

**RICARDO FABRÍCIO MANIGLIA**

**Uso do retalho tarso conjuntival  
para reconstrução da lamela interna  
da pálpebra inferior**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do título de mestre em Medicina

Orientador:

Prof. Dr. José Eduardo Lutaif Dolci

**São Paulo**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

**Preparada pela Biblioteca Central da  
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Maniglia, Ricardo Fabricio

Uso do retalho tarsoconjuntival para reconstrução da lamela interna da pálpebra inferior./ Ricardo Fabricio Maniglia. São Paulo, 2008.

Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de pós-graduação em Medicina.

Área de Concentração: Otorrinolaringologia

Orientador: José Eduardo Lutaif Dolci

1. Pálpebras/cirurgia 2. Retalhos cirúrgicos/utilização 3.  
Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos 4. Conjuntiva

BC-FCMSCSP/33-08

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais João e Maria Helena pelo amor incondicional.  
A minha esposa, Giovana, pelo amor, carinho e compreensão.

Aos meus irmãos, Sérgio e Fábio, pela alegria  
de tê-los ao meu lado na família e na profissão.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor João Jairney Maniglia, Professor Adjunto da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Paraná, por ser a minha inspiração para carreira médica e acadêmica; por estar ao meu lado em todos os momentos; por ter me ensinado que a ética, o aperfeiçoamento, a técnica, o estudo e a disciplina devem ser constantes; enfim, pela formação que me dá suporte e me guia pela vida como médico e como homem.

Ao Professor Doutor José Eduardo Lutaif Dolci, Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pela amizade, por dividir seu tempo em minha orientação, fazendo isso com verdadeiro envolvimento e entusiasmo.

Ao Professor Doutor Carlos Augusto H. Campos, Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, por ter favorecido esta rica experiência acadêmica e acompanhado este trabalho com amizade e cumplicidade.

Ao Professor Doutor Marcos Mocellin, Chefe e Professor Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Paraná, pela amizade e generosidade em compartilhar seus conhecimentos, além do apóio acadêmico irrestrito junto à Universidade Federal do Paraná.

Ao Professor Doutor Henrique Olival, Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, por compartilhar seus conhecimentos em prol do desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, a todos os seus Funcionários e Professores, por ter me acolhido e me concedido a grande oportunidade de desenvolver este trabalho científico para o avanço dos estudos acadêmicos da matéria objeto desta tese, estreitando minha relação com esta célebre instituição.

Ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia (Serviço de Oculoplástica), aos seus Funcionários, Professores, Colegas Médicos e Pacientes, pela oportunidade de realizar este trabalho na busca do desenvolvimento científico sempre visando à melhoria das condições de saúde da população.

Ao Hospital IPO (Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia) por, diariamente, permitir o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de meu ofício entre amigos que me dão suporte e me servem de estímulo para seguir em frente.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 - REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
<b>3 – OBJETIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>4 – MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>13</b>
4.1 – MATERIAL .....	13
4.2 - MÉTODOS .....	15
4.2.1 - Descrição de Técnicas .....	15
4.2.2- Reconstrução de Lamela Interna em Lesões até 50%.....	17
4.2.3 - Reconstrução de Lamela Externa em Lesões de 25% até 50% .....	19
4.2.3.1 – Temporal .....	19
4.2.3.2 – Central.....	22
4.2.3.3 – Nasal .....	24
4.2.4 - Reconstrução de 50% a 100% da Lamela Interna .....	27
4.2.5 - Reconstrução de 50% a 100% de Lamela Externa .....	28
<b>5 – RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>6 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>7 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>8 - Referências Bibliográficas .....</b>	<b>50</b>
RESUMO.....	52
ABSTRACT .....	53
ANEXOS .....	65

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Figura esquemática da anatomia de pálpebra inferior. ....	2
FIGURA 2 - Foto de tumor de pálpebra inferior com marcação da margem com violeta de genciana.....	16
FIGURA 3 - Foto da pálpebra inferior após remoção do tumor.....	17
FIGURA 4 - Foto da marcação do retalho tarsoconjuntival na pálpebra inferior.....	18
FIGURA 5 - Foto do retalho tarsoconjuntival descolado. ....	18
FIGURA 6 - Foto do retalho tarsoconjuntival suturado à lesão.....	19
FIGURA 7 - Figura mostrando a confecção do retalho de Tenzel.....	20
FIGURA 8 - Figura mostrando a sutura do retalho de Tenzel. ....	21
FIGURA 9 - Foto do retalho de Tenzel sendo confeccionado.....	21
FIGURA 10 - Foto do retalho de Tenzel suturado à lesão. ....	22
FIGURA 11 - Figura mostrando o retalho de Bernard.....	23
FIGURA 12 - Foto das incisões do retalho de Bernard.....	23
FIGURA 13 - Foto do retalho de Bernard suturado.....	24
FIGURA 14 - Figura mostrando o desenho do retalho nasogeniano. ....	25
FIGURA 15 - Foto mostrando o retalho nasogeniano.....	25
FIGURA 16 - Foto mostrando o retalho nasogeniano.....	26
FIGURA 17 - Foto mostrando o retalho nasogeniano.....	26
FIGURA 18 - Foto do retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior.....	27
FIGURA 19 - Foto do retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior suturado à lesão. ....	28
FIGURA 20 - Foto do molde de papel posicionado na região retroauricular.....	28
FIGURA 21 - Foto da incisão do enxerto retroauricular. ....	29
FIGURA 22 - Foto do enxerto retroauricular posicionado. ....	29
FIGURA 23 - Foto do enxerto retroauricular suturado, perfurado e com pontos cardinais posicionados. ....	30
FIGURA 24 - Foto do curativo de algodão suturado com os pontos cardinais. ....	30

FIGURA 25 - Foto mostrando onde e feito a separação do retalho trasoconjuntival. ....	31
FIGURA 26 - Figura mostrando onde é feita a separação do retalho tarsoconjuntival. ....	31
FIGURA 27 - Foto mostrando a separação do retalho tarsoconjuntival. ....	32
FIGURA 28 - Foto da abertura feita na fenda palpebral com sutura contínua na borda do retalho. ....	32
FIGURA 29 - Foto de pós operatório de 12 meses. ....	33
FIGURA 30 - Foto de lesão temporal de pálpebra inferior. ....	41
FIGURA 31 - Foto de lesão central de pálpebra inferior. ....	42
FIGURA 32 - Foto de lesão nasal de pálpebra inferior. ....	42
FIGURA 33 - Figura mostrando o retalho de Mustardé. ....	43
FIGURA 34 - Foto do uso do enxerto condromucoso para reconstrução da lamela interna da pálpebra inferior. ....	44
FIGURA 35 - Foto da área doadora do enxerto de mucoperiósteo de palato duro . ....	44

#### LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantidade de pacientes por idade. ....	34
Gráfico 2 – Quantidade de pacientes por sexo . ....	34
Gráfico 3 – Quantidade de pacientes por tipo de tumor. ....	35
Gráfico 4 – Quantidade de pacientes por lado do tumor. ....	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo sexo, idade, tipo de tumor e lado da ressecção.....	14
Tabela 2 - Distribuição dos casos segundo região operada, porcentagem da ressecção, técnica cirúrgica e resultados pós-operatórios. ....	36
Tabela 3 - Resultados pós-operatórios quanto à simetria contralateral, fechamento palpebral, aposição palpebral e regularidade da margem, no seguimento de 6 meses.....	37
Tabela 4 - Resultados pós-operatórios quanto à simetria contralateral, fechamento palpebral, aposição palpebral e regularidade da margem, no seguimento de 12 meses. ....	38

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Análise estatística pelo teste de Wilcoxon, pareado para os parâmetros: margem palpebral ao nível do limbo inferior, simetria contralateral, fechamento palpebral, aposição palpebral e margem palpebral regular, comparando o seguimento de 6 meses e 12 meses.....	39
---	----

## 1 - INTRODUÇÃO

A pálpebra inferior está localizada na região orbitária, fazendo parte da unidade estética orbitária (Figura 1).

Segundo Maniglia et al (1999) e Bret et al (2002), em suas revisões de anatomia, verificaram que ela mede horizontalmente de 30 a 32 mm e fica suspensa entre tendões cantais lateral e medial, em justaposição ao globo ocular, com a função de proteção, na altura do limbo inferior da córnea.

Existem três lamelas na pálpebra inferior:

A lamela externa é composta por pele fina, sem tecido subcutâneo firmemente aderido ao músculo orbicular da pálpebra inferior.

Este músculo orbicular apresenta três porções: pré-tarsal, pré-septal e orbitária, com a função de fechamento palpebral e proteção ocular.

Este músculo forma lateral e medialmente o retinaculum cujas fibras se unem para formar os tendões cantais lateral e medial.

O tendão cantal medial se insere no rebordo orbitário, e o lateral no tubérculo de Withnall, 2 a 3 mm mais alto que o medial.

A lamela interna está composta por tarso (que é uma placa fibrosa) e conjuntiva firmemente aderida a ele (conjuntiva palpebral) que é contínua com as conjuntivas do fórnix e Bulbar.

A lamela intermédia é formada pelo septo orbitário que se insere na porção inferior da placa tarsal. Lateralmente, é reforçada pelo ligamento de Lockwood que separa a bolsa de gordura temporal da medial.

Ligada à porção inferior da placa tarsal está a aponeurose palpebral dos retratores da pálpebra inferior, em conexão com a fáscia cápsulo-palpebral dos

músculos reto inferior e oblíquo inferior, que separa a bolsa de gordura medial da nasal.

Essas três lamelas estão unidas à placa tarsal, formando a margem palpebral.

A linha mais interna é a transição cutânea-mucosa com a conjuntiva tarsal.

A linha externa é formada pelos cílios de pálpebra inferior.

Entre as duas linhas localiza-se a linha cinzenta que corresponde aos orifícios de drenagem das glândulas tarsais.

A circulação da pálpebra inferior se faz por arcadas arteriais, sendo a mais importante a artéria marginal. As veias drenam para a veia angular no ângulo nasofacial.

A drenagem linfática se faz de nasal para temporal, em direção a gânglios pré-auriculares, parotídeos e submandibulares.

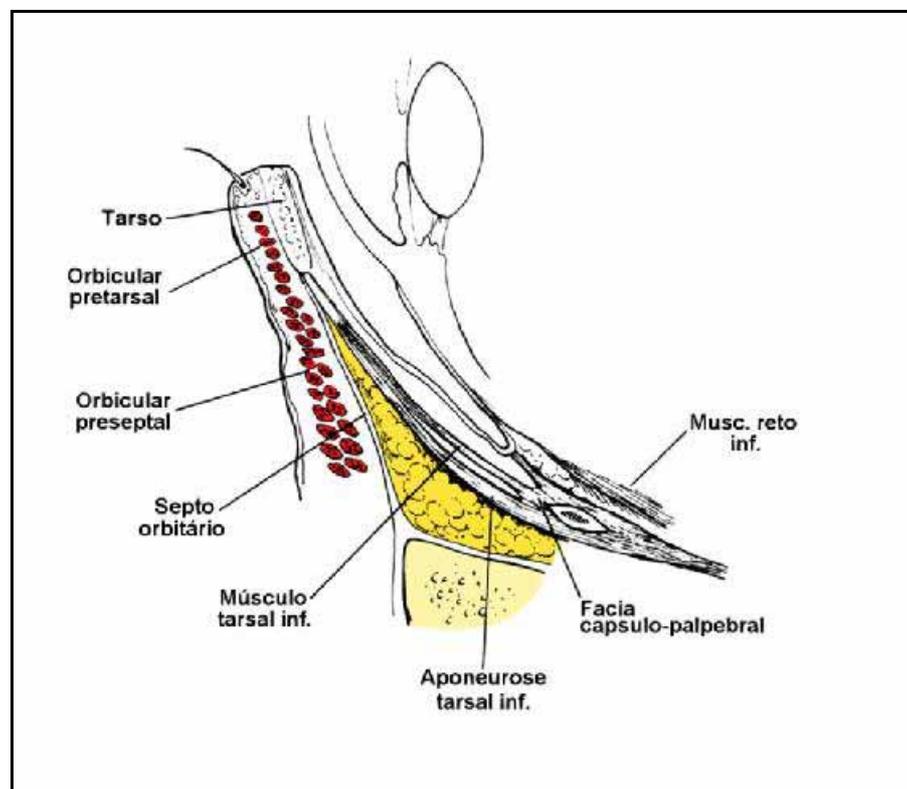


Figura 1 – Figura esquemática da anatomia de pálpebra inferior

A reconstrução palpebral após lesão por trauma ou remoção de tumores de pele é importante para proteção da córnea e da visão, bem como na manutenção estética da região orbitária e palpebral (Maniglia et al, 1999).

Os princípios de reconstrução foram desenvolvidos durante a 1ª Guerra Mundial, por cirurgiões como Sir H. D. Gillies, em reconstrução orbitária após trauma. Ele confeccionava três lamelas palpebrais com enxertos de pele e cartilagem costal, tendo pouca experiência na reconstrução palpebral na presença do globo ocular (Gillies, 1920).

Na 2ª Guerra Mundial surgiram cirurgiões como J. C. Mustardé e outros que reconstruíram a pálpebra inferior com duas lamelas. A lamela interna, constituída de enxerto condromucoso de septo nasal, e a externa por rotação de retalho facial (Mustardé, 1980).

O elemento de grande importância na reconstrução, em termos de preservação funcional, é a lamela interna. Alguns cirurgiões a reconstituíam, como Tessier et al (1976), Tenzel e Smith (1987) e Mustardé (1980) e outros, utilizando enxerto condro-mucoso de septo nasal.

Outros cirurgiões usaram retalhos tarso conjuntivais que foram inicialmente desenvolvidos por Kollner em 1911 (appud Mustardé, 1980) e extensivamente divulgado nos Estados Unidos por Hughes (1937).

A lamela externa é habitualmente reconstruída por retalho ou enxerto de pele.

Mustardé (1980) determinou que a reconstrução palpebral deve ser planejada de acordo com a porcentagem de ressecção palpebral. Lesões com ressecções de até 25% são tratadas por sutura primária. Aconselha-se cantotomia e cantolise que permite fechamento palpebral primário, em pessoas de idade

avançada, de lesões de 30% e 40%. Lesões acima de 30-40% são tratadas por enxerto condromucoso de septo nasal para a lamela interna e retalho de pele facial para a externa.

Outra alternativa descrita por Leone, para reconstrução de lesões de até 50%, é a utilização de retalho tarso conjuntival da mesma pálpebra (Tenzel, Smith, 1987) para lamela interna e retalho ou enxerto de pele, de acordo com o tamanho e região da ressecção, na confecção da lamela externa.

Em casos de lesões que exijam ressecção de 100%, utiliza-se retalho tarso conjuntival da pálpebra superior para lamela interna da pálpebra inferior, e retalho ou enxerto de pele como lamela externa (Hughes, 1937).

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.

Este trabalho avalia o compartilhamento palpebral na reconstrução de lamela interna da pálpebra inferior.

## 2 - REVISÃO DE LITERATURA

Gillies (1920) mostrou casos de reconstrução de região orbitária em pacientes enucleados. Em lesões de pálpebra inferior, o autor usou enxerto de cartilagem costal para lamela média e retalho de rotação de pele facial para lamela externa.

Hughes (1937) reportou um caso de reconstrução total de pálpebra inferior em paciente de 64 anos, masculino, por defeito causado por ressecção de epiteloma. Utilizou retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior, dissecado transversalmente, separando a pálpebra em duas camadas a partir da linha cinzenta da margem até o fornix usando toda a extensão do tarso. Este foi suturado ao fornix inferior com seda 3-0. A lamela externa foi feita com retalho de pele regional. Foi realizado transplante de cílios para melhorar a estética. Curativos compressivos por 6 semanas. O retalho foi dividido em 12 semanas. O autor relatou que este procedimento foi usado em 12 pacientes com bons resultados.

Pollock et al (1972) descreveu um caso onde foi usado retalho tarso conjuntival para reconstrução da lamela interna, transferindo da porção alta do tarso e não da porção baixa como descrito por Hughes. Com isto minimizou as complicações retracionais da pálpebra superior que a técnica de Hughes apresentava. Relatou que a maior crítica que Mustardé fazia a Hughes era deste usar uma pálpebra boa (superior) para reconstruir uma ruim (inferior), com grande risco de danificar a superior.

Tessier et al (1976) são moderadores nos capítulos de reconstrução palpebral no “Symposium on plastic surgery in the orbital region”, onde defendem o

uso de enxerto mucoso ou condromucoso de lateral superior do nariz, com cobertura de retalho de pele local ou uso de retalho de Mustardé (cheek flap).

Leone (1977) usou em dois pacientes, para reconstrução de lesão temporal de pálpebra inferior, um retalho pediculado de tarso da pálpebra superior em forma de "T", coberto por retalho têmporo-zigomático de pele. Relata o problema estrutural que a reconstrução com enxerto condromucoso tem nessa região.

Meltzer (1979) apontou que lesões até 30% podem ser fechadas primariamente, com ou sem ajuda de cantotomia e cantolise. Para lesões maiores que 30% existem técnicas que permitem que as pálpebras fiquem abertas, na reconstrução de defeito temporal em uma única etapa. Para isso, pode se utilizar o retalho de Tenzel se a margem lateral estiver intacta ou, quando esta estiver comprometida, deve ser utilizado o retalho transposicional de pele e músculo, da pálpebra superior, pediculado lateralmente e aderido ao tarso e à conjuntiva. Outra possibilidade para reconstruções maiores de 30% é a reconstrução envolvendo fechamento palpebral, feita em duas etapas, utilizando-se o retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior com o conseqüente fechamento da fenda palpebral descrito por Meltzer (1979) e popularizado por Hughes (1937).

Mustardé (1980) determinou que, em lesões abaixo de 25%, utiliza-se sutura primária em três camadas (tarsoconjuntiva, músculo orbicular, pele). Em lesões de 25% a 50%, utiliza-se enxerto condromucoso de septo nasal e retalho de Mustardé. Em lesões com mais de 50% são utilizados o enxerto condromucoso de septo, mucosa bucal (para reconstrução do fornix) para lamela interna, cartilagem costal, para a lamela intermediária e retalho de pele de Mustardé para lamela externa. Descreveu ainda outras técnicas, como o retalho naso labial e retalho frontal como lamela externa e a técnica de compartilhamento palpebral (como o retalho

tarsconjuntival de Kollner (1911), para reconstrução parcial ou total de pálpebra inferior. A pálpebra superior foi usada para reconstrução da pálpebra inferior.

Jackson (1985) mostrou os retalhos de avançamento de Camille Bernard de 1853, semicircular de Tenzel de 1978 e nasogeniano. Demonstrou através de desenhos e de fotos as suas confecções. Todos estes foram usados na confecção da lamela externa da pálpebra inferior.

Tenzel (1987) descreveu o reparo primário auxiliado por cantolise lateral. A lamela externa pode ser reparada com o retalho semicircular de Tenzel ou pelo retalho de Mustardé. Técnicas de compartilhamento palpebral como, por exemplo, o retalho tarso conjuntival da pálpebra para reconstrução da inferior, foram descritos primariamente por Kollner em 1911 (parcial) e desenvolvidos por Hughes (total) em 1937. Técnicas de compartilhamento de retalho tarsconjuntival da mesma pálpebra foram descritos por Leone em 1983.

Bartley e Kay (1989) realizaram reconstrução de lamela posterior de pálpebra inferior em quatro pacientes, que possuíam entrópio cicatricial, utilizando enxerto de mucosa de palato duro. Mencionam só uma complicação, que foi a queratinização do enxerto em um paciente portador da Síndrome de Stevens Johnson.

Texier et al (1995) revelaram que em sua experiência de 15 anos em reconstrução de defeitos de pálpebra inferior, não passíveis de suturas primárias são reconstruídas com enxertos condromucosos da superfície interna da asa nasal como a lamela interna, e retalho músculo cutâneo de pálpebra superior para lamela externa.

Guzel et al (1995) realizaram reconstrução com enxerto condromucoso de septo para lamela interna e retalho de pele facial para lamela externa, em 18

pacientes com lesões de pálpebra inferior por tumores. Utilizaram curativo compressivo com fios de reparo (“tied-over dressing”). Seguimento de um ano com bons resultados estético-funcionais.

Porfiris et al (1997) relataram cinco casos de pacientes de reconstrução de pálpebra inferior por retalho mucocondriocutâneo em ilha, baseado na parede nasal ipsilateral, para defeitos totais de pálpebra inferior, sem complicações. Em seguimento de dois anos. Os autores ressaltaram o benefício de ter só uma área doadora.

Porfiris et al (1998) utilizaram em 23 pacientes o retalho miocutâneo em ilha do músculo orbicular, para cobrir defeitos da lamela externa da pálpebra inferior de até 2/3 da extensão ou em lesões totais, onde o defeito da lamela interna seja de até 1/3 de extensão.

Porfiris et al (1999) descreveram um método de reconstrução de pálpebra inferior, usando um retalho de músculo orbicular da pálpebra superior, com ilha de tarsoconjuntiva para lesões de 30% a 50%. É utilizado quando há perda de todas as lamelas ou perda total da lamela externa com perda parcial da lamela interna. Este método foi usado em cinco pacientes.

Rohrich et al (1999) além de fazerem um resumo sobre o texto original de Hughes de 1937, teceram conclusões sobre o retalho tarsoconjuntival para reconstrução de pálpebra inferior. Por doação da pálpebra superior, apoiados em suas experiências e de alguns outros autores. As conclusões foram: o retalho tarsoconjuntival deve ser levantado no máximo 3-4 mm da margem palpebral, assegurando o suporte estrutural da pálpebra doadora. O melhor plano de dissecação para o retalho é entre o músculo de Mueller e a aponeurose do elevador superior à borda tarsal. A lamela externa é reconstruída por enxerto de pele retroauricular,

pálpebra superior contralateral ou supraclavicular. O retalho é dividido entre 3 e 6 semanas, cicatrizando sua base por segunda intenção. Mostram, também, as relações em termos de vascularização, onde as possibilidades entre lamela externa e interna são, retalho com retalho, enxerto com retalho e para não escolher enxerto com enxerto.

Friedhofer et al (1999) realizaram, em 19 pacientes, 20 reconstruções (17 em pálpebra inferior), utilizando como lamela interna a escafa auricular e retalho cutâneo local (Tessier, Mustardé), e retalho miocutâneo da pálpebra superior ou enxerto para lamela externa, sendo 10 lesões por tumores cutâneos, 7 pós-traumáticos e 3 retrações inferiores de pálpebra. A escafa auricular possui boa espessura e curvatura, melhor que septo nasal, segundo o autor, que obteve 70% de bons resultados com seguimento de 8 a 48 meses.

Maniglia et al (1999) descreveram que defeitos de pálpebra inferior até 25% podem ser fechados diretamente. Em lesões de 30 a 40%, com boa elasticidade, pode se usar fechamento direto com cantolise. Em lesões de 30 a 50 %, sem elasticidade, usaram o enxerto condro-mucoso septal e retalho de Tenzel ou nasogeniano. Em lesões maiores de 50%, o enxerto condro-mucoso-septal ou mucoperiósteeo de palato para lamela interna e retalho de Tenzel ou nasogeniano, ou enxerto de pele retroauricular, para lamela externa.

Maloof et al (2001) relataram oito pacientes com ressecção total de pálpebra inferior que foram submetidos à reconstrução. Foi utilizado retalho tarsoconjuntival de Hughes para lamela interna e enxerto de pele para lamela externa. A divisão do retalho foi realizada em oito semanas. Não houve complicações. Foi obtido bom resultado estético-funcional em todos os casos. Seguimento dos pacientes deve ser feito no mínimo por 12 meses.

Yelin et al (2001), demonstraram em sua revisão fatores importantes como: reconstrução das estruturas próximas; extensão e tamanho do defeito; presença de flacidez; envolvimento do canto medial e lateral e status do sistema lacrimal. Sua opção para defeitos menores é a sutura primária, com ou sem cantotomia e cantolise. Para defeitos maiores, de 30% a 50%, utilizaram o retalho tarso-conjuntival da mesma pálpebra para lamela interna, e retalho de Tenzel ou enxerto de pele como lamela externa. Para defeitos maiores que 50%, utilizaram retalho tarsoconjuntival de Hughes de pálpebra superior para pálpebra inferior, com retalho regional ou enxerto de pele. Este retalho não deve ser usado em crianças menores de sete anos, pelo risco da ambliopia por oclusão.

Calhoun e Underbrink (2002) apresentaram a experiência de seu serviço em reconstrução de pálpebra inferior, descrevendo o protocolo de tratamento destas lesões, utilizando sutura primária para lesões menores, com ou sem cantotomia e cantolise. Utilização do retalho de Tenzel e retalho tarsoconjuntival para defeitos maiores que 50%. Quando há necessidade de reconstrução mais extensa da lamela externa foi utilizado o retalho de Mustardé.

Allali et al (2005) relataram que na França o carcinoma basocelular é o tumor maligno mais freqüente, sendo 20% de todos os tumores malignos e benignos de pálpebra (55% na pálpebra inferior), constituindo 90% dos tumores malignos de pálpebra. A maior incidência (51,9%) está em pacientes na faixa etária de 60 e 79 anos. A remoção do tumor é o melhor tratamento, citando a técnica de ressecção e controle de margens de Mohs para este fim. E os retalhos de Tessier, Tenzel e Mustardé são usados para reconstrução. O retalho tarso-conjuntival Kollner-Hughes pode ser usado em alguns casos para lamela interna.

Liebau et al (2005) relataram em 72 pacientes a tranposição de enxerto composto tarso-marginal de uma pálpebra inferior para outra, para defeitos maiores que 30% . O estudo foi feito com bons resultados entre 1997 e 2003.

Gonzales et al (2005) apresentaram um *software*, que através de fotos mede distâncias, tais como: abertura palpebral; distância entre pálpebra inferior e limbo e, proptose ocular. Foi experimentado em 51 pacientes, podendo ser utilizado para medir parâmetros em reconstrução palpebral.

Rafii et al (2006) revisaram os métodos de reconstrução palpebral, mostrando que na pálpebra inferior o cirurgião pode usar sutura primária quando possível, com ou sem cantotomia e cantolise. Em defeitos maiores, pode ser usado o retalho tarsoconjuntival, a cartilagem septal, a mucosa palatal e o enxerto tarsal para lamela interna. Para a lamela externa, o enxerto ou o retalho de pele são as melhores opções.

Desousa et al (2007) utilizaram em 12 pacientes que tinham defeitos de pálpebra inferior, que variavam de 25 a 40 mm horizontal e 20 a 35 mm verticalmente, com defeito de tarso de 2 a 3 mm, usaram retalho tarsoconjuntival da mesma pálpebra, para correção do defeito. Todos os pacientes obtiveram bons resultados, exceto dois, que tiveram retração palpebral que não necessitou revisão e um paciente com entrópio após 9 meses de cirurgia.

### **3 - OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é a avaliação do compartilhamento de retalho tarso conjuntival na reconstrução da lamela interna da pálpebra inferior, (associado a retalhos ou enxertos de pele para lamela externa), em lesões causadas por ablação de tumores.

## **4 – MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 - MATERIAL**

Foram avaliados, em estudo retrospectivo, 32 prontuários de pacientes do Serviço de Oculoplástica do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas da UFPR, que foram submetidos à reconstrução de pálpebra inferior após exereses de tumores palpebrais com envolvimento de margem (Tabela 1).

Os critérios de inclusão foram: pacientes submetidos à reconstrução palpebral inferior por retalho tarso conjuntival como lamela interna, avaliação de prontuários com dados acessíveis e acompanhamento da evolução com o mínimo de 12 meses.

Os critérios de exclusão foram: pacientes submetidos a radioterapia após a cirurgia, pacientes com recidivas dos tumores, pacientes com comorbidades dermatológicas regionais, tumores palpebrais com invasão de globo ocular ou órbita cujo controle de margem necessitou enucleação ou exenteração e defeitos de pálpebra inferior até 25 %.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo sexo, idade, tipo de tumor e lado da ressecção.

Paciente	Idade	Sexo	Tipo do Tumor	Lado
1	50	Feminino	CBC	Direito
2	91	Feminino	CBC	Esquerdo
3	82	Masculino	CBC	Direito
4	70	Feminino	CBC	Direito
5	57	Feminino	CBC	Direito
6	42	Feminino	CBC	Direito
7	74	Masculino	CBC	Esquerdo
8	45	Feminino	CBC	Esquerdo
9	49	Feminino	CBC	Direito
10	65	Feminino	CEC	Direito
11	76	Masculino	CBC	Esquerdo
12	69	Feminino	CBC	Direito
13	74	Feminino	CBC	Direito
14	68	Feminino	CBC	Esquerdo
15	67	Masculino	CBC	Esquerdo
16	56	Feminino	CBC	Direito
17	64	Feminino	CBC	Direito
18	49	Feminino	CEC	Esquerdo
19	52	Feminino	CBC	Direito
20	63	Feminino	CBC	Esquerdo
21	72	Masculino	CBC	Direito
22	64	Feminino	CBC	Esquerdo
23	55	Masculino	CBC	Esquerdo
24	50	Feminino	CBC	Direito
25	78	Masculino	CBC	Direito
26	43	Masculino	CBC	Direito
27	48	Masculino	CBC	Direito
28	54	Feminino	CBC	Esquerdo
29	57	Feminino	CBC	Direito
30	58	Masculino	CEC	Esquerdo
31	64	Masculino	CBC	Direito
32	55	Masculino	CBC	Direito

*CBC – Carcinoma baso celular e CEC – Carcinoma espino celular*

## **4.2 - MÉTODOS**

Os pacientes submetidos à remoção palpebral entre 25% e 50% em região temporal de pálpebra inferior foram reconstruídos com retalhos tarso conjuntival da mesma pálpebra para a lamela interna (Desousa, 2007) e retalho semicircular de pele de Tenzel (Tenzel, Smith, 1987) para a lamela externa, em região temporal.

Pacientes com ressecções entre 25% e 50% em região central da pálpebra inferior, a lamela interna foi reconstituída por retalho tarso conjuntival da mesma pálpebra (Desousa, 2007), e a lamela externa recomposta por retalho de avançamento de pele de Bernard (Jackson, 1985).

As lesões de região nasal de 25% a 50%, também foi confeccionado o retalho tarso conjuntival como lamela interna (Desousa, 2007), e a lamela externa por retalho nasogeniano de pele (Jackson, 1985), ou enxerto de pele retroauricular..

Nos pacientes com lesões que necessitaram ressecção de 50% a 100%, foi usado o retalho tarso conjuntival da pálpebra superior para a lamela interna (Rohrich e Zbar, 1999) e enxerto de pele retroauricular para a lamela externa (Maniglia et al, 1999). Nesta situação, foi feito um segundo estadio para seccionar o retalho tarsoconjuntival, para abrir a fenda palpebral.

### **4.2.1 - Descrição de Técnicas**

Todas as cirurgias foram executadas de forma ambulatorial com sedação, anestesia local (Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000), e anestesia tópica da

córnea com tetracaína 1%. Os pacientes ficam em decúbito dorsal, com elevação de 30 graus da cabeça. A córnea é protegida com pomada oftálmica e lente escleral.

O tumor é delineado com violeta de genciana. Faz-se a marcação das margens de ressecção (3 a 4 mm para tumores basocelulares) (Allali, 2005). Após a remoção do tumor, são retiradas margens extras (temporal, nasal, inferior e conjuntival) para controle oncológico por biópsia de congelação. Somente quando as margens estão livres é que determinamos a porcentagem de reconstrução (Figs. 2 e 3).

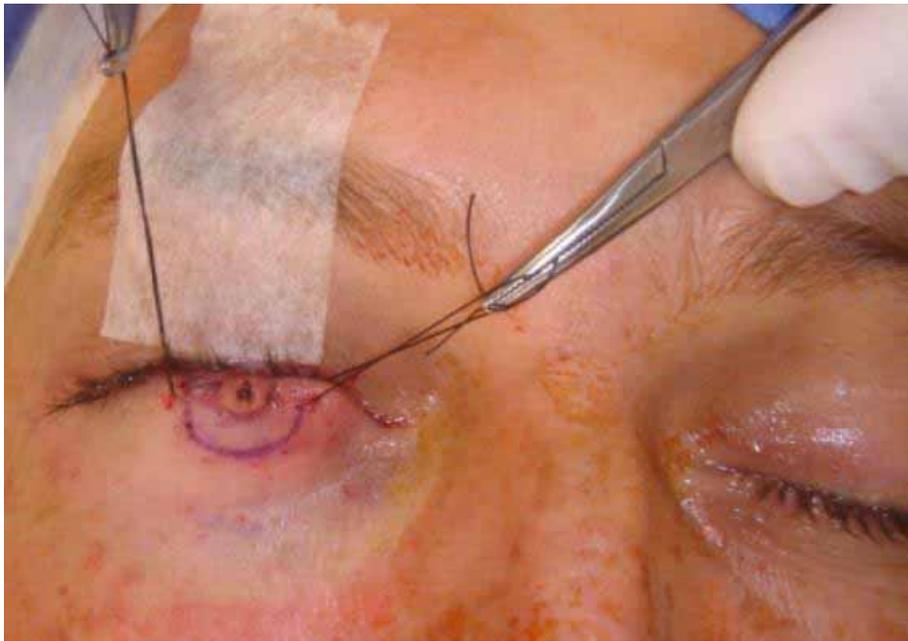


FIGURA 2 - Foto de tumor de pálpebra inferior com marcação da margem com violeta de genciana.



FIGURA 3 - Foto da pálpebra inferior após remoção do tumor.

#### **4.2.2 - Reconstrução de Lamela Interna em Lesões até 50%**

Coloca-se uma sutura de reparo de seda 4.0, na pálpebra inferior remanescente. Com auxílio de cotonete é feita sua eversão e marcada uma linha horizontal a 1 mm da margem inferior do tarso, com violeta de genciana. O comprimento do retalho é igual ao comprimento do defeito. É feita uma incisão vertical deste ponto até o fornix conjuntival inferior. (Fig. 4)

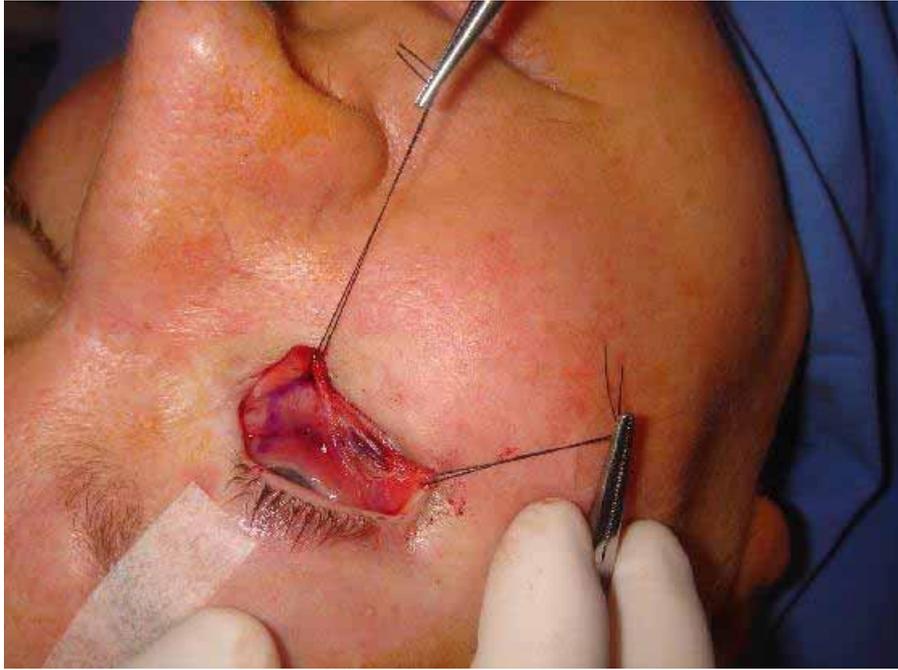


FIGURA 4 - Foto da marcação do retalho tarsoconjuntival na pálpebra inferior.

Este retalho tarsoconjuntival é baseado no fornix e descolado da pálpebra e rodado para o defeito. (Fig. 5)

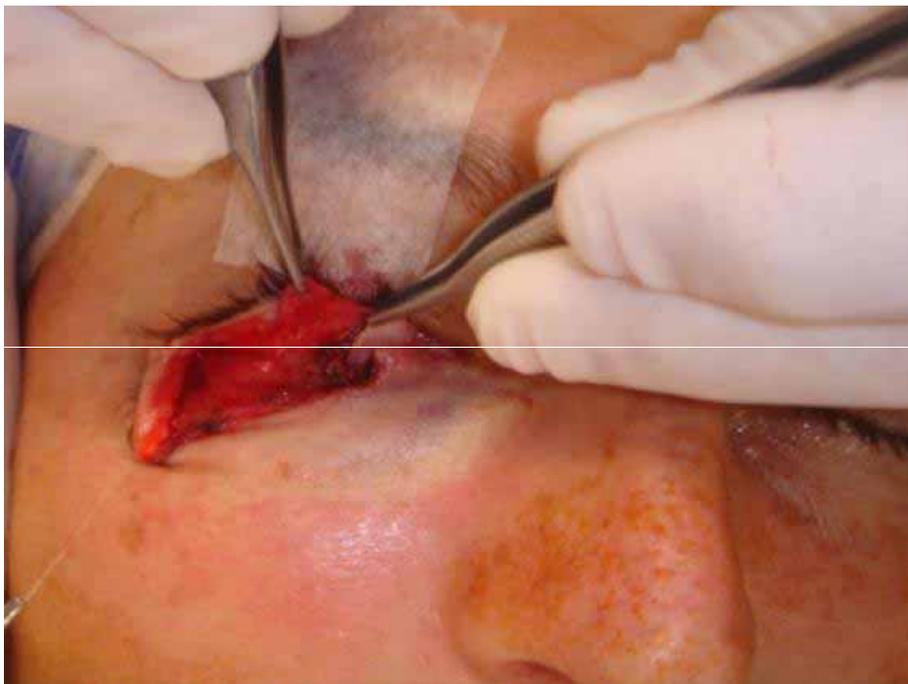


FIGURA 5 - Foto do retalho tarsoconjuntival descolado.

Após hemostasia ele é suturado nas margens conjuntivais do defeito com vicryl 6.0., em toda sua extensão, com nós voltados para fora, para não produzir lesão de córnea. (Fig. 6)



FIGURA 6 - Foto do retalho tarsoconjuntival suturado à lesão.

#### **4.2.3 - Reconstrução de Lamela Externa em Lesões de 25% até 50%**

##### **4.2.3.1 - Temporal**

A lamela externa de lesões temporais pode ser reconstruída com o retalho de rotação semicircular de Tenzel (Tenzel, Smith ,1987).

A marcação do retalho é feita incluindo o corte lateral da ressecção à linha vertical, lateral ao canto externo, e outra linha paralela a esta, com a largura da dimensão vertical do defeito. As linhas são unidas em um ponto próximo ao

supercílio. Após descolamento do retalho, sua ponta é seccionada em 90 graus, para se ajustar ao corte medial da ressecção e ele é rodado e suturado com mononylon 6.0. em toda sua volta, e ao retalho tarso conjuntival, para minuciosamente, recompor a margem palpebral. A rotação e avançamento do retalho oblitera o defeito da área doadora que é suturada primariamente com mononylon 6.0. (Figuras 7, 8, 9 e 10

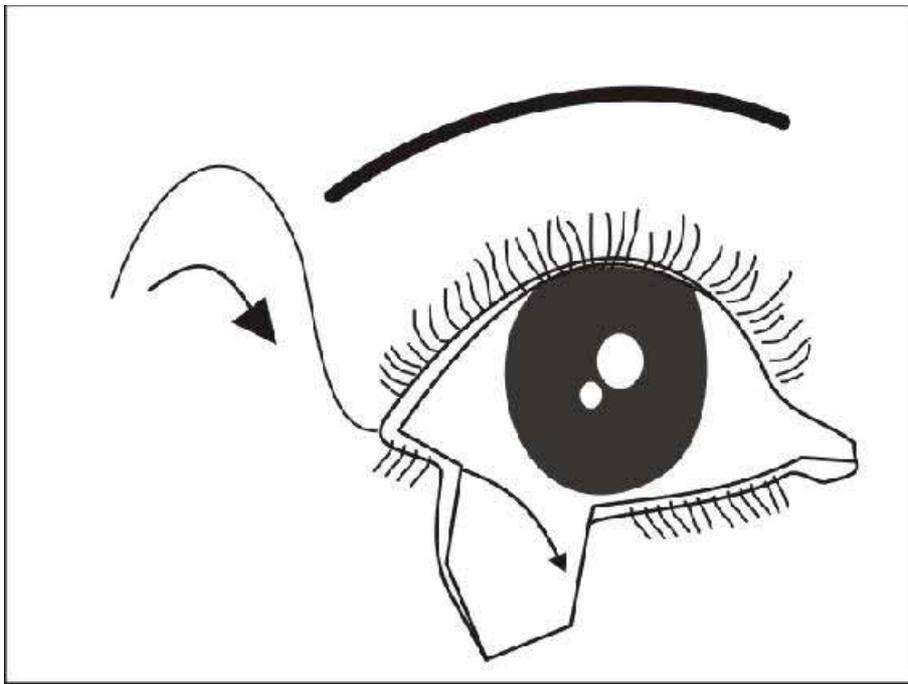


FIGURA 7 - Figura mostrando a confecção do retalho de Tenzel.

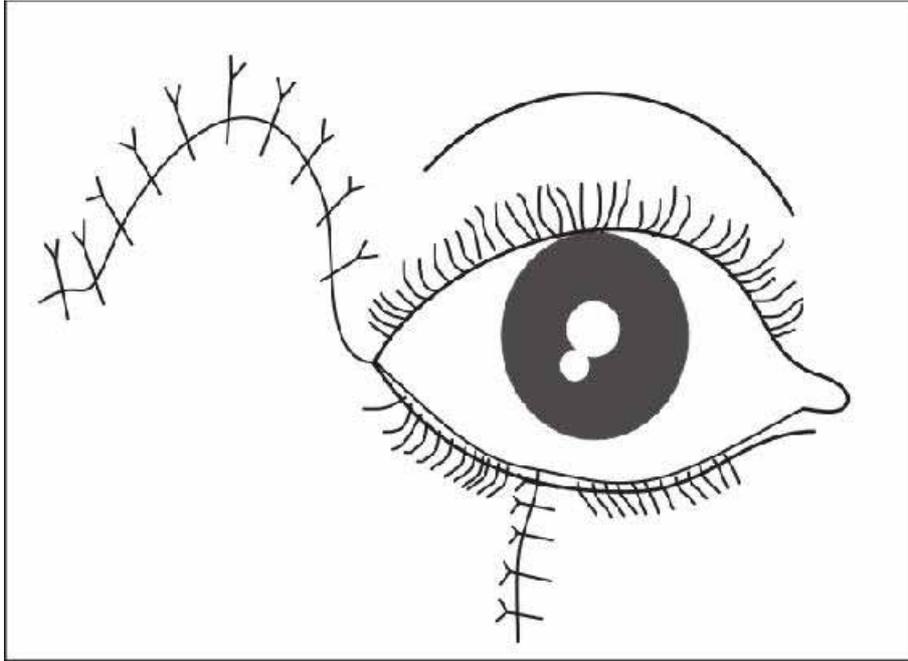


FIGURA 8 - Figura mostrando a sutura do retalho de Tenzel.

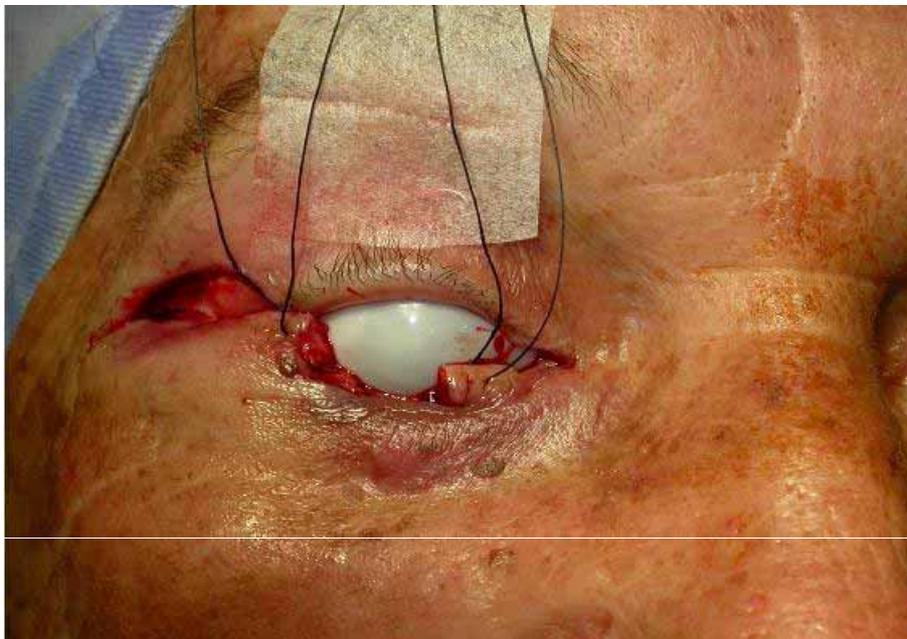


FIGURA 9 - Foto do retalho de Tenzel sendo confeccionado.



FIGURA 10 - Foto do retalho de Tenzel suturado à lesão.

#### 4.2.3.2 - Central

Defeito na região central da pálpebra tem a lamela externa reconstruída por um retalho de avançamento vertical desenvolvido por Camille Bernard (Jackson, 1985).

Foram feitas duas incisões paralelas, estendendo a extensão do defeito verticalmente. Externamente em sua base foram desenhados dois triângulos retângulos do tamanho da dimensão vertical do defeito. Estes triângulos de pele foram ressecados e o retalho foi dissecado e avançado superiormente até a margem da pálpebra. Este retalho foi suturado nas margens palpebrais e no retalho tarso conjuntival com mononylon 6.0. (Figuras 11, 12 e 13).

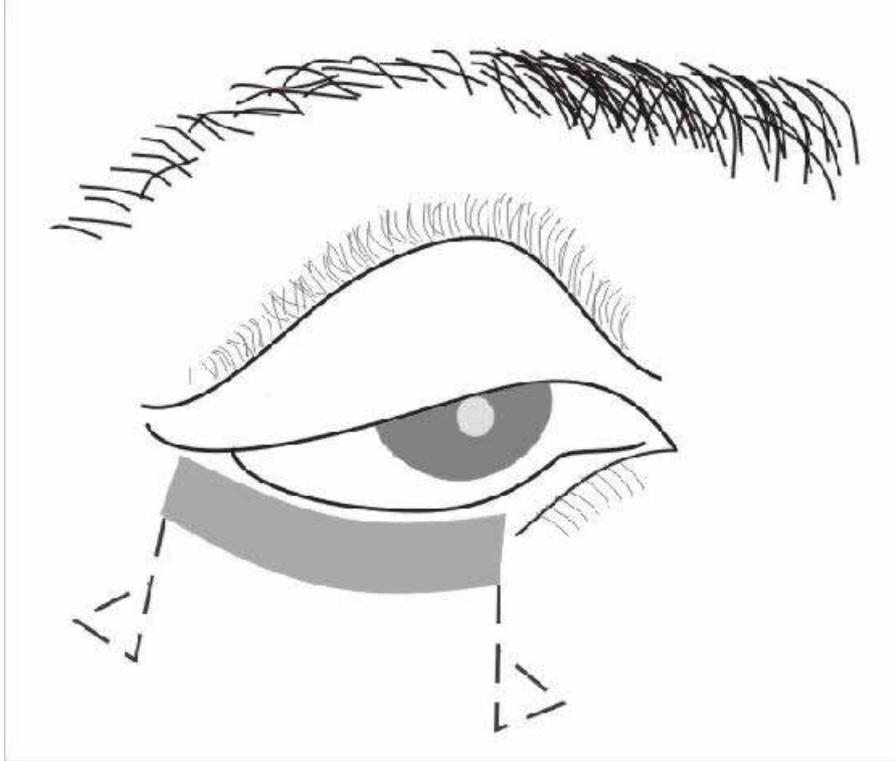


FIGURA 11 - Figura mostrando o retalho de Bernard.



FIGURA 12 - Foto das incisões do retalho de Bernard.



FIGURA 13 - Foto do retalho de Bernard suturado.

#### 4.2.3.3 - Nasal

A reconstrução da lamela externa em sua porção nasal é feita através de avançamento de retalho nasogeniano, abaixo do tendão cantal interno. Não fazemos reconstrução do sistema lacrimal ressecado.

A incisão é demarcada com violeta de genciana do ângulo nasofacial até o sulco nasogeniano, onde é feita uma incisão de retorno (Back-cut) do tamanho vertical do defeito palpebral. O retalho de pele é descolado e rodado em direção superior, e após hemostasia, suturado à pálpebra remanescente e ao retalho tarso conjuntival, com reconstrução da margem palpebral do defeito. (Figs. 14 a 17)



FIGURA 14 - Figura mostrando o desenho do retalho nasogeniano.



FIGURA 15 - Foto mostrando o retalho nasogeniano.



FIGURA 16 - Foto mostrando o retalho nasogeniano



FIGURA 17 - Foto mostrando o retalho nasogeniano

#### 4.2.4 - Reconstrução de lamela interna em defeito palpebral de 50% - 100%

Inicialmente coloca-se uma sutura de reparo de seda 3.0. na porção central da pálpebra superior. Com auxílio de cotonete, é feita a manobra de eversão palpebral. É infiltrada a borda tarsal superior com Lidocaína 2% e adrenalina 1:100.000. Marcado os limites do retalho tarso conjuntival com violeta de genciana a 1 ou 2mm da margem superior do tarso, com a dimensão horizontal do tamanho do defeito. Este retalho é descolado no plano do músculo de Mueller até cerca do fornix superior (Fig. 18).

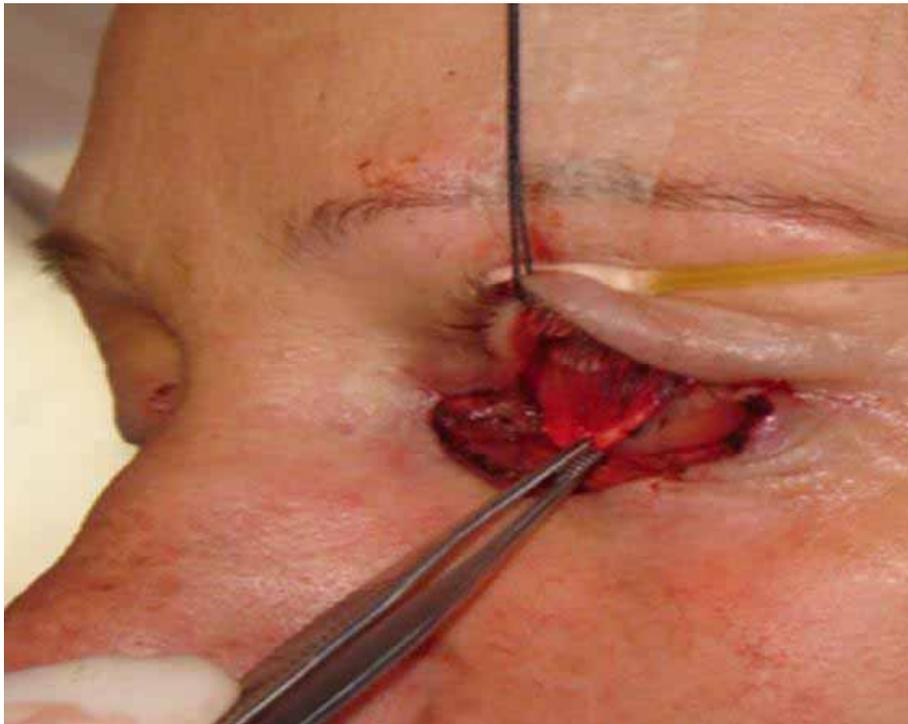


FIGURA 18 - Foto do retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior.

Após a hemostasia, este retalho é rodado e suturado ao defeito e ancorado aos remanescentes palpebrais ou tendões cantais com vicryl 6.0 (Fig. 19).



FIGURA 19 - Foto do retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior suturado à lesão.

#### 4.2.5 - Reconstrução de lamela externa em defeito palpebral entre 50% e 100%

A lamela externa pode ser reconstruída por enxerto de espessura total de pele retroauricular. O defeito é medido com molde de papel que é posicionado na região retroauricular e é feita a sua demarcação (Fig. 20).

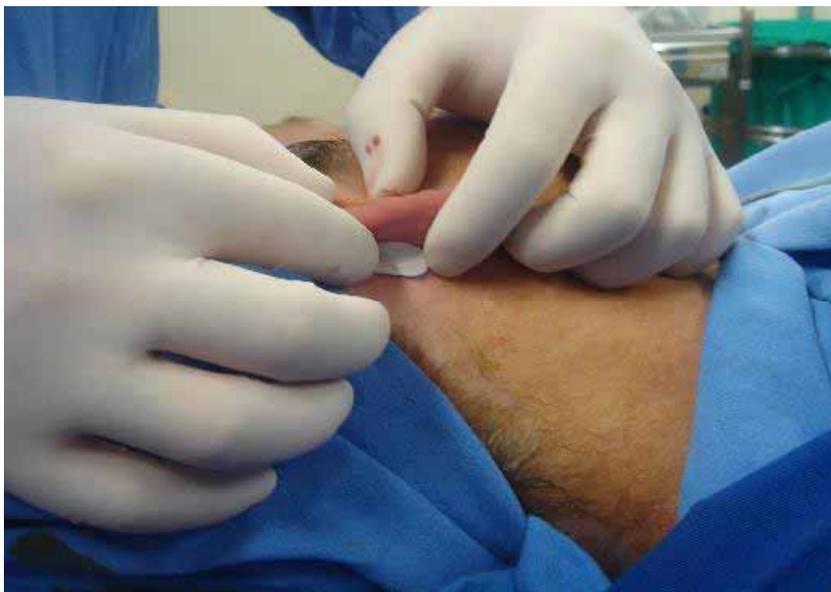


FIGURA 20 - Foto do molde de papel posicionado na região retroauricular.

A pele é infiltrada com Lydoçaína 2%, com adrenalina 1:100000, incisada e removido o enxerto de pele total, e o defeito é fechado com sutura contínua de mononylon 3.0 (Fig. 21).



FIGURA 21 - Foto da incisão do enxerto retroauricular.

O enxerto de pele é posicionado no defeito e fixado com sutura de seda 3.0 cardinais de ancoragem (Fig. 22).



FIGURA 22 - Foto do enxerto retroauricular posicionado.

Após sutura contínua marginal de mononylon 6.0. o enxerto é perfurado com bisturi lâmina 15 no sentido da dobra palpebral para evitar hematoma (Fig. 23).



FIGURA 23 - Foto do enxerto retroauricular suturado, perfurado e com pontos cardinais posicionados.

As suturas cardinais são amarradas sobre um rolo do algodão, para justapor o enxerto ao leito do defeito e ao retalho tarso conjuntival. Este curativo é removido em 5 dias (Fig. 24).



FIGURA 24 - Foto do curativo de algodão suturado com os pontos cardinais.

Após 3 semanas é necessário um segundo estadio para secção do retalho (com anestesia local e tópica). Faz-se sutura marginal contínua com mononylon 6.0 se necessário. Desta forma a fenda palpebral é aberta. (Fig. 25 a29)

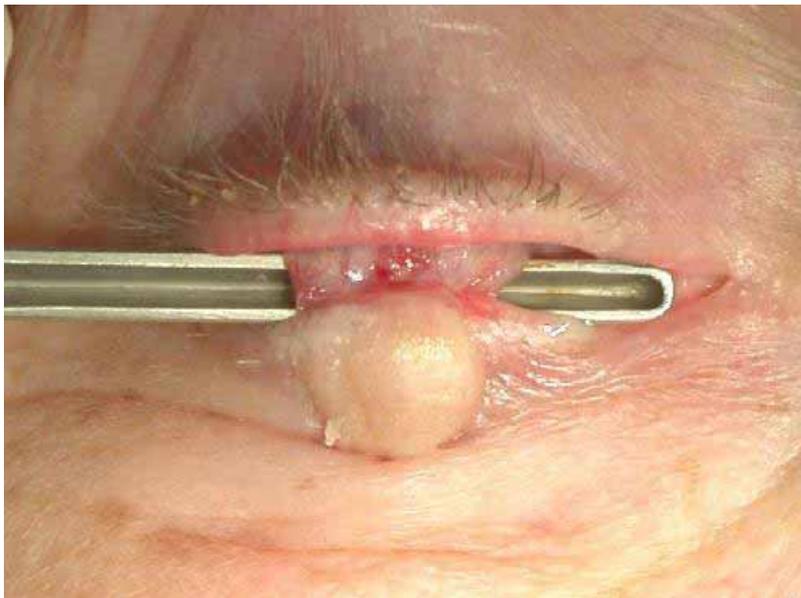


FIGURA 25 - Foto mostrando onde é feita a separação do retalho tarsoconjuntival.

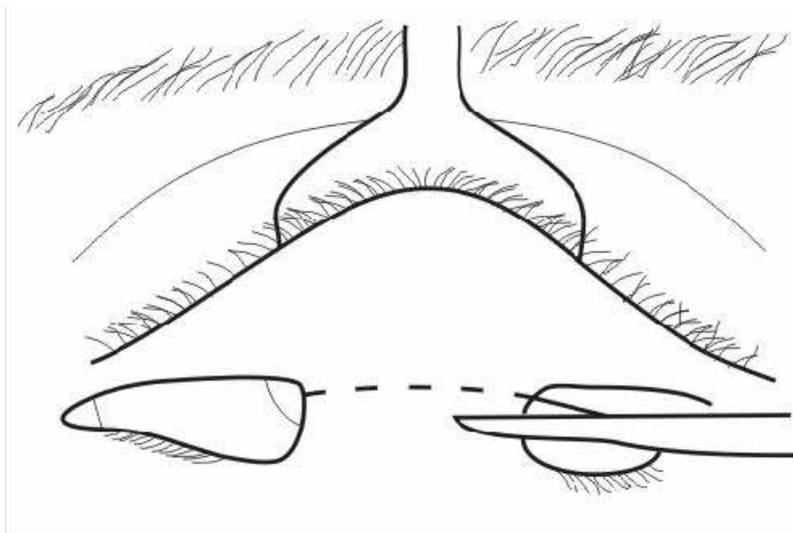


FIGURA 26 - Figura mostrando onde é feita a separação do retalho tarsoconjuntival.

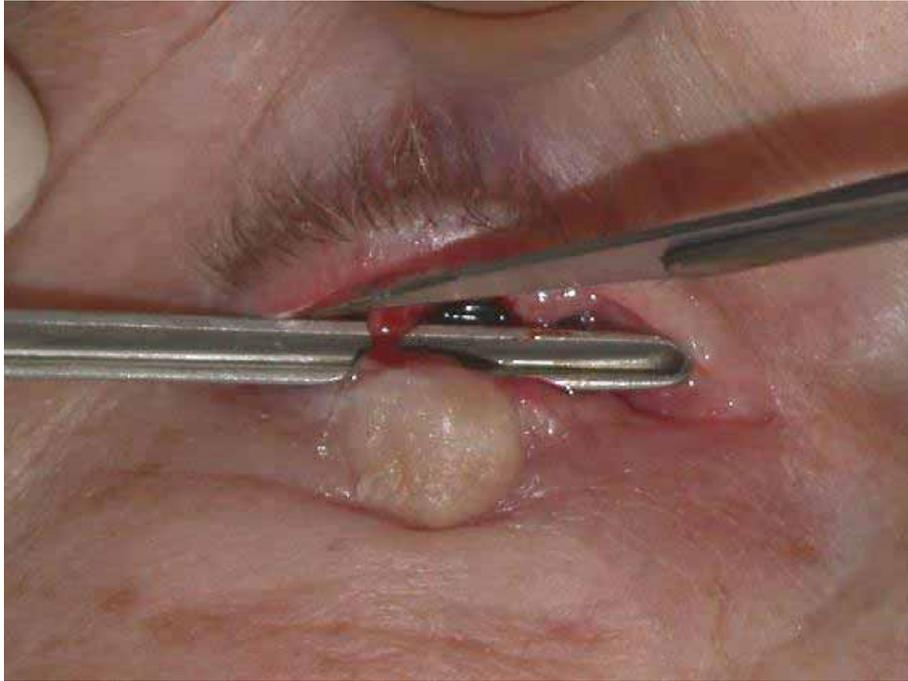


FIGURA 27 - Foto mostrando a separação do retalho tarsocconjuntival.



FIGURA 28 - Foto da abertura feita da fenda palpebral com sutura contínua na borda do retalho.



FIGURA 29 - Foto de pós operatório de 12 meses.

## 5 - RESULTADOS

As informações dos pacientes como: sexo, idade, natureza do tumor e lado da ressecção, estão na Tabela 1.

Gráfico 1 – Quantidade de pacientes por idade

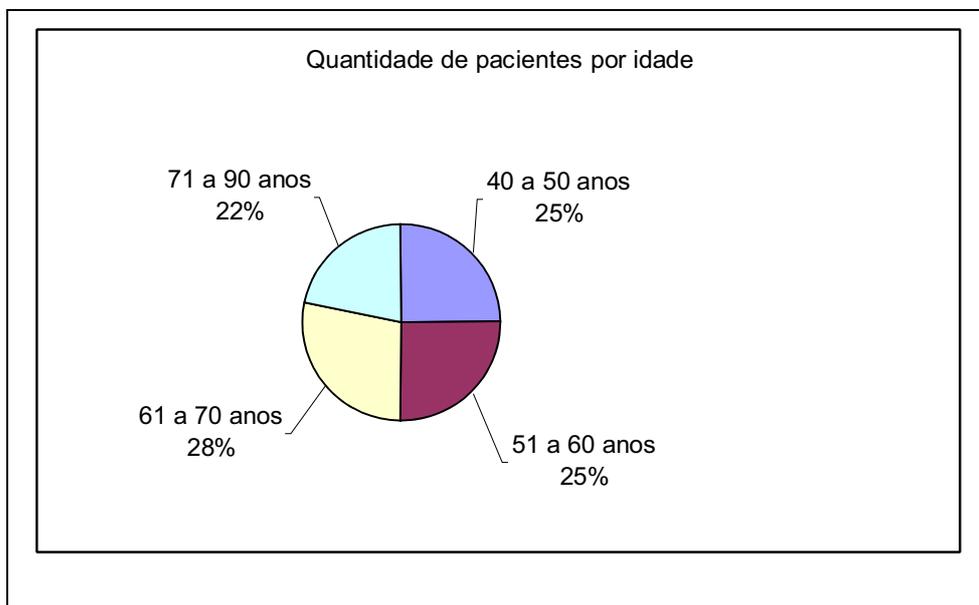


Gráfico 2 – Quantidade de pacientes por sexo

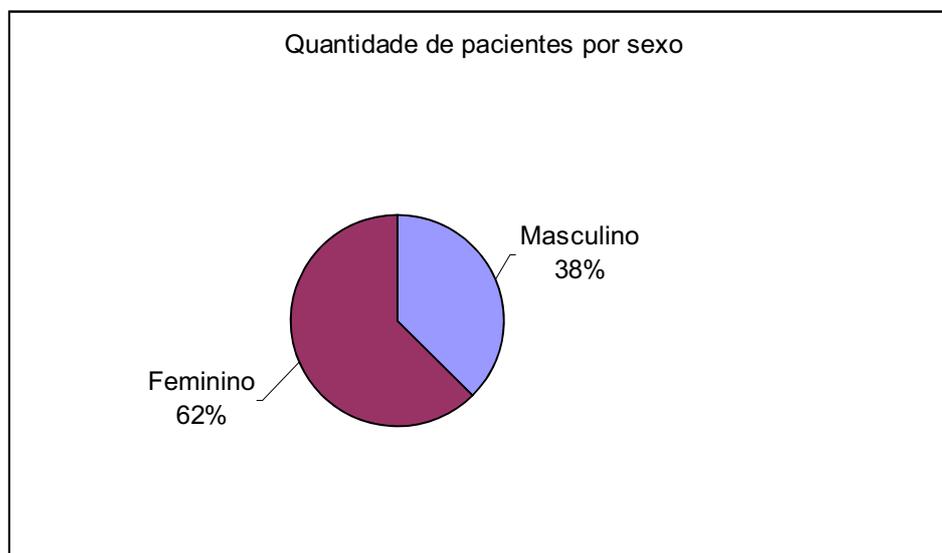


Gráfico 3 – Quantidade de pacientes por tipo de tumor

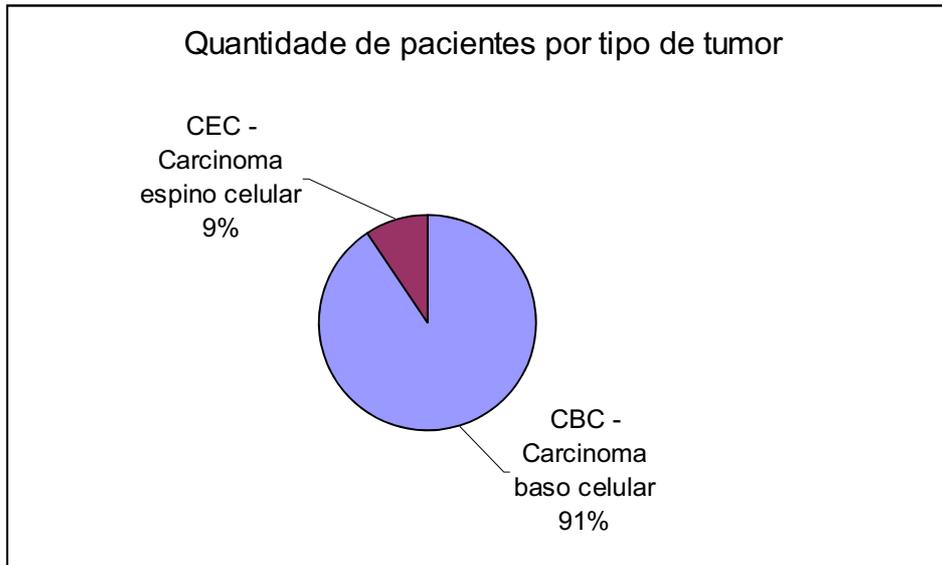
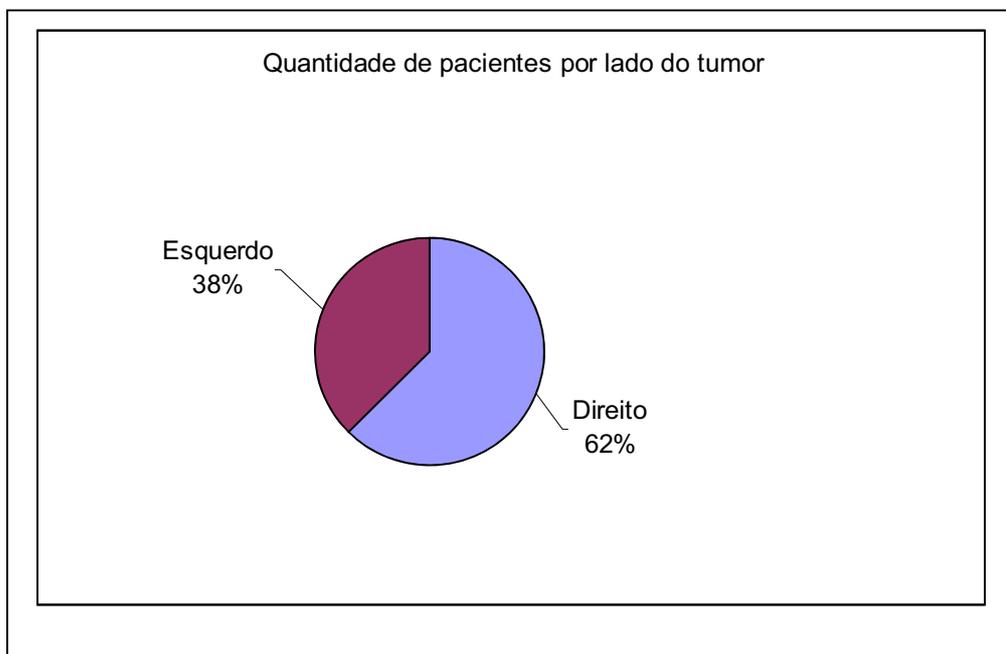


Gráfico 4 – Quantidade de pacientes por lado do tumor



Os resultados obtidos estão apresentados nas tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2 - Distribuição dos casos segundo região operada, percentagem da ressecção, técnica cirúrgica e resultados pós-operatórios.

Paciente	Região da Lesão	Percentual	Lamela Interna	Lamela Externa	Pós-Op 7dias	Pós-Op 6 meses	Pós-Op 12 meses
1	Temporal	41	TCH	RT	S.P.	S.P.	S.P.
2	Central	43	TCH	RB	S.P.	Ectrópio	S.P.
3	Nasal	42	TCH	RN	S.P.	S.P.	S.P.
4	Total	100	TCV	ER	S.P.	S.P.	S.P.
5	Central	44	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
6	Nasal	42	TCH	RN	S.P.	S.P.	S.P.
7	Central	49	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
8	Central	47	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
9	Temporal	43	TCH	RT	S.P.	S.P.	S.P.
10	Central	42	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
11	Nasal	47	TCH	RN	S.P.	S.P.	S.P.
12	Central	48	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
13	Total	100	TCV	ER	S.P.	S.P.	S.P.
14	Temporal	43	TCH	RT	S.P.	S.P.	S.P.
15	Central	46	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
16	Nasal	48	TCH	RN	S.P.	S.P.	S.P.
17	Total	100	TCV	ER	S.P.	S.P.	S.P.
18	Central	42	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
19	Temporal	47	TCH	RT	S.P.	Ectrópio	S.P.
20	Total	100	TCV	ER	S.P.	S.P.	S.P.
21	Central	49	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
22	Temporal	46	TCH	RT	S.P.	S.P.	S.P.
23	Central	42	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
24	Central	44	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
25	Nasal	47	TCH	RN	S.P.	S.P.	S.P.
26	Central	46	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
27	Temporal	48	TCH	RT	S.P.	S.P.	S.P.
28	Total	100	TCV	ER	S.P.	Simbléfaro	S.P.
29	Central	44	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
30	Central	45	TCH	RB	S.P.	S.P.	S.P.
31	Temporal	49	TCH	RT	S.P.	S.P.	S.P.
32	Total	100	TCV	ER	S.P.	S.P.	S.P.

Legenda: ER – Enxerto Retroauricular; RB - Retalho Bernard; RN - Retalho Nasogeniano; RT - Retalho Tenzel - SP - sem particularidades, TCH - Tarso Conjuntival Horizontal; TCV – Tarso Conjuntival Vertical;

Tabela 3 - Resultados pós-operatórios quanto à simetria contralateral, fechamento palpebral, aposição palpebral e regularidade da margem, no seguimento de 6 meses.

<b>Paciente</b>	<b>Margem Palpebral ao Nível do Limbo Inferior</b>	<b>Simetria Contralateral</b>	<b>Fechamento Palpebral</b>	<b>Aposição</b>	<b>Margem Palpebral Regular</b>
1	sim	Sim	sim	sim	sim
2	não	Não	não	não	não
3	sim	Sim	sim	sim	sim
4	sim	Sim	sim	sim	sim
5	sim	Sim	sim	sim	sim
6	sim	Sim	sim	sim	sim
7	sim	Sim	sim	sim	sim
8	sim	Sim	sim	sim	sim
9	sim	Sim	sim	sim	sim
10	sim	Sim	sim	sim	sim
11	sim	Sim	sim	sim	sim
12	sim	Sim	sim	sim	sim
13	sim	Sim	sim	sim	sim
14	sim	Sim	sim	sim	sim
15	sim	Sim	sim	sim	sim
16	sim	Sim	sim	sim	sim
17	sim	Sim	sim	sim	sim
18	sim	Sim	sim	sim	sim
19	não	Não	não	não	não
20	sim	Sim	sim	sim	sim
21	sim	Sim	sim	sim	sim
22	sim	Sim	sim	sim	sim
23	sim	Sim	sim	sim	sim
24	sim	Sim	sim	sim	sim
25	sim	Sim	sim	sim	sim
26	sim	Sim	sim	sim	sim
27	sim	Sim	sim	sim	sim
28	sim	Sim	não	não	sim
29	sim	Sim	sim	sim	sim
30	sim	Sim	sim	sim	sim
31	sim	Sim	sim	sim	sim
32	sim	Sim	sim	sim	sim

Tabela 4 - Resultados pós-operatórios quanto à simetria contralateral, fechamento palpebral, aposição palpebral ao globo ocular e regularidade da margem, no seguimento de 12 meses.

Paciente	Margem Palpebral ao Nível do Limbo Inferior	Simetria Contralateral	Fechamento Palpebral	Aposição	Margem Palpebral Regular
1	sim	sim	sim	sim	sim
2	sim	sim	sim	sim	sim
3	sim	sim	sim	sim	sim
4	sim	sim	sim	sim	sim
5	sim	sim	sim	sim	sim
6	sim	sim	sim	sim	sim
7	sim	sim	sim	sim	sim
8	sim	sim	sim	sim	sim
9	sim	sim	sim	sim	sim
10	sim	sim	sim	sim	sim
11	sim	sim	sim	sim	sim
12	sim	sim	sim	sim	sim
13	sim	sim	sim	sim	sim
14	sim	sim	sim	sim	sim
15	sim	sim	sim	sim	sim
16	sim	sim	sim	sim	sim
17	sim	sim	sim	sim	sim
18	sim	sim	sim	sim	sim
19	sim	sim	sim	sim	sim
20	sim	sim	sim	sim	sim
21	sim	sim	sim	sim	sim
22	sim	sim	sim	sim	sim
23	sim	sim	sim	sim	sim
24	sim	sim	sim	sim	sim
25	sim	sim	sim	sim	sim
26	sim	sim	sim	sim	sim
27	sim	sim	sim	sim	sim
28	sim	sim	sim	sim	sim
29	sim	sim	sim	sim	sim
30	sim	sim	sim	sim	sim
31	sim	sim	sim	sim	sim
32	sim	sim	sim	sim	sim

A comparação estatística, pelo teste de Wilcoxon para dados pareados, entre os meses 6 e 12 está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1- Análise estatística pelo teste de Wilcoxon, pareado para os parâmetros: margem palpebral ao nível do limbo inferior, simetria contralateral, fechamento palpebral, aposição palpebral e margem palpebral regular, comparando o seguimento de 6 meses e 12 meses.

	<b>X1</b>	<b>X2</b>	<b>Diferença</b>
<b>N</b>	32	32	
<b>media</b>	0,9375	-1,96875	-0,0625
<b>variância</b>	0,060483871	60,015121	0,060483871
<b>mediana</b>	1	1	0
<b>t0</b>	1,402989645		
<b>p</b>	0,160619927		

X1 - representa todos os parâmetros estudados para os 6 meses, uma vez que todos se comportaram de maneira idêntica; X2-representa todos os parâmetros estudados para os 12 meses, uma vez que todos se comportaram de maneira idêntica.

## 6 - DISCUSSÃO

O tipo de reconstrução da pálpebra inferior depende da extensão da ressecção (tamanho do defeito), do envolvimento da margem palpebral e da necessidade de reconstrução da lamela interna e externa (Yelin et al, 2001).

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 (Rohrich, Zbar, 1999). O uso de enxerto ou retalhos na confecção das lamelas é o fundamento que motivou a produção deste trabalho.

Defeito de até 25% de pálpebra inferior pode ser reconstruído com sutura primária, podendo ser ampliado para corrigir defeitos de até 30% em pálpebras mais complascentes, usando cantotomia e cantolise (Mustardé, 1980; Maniglia et al, 1999).

Lesões de 25% a 50% necessitam de reconstrução de lamela interna por enxertos (condromucoso de septo nasal ou mucoperiósteo de palato), ou por retalho tarsoconjuntival da mesma pálpebra. A lamela externa pode ser refeita com retalho ou enxerto de pele, dependendo do que foi usado na lamela interna (Mustardé, 1980; Maniglia et al, 1999).

O uso de enxertos para reposição da lamela interna inclui a necessidade de área doadora à distância, com morbidade acumulada, e necessidade do uso restrito de retalho como lamela externa, para fornecer sua vascularização e integração. Além disso, o tempo cirúrgico é maior.

Outra maneira de reconstrução é o uso de retalho tarsoconjuntival da mesma pálpebra (Desousa, 2007; Yelin et al, 2001). Isto só é possível em lesões de até 50%, por necessitar da área doadora remanescente para a sua confecção. Com isto, a lamela externa pode ser confeccionada por retalho ou por enxerto.

O melhor retalho de pele é o da mesma unidade estética. Quando o defeito for temporal (Fig. 30) há a possibilidade de usar o retalho semicircular de Tenzel (Tenzel, Smith, 1987). Nos defeitos centrais (Fig. 31) o retalho de avançamento de Camille Bernard (Jackson, 1985) é o mais indicado. Nas lesões mediais (Fig. 32) o retalho nasogeniano (Jackson, 1985) deve ser utilizado. Estes três retalhos tornam desnecessária a extensa cirurgia de confecção de retalho facial de Mustardé (Mustardé, 1980) (Fig. 33). Nesta o retalho é muito espesso, vem de outra unidade estética, tendo pior valor estético e maior morbidade pelo tipo de dissecação.



FIGURA 30 - Foto de lesão temporal de pálpebra inferior.



FIGURA 31 - Foto de lesão central de pálpebra inferior.



FIGURA 32 - Foto de lesão nasal de pálpebra inferior.

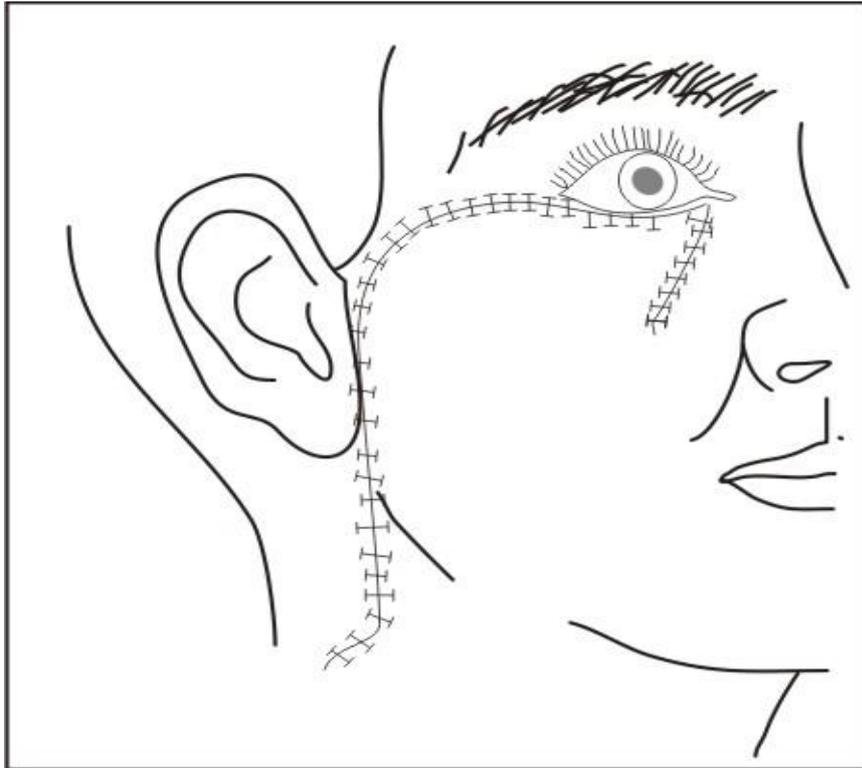


FIGURA 33 - Figura mostrando o retalho de Mustardé.

O enxerto de pele retroauricular tem espessura, cor e textura ideais para ser utilizado como lamela externa. Todavia, por ter uma área doadora, de onde foi retirado o enxerto, a ocorrência de morbidade é maior. É imperativo o uso de retalho para lamela interna, para trazer vascularização e facilitar a integração do enxerto. Nas lesões com ressecção acima de 50%, inclusive nas ressecções palpebrais totais, a lamela interna pode ser feita com enxertos condromucoso de septo nasal (Mustardé, 1980; Guzel,1995) (Fig. 34) ou mucoperiósteo de palato (Fig. 35) (Bartley, 1989). Estes enxertos nas grandes ressecções são instáveis pela falta de suporte remanescente da pálpebra, e necessitam do uso de grandes retalhos de pele para lamela externa (Leone, 1977).



FIGURA 34 - Foto do uso do enxerto condromucoso para reconstrução da lamela interna da pálpebra inferior.



FIGURA 35 - Foto da área doadora do enxerto de mucoperiosteo de palato duro .

Entretanto, constata-se que a melhor alternativa é o uso do retalho tarsoconjuntival da pálpebra superior, que confere grande estabilidade e suporte, devido ao pedículo e fixação (lateral e medial na pálpebra remanescente), ou nos tendões cantais remanescentes ou reconstruídos (Hughes, 1937; Maloof, Leatherbarrow, 2001). Apresenta excelente vascularização, aceitando com isto o uso de enxerto de pele retroauricular necessário nestas grandes reconstruções. Uma desvantagem é a necessidade de segundo estágio, para a divisão do retalho e abertura palpebral em 4 semanas (Rohrich, Zbar, 1999).

Mustardé (1980) se opunha ao uso da pálpebra superior para reconstrução da inferior, por considerar a possibilidade de retração palpebral superior nesta reconstrução. Com isto, o paciente teria um problema de exposição de córnea, por danificar uma pálpebra boa para tentar reconstruir a inferior. Esta também é a posição de Pollock (1972). A pálpebra superior é a mais importante para proteção da córnea. Mustardé usava enxerto condromucoso de septo nasal para lamela interna, que pode ficar instável pela dificuldade de fixação lateral e medial; e retalho facial extenso para lamela externa, com um valor estético pobre e dificuldade de aderência ao enxerto por sua excessiva espessura.

A admoestação de Mustardé é válida se for levado em consideração o trabalho original de Hughes (Hughes, 1937), onde este realizava a incisão na linha cinzenta com divisão total da pálpebra superior, deixando esta com sustentação diminuída e factível de retrações pós operatórias. Na técnica de Kolner (appud Mustardé, 1980), o retalho tarsoconjuntival usava apenas a metade vertical do tarso, deixando a pálpebra superior melhor estruturada.

Na modificação desta técnica, a preservação do tarso e a diminuição de sua inclusão no retalho (2-3mm), permite a sua confecção sem alterar a estrutura da

pálpebra superior (Rohrich, Zbar, 1999). Não existe justificativa para não usar este excelente retalho nas lesões maiores que 50%. A vascularização é muito boa. O retalho fornece apoio para aposição da lamela externa, sendo este um fator de estabilidade e estruturação da pálpebra reconstruída.

Neste trabalho foram avaliados, de forma retrospectiva, 32 pacientes, cujas idades variaram de 42 até 91 anos, sendo que 56,25% localizados entre 50 e 70 anos. Destes, 37,5% eram do sexo masculino, sendo a maioria (62,5%) do sexo feminino.

Com relação ao resultado anátomo-patológico, 90,62% eram carcinoma baso celular, sendo o restante (9,38%) carcinoma espinocelular. No presente estudo, a maioria dos tumores de pálpebra inferior eram localizados na região central (43,75%), sendo 21,88% em região temporal e 15,62% em região nasal. Em 18,75% houve a necessidade de ressecção total da pálpebra.

Estes resultados confirmam estatísticas mundiais (Allali, 2005). O número da amostragem por nós apresentado é maior do que a média publicada.

Com essa técnica já descrita, de remoção extra de margem para controle histopatológico, não tivemos nenhum caso de tumor residual nesta série. Estes pacientes continuam sendo seguidos para avaliar a presença de tumor residual a longo prazo. O seguimento para reconstrução foi de 12 meses, mínimo ideal apresentado em outros trabalhos (Guzel et al, 1995; Maloof, Leatherbarrow, 2001 e Desousa, 2007).

Nos pacientes que apresentaram defeito de 25% a 50%, foram reconstruídos usando o retalho tarsoconjuntival da pálpebra inferior remanescente. A reconstrução da lamela externa foi feita com retalho de pele, de acordo com a localização: na região temporal foi utilizada o retalho semicircular de Tenzel (Tenzel, Smith, 1987); na

porção central, o retalho de avançamento de Bernard é na região nasal o retalho nasogeniano (Jackson, 1985).

A reconstrução palpebral com dois retalhos fornece maior integração por ter melhor vascularização. Não necessita de área doadora, agilizando o procedimento e diminuindo a morbidade.

Nas ressecções de 50% até 100% da pálpebra inferior utilizamos o retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior na reconstrução da lamela interna.

O enxerto de pele total retroauricular foi utilizado em razão de o defeito possuir uma área extensa de ressecção de pele, dificultando o uso de retalhos dentro da unidade estética. Não notamos nenhuma alteração na região doadora retroauricular, que cicatrizou sem dificuldades, com cicatriz esteticamente aceitável.

O fator negativo desta reconstrução é sua dificuldade em ser usada quando o olho da pálpebra afetada é de visão única, pois ela terá de ser ocluída. A necessidade de segundo estadió em três-quatro semanas, para abertura da fenda palpebral é outro ponto negativo (Rohrich, Zbar, 1999; Maloof, Leatherbarrow, 2001).

Ao contrário de Hughes (Hughes, 1937), que adiciona enxerto de cílio, não aconselhamos seu uso pela variabilidade do crescimento ciliar, podendo ocorrer irritação de córnea. A falta de cílio na pálpebra reconstituída, presente em todos os tipos de reconstrução não representa problema estético na pálpebra inferior.

Na avaliação de seis meses, foram observadas três complicações, das quais dois foram ectrópios cicatriciais e um simbléfaro. Os ectrópios foram localizados na região central com retração palpebral afetando o posicionamento da margem em relação ao limbo inferior, dificultando o fechamento palpebral. Foram corrigidos com enxerto de pele retroauricular seqüencial, com restabelecimento da posição palpebral. A terceira complicação foi simbléfaro em paciente com reconstrução de

100%. A aderência ao globo ocular foi tratada através da lise da aderência e enxerto de mucosa labial com correção do problema.

Tradicionalmente, a reconstrução de defeito de pálpebra inferior entre 25% e 50% é feita usando enxerto condromucoso septal ou mucoperiosteio de palato para lamela interna, e retalho facial para lamela externa (Mustardé, 1980).

Este trabalho relata o uso de retalho tarso conjuntival da mesma pálpebra, que coincide com o trabalho de Yelin (Yelin et al, 2001) e descreve as vantagens de seu uso com referência às técnicas vigentes. Em reconstruções totais, esta superioridade é mais gritante com uso do retalho tarsoconjuntival, que coincide com o trabalho de Rohrich (Rohrich, Zbar, 1999), pela melhor estruturação da pálpebra reconstruída, e possibilita o uso do enxerto de pele proporcionando maior versatilidade na reconstrução da lamela externa.

## **7 - CONCLUSÃO**

O uso de retalhos tarso-conjuntivais como lamela interna em associação com retalhos ou enxertos de pele na lamela externa foi eficiente na reconstrução de pálpebra inferior em lesões causadas por ablação de tumores.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLALI J, D'HERMIES F, RENARD G. Basal cell carcinomas of the eyelids. *ophthalmologica*. 2005 mar/apr; 219: 57-71

BARTLEY GB, KAY PP. Posterior lamellar eyelid reconstruction with a hard palate mucosal graft. *Am J Ophthalmol*. 1989; 107:609-12

BRETT SR, RICHARD LA, ROGER LC. Facial plastic and reconstructive surgery. 2nd Ed. Ira D. Papel. Thieme. New York, 2002; 18:XXXXXX.

CALHOUN K, UNDERBRINK M. Eyelid reconstruction. Grand rounds presentation. Dep. Otolaryngology. UTMB. Dec 2002.

DESOUSA JL, MALHOTRA R, DAVIS G. Sliding tarsal flap for reconstruction of large, shallow lower eyelid tarsal defects. *Ophthalmic plastic and reconstructive surgery*. 2007; 23(1):46-48.

FRIEDHOFER H, SALLES AG, JUCA MCCR, FERREIRA MC. Eyelid reconstruction using cartilage grafts from auricular scapha. *Eur J Plast Surg*. 1999; 22:96-101

GILLIES HD. In: Plastic surgery of the face. Based on selected cases of war injuries of the face including burns. Oxford University: London, 1920.

GONZALES F, CASTRO AF, SCHNEIDER K, LOZANO M. Measurements of periocularfacial area with web-based software. *Journal of Telemedicine and Telecare*. London, 2005; 11(7):347-53.

GUZEL MZ, YILDIRIM I, AYGIT AC, AYDIN Y, BAYRAMICLI M. Reconstruction of the total lower eyelid defect-useful modifications. *Eur J Plast Surg*. 1995; 18:171-4.

HUGHES, WL. - A new method for rebuilding a lower lid report case. *Arch. Ophthalmol.*, 17-1008,1937.

JACKSON IT. In: Local flaps in head and neck reconstruction. Saint Louis: C v mosby; 1985.

LEONE CR. Tarsal pedicle flap for eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol*. 1977; 95:1423-4

LIEBAU J, EILFING US, SCHULZ A, SCHWIPPER V. Satisfactory functional and aesthetic eyelid reconstruction using a three-layer composite graft-the tarsomarginal transplant. *Eur J Plast Surg*. 2005; 28:259-63

MALOOF A, NG S, LEATHERBARROW B. The Maximal Hughes Procedure. Lippincott Williams & Wilkins. 2001 march; 17(2): 96-102.

MANIGLIA JJ, BARDENSTEIN DS, MANIGLIA AJ, MANIGLIA JV, MANIGLIA RF. Oculoplastic Techniques for Reconstruction of Upper and Lower Eyelids. In: Surgical reconstruction of the face and anterior skull base. Philadelphia: W. B. Saunders; 1999. p.83-102.

MELTZER MA. Removal of small lid tumors and lid reconstruction. In: Ophthalmic plastic surgery for the general ophthalmologist. Baltimore: Williams & Wilkins; 1979. p.63-71.

MUSTARDÉ JC. Reconstruction of the eyelids: the lower lid. In: Repair and reconstruction in the orbital region. A practical guide. Edinburgh (Scotland): Churchill Livingstone ;1980. p.92-129.

POLLOCK WJ, COLON GA, RYAN RF. Reconstruction of the lower eyelid by a different lid splitting operation. Plast reconstr surg. 1972 aug; 50(2):184-7

PORFIRIS E, CHRISTOPOULOS A, SANDRIS P, GEORGIU P, IOANNIDIS A, POPA CV, KALOKERINOS D. Upper eyelid orbicularis oculi flap with tarsoconjunctival island for reconstruction of fullthickness lower lid defects. American society of plastic surgeons. 1999 jan;103(1):186-91.

PORFIRIS E., GEORGIU P, HARKIOLAKIS G, POPA CV, SANDRIS P, SGOURAS N. Island mucochondrocutaneous flap for reconstruction of total loss of lower eyelid. Williams & Wilkins.1997 jul;100(1):104-7.

PORFIRIS E, GEORGIU P, POPA CV, CHRISTOPOULOS A, SANDRIS P, SGOURAS N. Island orbicularis oculi myocutaneous flap from the upper eyelid for lower eyelid reconstruction. Eur J Plast Surg.1998;21:246-8.

RAFII AA, ENEPEKIDES DJ. Upper and lower eyelid reconstruction: The year in review. Williams & Wilkins. 2006 aug; 14(4):227-33.

ROHRICH RJ, ZBAR RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Journal of the american society of plastic surgeons. Aug 1999; 104(2):518-22.

TENZEL RR, SMITH B. Lid reconstruction. Byron Smith In: Ophthalmic plastic and reconstructive surgery. St . Louis: Mosby; 1987. p.771-806.

TESSIER P, CALLAHAN A, MUSTARDÉ JC, SALYER K. In: Symposium on plastic surgery in the orbital region. Saint Louis: Mosby; 1976.

TEXIER M, PREAUX J, NOURY-DUPERRAT G. Aesthetic aspects of reconstructive surgery of lower lid. Aesth Plast Surg .1995;19:557-9

YELIN JB, CLAYTON-DYER BJ, NADERI A, ESMAELI B. Eyelid reconstruction: an oculoplastic surgeon's perspective. Plastic Surgical Nursing. Pitman. Winter 2001; 21(4):p.192-295.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é a avaliação do compartilhamento do retalho tarso conjuntival na reconstrução da lamela interna da pálpebra inferior, (associado a retalhos ou enxertos de pele para lamela externa), em lesões causadas por ablação de tumores.

Foram avaliados, em estudo retrospectivo, 32 prontuários de pacientes do Serviço de Oculoplástica do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital de Clinicas da Universidade Federal do Paraná que foram submetidos à reconstrução de pálpebra inferior após exereses de tumores palpebrais com envolvimento de margem.

Os critérios de inclusão foram: pacientes submetidos à reconstrução palpebral inferior por retalho tarso conjuntival como lamela interna, avaliação de prontuários com dados acessíveis e acompanhamento da evolução com o mínimo de 12 meses.

Os critérios de exclusão foram: pacientes submetidos a radioterapia após a cirurgia, pacientes com recidivas dos tumores, pacientes com co-morbidades dermatológicas regionais, tumores palpebrais com invasão de globo ocular ou órbita cujo controle de margem necessitou enucleação ou exenteração e defeitos de pálpebra inferior até 25 %.

Os pacientes submetidos à remoção palpebral entre 25% e 50% em região temporal de pálpebra inferior foram reconstruídos com retalhos tarso conjuntival da mesma pálpebra para a lamela interna e retalho semicircular de pele de Tenzel para a lamela externa.

Pacientes com ressecções entre 25% e 50% em região central da pálpebra inferior, a lamela interna foi reconstituída por retalho tarso conjuntival da mesma pálpebra e a lamela externa recomposta por retalho de avançamento de pele de Bernard.

Para efeito de região nasal de 25% a 50%, também foi confeccionado o retalho tarso conjuntival como lamela interna e a lamela externa por retalho nasogeniano de pele ou enxerto de pele retroauricular..

Nos pacientes com lesões que necessitaram ressecção de 50% a 100%, foi usado o retalho tarso conjuntival da pálpebra superior para a lamela interna e enxerto de pele retroauricular para a lamela externa. Nesta situação, foi feito um segundo estadio para seccionar o retalho tarsoconjuntival, para abrir a fenda palpebral.

Os pacientes foram avaliados aos seis meses e doze meses a fim de verificar a qualidade da reconstrução palpebral. O cirurgião respondeu a questionário com as seguintes opções de resposta :sim ou não .As perguntas do referido questionário foram as seguintes : “ A margem palpebral está ao nível do limbo inferior ?”; “ Há simetria da pálpebra reconstruída com a pálpebra contralateral?”; “A pálpebra reconstruída apresenta bom fechamento palpebral com a pálpebra superior?”; “Há aposição da pálpebra inferior ao globo ocular?” e “A margem, na pálpebra reconstruída, está regular?”.

Os resultados das perguntas foram avaliados juntamente com outros dados como sexo (38% masculino, 62%feminino) ; idade (25% de 40 a 50 anos, 25% de 51 a 60 anos, 28% de 61 a 70 anos, 22% de 71 a 90 anos); natureza do tumor (91% carcinoma baso celular) e lado do tumor (62% lado direito). Baseado no fundamento que a melhor reconstrução é aquela feita por retalhos para as duas lamelas, sendo a

reconstrução com retalho e enxerto uma boa opção e a reconstrução de enxerto com enxerto uma má opção, os dados foram discutidos.

Em conclusão, o uso de retalhos tarso conjuntivais como lamela interna em associação com retalhos ou enxertos de pele na lamela externa foi eficiente na reconstrução de pálpebra inferior em lesões causadas por ablação de tumores.

## ABSTRACT

The goal of this paper is to evaluate the sharing technic of tarso-conjuntival flap as inner lamella in lower eyelid reconstruction (in association with skin flap or graft for external lamella) in defects caused by tumor ablation.

We evaluated 32 charts in a retrospective analysis of patients of the Occuplastic Service of the ENT Department of the Federal University of Paraná submitted to eyelid reconstruction after tumors affecting the lid margin.

The inclusion criteria were: patients submitted to lower eyelid reconstruction using the tarso-conjuntival flap as inner lamella, charts analysis of available data and minimum follow up of 12 months.

The exclusion criteria were: patients submitted to radiotherapy treatment after surgery, patients with residual tumor, the presence of co-morbidities in dermatococular region, tumors that invaded the eye ball or orbit who needed enucleation or exenteration or lid defects smaller than twenty five percents.

Patients submitted to lid excision between 25 and 50 percent in the temporal area were reconstructed with a tarso-conjuntival flap of the same eyelid as inner lamella and a semicircular skin flap (TENZEL) as external lamella.

Patients with 25 to 50 percent of central defect were treated by tarso-conjuntival flap as inner lamella and a Bernard advancement skin flap.

Patients with 25 to 50 percent of the nasal region we used the tarso-conjuntival flap of the same eyelid as inner lamella and a nasal-jugal skin flap or skin grafe as external lamella.

For defects of 50 to 100 percent defect required a tarso-conjuntival flap of the ipsilateral upper eyelid as internal lamella and retro-auricular skin graft as external lamella. In this case a second stage procedure was necessary to separate

the eyelids. The patients were evaluated in six and twelve months to verify the quality of palpebral reconstructions. The surgeon answered a questionnaire with the following questions: yes or no options. The questions were: 1 – Is the lid margin at the inferior corneal limbus? 2 – Is there symmetry with the contralateral lid? 3 – The reconstructed eyelid presents good eyelid closure with the upper lid? 4 – Is there apposition with the eyeball? 5 – Is the repaired margin regular?

The answers and other data as sex (62% female and 38 % male) age (25% from 40 to 50 years old, 25% from 51 to 60 years old, 28% from 61 to 70 years old and 22% from 71 to 90 years old); the nature of tumor (91% basal cell carcinoma) and side (62% of right lower eyelid).

The data were discussed based in the surgery principal that the best option is flap to flap; a flap to graft reconstruction is acceptable and graft to graft is not acceptable.

In conclusion, the use of tarso-conjunctival flap as inner lamella, in combination with skin flap or graft was efficient in lower eyelid reconstruction defects caused by tumor ablation.

## ANEXOS



CEP/COCEPIS



10 Anos

Curitiba, 04 de junho de 2007.

Ilmo (a) Sr. (a)  
Ricardo Maniglia  
Nesta

Prezado Pesquisador:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL: CONFEÇÃO DE FLUXOGRAMA", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 29 de maio de 2007. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0105.0.208.000-07  
Registro CEP: 1425.050/2007-07

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 04 de dezembro de 2007.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato Tambara Filho".

**Renato Tambara Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

Andamento do projeto - CAAE - 0105.0.208.000-07					
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b>					
Reconstrução palpebral : confecção de fluxograma					
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>	
Aprovado no CEP	15/05/2007 11:05:36	11/06/2007 10:03:54			
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>	
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	14/05/2007 21:11:55	Folha de Rosto	FR136731	Pesquisador	
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	15/05/2007 11:05:36	Folha de Rosto	0105.0.208.000-07	CEP	
3 - Protocolo Aprovado no CEP	11/06/2007 10:03:54	Folha de Rosto	0105.0.208.000-07	CEP	

[Voltar](#)

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)