



Reconstrução das zonas II e III palpebrais: série de casos

Reconstruction of eyelid zones II and III: case series

DÉLCIO APARECIDO DURSO ^{1*} 
SÉRGIO DOMINGOS BOCARDI ¹ 

Instituição: Hospital Federal de Ipanema,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 8/7/2019.
Artigo aceito: 15/7/2020.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0052

■ RESUMO

Introdução: As pálpebras representam estruturas anatômicas de grande complexidade, exigindo habilidades técnicas e experiência por parte do cirurgião plástico para a sua reconstrução. Defeitos nessas áreas são produzidos, principalmente, após ressecção tumoral, sendo as pálpebras inferiores sede frequente de lesões dessa natureza. As opções para reconstrução variam de acordo com alguns critérios, entre eles: tamanho do defeito resultante, localização e profundidade. O resultado da reconstrução visa sobretudo reestabelecer o funcionamento adequando dessa nobre estrutura. **Métodos:** Este trabalho apresenta uma série de sete casos, de diferentes complexidades, de pacientes atendidos e tratados pelo Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Federal de Ipanema. Mostramos a versatilidade dos retalhos locais para restaurar a anatomia e função adequadas da pálpebra inferior, bem como ressaltar diferentes tipos de patologias tumorais incidentes nessa região. **Resultados:** Nenhum paciente evoluiu com ectrópio ou distorção da anatomia, obtendo ao final bom resultado cosmético e funcional. **Discussão:** A região medial das pálpebras representa uma área de grande desafio para reconstrução, uma vez que nessa topografia se localizam estruturas nobres, como o canalículo lacrimal e o ligamento cantal medial. A depender da extensão e profundidade do defeito gerado, após trauma ou exérese tumoral, vários são os retalhos locais que podem ser utilizados. Ter domínio sobre a anatomia periorbital e das opções cirúrgicas é fundamental para o sucesso no tratamento. **Descritores:** Carcinoma basocelular; Neoplasias palpebrais; Retalhos cirúrgicos; Face; Anatomia.

¹ Hospital Federal de Ipanema, Departamento de Cirurgia Plástica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The eyelids represent anatomical structures of high complexity, requiring the plastic surgeon's technical skills and experience to their reconstruction. Defects in these areas happen mainly after tumor resection, with the lower eyelids being a frequent site of lesions of this nature. The options for reconstruction vary according to some criteria, including the size of the resulting defect, location, and depth. The result of the reconstruction is mainly aimed at restoring the proper functioning of this delicate structure. **Methods:** This work presents a series of seven cases of patients of different complexity, attended, and treated by the Plastic Surgery Service of the Federal Hospital of Ipanema. We show the versatility of local flaps to restore the proper anatomy and function of the lower eyelid. We also try to highlight different types of tumor pathologies that occur in this region. **Results:** No patient evolved with ectropion or anatomical distortion, ultimately obtaining a good cosmetic and functional result. **Discussion:** The medial region of the eyelids represents a significant challenge for its reconstruction since, in this topography, there are delicate structures such as the lacrimal canaliculus and the medial canthal ligament. Several local flaps can be used depending on the extent and depth of the defect generated after trauma or tumor excision. Having mastery over the periorbital anatomy and surgical options is essential for successful treatment.

Keywords: Carcinoma, Basal cell; Eyelid neoplasms; Surgical flaps; Face; Anatomy.

INTRODUÇÃO

O conhecimento detalhado da anatomia das pálpebras e da região ocular (Figura 1) ajuda o cirurgião na seleção da melhor técnica cirúrgica capaz de restaurar a função ocular e aperfeiçoar o resultado estético. A pálpebra é dividida em lamela anterior e posterior. A lamela anterior é composta por pele e músculo orbicular. A lamela posterior é composta de conjuntiva, tarso e músculos retratores da pálpebra. O septo orbitário pode ser considerado uma lamela média e não costuma ser reconstruído. A conjuntiva ocular na superfície do globo é contínua com a conjuntiva que reveste a superfície interna das pálpebras; essa relação precisa ser mantida ou restaurada durante a reconstrução para preservar a função palpebral^{1,2}.

As zonas periorbitais podem ser divididas didaticamente conforme representado na Figura 2 e são numeradas de I a V.

A excisão cirúrgica de tumores cutâneos constitui uma das causas mais frequentes de defeitos palpebrais. O carcinoma basocelular (CBC) é o tumor mais frequente nesta localização, correspondendo a cerca de 90% dos casos, observando-se uma predominância de lesões na pálpebra inferior¹. O

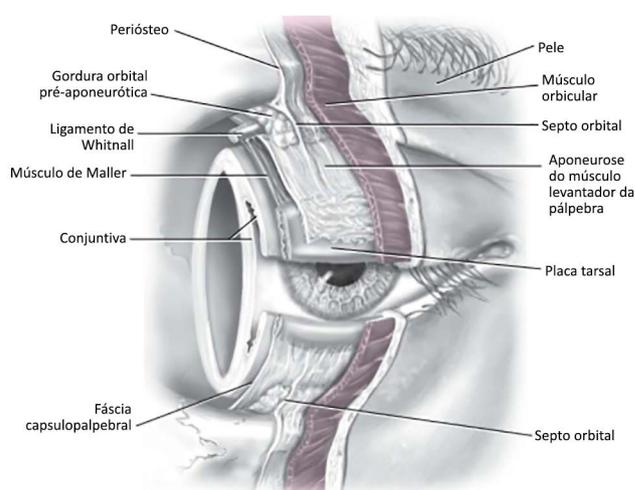


Figura 1. Anatomia palpebral. Divisão das estruturas palpebrais em lamelas anterior, média e posterior (Fonte: Atlas of Aesthetic Eyelid and Periocular Surgery, 2004³).

carcinoma espinocelular, o carcinoma sebáceo e o melanoma constituem tipos histológicos menos prevalentes². Os defeitos resultantes da excisão de tumores cutâneos palpebrais, exige o conhecimento detalhado da anatomia da região periorbitária e das abordagens cirúrgicas mais adequadas para o sucesso da reconstrução.

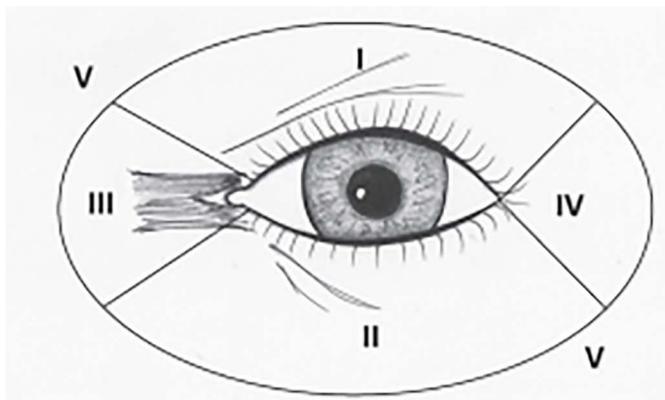


Figura 2. Zonas palpebrais. Ilustração representativa da divisão da região periorbital em zonas numeradas de I a V.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho consiste em aplicar diferentes formas de reconstrução de defeitos palpebrais localizados especificamente na zona II e III ou zona correspondente à pálpebra inferior e ao canto medial respectivamente.

MÉTODOS

Série de 7 pacientes entre 69 e 90 anos com ferida operatória em pálpebra inferior, após remoção de tumores malignos, com defeitos variando de 30% a 80% aproximadamente de extensão horizontal (Tabela 1). Os pacientes foram submetidos à anestesia local associada ou não à sedação ou anestesia geral. Após excisão completa do tumor localizado em pálpebra inferior, realizou-se reconstrução cirúrgica, de acordo com a extensão e profundidade, por meio de retalhos de vizinhança ou enxertia cutânea. Em nenhum dos casos não foi realizada a reconstrução do tarso com enxerto de cartilagem, o que é habitual nas cirurgias de pálpebra inferior com comprometimento extenso dessa estrutura anatômica (Figura 2).

Foram desenhados e confeccionados diferentes retalhos e um defeito mais superficial foi reparado com enxerto cutâneo de área pré-auricular.

Tabela 1. Materiais e métodos.

Paciente	Sexo	Idade	Tumor	Localização	Técnica Cirúrgica
Paciente 1	M	90	Carcinoma sebáceo	Zona III	Retalho de Imre
Paciente 2	F	69	Carcinoma basocelular	Zona III	Retalho frontal paramediano
Paciente 3	F	76	Carcinoma basocelular	Zona III	Retalho glabellar
Paciente 4	F	73	Carcinoma basocelular	Zona III	Retalho de Esser
Paciente 5	M	81	Carcinoma basocelular	Zona II e III	Retalho de Esser
Paciente 6	M	76	Carcinoma basocelular	Zona III	Retalho de Imre
Paciente 7	F	86	Carcinoma basocelular	Zona II e III	Enxerto cutâneo

M: Masculino; F: Feminino.

Caso 1

Exerto cutâneo: paciente de 86 anos, cuja lesão comprometia pele, atingindo zona III, foi realizada ressecção com preservação de estruturas da lamela média e posterior. Foi realizada enxertia cutânea, obtendo pele pré-auricular anterior ipsilateral e reparação do defeito (Figura 3).



Figura 3. Paciente submetida à enxertia de pele pré-auricular, de espessura total, após exérese de CBC em zona II.

Defeitos mais superficiais podem ser reparados com enxertos cutâneos, constituem áreas doadoras: pele retroauricular, pré-auricular e em alguns casos da pálpebra superior, por serem áreas que possuem similaridades com a pele palpebral^{1,4}.

Caso 2

Retalho frontal paramediano: paciente apresentou-se com lesão recidivante em canto medial de olho direito (OD), com 10 meses de evolução. Foi realizada ressecção e congelamento intraoperatória. O defeito gerado apresentava profundidade até região periosteal da órbita. A paciente apresentava várias áreas cicatriciais em região de dorso nasal e glabellar; foi selecionado para reconstrução o retalho frontal paramediano e contralateral (Figura 4).

Casos 3 e 4

Retalho de Imre: foram selecionados dois pacientes masculinos, o primeiro deles com lesão de grandes



Figura 4. Retalho frontal paramediano: paciente apresentou-se com lesão recidivante em canto medial de OD, com 10 meses de evolução.

dimensões, com bloqueio parcial do eixo visual, foi submetido à ressecção com congelação intraoperatória. A patologia revelou tratar-se de carcinoma sebáceo. O segundo caso masculino, de 76 anos, com diagnóstico histopatológico de CBC (Figuras 5 e 6).



Figura 5. Retalho de Imre, reconstrução de grande defeito em canto medial esquerdo, com excelente resultado funcional e cosmético.

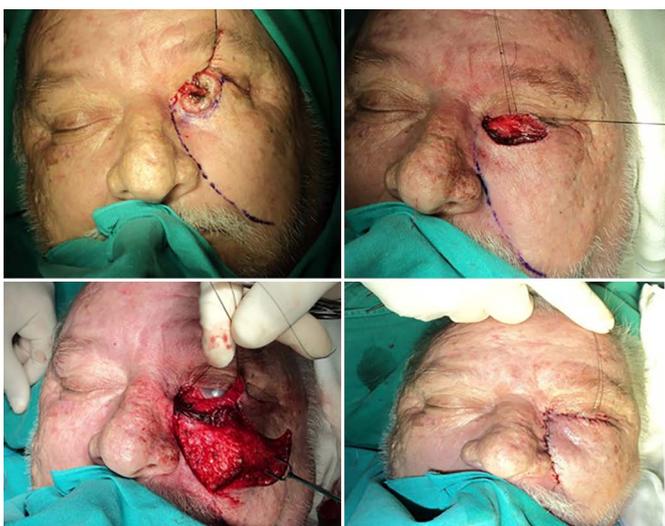


Figura 6. Retalho de Imre: sequência cirúrgica.

Caso 5

Retalho glabellar: paciente de 76 anos, com lesão ulcerada em região de transição de canto medial palpebral para dorso nasal, realizado retalho glabellar (Figura 7).



Figura 7. Retalho glabellar transposto para restaurar anatomia de canto medial esquerdo.

Casos 6 e 7

Retalho de Esser: foram operados uma paciente de 73 anos e um paciente do sexo masculino de 81 anos, ambos com diagnóstico de CBC (Figuras 8 e 9).



Figura 8. Retalho de Esser após amplo descolamento é rodado para correção de defeito em zona II e III.

RESULTADOS

Foram operados 7 pacientes com idade entre 69 e 90 anos, quatro do sexo feminino e três do sexo masculino, sendo 6 com diagnóstico de CBC e um de tumor sebáceo. Todos os casos operados localizavam nas zonas II e/ou III periorbitais, no canto medial da pálpebra inferior unilateral. Todos evoluíram com



Figura 9. Caso 7. Retalho de Esser com bom posicionamento final da cicatriz.

boa função, sem apresentar retrações ou distorção da anatomia e preservação da drenagem das vias lacrimais.

DISCUSSÃO

Nas lesões superficiais utiliza-se o enxerto de pele livre, que é obtido de preferência da região retroauricular. A pele a ser enxertada, após a limpeza do tecido celular subcutâneo é suturada no leito receptor e confeccionado um curativo de Brow. Cinco dias após é feito o curativo, retirando-se o “*tie-over*”⁴. Nas lesões profundas em que após a ressecção é exposta a parte óssea se utiliza o retalho VY da glabella, que é simples e prático; duas incisões formando um V invertido na região da glabella são realizadas, em seguida o retalho é descolado e deslizado para o local onde foi ressecada a lesão e suturado^{1,5}.

Nos casos em que forem incluídas na ressecção as extremidades das pálpebras é utilizado o retalho frontomedial. Nestes casos a cirurgia será realizada em dois tempos - inicialmente é feita a transposição do retalho frontomedial; após 3 a 4 semanas é feito o 2º tempo: o pedículo é ressecado, sendo o restante levado para o seu leito de origem. Em seguida é realizado o desengorduramento da área e refeitas as extremidades das pálpebras^{5,6}.

O retalho frontal é seguro, com pouca morbidade na área doadora e é uma importante opção para as reconstruções palpebrais. A necessidade de um ato cirúrgico posterior para a ressecção do pedículo e do excesso de volume de tecido adiposo do retalho é uma das principais desvantagens deste procedimento. O paciente apresentou evolução pós-operatória adequada e sem complicações^{7,8}.

Quando o defeito é superior a 50% da pálpebra inferior e esse mesmo defeito tem uma forma circular deve-se pensar na realização do retalho de deslizamento de Imre. A incisão é paralela à margem palpebral inferior com extensão até ao canto interno e descendo ao sulco nasolabial. Este retalho deve ser bem descolado em toda a região geniana para evitar ectrópio⁹.

O uso do retalho de Imre proporcionou bom resultado estético e funcional, assemelhando-se aos outros retalhos comumente utilizados para reconstruções desse tipo, como o de Mustardé, Esser e o retalho glabellar para o canto medial. Como vantagem, acreditamos que esse método assegura um melhor posicionamento da cicatriz final nos sulcos naturais da face⁹.

O retalho glabellar simples ou bilobado caracteriza-se pela sua transposição de pele desde a região glabellar para o canto medial do olho. É importante que se incorpore no pedículo vascular deste retalho à artéria supratroclear. O resultado poderá não reproduzir a concavidade típica do canto medial do olho. É importante destacar que a presença de pelo na região glabellar representa uma desvantagem na utilização desse retalho, uma vez que pode proporcionar o crescimento de pelos numa zona de pele glabra, como é o canto interno do olho^{1,6}.

O retalho de Esser é utilizado para reparar grandes defeitos da pálpebra inferior. Sua incisão inicia-se no canto lateral, prolonga-se no sentido ascendente e desce na região pré-auricular (Figuras 8 e 9). Disseca-se todo o retalho na região geniana e pré-auricular, através de um plano imediatamente acima do sistema musculoponeurótico e, para finalizar, ele é rodado e avançado para cobrir o defeito^{1,5,7}.

CONCLUSÃO

A reconstrução palpebral exige não somente um conhecimento anatômico preciso, mas também das mais variadas técnicas cirúrgicas, para se obter um resultado funcional e esteticamente satisfatório e, desta forma, minimizando as complicações pós-operatórias.

COLABORAÇÕES

- DAD** Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Visualização
- SDB** Gerenciamento do Projeto, Validação

REFERÊNCIAS

1. Mélega JM. Cirurgia Plástica - os princípios e a atualidade I. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Baker SR. Retalhos locais em reconstrução facial. 2º ed. Rio de Janeiro: DiLivros; 2009.
3. Spinelli HM, Lewis AB, Elahi E. Atlas of aesthetic eyelid & periocular surgery. New York: W. B. Saunders; 2004.
4. Galimberti G, Ferrario D, Casabona GR, Molinari L. Utilidade dos retalhos de avanço e rotação para fechamento de defeitos cutâneos na região malar. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(1):769.
5. Sasson EM, Codner MA. Eyelid reconstruction. Operat Tech Plast Reconstr Surg. 1999;6(4):250-64.
7. Lima EA. Enxertia de tecido palpebral na reconstrução de tumores cutâneos. Surg Cosmet Dermatol. 2010;2(4):333-5.
6. Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg, 1993;91(6):1017-24;discussion: 1025-6.
8. Kakizaki H, Madge SN, Mannor G, Selva D, Malhotra R. Oculoplastic surgery for lower eyelid reconstruction after periocular cutaneous carcinoma. Int Ophthalmol Clin. 2009;49(4):143-55.
9. Metzger JT. Joseph Imre, Jr., and the Imre flap. Plast Reconstr Surg Transplant Bull. 1959 Mai;23(5):501-9.

***Autor correspondente:**

Délcio Aparecido Durso

Rua Antônio Parreiras 126, Apart. 803, Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

CEP: 22411-020

E-mail: delciodurso@gmail.com