

Implante pré-tarsal de peso de ouro para correção do lagofalmo. Estudo preliminar⁽¹⁾

Implantation of a gold weight in the prevarsal space

Marcos Carvalho da Cunha⁽²⁾

José Vital Filho⁽²⁾

Ovidio Soccol⁽²⁾

Geraldo Vicente de Almeida⁽³⁾

RESUMO

Implantação de um peso de ouro na região pré-tarsal foi realizada em 3 pacientes com lagofalmo paralítico irreversível. Essa técnica, já antiga (Smellie, 1965), vem ganhando novo interesse através de modificações, como a associação de um pequeno retrocesso da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior (Seiff, 1989).

Nossos 3 pacientes submetidos a esse tratamento cirúrgico apresentaram melhora clínica objetiva e subjetiva. O acompanhamento foi de 4 a 8 meses. Mais casos são necessários para uma avaliação prognóstica definitiva.

Palavras-chave: Lagofalmo, Paralisia facial, Músculo orbicular do olho.

INTRODUÇÃO

O lagofalmo pode ser definido como um fechamento incompleto das pálpebras. Esta alteração da posição das pálpebras pode ter várias causas, incluindo paresia ou paralisia do músculo orbicular do olho.

A função do nervo facial pode estar abolida temporária ou permanentemente, devido a uma variedade de afecções, tais como tumores, traumatismos, infecções, cirurgias e de forma idiopática (incluindo a paralisia de Bell).

A exposição da córnea ao ar e a ausência do piscar pode produzir alterações corneais, às vezes irreversíveis, no lagofalmo paralítico. Várias medidas clínicas são utilizadas, de acordo com a natureza e a gravidade de cada caso, como colfrios, pomadas lubrificantes, curativo oclusivo e lentes de contato hidrofílicas, com a finalidade de prevenir tais complicações.

Quando as alterações corneais ocorrem apesar do tratamento clínico, a indicação cirúrgica deve ser

aventada. Para correção do ectrópio da pálpebra inferior, são utilizadas técnicas que a encurtam no sentido horizontal. As mais utilizadas são a do retalho tarsal⁽¹⁾, a modificação de Kuhnt-Szymanowski por Smith⁽²⁾, a técnica de Bick⁽³⁾ e a cantoplastia medial de Lee⁽⁴⁾.

A tarsorafia também é comumente empregada, mas tem o inconveniente de diminuir o campo visual⁽⁵⁾ e modificar a estética facial.

Na tentativa de resolver esses problemas e proporcionar uma melhor dinâmica palpebral, várias técnicas de implantes palpebrais têm sido utilizados. Assim, Sheehan utiliza um implante de malha de tântalo na pálpebra superior⁽⁶⁾ e Morel-Fatio e Lalardrie⁽⁷⁾ uma mola de aço colocada na pálpebra superior.

O implante de um peso de ouro para promover o fechamento da pálpebra superior, através do efeito da gravidade, foi primeiramente descrito por Smellie⁽⁸⁾. Esse material foi escolhido dentre outros metais, em decorrência de sua alta densidade ($19,32 \text{ g por cm}^3$), pouca reativida-

(1) Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

(2) Departamento de Plástica Ocular, Órbita e Vias Lárimais.

(3) Chefe da Clínica Oftalmológica.

de dos tecidos e por possuir coloração semelhante à da pele.

Seiff⁽⁹⁾ recomenda a implantação do material na região pré-tarsal, combinada com um pequeno retrocesso da aponeurose do músculo levantador da pálpebra.

No presente estudo, relatamos a nossa experiência com esta técnica em 3 casos de lagofálico consequente a paralisia facial unilateral.

PACIENTES E MÉTODOS

A paralisia facial, em um dos casos, ocorreu após ressecção de neurinoma do acústico (masc. 72a); em outro, após ressecção de meningioma cerebral (fem. 67a.) e, no terceiro, sem causa aparente (fem. 71a.). Dois pacientes apresentavam o quadro há vários anos, sem modificação, e a paciente portadora de meningioma contava com 1 mês de evolução.

Todos os pacientes foram fotografados antes e depois a operação e o resultado anatômico e os sintomas foram correlacionados.

O resultado foi considerado satisfatório quando se conseguiu fechamento completo das pálpebras e melhora dos sintomas pré-operatórios de ceratite, úlcera corneal e irritação ocular. Os pesos, fabricados com ouro puro (99. 99 %), são ligeiramente curvos para acompanhar a anatomia da pálpebra superior.

As dimensões são geralmente de 13 mm de comprimento (variável) por 5 mm de altura e 1 mm de espessura (fixos). Três orifícios são confeccionados no peso para sua fixação na placa tarsal (Fig. 1). Os pesos das peças variam de 0.6 a 1.6 gramas, com incrementos de 0.2 em 0.2 g.

O peso apropriado é escolhido através de sua fixação prévia na pálpebra superior com fita adesiva. O peso ideal deve deixar a pálpebra superior 2 mm abaixo do limbo, quando o olho estiver aberto, e proporcionar fechamento completo quando requisitado.

Os pesos são esterilizados em autoclave.

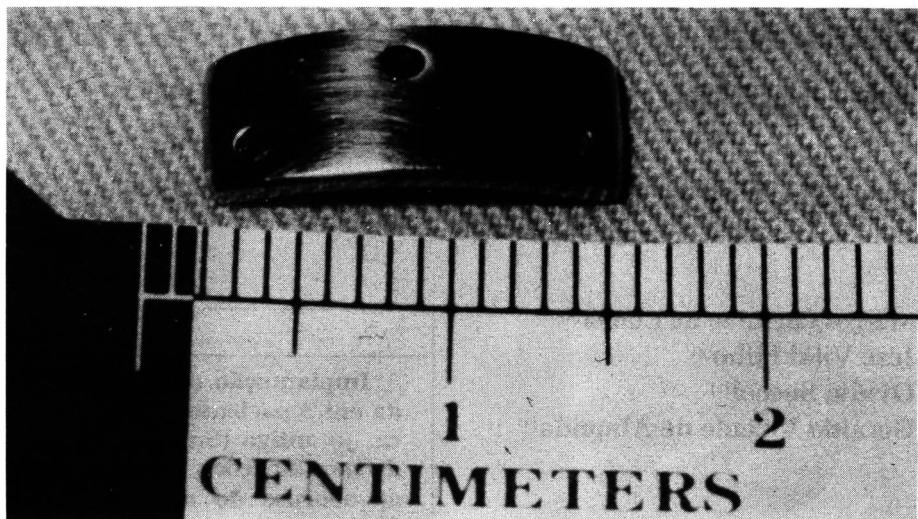


Fig. 1 – Configuração anatômica do implante de ouro.

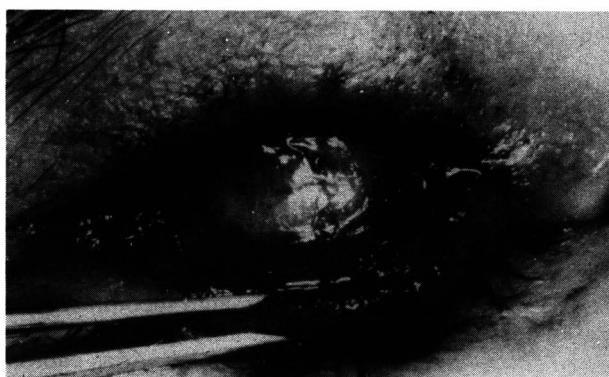


Fig. 2 – Superfície anterior da placa tarsal

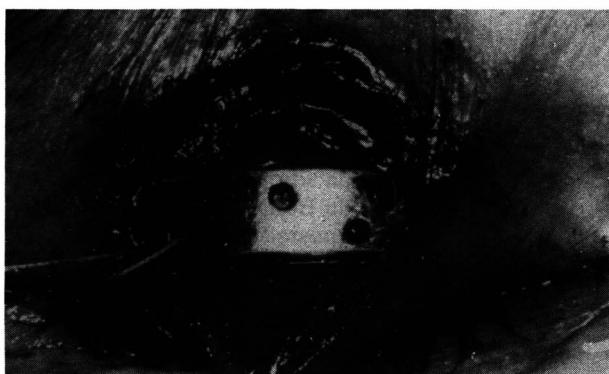


Fig. 3 – O peso de ouro é centrado sobre a placa tarsal desnuda e suturado diretamente ao tarso.

A técnica cirúrgica utilizada foi a de Seiff e cols.⁽⁹⁾

Anestesia local é conseguida através de gotas tópicas de colírio de proparacaina a 0.5% e injeção subcutânea de 1.5 ml de xilocaina a 2% com epinefrina, na concentração de

1:200.000, na pálpebra superior. O sulco palpebral é marcado com caneta especial ou verde brilhante. Uma sutura de seda 4-0 é colocada na margem palpebral para promover tração inferior durante a cirurgia.

É feita uma incisão na pele e no

músculo orbicular, horizontalmente, com lâmina de bisturi número 15. O espaço pré-tarsal é dissecado com tesoura. A aponeurose do levantador da pálpebra é descolada da região pré-tarsal no local planejado para inserção do peso, o que provoca, adicionalmente, um pequeno retrocesso dessa membrana (Fig 2). Hemostasia do local é realizada com coagulador bipolar. O peso, previamente escollhido, é centrado na área tarsal desnuda e fixado diretamente ao tarsos com três pontos de seda ou mersilene 6-0 (Fig 3). A região da incisão é irrigada profusamente com solução antibiótica. O músculo orbicular é fechado com sutura de Vicryl 6-0. A sutura de tração é removida e a pele é suturada com fio de seda ou nylon 6-0. Pomada antibiótica é colocada no local da sutura e um curativo oclusivo é aplicado por 24 horas.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Obtivemos melhora dos sintomas e bom fechamento pálpebral em todos os casos (fig 4). Cirurgias adicionais para pálpebra inferior foram realizadas em dois pacientes, sendo retalho tarsal em um e cantoplastia medial em outro.

Utilizamos pesos de ouro de 1.2 g em dois pacientes e 1.0 g em outro.

No período pós-operatório, notamos edema discreto da pálpebra superior, que regrediu após alguns dias. Não observamos nenhum caso de infecção ou extrusão do implante até o presente momento. O acompanhamento foi de 120 dias a 10 meses.

Não devemos considerar o lagofátnio paralítico como problema exclusivo da pálpebra inferior. A pálpebra superior é mais importante na proteção do globo ocular e encontra-se parética, não realizando movimento para baixo quando requisitada.

O peso de ouro não interfere na elevação da pálpebra, mas faz com que ela desça quando o músculo elevador relaxa durante o reflexo de

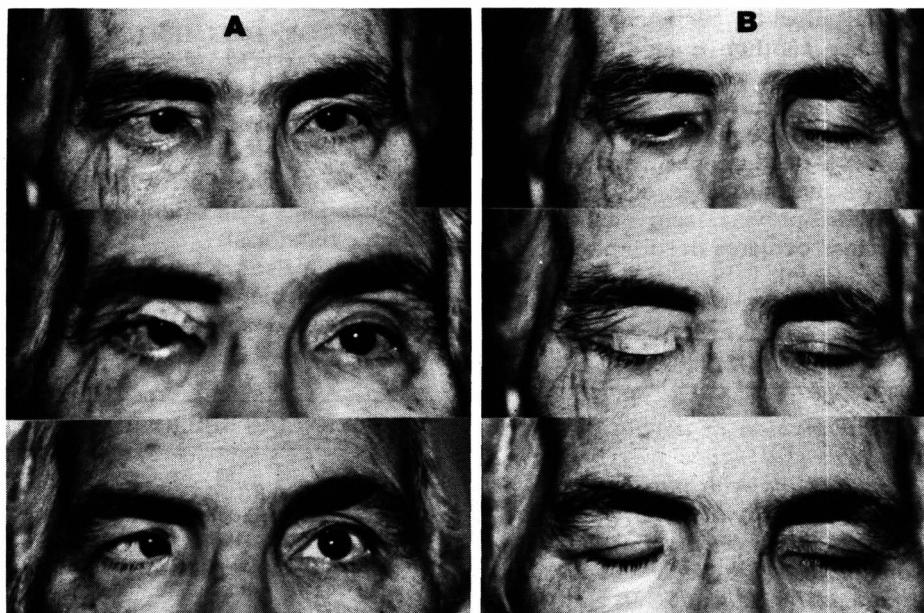


Fig. 4 – Paciente do sexo fem., 67 anos, com paralisia facial à direita devido a ressecção de meningocele intracraniano. Note concomitantemente paralisia do VI nervo ipsilateral.

Acima – Aparência pré-operatória. (A) Com os olhos abertos (B) Tentativa de fechamento.

Centro – Determinação pré-operatória do peso ideal. (A) Peso apropriado sob a pálpebra. (B) Fechamento passivo.

Abaixo – Aparência no 3º mês pós-operatório, associado a cantoplastia medial. (A) Olhos abertos (B) Olhos fechados. Note desaparecimento da hiperemia conjuntival.

piscar, no fechamento pálpebral voluntário ou durante o olhar para baixo.

Tarsorrafia tem sido tradicionalmente utilizada quando uma ceratopatia de exposição se desenvolve em pacientes com paralisia facial. Apesar dessa técnica promover boa proteção, a cirurgia pode levar a restrições do campo de visão bem como a perturbação estética indesejável.

O implante do peso de ouro pode ser bastante efetivo em pacientes com enfraquecimento do nervo facial. Preferimos selecionar esta técnica, ao contrário de Seiff⁽⁹⁾, em pacientes que possuam somente quadros irreversíveis de paralisia facial. Em quadros temporários, acreditamos que o tratamento clínico seja o mais efetivo e menos dispendioso.

A técnica cirúrgica para implantação do peso de ouro é relativamente simples e, após a seleção do peso correto, a pálpebra deve abrir e fechar normalmente. Apesar de seu funcionamento ser dependente do

fator gravitacional, fechamento em posição supina pode ser conseguido durante o repouso com elevação da cabeça⁽¹⁰⁾.

Nossos resultados com esta técnica são animadores, porém maior número de casos é necessário para que se possa fazer uma avaliação definitiva. Outros autores relatam alto índice de sucesso com a implantação do peso de ouro na pálpebra superior para correção do lagofátnio paralítico. May e cols. apresentam um estudo de 94 casos de pesos implantados no septo orbitário unilateralmente, com 91% de êxito. Os casos de insucesso foram devido ao aparecimento de Ptose (4.5%) e persistência de lagofátnio (4.5%), no período pós-operatório. Seiff e cols. com técnica idêntica à utilizada no nosso trabalho, em um grupo de 17 pacientes operados unilateralmente, obteve 82% de sucesso. Foram considerados insucessos 3 pacientes (18%). Em dois casos, o implante teve de ser removido devido ao edema e hipe-

remia palpebral persistentes, em outro caso não houve melhora dos sintomas e da exposição corneal, necessitando tarsorrafia.

Devemos lembrar que o implante do peso de ouro pode ser utilizado em pacientes que se submeteram a cirurgias prévias, sem melhora dos sintomas oculares decorrentes da paralisia facial.

SUMMARY

Implantation of a gold weight in the pretarsal space was performed on 3 patients with paralytic lagophthalmos. This old technique (Smellie, 1965) has been showing revived interest through some changes, introduced by Seiff (1989), that induced a limited levator recession.

Our 3 patients submitted to this surgical treatment showed clinical improvement. All of them has been followed up from 4 to 8 months. More cases will be necessary to reach definite conclusions regarding late prognosis.

AGRADECIMENTOS

- Ao Dr. Carlos F. Uesugui pela realização das fotos peroperatórias.
- Ao Prof. Dr. Carlos Ramos de Souza-Dias pela orientação científica e redatorial.
- Ao Sr. Nelson Kaoru Kashiwabara, pela paciência e capacidade na moldagem dos pesos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, R.L. & GORDY, D.D. – The tarsal strip procedure. *Arch. Ophthalmol.*, 1979, 97: 2192-2196.
2. CALLAHAN, A. – Surgery of the Eyelids and Ocular Adnexa. Birmingham, Ala, Aesculapius Publishing Co., 1966, pp140-157.
3. BICK, M.W. – Surgical management of orbital tarsal disparity. *Arch. Ophthalmol.*, 1966, 75: 386-389.
4. LEE, O.S.: An Operation for correction of everted lacrimal puncta. *Am. J. Ophthalmol.*, 34: 575-1951.
5. MAY, M. – Gold weight and wire spring implants as alternatives to tarsorrhaphy.
6. SHEEHAN, J.E. – Progress in correction of facial palsy with tantalum wire and mesh. *Surgery* 1950; 27: 122-5.
7. MOREL – FATIO, D. & LALARDRIE, J.P. – Palliative surgical treatment of facial paralysis: the palpebral spring. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1964, 33: 446-456.
8. SMELLIE, G.D. – Restoration of the blinking reflex in facial palsy by a simple lid-load operation. *Br. J. Plast. Surg.*, 1966, 19: 279-283.
9. SEIFF, S.R., SULLIVAN, J.H., FREEMAN, L.N., & AHN, J. – Pretarsal fixation of gold weights in facial nerve palsy. *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.* 1989, vol. 5, nº 2.
10. JOBE, R.P. – A technique for lid loading in the management of the lagophthalmos of facial palsy. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1974, 53: 29-32.
11. HABAL, H.B. – On lid loading in the management of lagophthalmos. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1974, 54: 211.
12. MICHELI – PELLEGRINI, D. – More on lid-loading in the management of lagophthalmos. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1975, 55: 482.