

APLICAÇÃO DA TARSO — CONJUNTIVOPLASTIA (TÉCNICA DE RODRIGUEZ BARRIOS) PARA CONTENÇÃO DE IMPLANTES INTRA-ESCLERAIS OU INTRA-TENONIANOS. *

João Angelo Paccola

INTRODUÇÃO:

Uma grande variedade de alterações órbito-palpebrais de ordem estética e funcional é observada em pacientes que sofreram evisceração ou enucleação simples, isto é, sem a colocação de um implante intra-escleral ou intra-tenoniano.

O mais importante é que a perda de volume orbitário causada por estas cirurgias, produz uma cavidade funda, côncava, inerte, que exige para preenche-la uma prótese grande e pesada. Se observa também que nestas condições dificilmente se consegue devolver uma estética natural ao paciente. Posteriormente sobrevêm outros problemas, como seja a produção de secreção muco-catarral causada pela irritação constante da mucosa de revestimento e mantida pela falta de funcionalidade da cavidade e do fluxo lacrimal.

Também a pálpebra inferior perde a tonicidade do elemento tarso-ligamentar, fica flácida e arqueada, devido ao peso exagerado da prótese. A conjuntiva, sofrendo esta irritação crônica e persistente, desenvolve um processo fibrótico do tipo retrátil, que a pouco e pouco diminui a profundidade dos fórnices a ponto de impedir o uso da prótese.

Não nos convém neste trabalho considerar minuciosamente estes problemas, mas sim ressaltar a importância da presença de um implante na cavidade, porque, quando se devolve à órbita o volume ocular perdido e se mantém as suas condições anatômicas e funcionais, não se observa o aparecimento destas complicações em nenhuma oportunidade. Por outro lado, a prótese é de mais fácil adaptação, mais leve e fina, devolvendo ao paciente a sua fisionomia natural. Há uma boa amplitude de movimentos do implante, o fluxo lacrimal se processa normalmente, o que contribui para diminuir muito a produção de secreção conjuntival.

TÉCNICA UTILIZADAS:

Infelizmente, por melhor que seja executada a cirurgia, por melhor que seja o implante, não se consegue a sua aceitação em 100% dos casos. Existem complicações pós-operatórias já muito bem relatadas por vários autores que se dedicam a este estu-

do. Dentre elas preocupou-nos neste trabalho a **exposição do implante**, isto é a condição em que ele entra em contato com o meio exterior através de uma abertura do seu recobrimento conjuntivo-tenoniano. Ora, sabemos que a órbita não aceita nenhum corpo estranho em contato com o meio exterior, e se essa condição persistir, o implante será fatalmente expulso.

Devemos pois, intervir imediatamente, visando a restauração do seu recobrimento total, a fim de salvaguardá-lo.

Existem casos em que no pós-operatório imediato notamos a deiscência da sutura conjuntival. Acharmos que esta complicação pode ser causada por uma falha na execução da sutura, pelo uso de um implante de maior volume que leva a um excesso de tensão, ou pelas próprias condições da conjuntiva que às vezes se apresenta fina e frágil, como acontece em olhos glaucomatosos e estafilomatosos.

Nestes pacientes efetuamos o debridamento dos bordos da ferida, a dissecação da conjuntiva e da tenon circunvizinha, a fim de permitir a coaptação e fechamento dos bordos da deiscência. Em nenhum destes casos observamos recidiva da complicação. (Quadro I).

QUADRO I

DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR HOSP. SÃO GERALDO Enucleações efetuadas entre 1968 a 1975 — 130 casos			
COMPLICAÇÃO: DEISCÊNCIA DA SUTURA CONJUNTIVAL			
Casos	Observação	Reaproximação	Resultado
1) A.P.M.	7º dia	sim	bom
2) M.D.S.	8º dia	sim	bom
3) F.T.O.	9º dia	sim	bom
4) C.A.F.	14º dia	sim	bom
5) L.G.P.	57º dia	sim	bom

Existem outros casos, no entanto, em que a área de exposição é maior, onde o tecido escleral exposto já se apresenta necrótico, deixando entrever a esfera de Mules. Nesta oportunidade, fazemos a remoção do tecido necrótico, reavivamos os bordos da ferida, trocamos a esfera por outra de menor volume, e voltamos a suturar plano por plano por sobre o implante: esclera, tenon e conjuntiva (Quadro II — casos 1 a 5). Em outros casos (Quadro II — casos 6 a 12) efetuamos o recobrimento conjuntivo-

tenoniano por sobre um disco de esclera conservada fixado às bordas da ferida, utilizando um transplante bipedicular de conjuntiva e tenon do fórnice superior, fazendo um enxerto livre de mucosa labial na área doadora do transplante (Fig. 1).

QUADRO II

DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR
HOSPITAL SÃO GERALDO
Enucleações Efetuadas entre 1968 a 1975 — 130 casos

Casos	Observação	Resultado
1) V.P.A.	9º mês	bom
2) V.V.S.	3º dia	bom
3) J.D.S.	8º dia	expulsão
4) N.F.C.	11º dia	bom
5) A.A.S.	25º dia	expulsão
6) M.A.R.	39º dia	bom
7) N.F.C.	12º dia	bom
8) S.M.R.	23º dia	bom
9) H.G.B.	14º dia	bom
10) B.R.T.	8º dia	bom
11) E.C.M.	13º dia	bom
12) E.M.L.	28º dia	bom
13) E.P.	25º dia	bom
14) M.G.	86º dia	bom
15) R.A.P.	26º dia	bom
16) S.P.G.	37º dia	bom
17) S.G.B.	42º dia	expulsão
18) J.G.G.	142º dia	bom

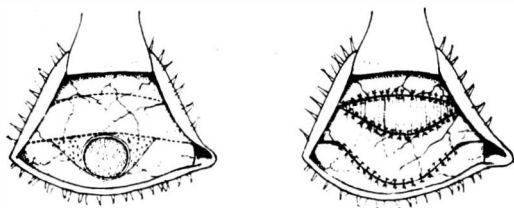


Fig. 1 — Esquema da confecção do retalho bipedicular conjuntivo-tenoniano, retirado do fórnice superior para cobrir a área central de exposição do implante. A região doadora é recoberta por um enxerto livre de mucosa labial.

No Quadro II mostramos a incidência destas complicações em 130 enucleações com implantes realizadas no Departamento de Plástica Ocular do Hospital São Geraldo no período de 1968 a 1975 e os resultados obtidos com a utilização destes recursos.

Reconhecendo que a Tarso-Conjuntivo-Ceratoplastia, descrita em 1973 por Rodriguez Barrios e col. (Ref. 3), para tratamento de úlceras de córnea, é um recurso de valor para evitar uma eminente perfuração ocular, resolvemos aplicá-la nos pacientes enucleados ou eviscerados que apresentavam exposição do implante (Quadro II, caso de 13 a 18). Acharmos que o transplante composto de tarso e conjuntiva é mais rijo, mais seguro e sua "pega" é facilitada pelo pedículo ricamente vascularizado que o une ao fórnice superior. Em ape-

nas um caso (17.º) observamos a expulsão da esfera de Mules em consequência de infecção pós-operatória imediata.

TÉCNICA DE RODRIGUEZ BARRIOS:

O procedimento cirúrgico resume-se em 3 tempos (Fig. 2):

1) Preparação da área de exposição do implante, com delimitação e dissecação do leito receptor, extirpando-se as áreas necrosadas (Fig. 2A).

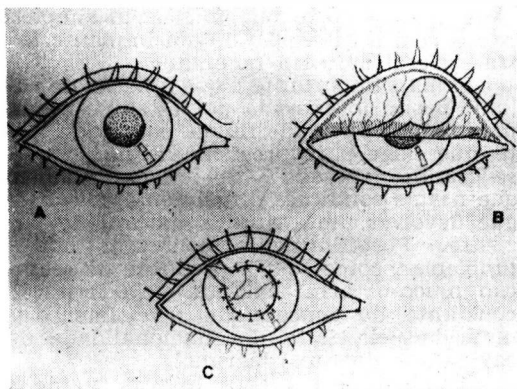


Fig. 2 — A — mostra a área de exposição do implante. B — delimitação do transplante pediculado. C — fixação do transplante aos bordos da ferida.

2) Preparação do transplante:

Eversão da pálpebra superior com auxílio do retrator de Desmarres. Uma sutura passada no bordo palpebral e fixada no campo operatório facilitada a exposição da face posterior da pálpebra.

Delimitação e dissecação do disco Tarso-Conjuntival, que deve ser um pouco maior do que a área receptora, respeitando a conexão do disco com o pedículo.

Preparo final do transplante, que após a dissecação do pedículo toma a forma de uma raquete fixada ao fórnice superior. (Fig. 2B).

3) Sutura do enxerto ao leito receptor com pontos separados (Fig. 2C).

Em um segundo tempo operatório, usualmente realizado após 20 a 25 dias, precede-se a simples incisão do pedículo junto aos seus pontos de fixação.

CASUÍSTICA E RESULTADOS: —

1.º Caso: — E.P.

28/04/75: Submetido a evisceração com implante e conservação de córnea — Técnica de Burch (Ref. 1).

23/08/76: Exposição do implante, tendo este sido retirado e substituído por outro de tamanho menor.

01/09/76: Nova exposição. Realizada a cirurgia de Rodriguez Barrios. Resultado: bom.

2.º Caso: — M.C.

15/03/76: Evisceração com implante e conservação de córnea — Técnica de Burch.

11/06/76: Exposição do implante. Realizada a cirurgia de Rodriguez Barrios. Resultado: bom.

3.º Caso: — R.A.P.

10/06/76: Enucleação com implante intra-tenoniano — Técnica de Eduardo Soares (Ref. 4).

05/07/76: Deiscência central com exposição do implante. Realizada a cirurgia de Rodriguez Barrios. Resultado: bom (Fig. 3 e 4).

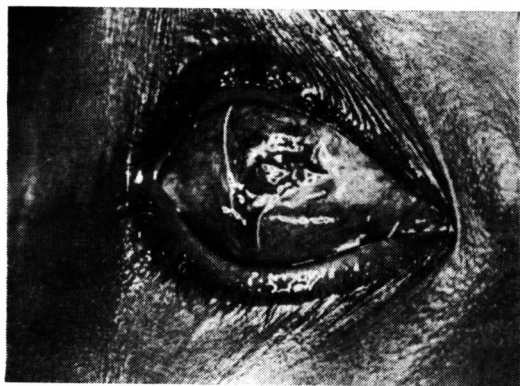


Fig. 3 — Caso de enucleação com implante (técnica de Soares), apresentando uma área central de deiscência do recobrimento do implante.

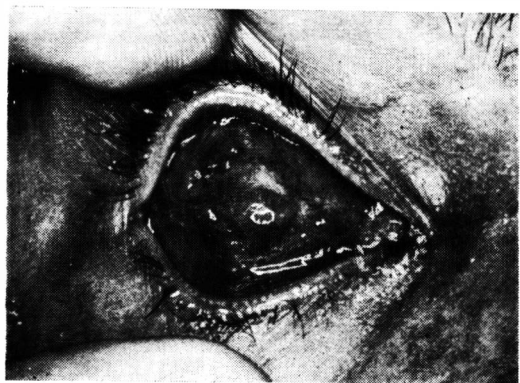


Fig. 4 — Mesmo caso da fig. 3 após a secção do pedículo da tarso-conjuntivoplastia efetuada sobre a área de necrose.

4.º Caso: — S.P.G.

11/05/62: Evisceração simples.

16/07/76: Realizada a colocação de implante tardio — Técnica de Eduardo Soares

(Ref. 5) — associada à reconstrução dos fórnices.

23/08/76: Deiscência central da sutura com exposição do implante. Realizada a cirurgia de Rodriguez Barrios. Resultado: bom.

5.º Caso: — S.G.B.

08/05/72: Evisceração com conservação de córnea e implante de Mules.

20/06/76: Exposição central do implante. Realizada a cirurgia de Rodriguez Barrios. Resultado: infecção pós-operatória. Nova deiscência. Expulsão do implante.

6.º Caso: — J.G.G. (Figs. 5, 6, 7 e 8)

03/02/76: Evisceração com implante e conservação de córnea — Técnica de Burch.

25/06/76: Exposição do implante. Realizada a cirurgia de Rodriguez Barrios. Resultado: bom.

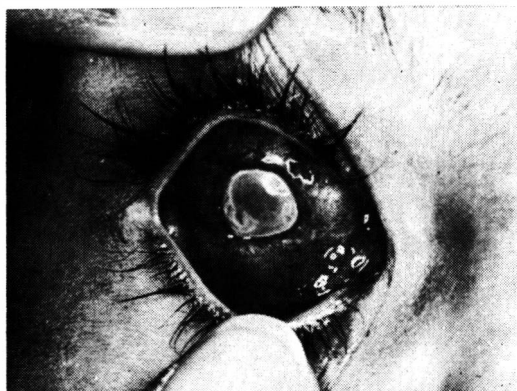


Fig. 5 — Caso de evisceração com implante (técnica de Burch), apresentando extensa área de necrose da córnea, deixando a esfera de Mules em contato com o meio exterior.

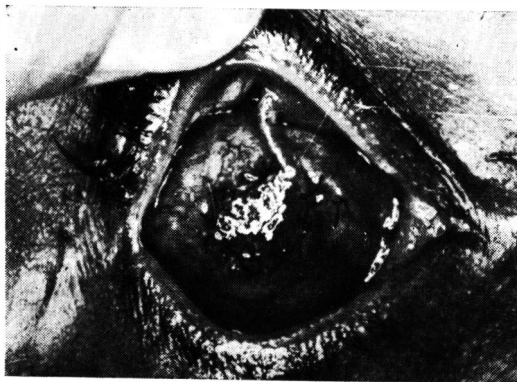


Fig. 6 — Fixação do transplante tarso-conjuntival sobre a área de exposição.



Fig. 7 — Integração total do transplante ao continente esclero-corneano, assegurando total sepultamento do implante. A área doadora do enxerto epiteliza-se espontaneamente, sem deformar o esqueleto palpebral e sem comprometer a amplitude do fórnice superior.

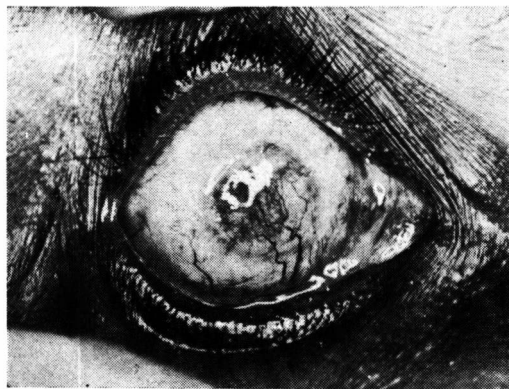


Fig. 8 — Aspecto final do procedimento, mostrando a cavidade pronta para receber uma lente escleral «pintada».

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:

Julgamos que a técnica proposta preenche as suas finalidades. É de fácil execução, o enxerto tarso-conjuntival é mais rijo, e ricamente vascularizado para assegurar a sua “pega” sobre o implante exposto. Reconstitui o continente, assegurando o total sepultamento da esfera, impedindo assim a sua expulsão. Tem ainda a vantagem de manter o volume orbitário. A cicatrização da área doadora não exige reparação secundária e não causa diminuição da amplitude do fórnice superior.

RESUMO

O autor apresenta os resultados obtidos com o emprego da Tarso-Conjuntivoplastia de Rodriguez Barrios, em seis casos onde houve exposição do implante intra-escleral ou intra-tenoniano, ressaltando a mais fácil execução desse procedimento e a segura contenção do implante, em comparação com outros tipos de cirurgia até agora realizadas.

SUMMARY

The author presents the results achieved performing the Rodriguez Barrios's Technique in six cases when occurred exposition of the intra-scleral or intra-tenonian implant, emphasizing the easier execution of this procedure and the safe contention of the implant compared to other types of surgery up to now performed.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BURCH, F. E. — Evisceration of the globe with scleral implant and preservation of the cornea. Trans. Amer. Ophth. Soc., 37:272, 1939.
2. GALVAO, P. G. e ROCHA, H. — Our experience with the Tarso-Conjuntivo-Keratoplasty (Rodriguez Barrios's technique). III World Congress of the Society of Surgeons, El Salvador, San Salvador, 1975.
3. RODRIGUEZ BARRIOS, R., MEERHOFF, E. e ZYLBERGLATJ, F. — Tarso — Conjuntivo — Keratoplastie. — Bull. Mém. Soc. Fr. Ophthal., 96:65-76, 1973.
4. SOARES, E. J. C. — Enucleação: uso de esclera como implante intra-tenoniano. Anais do II Congresso Luso-Hispano-Brasileiro de Oftalmologia, 155-168, 1972.
5. SOARES, E. J. C. — Implante tardio: uso da esclera com conservação de córnea. Rev. Bras. Oftalm., 33:493, 1974.