

Emprego do Retalho Tarsconjuntival nas Reconstruções Oncológicas em Plano Total das Pálpebras

Patrícia Breder de Barros¹

Rafael Anlicoara²

Paulo Roberto de Albuquerque Leal³

- 1] Membro Especialista da SBCP, ex-residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Instituto Nacional de Câncer.
- 2] Médico residente do 2º ano do Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Instituto Nacional de Câncer.
- 3] Membro Titular da SBCP e Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Instituto Nacional de Câncer.

Instituto Nacional de Câncer – Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora e Microcirurgia

Endereço para correspondência:

Patrícia Breder de Barros

Pça. Cruz Vermelha, 23 8º andar
Rio de Janeiro – RJ
20230-130

Fone: (21) 2506-6087

Descritores: Reconstrução palpebral; retalho Hughes; tarsconjuntival.

RESUMO

Os autores apresentam os resultados obtidos com a utilização da técnica do retalho tarsconjuntival nas reconstruções palpebrais em defeitos de plano total e de mais de 50% do comprimento horizontal das pálpebras inferiores.

Descrevem a aplicação do método em 40 casos e discutem aspectos importantes na evolução deste procedimento.

Concluem defendendo o emprego desse recurso em lesões complexas palpebrais como técnica de escolha devido aos resultados satisfatórios estéticos e funcionais.

INTRODUÇÃO

Nas reconstruções palpebrais, dois objetivos principais devem ser observados: integridade funcional e qualidade estética. A técnica a ser usada depende do grau de comprometimento anatômico proporcionado pela ressecção do tumor; assim, são importantes sua localização e dimensões. Nos defeitos superficiais, somente a lamela anterior necessita reparo. Os defeitos de espessura total, entretanto, exigem reconstrução das lamelas anterior e posterior.

O retalho tarsconjuntival, descrito por Hughes⁽¹⁾ em 1937, mostra-se como boa opção para as reconstruções dos defeitos de espessura total das pálpebras, tendo como grande vantagem a possibilidade de se praticar a reconstrução com o próprio tecido palpebral.

MATERIAL E MÉTODOS

No presente trabalho, foram avaliados 40 pacientes consecutivamente operados no Instituto Nacional de Câncer – Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora e Microcirurgia, no período de fevereiro de 1997 a janeiro de 2002. Fizeram parte da amostra portadores de tumores cutâneos da pálpebra inferior, cujo tratamento determinou o aparecimento de defeitos correspondentes a pelo menos 50% do comprimento horizontal daquela estrutura em espessura total (envolvimento das lamelas anterior e posterior).

TÉCNICA OPERATÓRIA

Inicia-se com a identificação (Fig. 2) e ressecção do tumor dentro dos princípios de segurança oncológica (Fig. 3).

Procede-se a eversão da pálpebra superior, sendo as dimensões do defeito transportadas para a área doadora, observando-se que, para economia desta, o retalho deve ser menor em $\frac{1}{4}$ do defeito original.

Feito o desenho do retalho (Fig. 4) e infiltração com solução de vasoconstritor 1: 200.000, inicia-se sua liberação com uma incisão horizontal 2 a 3 mm do bordo ciliar e incisões verticais laterais até quase todo o comprimento vertical do tarso. Posteriormente à placa tarsal, procede-se o descolamento, liberando-se o retalho do complexo elevador/ músculo de Müller, no intuito de preservar o mecanismo elevador da pálpebra superior.

Finalmente, realiza-se a transposição do retalho para o defeito (Fig. 5), fixando-o com pontos separados de fio de ácido poliglicólico 6-0.

Com a lamela posterior reparada e provida de suprimento sanguíneo próprio, reconstrói-se a lamela anterior. No caso demonstrado, foi empregado enxerto de pele total (Fig. 6).

Utiliza-se curativo oclusivo, precedido por curativo de Brown nos casos de enxerto.

As pálpebras permanecem suturadas ocluindo completamente o globo ocular por um período mínimo de 3 semanas, quando, então, procede-se à secção do pedículo do retalho, que é feita 1 mm acima da margem palpebral, sendo o neobordo palpebral suturado com técnica contínua de fio de ácido poliglicólico 6-0.

RESULTADOS

Obteve-se um total de 40 casos, dos quais 35 do sexo feminino (70%) e 15 do sexo masculino, com idades variando de 35 a 87 anos.

O Carcinoma Basocelular foi o tipo de tumor mais encontrado, com 36 casos (89%), sucedendo-se o Carcinoma Espinocelular, com 3 casos (8%), e por último, com apenas 1 caso (3%), o Carcinoma Tricoblástico.

Com relação às dimensões dos defeitos, a maioria dos casos encontra-se na faixa de 1,1 a 2,0 cm, tanto no comprimento horizontal quanto no vertical (Fig. I).

Foram obtidos resultados estéticos e funcionais satisfatórios (Fig. 7), considerando-se boa oclusão e equilíbrio da margem palpebral.

A reconstrução da lamela anterior foi realizada com enxertos de pele total, retalhos locais ou com a associação destes, como mostra a Tabela I.

O intervalo para secção do pedículo variou de 3 a 6 semanas, com média de 37 dias, por motivos não relacionados à técnica.

Como complicações, observamos:

- ◆ 1 caso de hiperemia conjuntival, que evoluiu com bom resultado final após o uso de colírios lubrificantes.
- ◆ 1 caso de infecção, em que foi necessário o reposicionamento do retalho à sua área doadora.

dora e reprogramação da reconstrução.

- ◆ 1 caso de ectrópio, tratado com cantopexia e auto-enxertia de pele.
- ◆ 1 caso de sinéquia cantal externa, em que foi feita cantólise.

O acompanhamento pós-operatório variou de 2 meses a 4 anos.

DISCUSSÃO

A lamela anterior das pálpebras é representada por pele e músculo orbicular. Promove o fechamento dinâmico das pálpebras e contribui para o sistema de bombeamento da lágrima. Pode ser reconstruída com retalhos cutâneos ou musculocutâneos de avançamento, transposição ou rotação ou com enxertos de pele total⁽²⁾.

A lamela posterior constitui-se de tarso e conjuntiva.

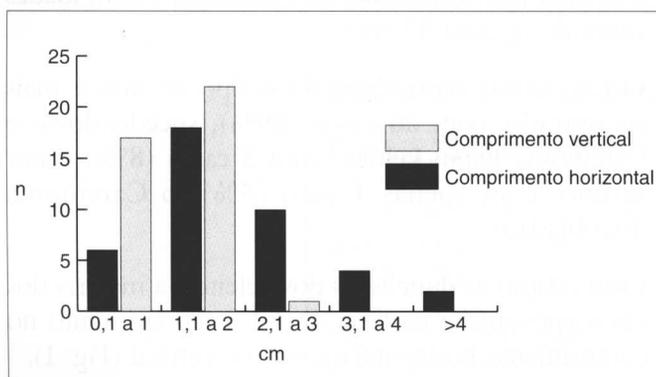


Fig. 1 – Dimensões dos defeitos palpebrais.

Tabela I

Procedimento	Casos
Enxerto	
Pele palpebral superior contralateral	19
Enxerto	
Pele palpebral superior contralat. + pele retroauricular	1
Enxerto	
Pele palpebral superior ipsilateral + contralateral	1
Enxerto	
Pele palpebral superior ipsilateral	3
Enxerto	
Pele retroauricular	5
Enxerto	
Pele supraclavicular	4
Retalho	
Glabelar	1
Retalho	
Musculocutâneo de pálp. superior	2
Retalho	
Mustardé	1
Retalho	
Mustardé + mediofrontal	1
Retalho	
Nasogeniano	1
Enxerto + Retalho	
Pele Pálpebra Superior Contralateral + Retalho Nasogeniano	1
Reconstrução da lamela anterior – procedimentos empregados.	

Sua reconstrução é normalmente feita com transposição tarsoconjuntival, além de retalhos de avanço ou rotação associados a enxertos compostos de pele e cartilagem⁽²⁾. Quando a reconstrução se compõe de reparo das duas lamelas, pelo menos uma delas deve ter seu próprio suprimento sanguíneo.

Outros objetivos a serem atingidos são⁽²⁾:

- ◆ Membrana mucosa macia para manter a lubrificação da superfície ocular.
- ◆ Margem palpebral estável com suporte esquelético rígido, equivalente ao tarso para assegurar forma e estabilidade, mas permitindo moldagem do globo ocular e mantendo os cílios e a pele afastados da córnea.
- ◆ Fixação aos ligamentos cantais medial e lateral, assegurando estabilidade e orientação.
- ◆ Musculatura adequada para permitir tônus e oclusão completa.
- ◆ Pele fina e flexível para excursão palpebral eficiente
- ◆ Boa ação do elevador para elevar a pálpebra superior acima do eixo visual.

Em 1937, Hughes⁽¹⁾ descreveu o retalho tarsoconjuntival para defeitos centrais de plano total da pálpebra inferior que tem a pálpebra superior como área doadora. Sua técnica original sofreu críticas pelo potencial de morbidade da área doadora: retração e

entrópio. Assim, outros trabalhos colaboraram para o atual estágio de aperfeiçoamento da técnica. Dentre estes autores, estão: o próprio Hughes que, em 1976⁽³⁾, publicou um revisão de detalhes técnicos, Macomber *et al.*⁽⁴⁾, Cies e Barlett⁽⁵⁾, Pollock *et al.*⁽⁶⁾, McCord e Nunery⁽⁷⁾.

Lowry *et al.*⁽⁸⁾ fizeram estudos eletromiográficos da atividade da contração da musculatura orbicular na pálpebra inferior, mostrando os resultados funcionais da reconstrução.

No Instituto Nacional de Câncer, nos casos de perdas maiores que 50 % e de plano total, nossa rotina é o

retalho tarsconjuntival para reconstruir a lamela posterior. A lamela anterior foi reparada através de enxertos cutâneos ou retalhos locais.

Historicamente, Mustardé⁽⁹⁾ critica a utilização indiscriminada da pálpebra superior como doadora em transposição de retalhos para defeitos da pálpebra



Fig. 2 - Identificação do tumor, comprometendo praticamente toda a extensão horizontal da pálpebra inferior e bordo ciliar.

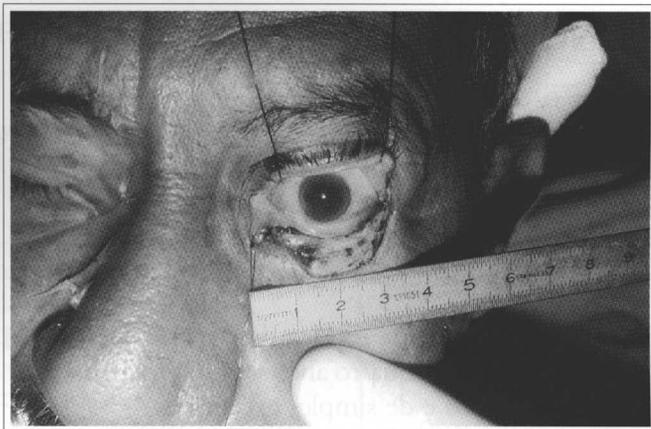


Fig. 3 - Defeito causado pela ressecção do tumor com margens de segurança.



Fig. 4 - Planejamento do retalho.

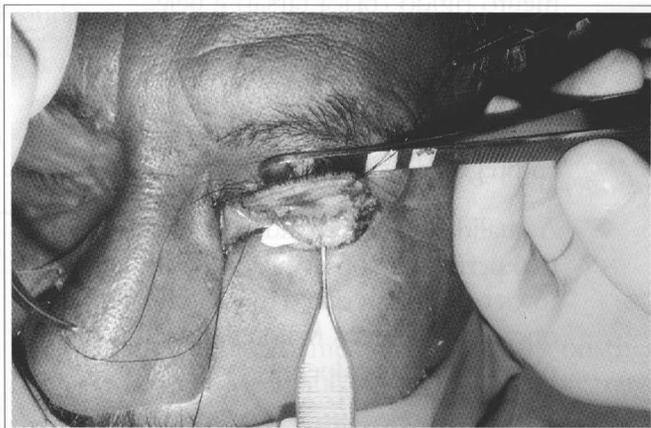


Fig. 5 - Transposição do retalho, descolando-o do complexo elevador/ músculo de Müller.



Fig. 6 - Reconstrução da lamela anterior com enxerto de pele total.

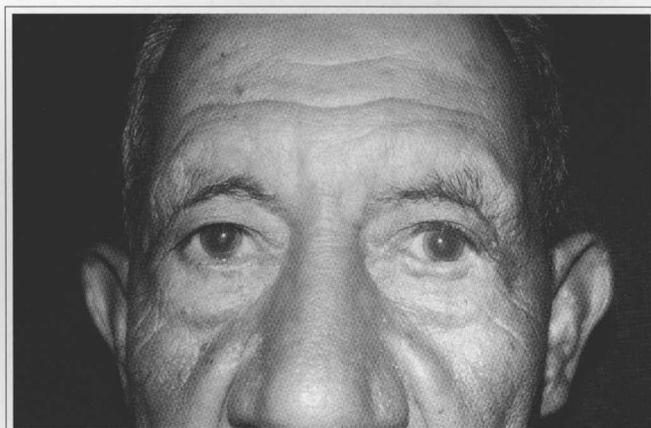


Fig. 7 - Paciente com dois meses de pós-operatório, com excelente resultado estético e funcional, além de cura oncológica.

inferior. Este conceito, entretanto, perde consistência em relação à técnica apresentada, pois, além de excelentes resultados funcionais da pálpebra inferior, não se verificam alterações notáveis na pálpebra superior.

CONCLUSÕES

A técnica de reconstrução palpebral através do retalho tarsoconjuntival vem sendo utilizada no Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora e Microcirurgia do Instituto Nacional do Câncer há pelo menos 10 anos. Os casos apresentados foram operados e seguidos pelos autores, que concluíram:

- ◆ O emprego da técnica descrita demonstrou ao longo de quatro anos ser um procedimento seguro e de simples execução.
- ◆ A reconstrução das pálpebras em todos os seus planos é plenamente obtida uma vez que dispomos de membrana conjuntival, um elemento rígido (placa tarsal) e pele.
- ◆ Os aspectos estéticos e funcionais foram avaliados nos casos operados, não se verificando seqüelas ou alterações decorrentes do emprego da técnica.
- ◆ A qualidade dos resultados mantidos durante o período de observação permitiu aos autores concluir que o método é a primeira opção nos defeitos maiores que 50 % e em plano total das pálpebras.

BIBLIOGRAFIA

1. Hughes WL. A new method for rebuilding a lower lid: Report of a case. Arch Ophthalmol. 1937; 17:1008-12.
2. Backer SR, Swanson MD. Local flaps in facial reconstruction. 1 ed. Missouri: Mosby; 1995.
3. Hughes WL. Total lower lid reconstruction: Technical details. Trans Am Ophthalmol Soc. 1976; 74:321-5.
4. Macomber WB, Wang MK, Gottlieb E. Epithelial tumors of the eyelids. Surg Gynecol Obstet. 1954; 98:331-9.
5. Cies WA, Barlett RE. Modification of the Mustardé and Hughes methods of reconstructing the lower lid. Ann Ophthalmol. 1967; 7:1497-510.
6. Pollock WJ, Colon GA, Ryan RE. Reconstruction of the lower lid by a different lid-splitting operation. Plast Reconstr Surg. 1972; 50:184-201.
7. McCord CD Jr., Nunery WR. Reconstructive Procedures of the lower eyelid and outer canthus. In C. D. McCord Jr. (Ed.), Oculoplastic Surgery. New York: Raven Press; 1981. p.194-8.
8. Lowry JC, Bartley GB, Litchy WJ. Electromyographic studies of the reconstructed lower eyelid after a modified Hughes procedure. Am J Ophthalmol. 1995; 119:225.
9. Mustardé JC. Cirugía reparadora y reconstructora de la región orbital. 1 ed. Barcelona: Ediciones Toray; 1982.

