

## UMA NOVA TENTATIVA PARA A CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ENTRÓPIO SUPERIOR \*

Prof. Eloy Pereira

De há muito tempo vimos nos defrontando com problemas na escolha da "técnica ideal" para a correção do entrópio palpebral superior cicatricial.

Nunca tivemos a satisfação de encontrá-la, ou por incompetência cirúrgica própria na execução das mesmas ou por aplicação inadequada da técnica para o determinado caso ou ainda por falhas das próprias técnicas cirúrgicas a disposição.

Partindo da premissa de que havia necessidade de se pesquisar um pouco mais para a procura de uma técnica melhor foi que nos aventuramos em procurá-la. Assim é que começamos a pesquisar uma forma capaz de: 1.º — remover total ou parcialmente o tarso fibrosado e retraído; 2.º — restabelecer uma novo arcabouço para a pálpebra superior que impeça o toque dos cílios na córnea.

Foi assim que imaginamos um "modelo" de tarso artificial, feito de SUPRAMID EXTRA FOIL 0,2 mm (S. Jackson, Inc. — Washington — DC).

Para implantá-lo no interstício palpebral, ABAIXO do m. orbicular procedemos uma abertura tangencial e longitudinal à linha grei para a exposição do tarso fibrosado, incisão esta que partindo a 1 a 2 mm do punctum lacrimal atinge ou vai até 2 a 3 mm da comissura lateral. A aspiração continua é necessária a fim de facilitar uma boa incisão no que tange a sua regularidade. Para apoiar a pálpebra posteriormente usamos uma placa palpebral e fazemos

também uma infiltração com carpule anestésico c/ vaso constrictor. Uma vez completada a incisão, aprofundamo-la para completa exposição do futuro leito do implante, assim como para facilitar a tarsotomia. Limpada a área receptora, modelamos na hora o implante, conforme figura \* pois que as suas dimensões dependerão do tamanho da pálpebra e do futuro leito receptor. Colocamos o implante no local e procedemos a sutura contínua dos lábios da ferida com mononylon 6-0.

Devemos observar que o cirurgião deverá evitar durante a dissecação da área, qualquer perfuração da pele ou conjuntiva palpebral, pois que se a extremidade do implante encontrar um pertuito facilmente se exteriorizará e terá de ser removido posteriormente \*. Este fato, tivemos a ocasião de comprovar, conforme a demonstração fotográfica.

Estatisticamente temos acompanhado 7 pálpebras, sendo algumas com mais de 1 ano com o implante e o resultado tem sido animador, motivo pelo qual exponho a minha experiência nesta tentativa para que os colegas passem a executá-la e observar os resultados para uma futura sedimentação da mesma, dentro das bases mais honestas possíveis da oculística, isto é, apresentação de uma técnica que estatisticamente comprove sua eficácia.

Campo Grande, maio de 1977

\* Trabalho apresentado ao XIX Congresso Brasileiro de Oftalmologia (1977 — Rio de Janeiro). Universidade Estadual de Mato Grosso. Departamento de Medicina. Titular da Disciplina de Oftalmologia.