

Amiotomia marginal na correção das retrações palpebrais

Sergio Lessa¹; Roberto Sebastião²; Paulo Cezar Gomes Pereira³;
Paiva Gonçalves Filho⁴; Paiva Gonçalves Neto⁵

A retração da pálpebra superior é uma manifestação grave da oftalmopatia tireoideana que não involui, mesmo após o completo tratamento da doença sistêmica.

A retração é devida a uma série de fatores. A ação anormal do músculo de Müller, que é inervado pelo sistema simpático, é freqüentemente observada nos pacientes com a doença de Graves^{1,2}. Alguns autores acreditam que o músculo elevador tem a sua atividade aumentada, associada com a hipertonia do músculo reto superior, necessária para compensar a contração do músculo reto inferior^{2,13}. A contração e a fibrose do músculo elevador também contribuem como fatores etiológicos⁶. Além disso, aderências anormais podem se formar entre a aponeurose do elevador e os tecidos superficiais, acentuando e elevando o sulco palpebral⁷.

A retração da pálpebra superior não representa somente uma deformidade cosmética, porque contribui para a exposição da conjuntiva e da córnea, conduzindo a graves alterações (Figs. 1A e 2A).

Os cirurgiões oftalmológicos, por muitos anos, trataram as retrações palpebrais utilizando algum tipo de blefarorrafia. Pequenos graus de retração ainda podem ser tratados desta forma, apesar das discretas alterações palpebrais. Nos casos graves, as técnicas atuais têm como princípio o enfraquecimento dos tecidos responsáveis pelo espasmo ou contratura palpebral. De acordo com aspectos fisiopatológicos, acreditamos que na correção das retrações graves, não há necessidade de completa secção dos retratores palpebrais ou enxertos de esclera. A completa separação das estruturas fortemente aderidas e o alongamento do complexo elevador, representam tópicos mais importantes na conduta cirúrgica. O alongamento do complexo elevador é conseguido através de miotomia marginal, procedimento similar ao alongamento dos músculos retos na correção do estrabismo^{9,11}.

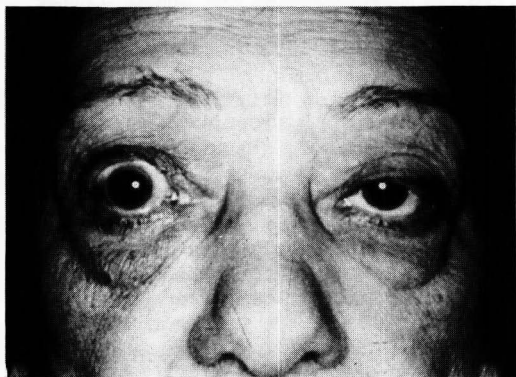


Fig. 1A — Retração da pálpebra superior direita. Observamos ptose discreta contralateral e protusão da gordura orbitária.



Fig. 1B — Após a miotomia marginal na pálpebra superior direita e correção da ptose palpebral esquerda, 6 meses depois.

¹ Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital N. S. do Socorro, da Sta. Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Professor Assistente do Curso de Especialização em Cirurgia Plástica da Escola Médica de Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e de Medicina da PUC/RJ.

² Professor Assistente do Curso de Especialização em Cirurgia de Especialização em Cirurgia Plástica da Escola Médica de Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e de Medicina da PUC/RJ. Mestre em Cirurgia Plástica, PUC/RJ.

³ Cirurgião-plástico do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital N. S. do Socorro, da Sta. Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

⁴ Do Serviço de Olhos da Sta. Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (1.ª e 35ª Enfermarias).

Endereço do Autor: Sérgio Lessa — Rua Prudente de Moraes, 406/CO-01 — 22420 Rio de Janeiro, RJ — Brasil.



Fig. 2A — Retração grave da pálpebra superior direita com a complicação mais grave — leucoma-egueira. Ptose discreta contralateral.



Fig. 2C — Pré-operatório.



Fig. 2B — Pós-operatório. Observamos a simetria de posição das pálpebras superiores.



Fig. 2D — Pós-operatório com oclusão completa.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Empregamos anestesia local, pois necessitamos observar a movimentação palpebral. Infiltramos solução de lidocaina a 1% com adrenalina, na proporção de 1:100.000. Incisamos a pele palpebral ao nível do bordo superior do tarso, isto é, aproximadamente 8 a 10 mm do bordo ciliar. A seguir, dissecamos o complexo elevador. A musculatura e o tecido subcutâneo se apresentam completamente alterados neste nível, tornando a dissecação difícil. São comuns as traves fibrosas, causando aderências entre as camadas superficiais e a aponeurose do elevador. Prosseguimos a dissecação do complexo elevador até as suas porções mais proximais.

Invertemos a pálpebra e injetamos anestésico na conjuntiva. Incisamos a conjuntiva, paralelamente ao bordo superior do tarso, do canto temporal ao canto nasal. Dissecamos cuidadosamente a conjuntiva, separando-a do músculo de Müller, aproxi-

madamente uns 15 mm do bordo tarsal superior.

Neste ponto da cirurgia temos o complexo elevador completamente liberado dos tecidos superficiais e profundos. Incisamos então o complexo elevador 2 mm acima do bordo superior do tarso, partindo do canto nasal em direção ao canto temporal, até passar da metade da largura da aponeurose. Fazemos a seguir, outra incisão, na direção oposta, partindo do canto temporal em direção ao canto nasal, passando da metade da largura da aponeurose, distando 5 mm uma incisão da outra (Fig. 3). A pálpebra é tracionada para baixo, observando o alongamento obtido (Fig. 4).

Pedimos ao paciente para elevar e baixar a pálpebra, observando o nível do bordo ciliar (Figs. 5 e 6). Caso a correção seja insuficiente, aumentamos as incisões, até alcançarmos o resultado ideal. A conjuntiva e a pele são suturadas da forma habitual, isto é, sutura contínua empregando fio de nylon fino.



Fig. 3 — Dissecção do complexo elevador. Sobre a aponeurose do elevador observamos as duas marcações para a miotomia marginal.



Fig. 4 — Miotomia completada com a pálpebra traçionada.



Fig. 5 — Pálpebra abaixada voluntariamente após a miotomia marginal.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

A correção da retração da pálpebra superior é necessária para a proteção da córnea e para melhorar o aspecto estético do



Fig. 6 — Pálpebra elevada após a miotomia marginal. Observamos o nível adequado, isto é, ligeiramente baixo.

paciente. A maioria das técnicas descritas emprega divisão ou ressecção do músculo elevador, músculo de Müller ou tarso^{3,5,8,12-15}.

A ressecção do elevador com interposição de esclera transplantada tem sido também empregada para tratar a retração palpebral^{4,10}.

O resultado destas operações é imprevisível, devido à grande variedade das causas da retração palpebral. Também nenhuma destas operações tem dado grande atenção às aderências inflamatórias que permanecem após a ressecção do elevador⁷.

Procuramos uma técnica baseada no completo entendimento da fisiopatologia da retração. Liberamos o complexo elevador das aderências aos planos superficiais e profundos. A miotomia marginal do complexo elevador (elevador e músculo de Müller) permite um alongamento perfeito, sem distorções da borda palpebral.

Observamos um aspecto importante na operação: procuramos deixar a pálpebra afetada ligeiramente ptosada, pois ocorre uma ligeira retração secundária nos primeiros 2 a 3 meses. Pacientes com retração unilateral frequentemente apresentam ptose discreta da outra pálpebra, que desaparece espontaneamente após a correção cirúrgica da retração. Em 1 caso, necessitamos de corrigir esta ptose, pois ela persistiu por um período de 6 meses.

Operamos 6 pálpebras de 6 pacientes do sexo feminino, portanto casos de retrações unilaterais. As pacientes foram acompanhadas por períodos de 6 a 18 meses. Observamos cura completa da retração da pálpebra superior, sem distorções da borda ciliar, com resultado cosmético satisfatório e sem recidivas. Obtivemos movimentação normal das pálpebras e perfeita oclusão pós-operatória (Figs. 1A, 1B, 2A, 2B, 2C, 2D).

RESUMO

Um dos mais preocupantes componentes das alterações oculares e orbitárias que acompanham a doença de Graves é a deformidade de posição das pálpebras, comumente chamada de "retração palpebral". A retração palpebral é causada por contração e fibrose do músculo elevador, hiperatividade do músculo de Müller e aderências inflamatórias subcutâneas.

A cirurgia descrita como miotomia marginal, alonga o complexo-elevador sem seções completas do músculo elevador, músculo de Müller ou tarso. Dispensa também o emprego de esclera. A miotomia marginal é uma técnica simples que oferece resultados excelentes.

SUMMARY

Eyelid retraction, a manifestation of thyroid ophthalmopathy, often continues even after the systemic disease has been successfully treated. Upper lid retraction is not only cosmetically deforming, but contributes to corneal and conjunctival exposure.

Upper lid retraction is generally due to the overaction of Müller muscle and abnormal adhesions between the anterior levator aponeurosis and the overlying tissues.

The surgical procedure described here has been designed for lengthening the levator complex by way of too partial-width myotomy incisions. Our results have been excellent both in terms of lid position as well as eyelid contour.

Unitermos: Retração palpebral, miotomia marginal.
Unitermos: Upper lid retraction, marginal myotomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADLER, F. H. — Physiology of the eye. Ed. 6, St. Louis, C. V. Mosby Co., 1975, p. 15.
- BLODI, F. C. — Ophthalmology of Grave's disease, in New Orleans Academy of Ophthalmology: Symposium on Surgery of the Orbit and Adnexa, New Orleans, 1973, St. Louis, C. V. Mosby Co., 1974, p. 101-111.
- CALLAHAN, A. — Levator recession. Arch. Ophthalmol., 73: 800, 1965.
- FLANAGAN, J. C. — Eye sclera in oculo-plastic surgery. Ophthalmic Surg., 5: 45, 1974.
- GOLDSTEIN, I. — Recession of the levator muscle for lagophthalmos in exophthalmic goiter. Arch. Ophthalmol., 11: 389, 1934.
- GROVE, A. S. — Orbital disease: Examination and diagnostic evaluation. Ophthalmology, 86: 854, 1979.
- GROVE, A. S. — Levator lengthening by marginal myotomy. Arch. Ophthalmol., 98: 1433, 1980.
- HENDERSON, J. W. — Relief of eyelid retraction: A surgical procedure. Arch. Ophthalmol., 74: 205, 1965.
- ELVERSTON, E. M. & COFIELD, D. D. — Indications for marginal myotomy and technique. Am. J. Ophthalmol., 70: 574, 1970.
- ILIFF, C. E.; ILIFF, W. J.; ILIFF, N. T. — Oculoplastic surgery. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1979, p. 152.
- KROCZEK, S. E.; HEYDE, E. L.; HELVERSTON, E. M. — Quantifying the marginal myotomy. Am. J. Ophthalmol., 70: 204, 1970.
- MORAN, R. E. — Correction of exophthalmos and levator spasm. Plast. Reconstr. Surg., 18: 411, 1956.
- FUTTERMAN, A. M. & URIST, M. — Surgical treatment of upper eyelid retraction. Arch. Ophthalmol., 87: 401, 1972.
- FUTTERMAN, A. M. & URIST, M. — A simplified levator palpebrae superioris muscle recession to treat overcorrected blepharoptosis. Am. J. Ophthalmol., 77: 358, 1974.
- FUTTERMAN, A. M. & URIST, M. — Müller's muscle-conjunctival recession. Arch. Ophthalmol., 93: 619, 1975.