



Reconstrução de pálpebra inferior com uso do retalho de transposição da pálpebra superior de espessura total

Reconstruction of the lower eyelid using a full-thickness upper eyelid transposition flap

JASON CÉSAR ABRANTES DE FIGUEIREDO^{1*}

Instituição: Clínica Dr. Jason Figueiredo, Jundiaí, SP, Brasil

Artigo submetido: 25/1/2019.
Artigo aceito: 21/4/2019.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0142

■ RESUMO

Introdução: O melhor método para reconstruir uma unidade anatômica é substituir a área lesada pelos mesmos tecidos.

Métodos: Três pacientes que apresentavam carcinomas basocelulares na pálpebra inferior foram submetidos à excisão, seguida de reconstrução imediata com a transposição em espessura total de tecido da pálpebra superior em um só tempo.

Resultados: Os pacientes evoluíram quase sem complicações, as pálpebras mantiveram suas funções de fechamento total e proteção do globo ocular. **Conclusão:** O retalho se mostrou factível e é mais uma alternativa para reconstruir a pálpebra inferior.

Descritores: Neoplasias palpebrais; Retalhos cirúrgicos; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Carcinoma basocelular.

■ ABSTRACT

Introduction: The best method to reconstruct an anatomical unit is to replace the injured area with the same tissues.

Methods: Three patients with basal cell carcinoma in the lower eyelid underwent full-thickness lower eyelid excision, followed by immediate reconstruction with a single-stage full-thickness transposition of the upper eyelid tissue. **Results:**

The patients had almost no complications, and the functions of total closure and protection of the eyeballs of the eyelids were maintained. **Conclusion:** The flap proved to be feasible and is an alternative choice for reconstruction of the lower eyelid.

Keywords: Palpebral neoplasm; Surgical flap; Reconstructive surgical procedure; Basal cell carcinoma.

¹ Clínica Dr. Jason Figueiredo, Jundiaí, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O melhor método de reconstrução de uma unidade anatômica é a substituição da área lesada pelos mesmos tecidos, porém, em muitas situações, quando isso não é possível, o cirurgião tem que usar estruturas semelhantes. Isto acontece com as técnicas atuais descritas para a reconstrução de defeitos de espessura total que comprometem mais de um terço da extensão das pálpebras inferiores. Os retalhos locais associados a enxertos de cartilagem e mucosa, então, são utilizados para recuperar os componentes delicados da pálpebra (pele fina, músculo orbicular, tarso e conjuntiva).

OBJETIVO

Neste artigo, foi descrita uma técnica de reconstrução da pálpebra inferior que proporcionou a reconstrução dos tecidos de acordo com os preceitos mencionados.

MÉTODOS

Três pacientes com carcinomas basocelulares foram submetidos à excisão da pálpebra inferior de espessura total seguida pela reconstrução imediata. As cirurgias aconteceram em centro cirúrgico hospitalar. Os pacientes estavam em decúbito dorsal sob sedação. Em todos, foi colocado protetor palpebral e feita a infiltração local de solução com lidocaína e adrenalina. Em dois pacientes, metade da extensão foi reconstruída e em um, dois terços. As reconstruções foram feitas de acordo com a técnica descrita abaixo.

Na pálpebra superior, foi levantado um retalho de base lateral cuja borda inferior foi localizada 2mm abaixo do sulco palpebral com largura e comprimento suficiente para cobrir o defeito e com espessura total. No retalho foram incluídos conjuntiva, parte do tarso (2mm de largura), músculo orbicular e pele. O septo e a aponeurose do elevador da pálpebra foram seccionados. Em seguida, o retalho foi transposto para cobrir o defeito.

A conjuntiva foi suturada com a conjuntiva remanescente com Vicryl 6-0. A borda medial do tarso foi suturada com a borda lateral do tarso inferior remanescente e a borda lateral na borda do tarso superior, refazendo o canto lateral. O músculo orbicular foi suturado com o remanescente inferior e, finalmente, a pele foi suturada com Mononylon 6-0. Poucas suturas simples do Vicryl 6-0 foram dadas na conjuntiva e na pele, constituindo a borda inferior da pálpebra. A área doadora foi fechada por camadas. O septo, a aponeurose do elevador palpebral e o músculo orbicular foram suturados à borda cranial do tarso com Mononylon 5-0 e a pele, com Mononylon 6-0 (Figuras 1 a 6).

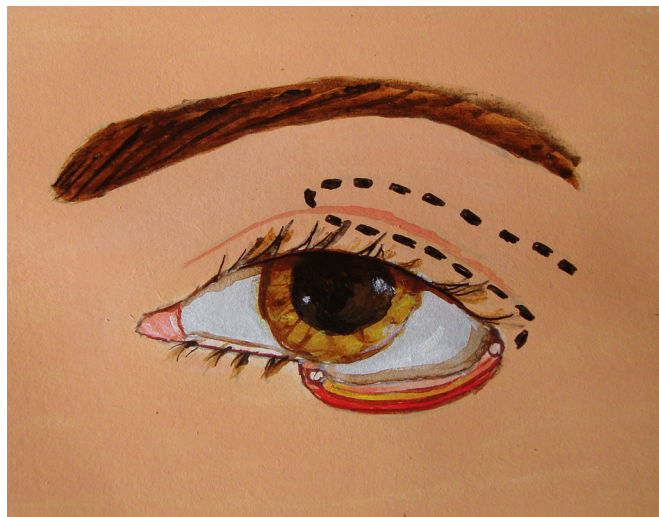


Figura 1. Lesão em pálpebra inferior e marcação do retalho.



Figura 2. Transposição do retalho.

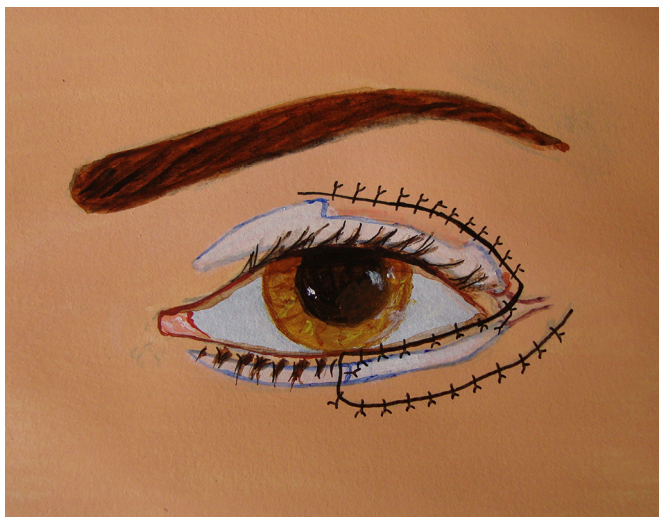


Figura 3. Aspecto final de cirurgia.



Figura 4. Aspecto de pálpebra após retirada de mais da metade da espessura total da pálpebra inferior (paciente 2).



Figura 5. Elevação do retalho (paciente 3).



Figura 6. Final da cirurgia (paciente 3).

Os pacientes foram acompanhados através de retornos mensais em um período de seis meses. Não foram necessários curativos oclusivos. Durante 15 dias foram orientados a usar um colírio para hidratação do olho e uma pomada oftalmológica ao dormir. Os pontos foram retirados em sete dias.

RESULTADOS

Os pacientes evoluíram quase sem complicações: um granuloma de ponto, removido com anestesia local, e uma temporária retração assintomática da pálpebra superior. As pálpebras mantiveram suas funções de fechamento total e proteção do globo ocular. Não ocorreram retrações cicatriciais, ectrópio, entrópio ou lagofalmo. O resultado estético foi bastante satisfatório com cicatrizes discretas nas áreas doadora e receptora (Figuras 7 e 8).



Figura 7. Pré-operatório. Carcinoma basocelular recidivado em borda lateral de pálpebra inferior (paciente 3).

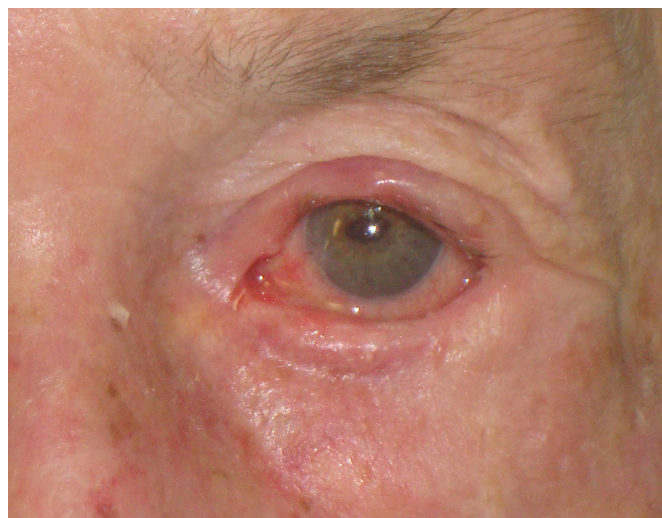


Figura 8. Pós-operatório de 6 meses (paciente 3).

DISCUSSÃO

Os tecidos que fazem parte da estrutura das pálpebras são únicos e difíceis de serem substituídos por outros similares. Não obstante a grande maioria de tumores palpebrais surgir em idades mais avançadas e apresentar redundância de tecidos, há de se observar que o retalho de transposição utiliza tecido da pálpebra superior, que é importante para a função de proteção da córnea; portanto, é relevante avaliar no pré-operatório o grau de elasticidade e redundância dos tecidos. Além de reconstruir o defeito com tecidos iguais (pele, tarso e conjuntiva), o retalho proposto é transposto em monobloco, garantindo uma segurança circulatória, menos edema pós-operatório e mais simplicidade cirúrgica.

Fricke¹ descreveu um desenho semelhante de transposição de pele da pálpebra superior, contudo, sem incluir parte do tarso e conjuntiva e, portanto, útil para reconstrução apenas de defeitos superficiais. Papp et al.² descreveram um retalho de espessura total de avanço incisando continuamente as pálpebras inferior e superior e seccionando o ligamento lateral.

As técnicas atuais mais utilizadas reconstróem as lamelas anteriores e posteriores com métodos diferentes.

O retalho mais usado para a lamela anterior é o de rotação da pele facial de Mustardé³. No Brasil, vale citar a técnica de avanço em V-Y de Destro et al.^{4,5}. A lamela posterior é reconstruída com enxertos compostos como o mucopericondral do septo nasal ou de retalho em dois tempos de tarso e conjuntiva da pálpebra superior (Hughes⁶). Em todos os casos, há uma reconstrução em

separado das lamelas, que frequentemente resulta em pálpebras muito pesadas com algum grau de retração.

CONCLUSÃO

O retalho palpebral de transposição de espessura total possibilitou a reconstrução funcional e estética em tempo único da metade ou dois terços da pálpebra inferior em pacientes submetidos à exérese de tumores palpebrais.

COLABORAÇÕES

JCAF

Análise e/ou interpretação dos dados, aprovação final do manuscrito, coleta de dados, concepção e desenho do estudo, gerenciamento do projeto, metodologia, redação - preparação do original, redação - revisão e edição, supervisão, validação, visualização.

REFERÊNCIAS

1. Fricke JCG. *Bildung neuer Augenlieder (Blepharoplastik) nach Zerstörungen und darduch hervorgebrachten Auswärtswendungen derselben*. Hamburg: Pethes und Bessler; 1829.
2. Papp C, Maurer H, Geroldinger E. Lower eyelid reconstruction with the upper eyelid rotation flap. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86(3):563-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-199009000-00031>
3. Mustarde JC. *Repair and reconstruction of the orbital region*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1980.
4. Destro MW, da Silva AL, Speranzini MB. Lower eyelid repair utilising triangular skin flaps with subcutaneous pedicles. *Br J Plast Surg*. 1991;44(5):363-7. PMID: 1873616 DOI: [https://doi.org/10.1016/0007-1226\(91\)90150-I](https://doi.org/10.1016/0007-1226(91)90150-I)
5. Lima DA. Reconstrução total de pálpebra inferior com associação dos retalhos de Hughes e Destro. *Rev Bras Cir Plást*. 2018;33(3):364-73.
6. Hughes WL. Total lower lid reconstruction: technical details. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1976;74:321-9. PMID: 867633

*Autor correspondente:

Jason César Abrantes de Figueiredo

Rua 23 de maio, 790, sala 41, Vianelo, Jundiaí, SP, Brasil.

CEP- 13207070.

E-mail: figueiredoaj@uol.com.br