Aplicação das técnicas de retalho tarsal lateral e Kuhnt-Szymanowski modificada no tratamento do ectrópio senil

The use of tarsal strip and Kuhnt-Szymanowski techniques for senile ectropion treatment

Larissa Silva Leitão Daroda¹ Romeu Ferreira Daroda² Camila Beatriz Silva Magalhães³ Marília de Pádua Dornelas Correa⁴ Nilza Christine Cassimiro de Mello⁵ Lavínia Leitão Bandeira⁶

RESUMO

palayras-chave

Ectrópio

Retalhos cirúrgicos

Cirurgia plástica

Anormalidades do olho

tivos

Ectrópio caracteriza-se pela eversão da margem palpebral. As quatro formas clínicas principais são: involucional, cicatricial, congênita e paralítica, sendo a primeira a mais frequente. Geralmente, cursa com eversão do ponto lacrimal ou de toda a pálpebra, epífora, hiperemia conjuntival e sensação de ardência ocular, podendo resultar em dano corneano permanente, com cegueira potencial. Muitas opcões de tratamento foram descritas para cada uma das formas clínicas. O objetivo deste trabalho é demonstrar a utilização das técnicas de Retalho Tarsal Lateral e Kuhnt-Szymanowski modificada no tratamento do ectrópio senil, comparando com dados da literatura. Foi realizada análise retrospectiva dos prontuários de 35 pacientes, sendo 19 (54,3%) operados pela técnica de retalho tarsal lateral e 16 (45,7%) pela técnica de Kuhnt-Szymanowski modificada. Dezenove pacientes eram do sexo feminino e 16 do masculino, com idade variando entre 56 e 92 anos, com média de 75 anos. Todos os Procedimentos cirúrgicos reconstru- pacientes submetidos à cirurgia obtiveram remissão dos sintomas a partir do primeiro dia de pós-operatório. Na série estudada, ambas as técnicas apresentaram resultados satisfatórios, com melhora dos sintomas e ausência de recidiva.

ABSTRACT

Ectropion is an outward turning of the eyelid. The four main types are involutional, cicatricial, congenital and paralytic. Most often it presents as an eversion of the lid margin, epiphora, conjunctival hyperemia and ocular irritation, which may lead to permanent corneal damage. Several treatment options have been described for each clinical form.

The purpose of this paper is to demonstrate the utilization of two operative techniques for the management of involutional ectropion. A retrospective analysis of 35 patients charts has been performed. 19 patients underwent surgical correction by tarsal strip technique and 16, by the Kuhnt Szymanowski technique. Nineteen patients were female and 16 male. Their age ranged from 56 to 92 years. All operated patients showed complete disappearance of all symptoms. In this survey, both procedures showed satisfactory results, with symptom regression and lack of recurrence up to the present date.

evwords				1	
	e١	/\\/	O	rd	S

Ectropion

Surgical flaps

Plastic surgery

Eye abnormalities

Reconstructive surgical procedures

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário - UFJF. E.mail: larissaleitao1@ig.com.br

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário – UFJF.

³ FAculdade de Medicina da UFJF.

Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do HU – UFJF, Membro Titular da SBCP.

Médica Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do HU - UFJF.

Mestre em oftalmologia pela UNIFESP.

Introdução

Ectrópio define a situação de eversão da margem palpebral, com afastamento da pálpebra do globo ocular (FERREIRA, 1996).

A estabilidade da pálpebra inferior pode ser prejudicada por muitas condições, incluindo alterações evolutivas próprias da idade, paralisia facial, atrofia do músculo orbicular, formação de cicatriz, trauma e síndromes congênitas (por exemplo, fendas faciais e Síndrome de Romberg). O ectrópio pode resultar em dano corneano permanente, com cegueira potencial (SHAW, 1996).

As quatro formas clínicas principais são: involucional, cicatricial, congênita e paralítica. O ectrópio involucional ou senil afeta as pálpebras inferiores, principalmente de pacientes idosos e é caracterizado por excesso de comprimento horizontal das pálpebras, associado à fraqueza da porção pré-tarsal do músculo orbicular. Este quadro é freqüentemente acompanhado por flacidez dos tendões palpebrais medial e lateral. O ectrópio cicatricial é causado por cicatriz ou retração da pele e tecidos subjacentes, tracionando a pálpebra para longe do globo. Causas importantes incluem tumores, traumas e queimaduras. O ectrópio congênito é uma condição bilateral rara que pode ocorrer isoladamente ou em associação com blefarofimose. O ectrópio paralítico é causado por paralisia do nervo facial, podendo causar ceratopatia de exposição por falta de fechamento adequado das pálpebras (lagoftalmo), epífora (lacrimejamento) por uma combinação de falha no mecanismo de bombeamento lacrimal e aumento da produção de lágrima secundária à exposição corneana e retração da pálpebra e deformidade estética, como ptose de supercílio.

A forma senil é a mais frequente. Geralmente, no início do quadro, há eversão do ponto lacrimal, com consequente epífora; a progressão leva ao ectrópio total, com ou sem alongamento do ligamento palpebral (PITANGUY; SBRISSA, 1994).

Muitas opções de tratamento foram descritas para cada uma das formas clínicas. O tratamento do ectrópio senil é principalmente determinado pela posição e grau de flacidez horizontal da pálpebra inferior. O ectrópio medial pode ser corrigido por técnicas como: cauterização puntiforme de Ziegler, realizada na conjuntiva 5mm abaixo do ponto lacrimal para corrigir sua eversão (ZIEGLER, 1909); conjuntivoplastia medial, que consiste na excisão de um fragmento em forma de losango de aproximadamente 4mm x 8mm paralela e inferiormente ao canalículo e ao ponto lacrimal (JELKS; SMITH, 1990); procedimento em "T frouxo": é usado para corrigir ectrópio medial severo e consiste na excisão de um pentágono lateral ao ponto lacrimal, de espessura total, associado a conjuntivoplastia (JELKS; SMITH, 1990).

O ectrópio extenso, que afeta toda a pálpebra inferior, requer procedimentos de encurtamento horizontal da pálpebra, tais como os seguintes: procedimento de Bick: envolve excisão de um fragmento trapezóide da pálpebra no canto lateral (JELKS; SMITH, 1990); procedimento de Kuhnt-Szymanowski modificado: consiste em excisão de um triângulo de pele no canto lateral e um pentágono miotarsoconjuntival da porção lateral da pálpebra (ROGERS, 1979); procedimento do Retalho Tarsal Lateral: inclui cantotomia lateral, com confecção de fita tarsal e ancoragem desta fita à margem orbitária lateral (ANDERSON; GORDY, 1979).

O objetivo deste trabalho é demonstrar a utilização das técnicas de Retalho Tarsal Lateral (ANDERSON; GORDY, 1979) e Kuhnt-Szymanowski modificado (ROGERS, 1979) no tratamento do ectrópio senil, procedendo à comparação com dados da literatura.

PACIENTES E MÉTODO

Foi realizada análise retrospectiva dos prontuários de 35 pacientes (Tabela 1), operados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora pelas técnicas de Retalho Tarsal Lateral e Kuhnt-Szymanowski modificado para tratamento do ectrópio senil durante o período de janeiro de 2003 a maio de 2004, comparando com dados da literatura.

Todos os pacientes operados eram portadores de ectrópio involucional de grau leve a grave. O quadro clínico mais comumente apresentado foi epífora, sensação de corpo estranho, ardência ocular, hiperemia conjuntival e eversão da margem palpebral.

Todos os pacientes foram operados no centro cirúrgico, sob anestesia local e sedação, com monitorização cardíaca e oximetria de pulso, com a presença de anestesiologista na sala de operações. O acompanhamento pós-operatório foi semanal no primeiro mês, quinzenal no segundo mês e mensal a partir do terceiro mês. O seguimento dos pacientes variou de um a 16 meses.

Foram analisados dados referentes à idade, ao sexo, à causa do ectrópio, ao quadro clínico apresentado, à escolha do procedimento, aos procedimentos cirúrgicos associados e ao seguimento pós-operatório. Os pacientes desta série foram, em sua totalidade, encaminhados por Oftalmologistas, após avaliação inicial e indicação de correção cirúrgica.

RESULTADOS

Foram encontrados 19 pacientes operados pela técnica de Retalho Tarsal Lateral, sendo oito do sexo feminino e 11 do sexo masculino, com idade variando entre 56 e 91, com média de 76,57 anos de idade. Em 13 pacientes, o acometimento foi bilateral; em quatro, o lado acometido

foi o direito e, em dois, o esquerdo, perfazendo um total de 32 olhos operados. Os pacientes operados por esta técnica apresentavam ectrópio leve, moderado ou grave. Nessa técnica, foi empregado fio nylon 6.0 para sutura da pele e seda 5.0 para sutura do tarso à margem orbitária lateral. Os pontos da pele foram retirados apenas no quinto dia de pós-operatório (Fig. 1, 2, 3).

FIGURA 1



Pré-operatório de paciente A operado pela técnica de Retalho Tarsal Lateral, mostrando hiperemia conjuntival e eversão da margem palpebral.

FIGURA 2



Pós-operatório de paciente A operado pela técnica de Retalho Tarsal Lateral, mostrando diminuição da hiperemia conjuntival e da eversão da margem palpebral.

FIGURA 3



Fita tarsal confeccionada, a ser ancorada no periósteo da margem orbitária lateral.

A técnica de Kuhnt-Szymanowski modificada foi aplicada em 16 pacientes, sendo 11 (68,7%) do sexo feminino e cinco (31,3%) do sexo masculino com idade variando entre 56 e 92, com média de 75,31 anos de idade. Em nove pacientes, o acometimento foi bilateral; em um, o lado acometido foi o direito e em seis, o esquerdo, perfazendo um total de 25 olhos operados. Os pacientes operados por esta técnica apresentavam ectrópio leve ou moderado. Nesta técnica foi empregado fio nylon 6.0 para sutura da pele e músculo orbicular e seda 5.0 para sutura da mucosa

palpebral. Foram retirados apenas os pontos da pele no quinto dia de pós-operatório (Fig. 4, 5, 6).

FIGURA 4



Pré-operatório de paciente B operado pela técnica de Kuhnt-Szymanowski modificada, mostrando hiperemia conjuntival e eversão da margem palpebral.

FIGURA 5



Pós-operatório de paciente B operado pela técnica de Kuhnt-Szymanowski modificada, mostrando diminuição da hiperemia conjuntival e da eversão da margem palpebral.

FIGURA 6



Ressecção de segmento miotarsoconjuntival para encurtamento palpebral, segundo a técnica de Kuhnt-Szymanowski modificada.

Todos os pacientes submetidos à cirurgia por ambas as técnicas obtiveram diminuição dos sintomas (epífora, sensação de corpo estranho, ardência ocular) a partir do primeiro dia de pós-operatório e remissão completa após uma semana de pós-operatório. Em um paciente submetido à cirurgia pela técnica do Retalho tarsal lateral, foi necessária propedêutica para canal lacrimal, conduzida pelo oftalmologista no pós-operatório tardio, devido à epífora persistente, apesar de diminuída se comparada ao pré-operatório. Este paciente possuía um ectrópio de longa duração, já com queratinização do ponto lacrimal, o que impedia a drenagem lacrimal. Os outros pacientes não necessitaram de terapêutica adjuvante. O seguimento dos pacientes variou de um a 16 meses e, neste período,

nenhum dos pacientes necessitou de realização de nova operação.

TABELA 1
Relação de pacientes operados segundo ambas as técnicas

			_			
N°	Iniciais	Idade	Sexo	Lado	Causa	Cirurgia
1	JMS	71	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
2	FDF	81	M	Direito	Senil	Retalho tarsal lateral
3	JAO	87	M	Esquerdo	Senil	Retalho tarsal lateral
4	ECC	78	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
5	MCE	91	F	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
6	JCR	79	F	Direito	Senil	Retalho tarsal lateral
7	ASA	80	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
8	ILF	56	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
9	MLM	71	F	Esquerdo	Senil	Retalho tarsal lateral
10	FVD	78	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
11	SASM	79	F	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
12	JCC	82	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
13	JCS	72	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
14	MAFG	77	F	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
15	NAV	67	F	Direito	Senil	Retalho tarsal lateral
16	MJCL	70	F	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
17	CŠ	71	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
18	JAM	83	M	Bilateral	Senil	Retalho tarsal lateral
19	MS	76	F	Direito	Senil	Retalho tarsal lateral
20	LSL	76	F	Esquerdo	Senil	Kuhnt-Szymanowski
21	JFS	67	M	Esquerdo	Senil	Kuhnt-Szymanowski
22	ĹF	88	M	Esquerdo	Senil	Kuhnt-Szymanowski
23	SSM	56	M	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski
24	JML	61	F	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski
25	DS	74	M	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski
26	NTLL	89	F	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski
27	LDA	79	F	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski
28	VDG	75	F	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski
29	MCC	76	F	Esquerdo	Senil	Kuhnt-Szymanowski
30	MAJ	92	F	Esquerdo	Senil	Kuhnt-Szymanowski
31	MAF	81	F	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski
32	ELR	82	M	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski
33	MTO	60	F	Direito	Senil	Kuhnt-Szymanowski
34	ADM	83	F	Esquerdo	Senil	Kuhnt-Szymanowski
35	JRR	66	F	Bilateral	Senil	Kuhnt-Szymanowski

Discussão

A anatomia normal do canto lateral consiste de uma intricada relação de muitas estruturas dinâmicas. O ramo profundo do ligamento palpebral lateral une a parte muscular das pálpebras à face interna da parede orbitária lateral. O ligamento palpebral lateral é conectado aos ligamentos de restrição do músculo reto lateral, resultando em alterações em sua posição de acordo com a movimentação lateral do olho. O septo orbital, corno lateral da aponeurose do elevador e o ligamento suspensor também se inserem na margem orbitária lateral. O resultado é a confluência das margens palpebrais superior e inferior no ângulo lateral, um e meio a dois milímetros acima do ângulo medial. Este complexo tem íntima relação com o globo ocular, promovendo proteção da superfície ocular e suportando o conteúdo orbitário. Dentro deste quadro anatômico, podem ser avaliadas as forças e fraquezas dos procedimentos cirúrgicos no canto lateral (BECKER, 1982; DALLEY, 2001; MOORE; SHORR et al., 2003).

A alteração patológica primária no ectrópio senil é a flacidez do ligamento palpebral lateral e medial ou seu alongamento decorrente, principalmente, da perda de suporte da pálpebra pelo músculo orbicular (SOCIEDADE..., 2001). Geralmente, no início do quadro, há eversão do ponto lacrimal, com consequente epífora, o que foi encontrado em todos os pacientes estudados. A progressão leva ao ectrópio total, com ou sem alongamento do ligamento palpebral medial.

Muitos métodos terapêuticos já foram propostos⁵. Suturas de Snellen e cauterização de Ziegler foram propostos no passado para reposicionar a margem palpebral, mas estes procedimentos somente são eficazes nas formas leves de ectrópio e não corrigem a alteração subjacente (JELKS; SMITH, 1990).

No final do século XIX, foi descrito o procedimento de Kuhnt-Szymanowski (1883, 1870) para a correção dessa doença. Consistia na secção longitudinal da pálpebra inferior na sua espessura, dividindo-a em duas camadas – tarsoconjuntival e miocutânea, seguida da ressecção de um triângulo da lamela interna na porção central da pálpebra, com ressecção do excedente cutâneo através de incisão na região temporal (BECKER, 1982; FOX, 1966; FOX, 1976; HUGHES, 1943).

Esta técnica provocava perda importante de cílios devido à secção longitudinal da pálpebra, sendo modificada por Smith, que propôs a confecção de um retalho miocutâneo através de incisão subciliar, poupando a margem palpebral, seguida da mesma ressecção tarsoconjuntival (BECKER, 1982). Byron (SOCIEDADE..., 2001) propôs que a ressecção da margem palpebral fosse feita em seu terço lateral, o que minimizaria a perda de glândulas lacrimais menores na porção medial do tarso e diminuiria o risco de entrópio.

É um procedimento eficaz, que encurta a pálpebra inferior, resultando em cicatriz discreta e de execução relativamente fácil. Está mais bem indicado nos casos de ectrópio leve e moderado, onde há apenas flacidez da pálpebra inferior, com bom posicionamento e boa definição da área do canto lateral (GLAT *et al.*, 1997). Neste trabalho, esta foi a indicação do procedimento, obtendo bom resultado estético e funcional.

Uma desvantagem do procedimento de Kuhnt-Szymanowski que ainda persiste após sua modificação é a possibilidade freqüente de resultar em degrau na margem palpebral que pode ser originado quando se faz a ressecção de forma triangular. Este problema é minimizado com a ressecção em forma pentagonal e sutura em três planos como preconizado por Mustardé (1980) (CODNER, 1999; JELKS; JELKS, 1993; MUSTARDÉ, 1980; REEH, 1977).

Em 1979, foi descrito o retalho tarsal lateral na literatura oftalmológica (ANDERSON, 1979). A técnica envolve uma cantotomia lateral, secção da porção lateral da pálpebra inferior em duas camadas — tarsoconjuntival e miocutânea, remoção da conjuntiva e sutura da fita tarsal resultante ao periósteo da face interna da margem orbitária lateral, para encurtar e elevar a pálpebra inferior (BECKER, 1982; FAGIEN, 1999; IGERSHEIMER, 1953).

A maior vantagem do retalho tarsal lateral é que ele segue princípios biológicos, por colocar a palpebral inferior na sua posição anatômica normal. Isso permite um maior potencial para que a pálpebra cicatrize completamente com máxima função. O procedimento demanda um conhecimento preciso da anatomia, visto que requer reconstrução precisa do ângulo cantal lateral e reposicionamento da linha cinzenta (ARAUJO, 1997; HESTER et al., 1997; SHORR et al., 2003). Outra vantagem é a atuação direta sobre o defeito anatômico, assim como a ausência de degrau na margem palpebral, preservando a placa tarsal (BECKER, 1982). Este procedimento pode ser utilizado para correção do ectrópio de graus leve a grave (JORDAN; ANDERSON, 1989), coincidindo com a indicação para a escolha do procedimento no nosso estudo.

O procedimento do retalho tarsal lateral pode causar estreitamento da abertura palpebral nos casos de ectrópio avançado (CODNER, 1999). Glat (1997) relatou arredondamento do canto lateral, o que não foi encontrado por Shorr *et al.* (2003) quando há adequada reconstrução do canto lateral, sem tensão por encurtamento da pele.

Conclusão

Concluímos que, na série estudada, ambas as técnicas apresentaram resultados satisfatórios, com melhora dos sinais e sintomas e ausência de recidiva. A escolha da técnica deve levar em conta a extensão da eversão, condições locais e gerais do paciente e a familiaridade do cirurgião com a técnica (PITANGUY; SBRISSA, 1994).

REFERÊNCIAS

ANDERSON, R. L.; GORDY, D. D. The tarsal strip procedure. **Arch Ophthalmol**, v.97, p.2192-2196, 1979.

ARAUJO, M. R. Contribuição ao estudo da anatomia cirúrgica das pálpebras nas deformidades congênitas e adquiridas. Trabalho apresentado ao exame de membro titular da SBCP. Rio de Janeiro, 1997.

BECKER, F. F. Lateral tarsal strip procedure for the correction of paralytic ectropion. **Laryngoscope**, v.92, n.4, p.382-4, 1982.

CODNER, M. A. Algorithm for canthoplasty: the lateral retinacular suspension: a simplified suture canthopexy. **Plast Reconstr Surg,** v.103, n.7, p.2054-6, 1999.

FAGIEN, S. Algorithm for canthoplasty: the lateral retinacular suspension: a simplified suture canthopexy. **Plast Reconstr Surg**, v.103, n.7, p.2042-53, 1999.

FERREIRA, C. A. A. Tratamento cirúrgico nos traumas e malformações congênitas das pálpebras. In: CARDIM, V.L.N; MARQUES, A; MORAIS-BESTEIRO, J. **Cirurgia Plástica**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 94-100.

FOX, S. A. A modified Kuhnt-Szymanowski procedure for ectropion and lateral canthoplasty. **Am J Ophthalmol,** v.62, n.3, p.533-6, 1966.

FOX. S. A. **Ophthalmologic Plastic Surgery**. New York: Grune & Stratton, 1976

GLAT, P. M. *et al.* Evolution of the lateral canthoplasty: Techniques and Indications. **Plast Reconstr Surg,** v.100, n.6, p.1406-1408, 1997.

HESTER Jr., T. R.; CODNER, M. A.; MCCORD, C. The inferior retinacular lateral canthoplasty: a new technique. **Plast Reconstr Surg**, v.100, n.5, p.1271-5, 1997.

HUGHES, W. Reconstructive Surgery of the Eyelids. St Louis: CV Mosby, 1943.

IGERSHEIMER, J. Cirugía de la orbita y del ojo. In: THOREK, M. **Técnica Quirúrgica Moderna**. Barcelona: Salvat, 1953.

JELKS, G. W; JELKS, E. B. Repair of lower lid deformities. Clin Plast Sur, v.20, p.417-425, 1993.

JELKS, G. W.; SMITH, J. B. Reconstruction of the eyelids and associated structures. In: MCCARTHY, J. **Plastic Surgery** — The face. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990; v. 2, 1671-1784.

JORDAN, D. R.; ANDERSON, R. L. The tarsal strip revisited: the enhanced tarsal strip. **Arch Ophthalmol**, v.107, p.604, 1989.

MOORE, K. L.; DALLEY II, A. F. Anatomia orientada para a clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MUSTARDÉ, J. C. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980.

PITANGUY, I.; SBRISSA, R. A. **Atlas de cirurgia palpebral**. Rio de Janeiro: Colina, 1994.

REEH, M. J. A simplified lateral canthoplasty. **Ophthalmic Surg**, v.8, p.110-111, 1977.

ROGERS, B. O. Julius von Szymanowski (1829-1868): his life and contributions to plastic surgery. **Plast Reconstr Surg,** v.64, n.4, p.465-478, 1979.

SHAW, G.; KHAN, J. The management of ectropion using the tarso-conjunctival composite graft. **Arch Otolaryngol Head and Neck Surg**, v.122, n.1, p.51-5, 1996.

SHORR. N.; GOLDBERG, R. A.; ESHAGHIAN, B.; COOK, T. Lateral canthoplasty. **Ophthal Plast Reconstr Surg, v.**19, n.5, p.345-52, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANATOMIA. **Terminologia Anatômica**. São Paulo, 2001.

ZIEGLER, S. L. Galvanocautery puncture in ectropion and entropion. **JAMA**, v.53, p.183, 1909.

Enviado em 29/05/2006

Aprovado em 07/12/2006