



# Reconstrução total de pálpebra inferior com associação dos retalhos de Hughes e Destro

## *Total lower eyelid reconstruction with the combined use of the Hughes and Destro flaps*

DIOGO ALMEIDA LIMA <sup>1\*</sup>

### ■ RESUMO

**Introdução:** A neoplasia de pálpebra inferior é uma doença frequente. O carcinoma basocelular, o espinocelular e o melanoma são responsáveis por 5 a 10% de todos os cânceres de pele. A reconstrução total da pálpebra inferior após exérese de neoplasia cujo defeito envolva mais que 50% da pálpebra é um desafio. A literatura mostra alternativas discordantes quanto ao melhor método de reconstrução nessas situações, sendo a maioria dos trabalhos composta por relatos de casos, levando à inconsistência nas evidências apresentadas. **Método:** Avaliar retrospectivamente, por meio da coleta de dados em prontuários, os resultados funcionais alcançados pelo autor nos pacientes submetidos à reconstrução total de pálpebra inferior após ressecção de neoplasia entre maio de 2012 e maio de 2016, na Santa Casa de Passos, com a associação do retalho miotarsconjuntival de Hughes para reconstrução da lamela interna e do retalho de avanço de pele VY de Destro para reconstituir a lamela externa. **Resultados:** Foram operados 13 pacientes, com média de idade de 72,61 anos. O carcinoma basocelular foi responsável pela maioria das lesões com 11 casos. Nenhum paciente apresentou comorbidade nas áreas doadoras dos retalhos. A simetria contralateral e o fechamento palpebral foram observados em 12 casos, sendo um caso de ectrópio tratado com sucesso, não sendo identificados outros problemas funcionais. **Conclusão:** A associação do retalho miotarsconjuntival de Hughes e retalho de Destro é uma alternativa valiosa para a reconstrução total da pálpebra inferior, visto conseguirmos um resultado funcional e estético favorável com tecidos doadores semelhantes aos ressecados.

**Descritores:** Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Pálpebras; Retalhos cirúrgicos; Neoplasias palpebrais.

Instituição: Santa Casa de Passos,  
Passos, MG, Brasil.

Artigo submetido: 8/8/2017.  
Artigo aceito: 11/10/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0149

<sup>1</sup> Departamento de Cirurgia Plástica, Santa Casa de Passos, Hospital Regional de Câncer de Passos, Passos, MG, Brasil.

## ■ ABSTRACT

**Introduction:** Lower eyelid cancers are common. Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and melanoma are responsible for 5 to 10% of all skin cancers. Complete reconstruction after excision of a tumor that creates a defect involving more than 50% of the eyelid is a challenge. Reports vary regarding the best method of reconstruction, and most available literature is in the form of case reports, leading to inconsistency in the evidence presented. **Methods:** This retrospective study examined the medical records to evaluate the functional results achieved by the author in patients who underwent total lower eyelid reconstruction after cancer resection between May 2012 and May 2016. The Hughes myotarsconjunctival flap was used for reconstruction of the internal lamella, and the Destro VY skin advancement flap was used for the external lamella. **Results:** Of 13 patients with a mean age of 72.61 years, basal cell carcinoma accounted for 11 cases. No comorbidity was observed in the flap donor areas. Contralateral symmetry and palpebral closure were achieved in 12 cases; 1 case of ectropion was successfully treated, but no other functional problems were identified. **Conclusion:** The combined use of the Hughes flap and Destro flap is a valuable alternative for total reconstruction of the lower eyelid and can achieve favorable functional and aesthetic outcomes with donor tissue, similar to that of resected tissue.

**Keywords:** Reconstructive surgical procedures; Eyelids; Surgical flaps; Eyelid neoplasms.

## INTRODUÇÃO

A região palpebral é um local comum de câncer. De fato, o câncer de pele das pálpebras incluindo o carcinoma basocelular, o carcinoma espinocelular e o melanoma são responsáveis por 5 a 10% de todos os cânceres de pele. Noventa e cinco por cento são carcinomas basocelulares ou carcinoma espinocelular<sup>1,2</sup>. A reconstrução da pálpebra inferior após exérese de neoplasia ou trauma é um desafio. Numerosas opções são possíveis dependendo da extensão do defeito<sup>3</sup>.

A cirurgia plástica, por meio da reparação, busca restabelecer a função protetora da pálpebra, usando de preferência técnicas que também proporcionem bons resultados estéticos<sup>4</sup>. A anatomia cirúrgica que orienta o planejamento da reconstrução divide a pálpebra em três lamelas: anterior, média e posterior. A lamela anterior é composta pela pele e músculo orbicular do olho. A lamela média é definida como a combinação do septo orbital, tecido do corpo adiposo da órbita e tecido fibroadiposo submuscular. A lamela posterior inclui a fáscia da pálpebra inferior, o tarso e a túnica conjuntiva da pálpebra<sup>5</sup>.

Os defeitos palpebrais são divididos em dois grupos, de acordo com as estruturas acometidas: parcial, quando a lamela posterior é preservada, e total, quando

todas as lamelas estão comprometidas<sup>6</sup>. Nos defeitos de espessura total, faz-se necessário restaurar as duas lamelas e a sustentação da pálpebra, função naturalmente desempenhada pelo tarso, composto por tecido conjuntivo denso, desprovido de cartilagem<sup>7</sup>. Nesses casos, ao menos uma das lamelas reconstruídas necessita suporte sanguíneo.

Técnicas cirúrgicas comuns e confiáveis envolvem várias opções de retalhos e enxertos. Assim, um algoritmo para reconstrução de defeitos de espessura total da pálpebra inferior auxilia na escolha do tipo de reconstrução a ser realizada. Defeitos menores que 25% da margem palpebral podem ser tratados com sutura primária. Cantólise e cantotomia permitem o fechamento primário de defeitos de 25 a 50% da margem palpebral.

O retalho semicircular de Tenzel, quando associado a retalho periosteal ou a enxerto de mucosa palatal, cartilagem auricular ou septal para lamela posterior, repara defeitos de 50 a 75%. Casos de lesões que exijam ressecção ampla de 50 a 100% da margem palpebral são mais satisfatoriamente tratados pelo retalho tarsoconjuntival da pálpebra superior para lamela interna e retalho de avanço ou enxerto de pele total para lamela anterior<sup>8</sup>.

A literatura mostra alternativas discordantes quanto ao melhor método de reconstrução de lamela

interna de pálpebra inferior, quando da impossibilidade de sutura primária. A grande maioria dos trabalhos é composta por relatos de casos ou reduzida amostragem de pacientes, levando à inconsistência nas evidências apresentadas<sup>9</sup>.

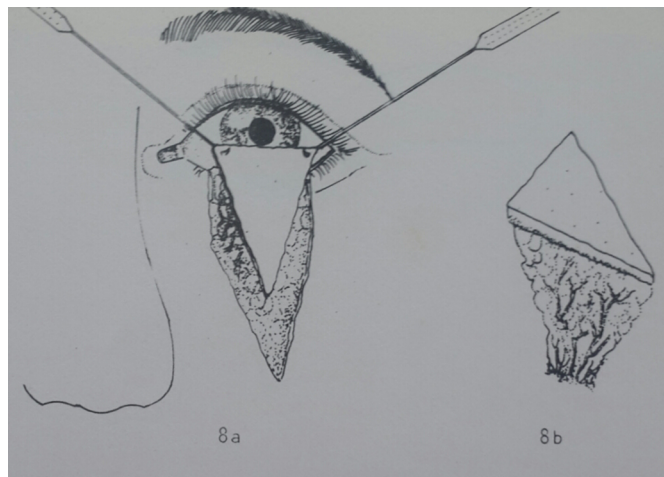
Neste estudo avaliamos os casos de neoplasia de pálpebra inferior que deixaram um defeito que envolvia mais de 50% da extensão palpebral e foram reconstruídos pela associação de dois retalhos para reconstituição da lamelas anterior e posterior.

## OBJETIVO

Avaliar os resultados da associação de retalhos miotarsosconjuntival de Hughes (Figura 1) para reconstrução da lamela interna e do retalho de avanço de pele em VY de Destro (Figura 2) para reconstituir a lamela externa em lesões causadas pela ressecção de neoplasia da pálpebra inferior.



**Figura 1.** Retalho de Hughes. Técnica de Hughes para reconstrução da lamela posterior da pálpebra inferior. (Patel BCK, Flaharty PM, Anderson RL: Reconstrução palpebral. Baker SR, Swanson NA. Retalhos Locais na Reconstrução Facial, St. Louis, Mosby, 1995, p. 289. Fig. 15, A B C e F.



**Figura 2.** Retalho de Destro. Representação esquemática do retalho de Destro e de seu pedículo subcutâneo. Retirado da Tese de Mestrado do Dr. Marco Willians Baena Destro intitulada Retalhos Triangulares de Pele com Pedículo Subcutâneo Central na Reconstrução de Pálpebra Inferior, 1990, p. 34, Fig. 8<sup>a</sup> e 8<sup>b</sup>, com permissão.

## MÉTODO

Foram avaliados, retrospectivamente, por meio de coleta de dados em prontuários, 13 pacientes submetidos à reconstrução total de pálpebra inferior após ressecção de neoplasia entre maio de 2012 e maio de 2016, no

Santa Casa de Misericórdia de Passos, MG, operados pelo autor. Foram incluídos os pacientes cujo defeito comprometia a pálpebra inferior em plano total e em extensão horizontal maior que 50%, reconstruídos usando o Retalho Miotarsosconjuntival de Hughes<sup>10</sup> para recriar a lamela posterior e retalho triangular de pele com pedículo subcutâneo de Destro para reconstruir a lamela anterior<sup>11</sup>.

Os dados colhidos foram idade, gênero, tipo histológico do tumor, comorbidades, tempo cirúrgico, tempo de realização da transecção do retalho, complicações e tempo de seguimento.

Os resultados foram avaliados utilizando os seguintes parâmetros: 1) capacidade de oclusão palpebral; 2) sinais de ectrópio; 3) simetria; 4) morbidade da área doadora dos retalhos.

Todos os casos foram operados pelo autor com um mesmo auxiliar, sob anestesia local (lidocaína 2% com adrenalina 1:200.000) e anestesia tópica corneana com colírio anestésico associada à sedação endovenosa. Em um caso, a anestesia foi geral endovenosa. Foi realizada marcação com pincel das margens de segurança do tumor de 3 a 5 mm. Após assepsia e antisepsia de toda a face e anestesia, faz-se a ressecção da lesão, que era enviada imediatamente para congelação e análise de margens de segurança. Após receber o resultado de margens livres de neoplasia, prossegue o ato cirúrgico.

Para realizarmos o retalho de Hughes evertemos a pálpebra superior com um ponto de reparo no bordo palpebral ou usando um retrator e um cabo de pinça como apoio. Delineia-se com azul de metileno o retalho miotarsosconjuntival de forma que incisão distal fique a 4 mm da margem palpebral (sendo paralela a ela para garantir a estabilidade e contorno da pálpebra superior) e a extensão medial e lateral seja suficiente para alcançar e reconstruir a lamela posterior. Em média, o tarso dissecado tem altura de 4 a 6 mm, sendo um pouco menor que a dimensão do defeito.

Faz-se a infiltração da pálpebra superior evertida subconjuntival com 1 ml de anestésico local. O retalho é incisado com lâmina número 15 e dissecado com tesoura romba no plano subtarsal até o plano do músculo elevador da pálpebra superior, sendo essa dissecção continuada superiormente até o retalho poder ser avançado para o defeito inferior sem tensão. O retalho é suturado com fio Vicryl® 6.0 em chuleio contínuo à conjuntiva palpebral inferior logo acima do fundo de saco palpebral, estendendo-se para as laterais até o rebordo palpebral reparando assim a lamela posterior.

Para reparar a lamela anterior com o retalho de Destro, demarcamos com azul de metileno um retalho em “V” que se inicia nas extremidades inferiores do defeito com uma linha vertical de comprimento pouco maior que a altura do defeito e desce convergindo em direção à região malar. O pedículo subcutâneo central do retalho

em forma de cone invertido é dissecado com delicadeza, separando-se o tecido subcutâneo frouxo e preservando-se os vasos, em uma dissecação tendendo ao afunilamento do pedículo que progride até o plano muscular. Quanto maior o deslocamento desejado, mais afunilado e longo dissecamos o pedículo.

Sobre o retalho miotarsconjuntival avançamos o retalho triangular, por deslizamento, para cobrir a área cruenta. Os dois primeiros pontos são dados com Mononylon® 5.0, atingindo-se o rebordo conjuntival bilateral dois milímetros abaixo dos dois ângulos superiores do retalho. Alguns pontos de Vicryl 6.0 são dados do retalho triangular fasciocutâneo ao tarso superior que fora rebatido, 1 mm acima da margem palpebral inferior residual, a fim de evitar retração inferior (Figuras 3 a 9).



Figura 3. Carcinoma basocelular de pálpebra inferior esquerda.

O transecção do retalho foi realizada após 3 a 4 semanas sob anestesia local utilizando a tentacânula de suporte para proteção corneana (Figura 10). A borda superior do retalho foi hemostasiada e regularizada com desbaste do excesso de tecido e cicatrizada por segunda intenção. Em alguns casos, foram dados pontos simples de Vicryl 6.0 na intenção de regularizar o rebordo.

Quanto ao aspecto ético, seguimos rigorosamente os princípios da Declaração de Helsinki revisada em 2000 e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os pacientes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo a utilização de seus dados e a publicação de suas imagens. CAAE:69519617.7.0000.8043.

## RESULTADOS

Foram operados 13 pacientes no período de 4 anos. Todos eram da raça branca, sendo 6 mulheres e 7 homens. As idades variaram entre 55 a 89 anos com média de idade



Figura 4. Neoplasia já ressecada e retalho de Hughes demarcado na pálpebra superior evertida, com sua borda distal a 4 mm da margem palpebral.



Figura 5. Retalho rebatido e suturado à conjuntiva palpebral inferior para reparar a lamela posterior.

de 72,61 anos. O carcinoma basocelular foi responsável pela maioria das lesões, com 11 casos (84,61%), sendo um caso de carcinoma espinocelular e um caso de carcinoma de células de Merkel. O tempo cirúrgico apresentou média de 75,76 minutos (para a primeira etapa da reconstrução). O tempo de transecção do retalho miotarsconjuntival após a primeira cirurgia variou de 19 a 39 dias, com média de 28 dias. Os pacientes tiveram um período



**Figura 6.** Retalho de Destro triangular dissecado com pedículo subcutâneo central em forma de cone invertido.

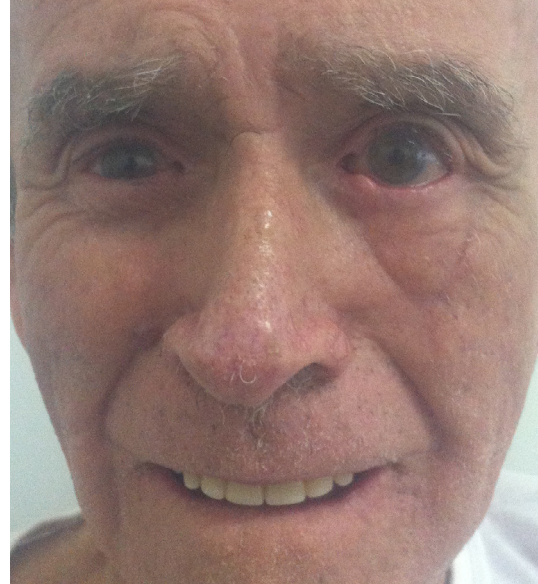


**Figura 7.** Retalho de Destro avançado sobre o retalho de Hughes recriando a lamela anterior.

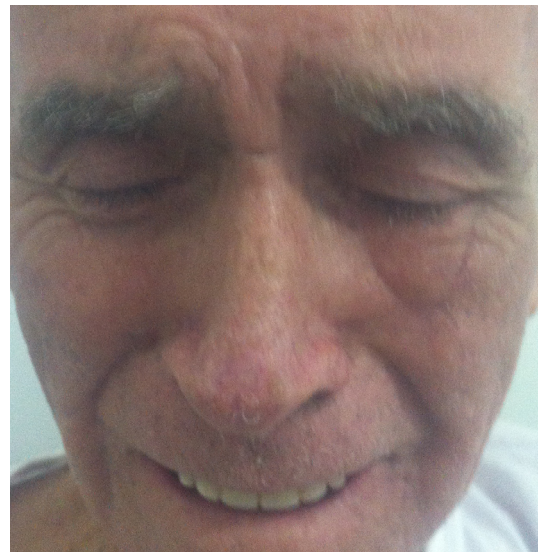
de seguimento de no mínimo 12 meses. Durante esse período, não houve casos de recorrência local da doença (Tabela 1).

Segundo os critérios estabelecidos pelo estudo, nenhum paciente apresentou comorbidade nas áreas doadoras dos retalhos. Um paciente, cuja lesão tumoral era extensa, evoluiu com irritação conjuntival precoce devido a edema que levou a pele do retalho a tocar e irritar a conjuntiva. Apresentou resolução espontânea em 4 meses após realização de massagem e regressão do edema (Figuras 11 a 13).

Outro paciente, mesmo tendo o rebordo palpebral regular e ao nível do limbo, sem ectrópio, portanto, apresentou hiperemia de borda ciliar devido à ectopia da mucosa conjuntival além do rebordo palpebral, sendo corrigido após 24 meses com fino enxerto de pele da



**Figura 8.** Pós-operatório de 6 meses.



**Figura 9.** Oclusão palpebral normal.

pálpebra superior homolateral (Figuras 14 a 17). O último caso operado evoluiu com ectrópio severo corrigido, três meses após, com sucesso através de um retalho de Fricke da pálpebra superior (Figuras 18 a 21). A simetria contralateral e o fechamento palpebral foram observados em todos os casos ao fim do tratamento, não sendo identificados outros problemas funcionais em nenhum dos pacientes.

## DISCUSSÃO

A reconstrução de defeitos amplos da pálpebra inferior constituiu um desafio à cirurgia reparadora. Há diferentes técnicas relatadas, como a técnica descrita por Mustarde<sup>12</sup>, o retalho de Hughes com suas modificações e



Figura 10. Transecção do retalho de Hughes.



Figura 11. Lesão vegetante de pálpebra inferior direita.

evolução<sup>13</sup>, o enxerto de palato duro coberto pelo avanço de músculo orbicular<sup>14</sup>, o retalho de Tripier<sup>15</sup> e outras abordagens mais complexas, tais como o retalho de mucosa lingual pré-expandido<sup>16</sup>, o uso de matriz dérmica acelular<sup>17</sup>, o retalho de bochecha suportado pela fásia lata<sup>18</sup>, o retalho de músculo orbicular superior associado a ilha tarsoconjuntival<sup>19</sup> e o retalho de Fricke<sup>20,21</sup>. Todas essas técnicas são úteis quando a reconstrução de pálpebra inferior é necessária; no entanto, alguns desses procedimentos são complexos e caros<sup>3</sup>.

Para alcançarmos excelentes resultados funcionais e estéticos, as duas camadas da pálpebra inferior têm que ser reconstruídas adequadamente, com atenção ao fato de que o uso de enxerto em uma lamela obriga o uso de

retalho na outra. Quando se usa retalho em uma lamela, existe a opção de reconstruir a outra lamela com retalho ou enxerto. Feito isso, o aporte vascular está garantido e a integração da reconstrução também<sup>13</sup>.

No presente trabalho defendemos o uso do retalho triangular de pedículo subcutâneo para reconstruir a lamela anterior. Acreditamos que o retalho da mesma unidade estética sempre que possível constitui a melhor opção por ter a cor e espessura do tecido mais semelhantes à da área ressecada<sup>11,22</sup>. O enxerto de pele, seja de pálpebra superior ou de pele retroauricular, também representa uma opção, todavia, necessita ser retirado de outra região cirúrgica e necessita retalho para lamela interna para vascularizar o enxerto.

Tabela 1. Características dos pacientes.

Idade (anos)	Sexo	Etiologia	Tempo cirúrgico (min)	Transecção (dias)	Complicações	Resolução
56	F	CBC	60	26		
55	M	CBC	110	30		
86	F	CBC	75	21		
83	F	CBC	40	21		
58	M	CBC	95	19	Ectopia mucosa na borda palpebral	Enxerto de pele da pálpebra superior
80	F	CBC	75	39		
59	M	Merkel	135	36	Edema com irritação conjuntival	Massagem
77	M	CBC	130	39		
89	F	CBC	45	28		
83	M	CBC	40	22		
61	F	CBC	60	23		
85	M	CEC	75	32		
72	M	CBC	120	28	Ectrópio	Retalho de Fricke

CBC: Carcinoma basocelular; CEC: Carcinoma espinocelular; Merkel: Carcinoma de células de Merkel; M: Masculino; Min: Minutos; F: Feminino



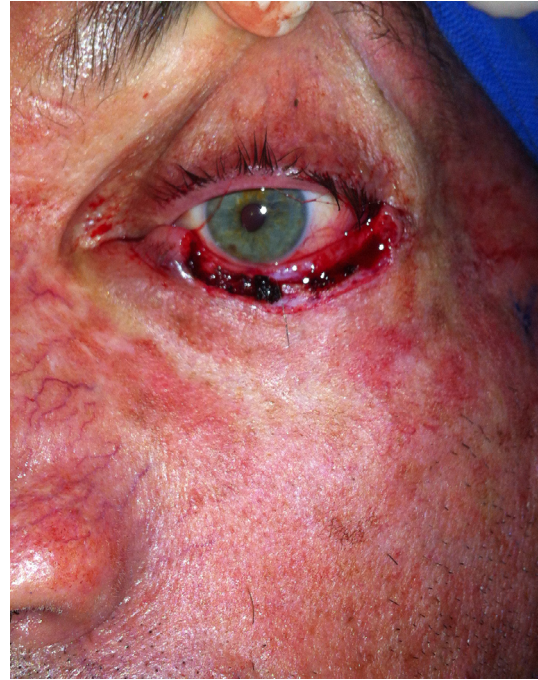
**Figura 12.** Pós-operatório recente de transecção com edema e irritação conjuntival.



**Figura 13.** Melhora da irritação conjuntival e edema do retalho após massagem 4 meses.

A lamela interna pode ser reconstruída com uso de enxertos condromucosos de septo nasa<sup>12,22,23</sup>, preferência do Dr. Destro, cartilagosos de orelha<sup>24,25</sup> ou mucosa de palato duro<sup>14</sup>. Contudo, estes enxertos nas grandes ressecções são instáveis pela falta de suporte remanescente da pálpebra, o que dificulta sua fixação, e necessitam do uso de extensos retalhos de pele para refazer a lamela externa<sup>26</sup> que podem prejudicar a aderência ao enxerto devido à sua espessura excessiva.

Para reconstruir a lamela interna, utilizamos o retalho miotarsconjuntival. É uma alternativa que



**Figura 14.** Defeito após ressecção de carcinoma basocelular.



**Figura 15.** Hiperemia do rebordo palpebral após transecção devido a posicionamento exteriorizado da mucosa do retalho de Hughes.

confere mais estabilidade e suporte ao ser fixado lateral, medial e inferiormente na pálpebra inferior remanescente, além do que é bem vascularizado, facilitando a sua integração.

Mustarde se opunha ao uso da pálpebra superior para reconstrução da inferior, devido à possibilidade de haver retração palpebral superior, levando à exposição corneana. Isso seria realmente preocupante se levamos em consideração o trabalho original de Hughes, em 1937,



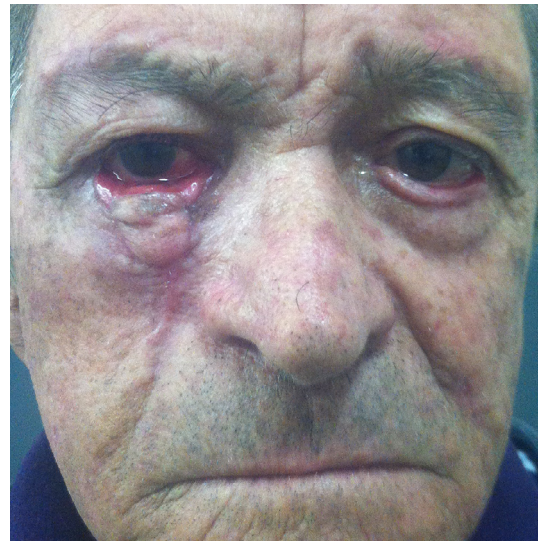
**Figura 16.** Enxerto de pele de pálpebra superior no rebordo palpebral.



**Figura 19.** Defeito extenso após ressecção.



**Figura 17.** Melhora do aspecto no rebordo pós-enxerto.



**Figura 20.** Ectrópio e cicatriz em alçapão 4 meses pós-transecção do retalho.



**Figura 18.** Neoplasia de pálpebra inferior direita.

no qual realizava a incisão na linha cinzenta com divisão total da pálpebra superior, deixando esta com sustentação diminuída e propícia a retrações pós-operatórias. O principal problema com a técnica original era, portanto, a frequente morbidade apresentada pela área doadora, retração e entrópio, após a divisão do pedículo.

Para evitar essa complicação alguns autores<sup>27-29</sup> fizeram modificações à técnica original de Hughes para preservar o tarso e diminuir sua inclusão no retalho. Nessa modificação, que adotamos em nossos pacientes, a borda horizontal inferior do retalho de Hughes deve estar a pelo menos 4 mm de distância da margem palpebral para sobrar uma placa de tarso remanescente no local doador da pálpebra superior, evitando deformidade no pós-operatório. Não existe justificativa para não usar este excelente retalho nas lesões maiores que 50%, pois sua vascularização é segura e fornece apoio para aposição





Figura 21. Resolução com retalho de Fricke.

da lamela externa, sendo este um fator de estabilidade e estruturação da pálpebra reconstruída<sup>9</sup>.

Uma dificuldade apresentada por essa opção de retalho de Hughes é quando o olho da pálpebra afetada é de visão única, o que dificulta o uso de retalhos dentro da mesma unidade estética. Outro ponto negativo é a necessidade de um segundo tempo cirúrgico após 3 semanas para transecção de retalho de Hughes e abertura da fenda palpebral<sup>13</sup>.

Hughes realizava a transecção do pedículo do retalho miotarsconjuntival após 3 meses<sup>10</sup>. Cies & Bartlett<sup>30</sup> relataram dividir o retalho entre 3 e 4 semanas sem complicações, e McCord & Nunery<sup>28</sup> esperaram 6 a 8 semanas antes da divisão. Já Leibovitch et al.<sup>31</sup> dividiram o retalho em sete dias e perceberam que isso não comprometia o suprimento de sangue do retalho, e relataram bons resultados estéticos e funcionais mesmo após a divisão precoce do retalho. Nos pacientes operados o objetivo era se realizar a transecção após 3 semanas em média, mas esse período variou, devido a fatores externos e individuais, o que à nossa análise não alterou os resultados apresentados, sendo que a média da transecção ocorreu em 28 dias.

Um dos primeiros pacientes operados (Figuras 15 a 17) apresentou hiperemia da margem palpebral após a divisão do pedículo no segundo tempo cirúrgico. Atribuímos essa hiperemia ao fato de após ter realizado a transecção termos suturado com pontos simples de Vicryl 6.0 a borda palpebral, o que levou ao avanço da mucosa sobre o novo rebordo palpebral, causando um excelente resultado funcional, contudo, necessitando de pequena correção estética posterior, a qual foi realizada

com enxerto delgado de pele da pálpebra superior 2 anos após, se obtendo ótimo resultado.

Bartley & Putterman<sup>32</sup>, após fazer a transecção do retalho, regularizavam a borda e deixavam ocorrer granulação espontânea. Isso permitiu à junção mucocutânea se formar por segunda intenção e a evitar hiperemia pós-operatória. Assim, foi realizado no restante dos pacientes e não houve mais essa ocorrência.

Casos de lesões mais extensas apresentam edema pós-operatório mais acentuado, o que pode levar a desconforto e irritação ocular. Nesses pacientes a realização de massagens ou drenagem linfática pós operatória pode ajudar na resolução do quadro (Figuras 11 a 13).

Atribuímos o ectrópio pós-operatório do último paciente (Figuras 18 a 21) à pouca flacidez e pouca elasticidade da pele malar do paciente que subestimamos ao indicar o retalho para reconstruir a lamela anterior. Acreditamos que, nessas situações, para se reconstruir a lamela anterior após rotacionar o retalho de Hughes não seja boa indicação o retalho fasciocutâneo de Destro. Outras alternativas devem ser indicadas, como o retalho de Mustardé, se houver flacidez lateral da face, ou mesmo enxertia cutânea de pele total da pálpebra superior contralateral ou retroauricular, sobre o retalho miotarsconjuntival.

Nesses casos para a reconstrução da lamela anterior, os enxertos de pele total são considerados<sup>33</sup>, sendo estes a preferência de muitos autores<sup>34</sup>. Nesta complicação bem solucionada com um retalho de Fricke, verificamos que deve se ter o cuidado de avaliar bem a elasticidade da pele da face antes de se optar por retalho de avanço em VY, pois flacidez inadequada da pele da região malar pode levar à retração inferior do rebordo palpebral reconstituído.

Os pacientes foram operados com tempo cirúrgico médio de 74,61 minutos, considerado rápido para o procedimento proposto. Em três casos em que o tempo cirúrgico foi maior, a margem de congelamento estava comprometida, necessitando ser ampliada, o que não comprometeu os resultados, visto a importância de se realizar a exérese total do tumor para reconstrução ser realizada e evitarmos manutenção da doença.

Todos pacientes foram acompanhados por no mínimo 12 meses pela Cirurgia Plástica evoluindo adequadamente, inclusive os dois casos com complicação, que foram tratados satisfatoriamente. Durante este período, não apresentaram recorrência da lesão e após continuaram em seguimento pela oncologia clínica.

## CONCLUSÃO

A reconstrução palpebral inferior é um desafio para o especialista em Cirurgia Plástica que dispõe de

diversas técnicas para executá-la. A associação do retalho miotarsconjuntival de Hughes e retalho de Destro é uma alternativa valiosa para a reconstrução total da pálpebra inferior, visto conseguirmos um resultado funcional e estético favorável com tecidos doadores semelhantes aos ressecados, mostrando ser umas das principais opções de reconstrução pós-ressecção oncológica em plano total de pálpebra inferior.

## COLABORAÇÕES

**DAL** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

## REFERÊNCIAS

- Cook BE Jr, Bartley GB. Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies: an evidence-based update. *Ophthalmology*. 2001;108(11):2088-98. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0161-6420\(01\)00796-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0161-6420(01)00796-5)
- Abraham JC, Jabaley ME, Hoopes JE. Basal cell carcinoma of the medial canthal region. *Am J Surg*. 1973;126(4):492-5. PMID: 4582802 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(73\)80036-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(73)80036-4)
- Panse N, Sambhus M, Sahasrabudhe P, Deodhar A. The Tarsconjunctival Flap for Lower Lid Reconstruction-Review of Literature and Case Series. *J Clin Exp Ophthalmol*. 2013;4(2):271. DOI: <http://dx.doi.org/10.4172/2155-9570.1000271>
- Mélega JM, Viterbo F, Mendes FH. Cirurgia plástica: os princípios e a atualidade. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 573-4.
- Kakizaki H, Malhotra R, Madge SN, Selva D. Lower eyelid anatomy: an update. *Ann Plast Surg*. 2009;63(3):344-51.
- Newman MI, Spinelli HM. Reconstruction of the eyelids, correction of ptosis, and canthoplasty. In: Thorne CH, ed. *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 397-416.
- Alves JCRR, Liu RP, Silva Filho AF, Pereira NA, Carvalho EES. Reconstrução palpebral com enxerto de cartilagem autóloga de concha de orelha. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(2):243-8.
- Fante RG. Reconstruction of the eyelids. In: Baker SR. *Local Flaps in Facial Reconstruction*. Philadelphia: Elsevier; 2007. p. 387-412.
- Maniglia RF. Uso do retalho tarso conjuntival para reconstrução da lamela interna da pálpebra inferior [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.
- Hughes WL. A new method for rebuilding a lower lid: report of a case. *Arch Ophthalmol*. 1937;17(6):1008-17.
- Destro MW. Retalhos triangulares de pele com pedículo subcutâneo central na reconstrução da pálpebra inferior [Tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 1990.
- Mustarde JC. *Repair and reconstruction of the orbital region*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1980.
- Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes Tarsconjunctival flap for the lower eyelid reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104(2):518-22.
- Lalonde DH, Osei-Tutu KB. Functional reconstruction of unilateral, subtotal, full-thickness upper and lower eyelid defects with a single hard palate graft covered with advancement orbicularis myocutaneous flaps. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115(6):1696-700. PMID: 15861077
- Tripier L. Lambeau musculocutané en forme de pont. Appliqué a la restauration de paupieres. *Gaz Hop (Paris)*. 1889;62:1124-5.
- Miyawaki T, Hisako A, Suzuki H, Kurihara K, Jackson IT. Pre-expansion of mucosa-lined flap for lower eyelid reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116(5):76e-82e.
- Li TG, Shorr N, Goldberg RA. Comparison of the efficacy of hard palate grafts with acellular human dermis grafts in lower eyelid surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116(3):873-8.
- Matsumoto K, Nakanishi H, Urano Y, Kubo Y, Nagae H. Lower eyelid reconstruction with a cheek flap supported by fascia lata. *Plast Reconstr Surg*. 1999;103(6):1650-4. PMID: 10323697
- Porfiris E, Christopoulos A, Sandris P, Georgiou P, Ioannidis A, Popa CV, et al. Upper eyelid orbicularis oculi flap with tarsconjunctival island for reconstruction of full-thickness lower lid defects. *Plast Reconstr Surg*. 1999;103(1):186-91. PMID: 9915182
- Fricke JCG. Bildung neuer Augenlieder (Blepharoplastik) nach Zerstörungen und dadurch hervorgebrachten Auswärtswendungen derselben. *Hamburg: Pethes und Bessler*; 1829.
- Wilcsek G, Leatherbarrow B, Halliwell M, Francis I. The 'RITE' use of the Fricke flap in periorbital reconstruction. *Eye (Lond)*. 2005;19(8):854-60.
- 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
- Güzel MZ, Yildirim I, Aygıt AC, Aydin Y, Bayramiçli M. Reconstruction of the total lower eyelid defect — useful modifications. *Eur J Plast Surg*. 1995;18(4):171-4.
- Friedhofer H, Salles AG, Jucá MCCR, Ferreira MC. Eyelid reconstruction using cartilage grafts from auricular scapha. *Eur J Plast Surg*. 1999;22(2-3):96-101.
- Matsuo K, Sakaguchi Y, Kiyono M, Hataya Y, Hirose T. Lid margin reconstruction with an orbicularis oculi musculocutaneous advancement flap and a conchal cartilage graft. *Plast Reconstr Surg*. 1991;87(1):142-5.
- Leone CR Jr. Tarsal pedicle flap for lower eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol*. 1977;95(8):1423-4.
- Pollock WJ, Colon GA, Ryan RF. Reconstruction of the lower eyelid by a different lid-splitting operation: case report. *Plast Reconstr Surg*. 1972;50(2):184-7. PMID: 4558116
- McCord CD Jr, Nunery WR. *Reconstructive Procedures of the Lower Eyelid and Outer Canthus*. In: McCord CD Jr, ed. *Oculoplastic Surgery*. New York: Raven Press; 1981. p.194-8.
- Hughes WL. Total lower lid reconstruction: technical details. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1976;74:321-9. PMID: 867633
- Cies WA, Bartlett RE. Modification of the Mustardé and Hughes methods of reconstructing the lower lid. *Ann Ophthalmol*. 1975;7(11):1497-502.
- Leibovitch I, Selva D. Modified Hughes flap: division at 7 days. *Ophthalmology*. 2004;111(12):2164-7. PMID: 15582069
- Bartley GB, Putterman AM. A minor modification of the Hughes' operation for lower eyelid reconstruction. *Am J Ophthalmol*. 1995;119(1):96-7.
- Borges KS, Chedid R, Dibe M, Sbalchiero JC, Leal PRA. Reconstrução de pálpebra inferior com retalho modificado de Hughes: análise de resultados e complicações no Instituto Nacional do Câncer Rio de Janeiro. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(3 Suppl.1):23.
- Chedid R, Borges KS, Santos P, Sbalchiero JC, Dibe MA, Leal PR, et al. Perfil das reconstruções de pálpebra inferior no Instituto Nacional do Câncer: estudo retrospectivo de 137 casos. *Rev Bras Cirurgia Plást*. 2010;25(3 Suppl.1):1-102.

\*Autor correspondente:

**Diogo Almeida Lima**

Avenida Arouca, 260, Centro - Passos, MG, Brasil

CEP 37900-152

E-mail: drdiogolima@gmail.com