta incidência de morbidades associadas (88%), como hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes mellitus, glaucoma e catarata. As cirurgias realizadas foram a blefaroplastia superior isolada ou associada à blefaroplastia inferior com o uso da cantopexia ou retalho tarsal, em casos de flacidez tarsal importante. A ptose de supercílio foi corrigida pela suspensão com fios ou com ressecção direta de pele superciliar. A ptose palpebral senil foi tratada com a plicatura da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior. Os pacientes foram fotografados, examinados e submetidos a um questionário no pré e no pós-operatório de seis meses, avaliando-se as queixas funcionais iniciais. **Resultados:** Houve melhora estatisticamente significativa para as queixas de peso palpebral/frontal (92% para 12%) e diminuição do campo visual (100% para 4%), não havendo diferenças em relação ao lacrimejamento e cefaléia no pré e pós-operatório de seis meses. A incidência de complicações precoces foi de 12% e, das tardias, 8%, sendo necessária a reintervenção cirúrgica em dois casos. Este trabalho tem como objetivo mostrar a alta incidência de alterações funcionais associadas ao blefarocalásio e à ptose palpebral senil. **Conclusão:** Destaca-se a importância do diagnóstico preciso e do tratamento correto destas morbidades, e dos benefícios da cirurgia reparadora no alívio dos sintomas relacionados ao envelhecimento da região órbito-palpebral.

Descritores: Blefaroplastia. Blefaroptose. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

SUMMARY

Method: This paper analyzes 25 patients with visual field impairment and palpebral heaviness caused by blepharochalasis and senile ptosis sent for specialized surgical treatment. The mean age of this population was 65,4 years and a high incidence of associated morbidities such as arterial hypertension, diabetes mellitus, cardiopathy, glaucoma and cataract was found in this group (88%). Isolated upper lid blepharoplasty or upper and lower lid surgery were the most common surgical procedures done, associated with canthopexy or tarsal strip when needed. Brow ptosis was corrected with sutures or direct upper eyebrow skin resection. Senile ptosis was treated by levator aponeurosis plication. Photographic documentation, clinical examination and a questionnaire were done pre-operatively and 6 months after surgery, analyzing initial functional complaints. Statistical analyses showed significance of initial complaints of palpebral heaviness (92% before and 12% after surgery), decreased visual field (100% before and 4% after surgery). **Results:** There was no difference in tearing complaints and headache frequency before and after surgery. The incidence of early complications was 12% and of late complications was 8%. Two patients were reoperated. This paper shows a high incidence of functional impairment due to blepharochalasis and senile ptosis in an elderly population. **Conclusion:** It highlights the importance of good clinical examination for correct diagnosis and treatment of this morbidity and the benefits of ophthalmic plastic surgery for the relief of symptoms related to orbital and palpebral aging.

Descriptors: Blefaroplasty, Blefaroptosis, Surgical reconstructive procedures

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Cirurgiã Plástica do Hospital Geral do Exército de Recife, PE.

Correspondência para: Tatiana Martins Caloi
Av. Gov. Agamenon Magalhães, 2615 - sala 104 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50050-290 Telefax: 0xx 81 3231-6808
E-mail: dra_tatianacaloi@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento das estruturas palpebrais na população idosa causa alterações anatômicas e funcionais que originam sintomas frequentes de obstrução e fadiga visual, dificuldade para ler, lacrimejamento e cefaléia por ativação constante da musculatura frontal¹⁻⁴.

O excesso de tecidos palpebrais, incluindo pele, músculo orbicular pré-septal e gordura retro-septal é denominado blefarocalásio¹. Quando a margem palpebral superior encontra-se num nível mais baixo do que o normal, na posição primária do olhar, temos a ptose palpebral^{3,4}.

A blefaroplastia deve ser planejada de forma a abordar todas as alterações anatômicas existentes num mesmo tempo cirúrgico^{2,4,7}.

Este trabalho tem como objetivo mostrar a incidência de alterações funcionais associadas ao blefarocalásio e à ptose palpebral senil numa população idosa, bem como os sintomas associados a estas afecções. É realizada uma análise estatística da melhora estético-funcional no pós-operatório tardio, destacando-se os benefícios da cirurgia reparadora no alívio dos sintomas relacionados ao envelhecimento da região órbito-palpebral⁸.

MÉTODO

Vinte e cinco pacientes, encaminhados pela oftalmologia, com queixas funcionais associadas ao blefarocalásio, à ptose de supercílios e à ptose palpebral, foram operados entre março de 2005 a janeiro de 2006, no Hospital Geral do Exército de Recife.

Após a anamnese e exame clínico-oftalmológico, os pacientes responderam a um questionário sobre sintomas

relacionados ao envelhecimento da região órbito-palpebral. Todos os pacientes foram fotografados, no pré e no pós-operatório de seis meses.

A função do músculo levantador da pálpebra foi medida avaliando-se a excursão em milímetros da pálpebra superior entre o olhar para baixo (relaxamento máximo) e o olhar para cima (contração máxima). Durante o exame, a ação do músculo frontal foi anulada com a compressão digital da região supraciliar^{2,4} (Figura 1). Conforme a classificação de Beard⁴, a função muscular foi dividida em boa (> 8mm), moderada (5 a 7mm) ou fraca (< 4mm).

A intensidade da ptose palpebral foi medida comparando-se os níveis entre as duas pálpebras superiores e medindo-se a distância entre a margem palpebral superior e o reflexo corneano^{2,4,7} (Figura 1).

As cirurgias foram realizadas ambulatorialmente, sob anestesia local e sedação. Analgésicos, crioterapia local, colírios lubrificantes e pomadas oftálmicas para uso noturno foram mantidos por sete dias no pós-operatório.

O tratamento cirúrgico foi individualizado, optando-se pela blefaroplastia superior com ressecção de fuso de pele e fita de músculo orbicular para exposição do septo orbitário e, quando necessário, o tratamento das bolsas de gordura e do panículo adiposo retro-orbital (ROOF)¹. A ptose de supercílios foi corrigida pela suspensão com fios⁹ ou pela ressecção direta de pele acima dos supercílios¹⁰ (Figuras 2 e 3). A ptose senil foi tratada com a plicatura da aponeurose do músculo levantador da pálpebra^{7,11,12} (Figuras 4 a 8).

A blefaroplastia inferior foi realizada pela via subciliar, com dissecção de retalho miocutâneo e, ainda, ressecção ou reposicionamento da gordura septal, nos casos de sulco nasojugal profundo¹³ (Figuras 4 a 8). A flacidez tarsal inferior

Figura 1 - Avaliação da função do músculo elevador da pálpebra e da intensidade da ptose palpebral.

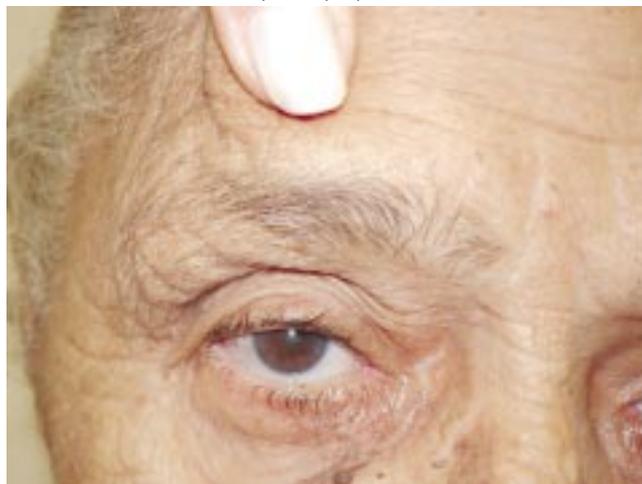


Figura 2 - Dermatocalásio e ptose de supercílios causando desconforto palpebral, diminuição do campo visual e entrópio superior.



Figura 3 - Blefaroplastia e suspensão de supercílios através da ressecção de fuso de pele superciliar, pós-operatório de 1 ano.



Figura 4 - Ptose palpebral leve, associada ao blefarocalásio e à assimetria na posição dos supercílios. Presença de sulco nasojuugal fundo.



Figura 5 - Abertura do septo orbitário e exposição da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior.



Figura 6 - Plicatura da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior.

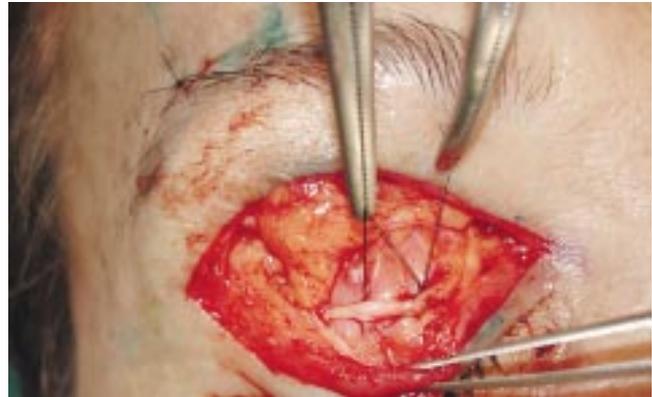


Figura 7 - Suspensão de supercílios com fios e ajuste intra-operatório da plicatura do músculo levantador da pálpebra.



Figura 8 - Pós-operatório tardio de blefaroplastia superior com ressecção parcial do ROOF, suspensão superciliar com fios e plicatura da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior. Blefaroplastia inferior com cantopexia e reposicionamento de bolsas de gordura inferiores.



Tabela 1 – Avaliação da presença ou ausência da sensação desconfortável de peso ou cansaço na região palpebral ou frontal, de olhos que lacrimejam com frequência e de forma incômoda, de cefaléia freqüente, mais de uma vez por semana, da diminuição no campo de visão e de incômodo ou queixas estéticas relacionadas às pálpebras antes e após a cirurgia plástica

Variável	Avaliação				Valor de p
	Antes da cirurgia		Após a cirurgia		
	n	%	n	%	
Sensação desconfortável de peso ou cansaço na região palpebral ou frontal					p⁽¹⁾ < 0,001*
Sim	23	92,0	3	12,0	
Não	2	8,0	22	88,0	
TOTAL	25	100,0	25	100,0	
Olhos lacrimejam com freqüência e de forma incômoda					p⁽¹⁾ = 0,359
Sim	11	44,0	16	64,0	
Não	14	56,0	9	36,0	
TOTAL	25	100,0	25	100,0	
Cefaléia freqüente, mais de uma vez por semana					p⁽¹⁾ = 0,125
Sim	8	32,0	4	16,0	
Não	17	68,0	21	84,0	
TOTAL	25	100,0	25	100,0	
Diminuição no campo da visão					p⁽¹⁾ = 0,683
Sim	25	100,0	1	4,0	
Não	-	-	24	96,0	
TOTAL	25	100,0	25	100,0	
Incômodo ou queixas estéticas relacionadas às pálpebras					p⁽¹⁾ < 0,001*
Sim	20	80,0	1	4,0	
Não	5	20,0	24	96,0	
TOTAL	25	100,0	25	100,0	

(1) – Através do teste Mc-Nemar.

foi corrigida através da cantopexia ou do retalho tarsal, conforme o grau de flacidez presente¹⁴. No pós-operatório precoce (0 a 7 dias) e tardio (6 meses), foram avaliadas as queixas mais freqüentes, conforme o questionário respondido antes da operação (Tabela 1) e a presença de complicações (Tabela 2).

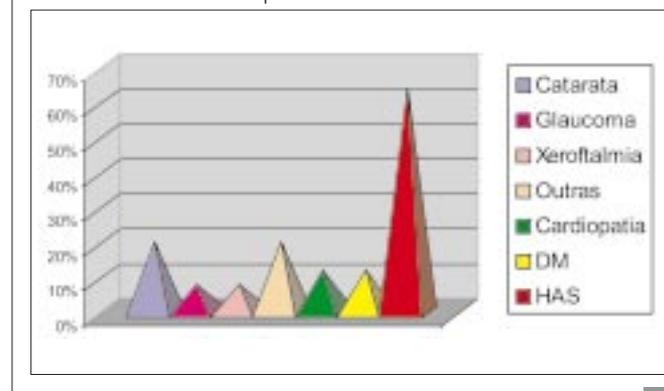
Os dados dos questionários foram analisados estatisticamente, empregando-se os testes Mc-Nemar e Exato de Fisher (Tabela 1).

RESULTADOS

O estudo contou com 25 pacientes, com idade média de 65,4 anos (49 a 79 anos), sendo 6 (24%) homens e 19 (76%) mulheres. O tempo médio de seguimento foi de 9,9 meses (6 a 14 meses). No questionário pré-operatório, 11 (40%) dos pacientes referiram cirurgias oftalmológicas anteriores. As co-morbidades e os achados no exame clínico da região órbito-palpebral são detalhadas nas Figuras 9 e 10.

Em todos os casos de ptose palpebral, havia uma boa função do músculo levantador da pálpebra e, na gradação da ptose, verificou-se 7 (41%) pacientes com ptose leve e, 10 (59%), com ptose moderada.

Figura 9 – Co-morbidades associadas nos pacientes estudados.



Os procedimentos cirúrgicos utilizados estão resumidos na Figura 11.

A incidência de complicações precoces foi de 12%, com dois casos de quemose leve, tratada clinicamente com colírios (Figuras 12 a 14) e um caso de hematoma palpebral unilateral e quemose importante contralateral, que necessitou de reintervenção para drenagem do hematoma e retirada da plicatura da aponeurose.

Dos pacientes submetidos à cirurgia para ptose, 20% referiram algum desconforto para fechar os olhos, lacrimejamento e edema palpebral, no primeiro mês de pós-operatório, sintomas que regrediram com massagens e colírios. O lago lacrimal, relacionado à quemose e ao afastamento da pálpebra inferior da esclera pelo edema, esteve presente em 20% dos pacientes, regredindo com tratamento clínico. Duas (8%) pacientes necessitaram de

Tabela 2 – Complicações pós-operatórias precoces e tardias dos pacientes estudados					
PRECOCES (0 a 30 dias)			TARDIAS (6 meses)		
	%	n		%	n
Deiscência / Infecção	0	0	Ectrópio	0	0
Hematoma palpebral unilateral	4%	1	Lagoftalmia	0	0
Quemose	12%	3	Retrações palpebrais	0	0
Lago lacrimal	20%	5	Cistos de inclusão	12%	3
Desconforto ocular (pós-correção ptose palpebral)	20%	5	Hipocorreção da ptose	8%	2
Hipercorreção da ptose palpebral (reintervenção precoce - 7dias)	8%	2			

Tabela 3 – Avaliação da hipertensão arterial sistólica, diabetes melitus, glaucoma e catarata segundo a existência de cefaléia freqüente, mais de uma vez por semana antes e após a cirurgia												
Cefaléia freqüente, mais de uma vez por semana												
Variável	Antes da cirurgia					Após cirurgia						
	Sim		Não		Grupo Total		Sim		Não		Grupo Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
HAS												
Sim	6	37,5	10	65,5	16	100,0	3	18,8	13	81,3	16	100,0
Não	2	22,2	7	77,7	9	100,0	1	11,1	8	88,9	9	100,0
TOTAL	8	32,0	17	68,0	25	100,0	4	16,0	21	84,0	25	100,0
Valor de p	p⁽¹⁾ = 0,661					p⁽¹⁾ = 1,000						
DM												
Sim	-	-	3	100,0	3	100,0	-	-	3	100,0	3	100,0
Não	8	36,4	14	63,6	22	100,0	4	18,2	18	81,8	22	100,0
TOTAL	8	32,0	17	68,0	25	100,0	4	16,0	21	84,0	25	100,0
Valor de p	p⁽¹⁾ = 0,527					p⁽¹⁾ = 1,000						
Glaucoma												
Sim	-	-	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0
Não	8	34,8	15	65,2	23	100,0	4	17,4	19	82,6	23	100,0
TOTAL	8	32,0	17	68,0	25	100,0	4	16,0	21	84,0	25	100,0
Valor de p	p⁽¹⁾ = 1,000					p⁽¹⁾ = 1,000						
Catarata												
Sim	-	-	4	100,0	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0
Não	8	38,1	13	61,9	21	100,0	4	19,0	17	81,0	21	100,0
TOTAL	8	32,0	17	68,0	25	100,0	4	16,0	21	84,0	25	100,0
Valor de p	p⁽¹⁾ = 0,269					p⁽¹⁾ = 1,000						

(1) – Através do teste Exato de Fisher.

Figura 10 – Achados no exame clínico pré-operatório.

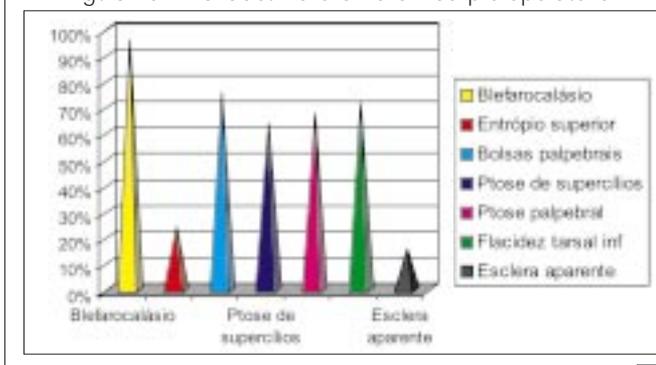
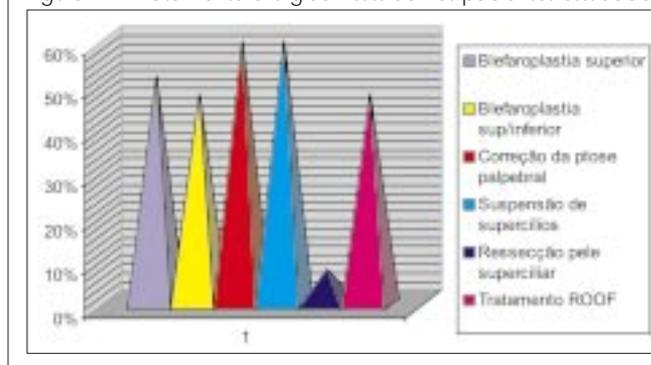


Figura 11 – Tratamento cirúrgico instituído nos pacientes estudados.



reintervenção precoce para ajuste dos pontos na aponeurose palpebral^{12,15}.

A Tabela 1 e o Figura 15 apresentam os resultados estatísticos da avaliação tardia dos sintomas referidos pelos pacientes. Na Tabela 3, analisa-se a relação entre as co-morbidades associadas e a presença de cefaléia freqüente, não mostrando relação estatisticamente significativa entre os dados analisados.

DISCUSSÃO

O processo natural de envelhecimento leva à progressiva atenuação das estruturas órbito-palpebrais, com o aparecimento do blefarocalásio, da ptose palpebral e de supercílio entre outras alterações que podem comprometer a função¹⁻⁴. A correção destas alterações traz conjuntamente uma melhora estética que, muitas vezes, também é desejada pelo paciente⁹.

A alta incidência de co-morbidades nesta população ressalta a necessidade da avaliação clínica pré-operatória e a possibilidade de um pós-operatório mais demorado e com maior incidência de complicações (Figura 9).

É importante que o cirurgião atente para a presença da ptose palpebral e que esteja apto para a sua correção, concomitantemente, à blefaroplastia^{2,5-7,15}. Casos de ptose bilateral leve ou com assimetria mais evidente de um lado com freqüência são subdiagnosticados²⁻⁴ (Figuras 16 e 17).

Na ptose palpebral de origem aponeurótica, o achado cirúrgico mais comum é a presença de falhas ou deiscências da aponeurose em sua inserção na placa tarsal, que podem ser evidenciadas após a abertura do septo orbitário durante a blefaroplastia^{2,4} (Figura 18). No exame físico, nota-se uma prega palpebral alta ou ausente, adelgaçamento dos tecidos palpebrais superiores e função normal do músculo elevador da pálpebra e do músculo de Muller^{2-4,6,7,15} (Figura 19).

A abordagem cirúrgica da ptose palpebral por via anterior possibilita melhor exposição da aponeurose e

Figura 12 – Ptose palpebral senil moderada e blefarocalásio.



Figura 13 – Blefaroplastia superior e inferior com plicatura da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior e retalho tarsal inferior. Quemose leve e lago lacrimal à direita, na primeira semana pós-operatória.



Figura 14 - Pós-operatório tardio, com regressão completa da quemose e do desconforto ocular.

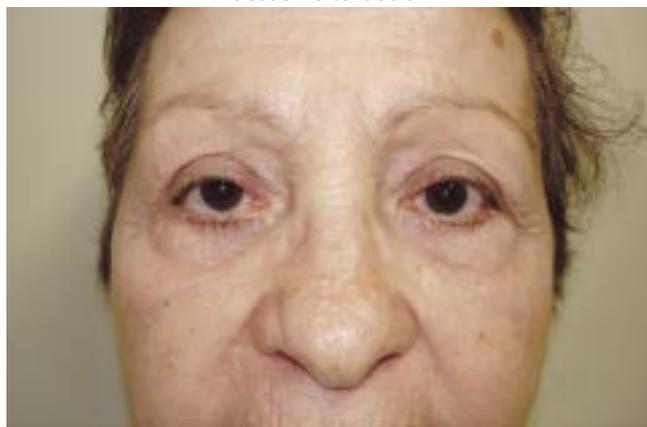


Figura 15 - Avaliação das questões: "Sensação desconfortável de peso ou cansaço palpebral ou frontal?", "Olhos lacrimejam com freqüência e de forma incômoda?", "Cefaléia mais de uma vez por semana?", "Diminuição no campo de visão?" e "Incômodo ou queixas estéticas relacionadas com as pálpebras?" antes e após a cirurgia.

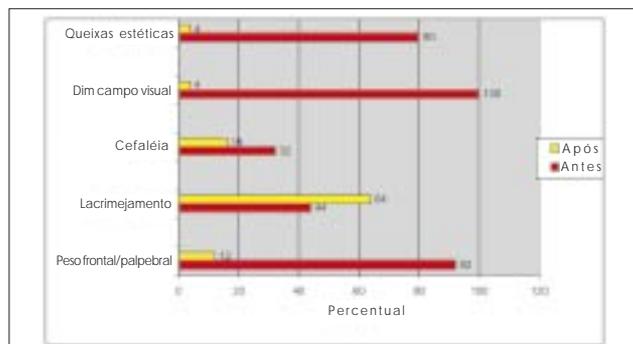


Figura 16 - Ptose palpebral (aponeurótica) unilateral.



Figura 17 - Pós-operatório tardio de blefaroplastia superior, com cauterização de bolsas de gordura, plicatura da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior à direita e blefaroplastia inferior com retalho tarsal.



Figura 18 - Falha na aponeurose do músculo levantado da pálpebra, encontrada durante dissecação cirúrgica.



Figura 19 - Ptose palpebral senil - prega palpebral alta ou ausente, adelgaçamento dos tecidos palpebrais superiores com função normal do músculo elevador da pálpebra e do músculo de Muller.



visibilização dos defeitos e desinserções da mesma. Permite a ressecção de pele excedente, o tratamento das bolsas de gordura e a reconstrução de uma nova prega tarsal, além de poupar a lamela posterior^{5,6}. Linberg et al.¹⁵ preconizam o uso da anestesia local e ajuste intra-operatório da posição palpebral, e demonstraram uma relação linear entre a posição durante a cirurgia e o resultado obtido após três meses (Figura 7). Também mostraram que a posição palpebral, na primeira semana, é um excelente preditivo do resultado aos três meses, estabelecendo uma base para intervenções precoces no tratamento das hiper e hipocorreções das ptoses¹⁵.

A determinação exata da altura palpebral é difícil mesmo com o uso de manobras intra-operatórias. Tucker & Verhulst¹² preconizam a reintervenção precoce em pacientes que apresentem hipercorreção maior que 0,5 mm, hipocorreções maiores que 1 mm ou presença de assimetrias maiores que 1 mm entre os dois olhos. Em 2 do 15 casos onde foi feita a plicatura da aponeurose, realizou-se revisão precoce para o ajuste da posição palpebral final.

Estes pacientes podem apresentar recuperação pós-operatória mais demorada, pela dissecação mais extensa e a associação com outros procedimentos. Dos pacientes submetidos à plicatura aponeurótica nesta casuística, 32% referiram desconforto para fechar os olhos, lacrimejamento e edema palpebral mais prolongado, sintomas estes que regrediram, em média, após um mês, com massagens, colírios e acompanhamento oftalmológico.

A correção da ptose de supercílio pela suspensão com fios foi utilizada em 60% dos pacientes, minimizando a quantidade de pele retirada durante a blefaroplastia superior⁹ e corrigindo assimetrias superciliares existentes (Figuras 4 a 8). A ressecção direta de pele acima do supercílio foi efetiva em casos de ptose significativa nesta região em pacientes mais idosos¹⁰, que toleram melhor as cicatrizes cutâneas (Figuras 2 e 3).

CONCLUSÕES

O tratamento dos pacientes com queixas funcionais relacionadas ao blefarocalásio e à ptose palpebral senil deve iniciar-se com rigoroso exame clínico, para que um plano cirúrgico adequado possa ser traçado. O profissional deve estar preparado para tratar as alterações encontradas e, assim, melhorar não só a estética, mas também as queixas e as limitações funcionais presentes.

Quando lidamos com uma população idosa, o preparo pré-operatório engloba o acompanhamento com outros profissionais para a compensação das doenças sistêmicas e

oftálmicas altamente prevalentes neste grupo, minimizando riscos e diminuindo possíveis complicações cirúrgicas.

A individualização e a associação de técnicas possibilita a correção de diversas alterações concomitantemente, verificando-se, porém, uma recuperação mais lenta em alguns pacientes relacionada a idade, presença de co-morbidades e dissecações cirúrgicas mais extensas.

Desta forma, reiteramos os benefícios que a cirurgia palpebral reparadora pode oferecer aos pacientes com queixas funcionais relacionadas ao envelhecimento das estruturas órbito-palpebrais⁸, e a importância de um diagnóstico preciso para a melhora funcional destes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soares EJC, Moura EM, Gonçalves JOR. Blefaroplastias cosméticas: elevação de supercílios. In: Cirurgia plástica ocular. cap 12. p.243-60.
2. Soares EJC, Moura EM, Gonçalves JOR. Blefaroptose. In: Cirurgia plástica ocular. cap 5, p77-152.
3. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(3):193-204.
4. Beard C. Examination and evaluation of ptosis patient. In: Smith BC, ed. *Ophthalmic plastic and reconstructive surgery.* 1st ed. St. Louis: Mosby;1987.
5. Older JJ. Upper lid blepharoplasty and ptosis repair using a transcutaneous approach. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 1994;10(2):146-9.
6. Older JJ. Ptosis repair and blepharoplasty in the adult. *Ophthalmic Surg.* 1995;26(4):304-8.
7. Patipa M, Wilkins RB. Acquired ptosis in patients undergoing upper eyelid blepharoplasty. *Ann Ophthalmol.* 1984;16(3):266,268-70.
8. Federici TJ, Meyer DR, Lininger LL. Correlation of the vision-related functional impairment associated with blepharoptosis and the impact of blepharoptosis surgery. *Ophthalmology.* 1999;106(9):1705-12.
9. Graziosi AC, Beer SMC. Browlifting with thread: the technique without undermining using minimum incisions. *Aesthetic Plast Surg.* 1998;22(2):120-5.
10. Booth AJ, Murray A, Tyers AG. The direct brow lift: efficacy, complications, and patient satisfaction. *Br J Ophthalmol.* 2004;88(5):688-91.
11. Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Arch Ophthalmol.* 1975;93(8):629-34.
12. Tucker SM, Verhulst SJ. Stabilization of eyelid height after aponeurotic ptosis repair. *Ophthalmology.* 1999;106(3):517-22.
13. Loeb R. Naso-jugal groove leveling with fat tissue. In: Flowers RS, editor. *Clinics in plastic surgery.* Philadelphia: WB Saunders;1993. p393-402.
14. Hinderer UT. Correction of weakness of the lower eyelid and lateral cantus In: Flowers RS, editor. *Clinics in plastic surgery.* Philadelphia:WB Saunders;1993. p331-50.
15. Linberg JV, Vasquez RJ, Chao GM. Aponeurotic ptosis repair under local anesthesia. Prediction of results from operative lid height. *Ophthalmology.* 1988;95(8):1046-52.