

COMPLICAÇÃO DE PREENCHEDOR NAS PÁLPEBRAS INFERIORES: COMO CONDUZIR?

Luiza Boava Souza

Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim

Silvana Artioli Schellini

Complicação de preenchedor nas pálpebras inferiores: como conduzir?

Luiza Boava Souza, Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim, Silvana Artioli Schellini
 Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

INTRODUÇÃO

Preenchedores injetáveis são amplamente utilizados em procedimentos de rejuvenescimento periorcular para tratar o sulco palpebral e mascarar o prolapsos de gordura orbitária na pálpebra inferior. Prometem restaurar o volume perdido durante o processo natural de envelhecimento, melhorando o aspecto "cansado" da região^{1,4}. Há vários tipos de preenchedores, sendo o ácido hialurônico, um dissacárideo glicosaminoglicano hidrofilico que possui a capacidade de se hidratar, promovendo efeito preenchedor difuso quando injetado em tecidos moles. Já os agentes bioestimuladores (hidroxipatita de cálcio e ácido pol-L-lático) estimulam a produção de colágeno pelo organismo por meio da ativação de fibroblastos, resultando em aumento gradual dos tecidos moles². Apesar do bom perfil de segurança, a seleção inadequada do paciente ou do material, técnica inapropriada de aplicação, bem como as alterações na anatomia palpebral causadas pelos agentes exógenos podem aumentar o risco de complicações³. O objetivo deste foi relatar uma complicação após a injeção de preenchedor nas pálpebras inferiores (PI).

RELATO DE CASO

Mulher, 53 anos, submetida a blefaroplastia superior há 4 anos, negava aplicação de preenchedores. Apresentava pálpebras superiores e supercílios bem-posicionados e nas PIs havia uma redundância na região malar, diagnosticado como edema malar, mais acentuado à direita (Fig 1A). Foi indicada blefaroplastia inferior e tratamento do edema malar. Durante o procedimento, havia substância exógena, esbranquiçada, sobre e permeando o músculo orbicular. A substância foi parcialmente removida, assim como o excesso de pele das PIs. Duas semanas após a cirurgia, surgiram sinais inflamatórios e nódulos eritematosos endurecidos nas PIs (Fig. 1B). O exame anátomo-patológico mostrou reação granulomatosa com células gigantes, não sendo possível definir qual era a substância exógena (Fig 2A). Feita injeção de 2 mL de corticoide nas áreas enduradas, repetidas por 3 vezes, com intervalo de 3 dias entre as aplicações. Progressivamente as áreas enduradas aumentaram e as PIs apresentaram retração cicatricial, afastando-se do bulbo ocular (Fig 1C). Foi administrada Prednisona 40 mg via oral e injeção de 5-Fluouracil 50mg/ml associada a corticoide injetável nas áreas enduradas, 3 vezes, com intervalo de 3 dias entre as aplicações. Como a melhora foi pequena e não se conseguiu definir qual era a substância presente na área de inflamação, optou-se pela injeção de 10mL de hialuronidase na concentração de 20.000 UTR que foi feita em 3 sessões, com intervalo de 3 dias entre cada uma. As endurações diminuíram pouco e havia retração de ambas as PIs, por restrição das lamelas anterior e média, pior à direita, que se acentuava ao olhar para cima (Fig. 1D). Depois de 2 meses do primeiro procedimento, foi realizado "midface lift" transpalpebral, com remoção da substância que ainda se encontrava nas PIs, associado ao "tarsal strip" bilateral. Havia intensa fibrose, e as áreas enduradas não sangravam, com dificuldade de separar tecido sôni da fibrose. O septo orbital estava íntegro. Novamente apareceram endurações a partir da 2ª semana de pós-operatório (Fig. 1E). Manteve-se compressas momas e corticoide sistêmico, sem sucesso, com nova retração, principalmente da PI direita. Ultrassom dermatológico evidenciou ainda a presença de material exógeno, entremeando os tecidos palpebrais bilateralmente (Fig 2B). Nova abordagem cirúrgica feita 4 meses após a primeira

cirurgia, realizando-se um "mid-face lift" transconjuntival, com nova remoção de placas fibróticas endurecidas de material exógeno principalmente da PI direita, com colocação de enxerto dérmico removido da região da crista ilíaca, entre o teto e o retrator da PI direita. Ao final, foi realizado um "tarsal strip" bilateral. Depois da 3ª cirurgia as PIs ficaram bem posicionadas, porém ainda com áreas endurecidas (Fig. 1F).



Figura 1: A) aspecto da paciente antes da cirurgia; B) nodulações endurecidas após 15 dias do procedimento cirúrgico; C) retração cicatricial alterando a posição das pálpebras inferiores; D) aspecto das pálpebras retradas mesmo após tratamento clínico; E) após segunda cirurgia, com sutura de Frost; F) aspecto após a 3ª cirurgia, com pálpebras bem posicionadas.

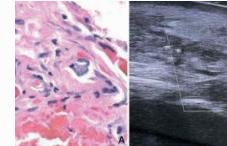


Figura 2: A) exame histológico mostrando células gigantes multinucleadas englobando material exógeno; B) material exógeno detectado em ultrassom dermatológico

COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO

A paciente seguiu negando ter feito qualquer tipo de aplicação na região. Assim, não foi possível realizar um tratamento direcionado para um tipo específico de preenchedor. A presença de substância exógena esbranquiçada sobre a região afetada apontou para provável preenchedor contendo carbonato de cálcio. Os granulomas observados clinicamente foram confirmados pelo exame histológico, mas não foi possível definir exatamente qual era a substância estranha nos tecidos. Assim, o uso de corticoide injetável e sistêmico, além de injeções de 5-Fluouracil sem melhora se seguiram pelas injeções de hialuronidase, sem melhora da inflamação tecidual. A retração das PIs, pior à direita, permaneceu. A remoção mecânica do produto e da fibrose com novos procedimentos cirúrgicos como o "midface lift" e tarsal strip, conseguiram reposicionar as PIs. Os oculoplastas devem estar preparados para complicações advindas de preenchedores, dada a frequência cada vez maior de uso deles. As pacientes podem desconhecer que se tenha feito uso de algum preenchedor. O ultrassom e o exame histológico podem ser úteis na condução do caso, melhor definindo onde se encontra a substância exógena a ser removida e possíveis medicações a serem utilizadas. O "midface lift" e a remoção do material exógeno podem tratar defeitos do terço médio de forma satisfatória.

REFERÊNCIAS

- Woodward J, Cox SE, Kao K, Uriel-Galvez F, Boyd C, Ashourian N. Intraorbital Hollow Rejuvenation: considerations, complications, and the contributions of midface volumization. *Aesthet Surg J Open Forum*. 2023;2:Montes JR, Santos E, Amaral C. Eyelid and periocular dermal fillers: products, techniques, and outcomes. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2013;31:Skopen R, Baldelli I, Hartstein M, Casabona G, Montes JR, Bernardini F. Rehabilitation of the dysmorphetic lower eyelid from hyaluronic acid filler: what to do after a good periocular treatment goes bad. *Aesthet Surg J*. 2024;34:Trinh LN, Grond SE, Gupta A. Dermal fillers for tear trough rejuvenation: a systematic review. *Facial Plast Surg*. 2022;