

A TÉCNICA DE MUSTARDÉ NA RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR EM 2 ESTÁGIOS (*)

Coleção didática de diapositivos

S. ELOY PEREIRA ()**

Considera-se como base para a reconstrução da pálpebra superior os seguintes fatores:

- 1) Usar a pálpebra inferior para reconstruir a superior seguindo-se a reconstrução da inferior.
- 2) Somente é necessário reconstruir 3/4 do total comprimento da pálpebra superior. O 1/4 restante corre por conta da elasticidade dos tecidos.
- 3) Usar sempre a pálpebra inferior para reconstruir a superior em toda a sua espessura mas nunca a superior para reconstruir a inferior.

DESCRIÇÃO DOS DIAPOSITIVOS

1. Esquematização da técnica de rotação de um retalho palpebral inferior para o preenchimento de um espaço na pálpebra superior.
2. Detalhes do preparo do retalho palpebral inferior. A arteríola marginal nutre o retalho até que o suprimento sanguíneo passe a ser efetuado pelos tecidos vizinhos na pálpebra superior.
3. Esquema do emprego do enxerto mucocartilaginoso em casos de uso de 3/4 ou mais da pálpebra inferior. O enxerto composto mucocartilaginoso é constituído de cartilagem originária do septo nasal e revestido por um dos lados por mucosa nasal.
4. Apresentação de um caso de carcinoma basocelular que envolve 2/3 da pálpebra superior.
5. Demarcação da área a ser excisada. Observe-se a margem de segurança exigida na excisão, cerca de 1 mm a cada lado.
6. Delineamento do retalho na pálpebra inferior e a posição da "dobradiça" pela qual passará o suprimento sanguíneo dado pela arteríola marginal.

(*) Tema Livre apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

(**) Assistente da Cadeira de Oftalmologia da Fac. de Ciências Médicas. Serviço do Prof. Werther Duque Estrada, Hospital de Clínicas Pedro Ernesto. Rio de Janeiro.

7. Remoção do tumor, individualização e fixação do músculo elevado com fio de sêda 5-0, em três pontos distintos.
8. Incisão do retalho, tendo-se o cuidado em não lesar a arteriola marginal em sua posição proximal.
9. Retalho completamente liberado e que se mantém sòmente pela “dobradiça”.
10. Delineamento e incisão do retalho facial. Este será rodado para preencher o espaço deixado pela rotação do retalho da pálpebra inferior.
11. Fechamento da ferida operatória da pálpebra inferior. Emprega-se sutura mononylon 5-0 para a reconstituição da fornix inferior, catgut simples 5-0 para fixação do músculo e sêda prêta 5-0 para o fechamento da pele.
12. Note-se o ponto sepultado (sêda prêta 5-0) de fixação do retalho facial ao periósteo do rebordo orbitário externo acima da inserção do ligamento palpebral externo. Este artifício de técnica evitará a “queda” futura do canto externo.
13. Fechamento da ferida palpebral superior em fase final.
14. Aspecto cirúrgico imediato.
15. Aspecto depois da divisão da “dobradiça”, 20 dias após o tempo cirúrgico principal. Nesta fase o suprimento sanguíneo já se faz plenamente pelos tecidos vizinhos.
16. Aspecto 2 meses e meio após o ato cirúrgico.
17. Resultado final: olho aberto.
18. Resultado final: olho fechado.
19. Aspecto 4 meses após.

Rio de Janeiro, Setembro de 1967