

Reconstrução do canto medial e lateral*

Mansueto Martins Magalhães ** & João Orlando Ribeiro Gonçalves ***

INTRODUÇÃO

A estrutura das pálpebras no canto medial é de certo modo mais complexa do que a do canto lateral, pela presença do sistema lacrimal excretor (ponto lacrimal, canaliculo e saco lacrimal).

Lacerações, perda de substância, pregas e cicatrizes do canto medial são mais difíceis de serem reparadas ou eliminadas. A restauração do canal lacrimal é indispensável e não é fácil, mesmo contando com o auxílio do microscópio cirúrgico. Sua preservação é importante e só devemos sacrificá-lo quando estivermos diante de uma lesão maligna profunda, obedecendo normas de segurança para o paciente.

Alguns fatores dificultam a cirurgia do canto medial:

- presença do canal lacrimal;
- área muito restrita, oferecendo poucas alternativas de transplante pediculado ou deslissamento de pele;
- não contamos com a cantotomia e cantólise como no canto lateral nem com a cantorrafia, por causa da deformidade aparente e indesejável se cobrirmos a carúncula e a prega semilunar.

No canto lateral a área é bastante ampla e bem mais acessível, dispomos da região fronto zigomática que nos oferece melhores recursos para a cirurgia e não contamos com a limitação imposta pelo nariz e pelo canal lacrimal.

MATERIAL E MÉTODO

Em levantamento realizado no fichário do Serviço de Plástica Oftálmica e Anexos Oculares da Clínica Oftalmológica do Hospital Getúlio Vargas de Teresina Pi, encontramos 29 fichas de pacientes portadores de lesões tumorais que foram operados no período de 1972 a 1980, sendo vinte e dois (22) pacientes portadores de lesões do canto medial e sete (7) do canto lateral, como mostram os quadros que se seguem:

Lesões do canto medial

Carcinoma basocelular	14
Hidrocistoma	02
Hemangioma	01
Papiloma epidermoide	01

Nevus pigmentado	01
Cisto seroso	01
Nevus verrucoso	01
Processo inflamatório	01
Total.....	22

Técnicas empregadas na cirurgia do canto medial

Retalho VY da glabella	04
Retalho fronto-medial	04
Z plastia	02
Mustardé (variante)	01
Enxerto de pele livre	01
Exérese simples	10
Total.....	22

Lesões do canto lateral

Carcinoma basocelular	04
Nevus pigmentado	01
Hemangioma	01
Adenocarcinoma de glândula de Meibomius	01
Total.....	07

Técnicas empregadas na cirurgia do canto lateral

Llandolt Hughes (modificada p/Byron Smith)	01
Mustardé (variante)	01
Fricke e Mustardé (variante)	01
Fricke	01
Deslissamento de retalho zigomático lateral	01
Exérese simples	02
Total.....	07

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

As técnicas cirúrgicas empregadas foram adaptadas de acordo com o caso, variando da exérese simples à técnica de Llandolt — Hughes modificada por Byron Smith. A exérese simples foi utilizada apenas nos casos em que a lesão apresentava aspecto benigno, superficial e diâmetro reduzido.

Na reconstrução do canto medial deve-se tomar por base a profundidade e extensão da lesão, sendo as técnicas cirúrgicas mais empregadas:

* Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica do Hospital Getúlio Vargas, de Teresina. Centro de Ciências da Saúde da FUFPI. (Serviço do Prof. João Orlando R. Gonçalves).

** Auxiliar de Ensino da Clínica Oftalmológica.

*** Titular da Clínica Oftalmológica.

Endereço: Mansueto Martins Magalhães. Rua Eliseu Martins, 2061 — CEP 64.000 — Teresina (PI).

- enxerto de pele livre;
- retalho VY da glabella;
- retalho pediculado da região fronto medial.

Nas lesões superficiais utiliza-se o enxerto de pele livre, que é obtido de preferência da região retroauricular.

A pele a ser enxertada, após a limpeza do tecido celular subcutâneo é suturada no leito receptor completamente enxuto, sem qualquer sangramento, deixando-se os fios longos para aperto com um chumaço de algodão embebido em salina sobre o enxerto. Cinco dias após é feito o 1.º curativo, retirando-se o "tie-over".

Nas lesões profundas em que após a ressecção é exposta a parte óssea se utiliza o retalho VY da glabella, que é simples e prático. Duas incisões formando um V invertido na região da glabella são realizadas. Em seguida o retalho é descolado e deslizado para o local onde foi ressecada a lesão e suturado (Fig. 1 e 2).



Fig. 1 — Carcinoma basocelular de canto medial.

Nos casos em que forem incluídas na ressecção as extremidades das pálpebras é utilizado o retalho fronto-medial. Nestes casos a cirurgia será realizada em dois tempos — inicialmente é feita a transposição do retalho fronto-medial; Fig. 3 e 4.

- 20 dias após é feito o 2.º tempo: o pedículo é ressecado, sendo o restante levado para o seu leito de origem.

Em seguida é realizado o desengorduramento da área e refeitas as extremidades das pálpebras. Fig. 5.

A cirurgia de Llandolt-Hughes (modificada por Byron-Smith) foi utilizada apenas no canto lateral. Após a ressecção da lesão conseguimos "flap" de tarso e conjuntiva da pálpebra superior e suturamos inferiormente.

O "flap" é fixado medialmente na pálpebra inferior após uma pequena incisão feita previamente na borda.



Fig. 2 — Resultado cirúrgico após 30 dias (Retalho VY da glabella).



Fig. 3 — Delimitação da lesão e do retalho fronto-medial.

Um "flap" do periósteo de 8 x 5 mm ligado ao flap tarso conjuntiva funciona como tendão lateral.

As complicações ocorridas foram bastante reduzidas:

Canto medial

Ectrópio 01 caso

Canto lateral

Entrópio 01 caso

Recidiva 02 casos

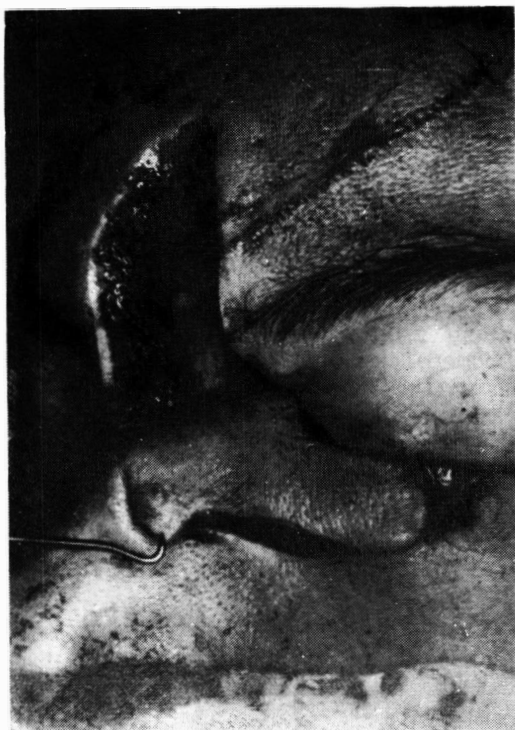


Fig. 4 — Retalho fronto-medial já descolado e pronto para ser suturado.



Fig. 5 — Resultado cirúrgico após 30 dias.

Diante de tais resultados concluímos que o tratamento cirúrgico se mostrou satisfatório. As complicações foram tratadas cirurgicamente, com exceção de uma que faleceu com dois anos de operada.

RESUMO

Os autores analisaram 29 casos de reconstrução de canto medial e lateral em pacientes portadores de lesões



Fig. 6 — Carcinoma basocelular do canto lateral e pálpebra inferior.



Fig. 7 — Resultado cirúrgico após 7 dias. (Deslramento de retalho zigomático lateral).

tumorais, sendo 22 casos de canto medial e sete (7) de canto lateral. O tratamento cirúrgico mostrou-se satisfatório, pois as recidivas e complicações foram bastante reduzidas.

SUMMARY

In 29 patients with eyelid tumors at the medial and lateral canthus, the authors have employed alternative techniques of reconstruction. The surgical treatment was effective, but it was related 2 complications and 2 recidive.

BIBLIOGRAFIA

- CALLAHAN, A. — Reconstruction of the eyelids after extensive malignancy. In: — Symposium on surgery of the orbit and adnexa. Saint Louis, Mosby, 1974, cap. 14, p. 158-74.
- FOX, S. A. — Lid Surgery — Current Concepts, 1972.
- MUSTARDE, J. C. — Reconstruction of eyelids. In: — Repair and reconstruction in the orbital region 2. Ed. Edimburg, Churchill Livingstone, 1971, cap. 2, p. 166-62.
- MUSTARDE, J. C. — Newer points of upper and lower lid reconstruction. In: — MUSTARDE, J. G.; JONES, L. T. & CALLAHAN, A. — Ophthalmic plastic surgery up-to-date. Birmingham, Aesculapius, 1976, cap. 12, p. 152-74.
- ROUGIER, J.; TESSIER, P.; HERVOUVET, F.; WOILLEZ, M.; LEKIEFFRA, M. & DEROME, P. — Les reconstructions palpebrales ou blépharopoièse. In: Chirurgie plastique orbito-palpebrale. Paris, Masson, 1977, cap. 30, 423-44.