

UM COMPLEXO CASO DE RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL

Edson M. Kato

Alice C. G. de Almeida

Alisson L. Andrade

Roberta L. F. de S. Meneghim

Um complexo caso de reconstrução palpebral

Edson M. Kato Junior, Alice C. G. de Almeida, Alisson L. Andrade, Roberta L. F. de S. Meneghim
Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – UNESP

INTRODUÇÃO

Diferentemente de tumores cutâneos em outras partes do corpo, nos quais técnicas destrutivas podem ser usadas, as técnicas para retirada de tumores palpebrais devem ser feitas de maneira criteriosa, sendo a técnica de controle de margens o padrão-ouro nesses casos.¹

O tratamento cirúrgico reconstrutivo, por sua vez, é desafiador na maioria dos casos devido à complexidade das estruturas palpebrais e à necessidade de se preservar aspectos funcionais e estéticos.^{2,3} Apresentamos um caso desafiador de reconstrução secundária pós-retirada de tumor palpebral extenso.

RELATO DO CASO

Mulher, 84 anos encaminhada ao serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas de Botucatu para avaliação de lesões cutâneas perioculares, com progressão há 3 anos. À ectoscopia, observou-se duas placas eritematosas, perláceas, uma na região temporal de supercílio medindo 3 cm e outra no canto nasal direito de 1 cm de diâmetro, ambas com exulcerações e telangiectasias arboriformes (Fig.1A).

Realizada biópsia incisional que diagnosticou CBC superficial ulcerado. Foi realizada exérese das lesões com margem, optando-se pela reconstrução em segundo tempo (Fig.1B), após 21 dias em seguida da confirmação anatomo-patológica de margens livres.

Optou-se pela utilização de cartilagem auricular e retalho de Mustardê para reconstrução da pálpebra inferior. Após 30 dias, foi observada intensa retração tecidual com estreitamento da fenda palpebral e entrópio cicatricial superior (Fig.1C), sendo realizada rotação marginal e reinserção do tendão do músculo levantador da pálpebra superior, além de reposicionamento dos cantos medial e lateral (Fig.1D). Houve resolução do entrópio, melhora da ptose palpebral, e da abertura da fenda palpebral.

Após 3 meses, foi realizada epicantoplastia medial com reposicionamento dos cantos medial e temporal e enxertia de pele parcial em pálpebra inferior (Fig.1E e F). No seguimento houve melhora do quadro e a paciente estava satisfeita com o resultado até o momento.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

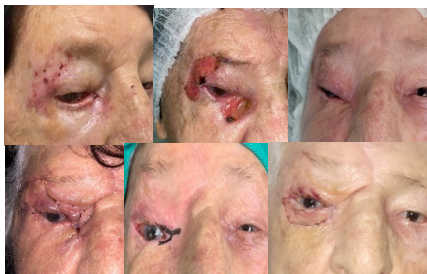


Figura 1: A) Pré-operatório. B) Ferida operatória pós-excisão completa da lesão. C) Cicatrização excessiva com contração tecidual. D) Após segunda reconstrução com retalho em V-Y e correção de cantos. E) Epicanto e afastamento e telcanto. F) Pós operatório com epicantoplastia e enxerto de pele em pálpebra inferior.

DISCUSSÃO:

Apresentamos um caso complexo de reconstrução palpebral, que evoluiu com cicatrização exacerbada da ferida operatória e que requereu o uso de várias técnicas de reconstrução para se chegar a um resultado final estética e funcionalmente aceitável.

A retirada de tumores palpebrais requer o controle de margens, por tratar-se de uma estrutura nobre e responsável pela proteção ocular.

A reconstrução deve respeitar as unidades estéticas da face e deve ser lamelar, com reconstrução de lamelas anterior e posterior separadamente, para um melhor resultado final^{1,5}. Existem diversas possibilidades cirúrgicas, havendo preferência pelo retalho tarso-conjuntival para reconstrução da lamela posterior e retalhos locais para lamela anterior⁴. Entretanto, o uso de enxertos substitutos da placa tarsal e também enxerto de pele apresentam-se como possibilidades no processo de reconstrução palpebral.

O processo de cicatrização também deve ser observado nesses casos, já que pode interferir no resultado cirúrgico e por se tratar de processo longo⁶. Assim, a observação desses princípios permite uma reconstrução palpebral para a obtenção de um resultado final aceitável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Madge SN, Malhotra R, Thaller VT, Davis GJ, Kakizaki H, Mannor GE, Selva D. A systematic approach to the oculoplastic reconstruction of the eyelid medial canthal region after cancer excision. *Int Ophthalmol*. 2009;49(4):173-194.
- 2) Sommer F. Eyelid tumors—clinical features, diagnosis and surgical treatment. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2008;225(8):691-8.
- 3) Lu GN, Pelton RW, Humphrey CD, Kriet JD. Defects of the eyelids. *Facial Plast Surg Clin N Am*. 2017;25:377-92.
- 4) Mukit M, Anbar F, Dadireddy K, Konofaos P. Eyelid reconstruction: an algorithm based on defect location. *J Craniofacial Surg*. 2022;33(3):821-26.
- 5) Russo F, Linares M, Iglesias ME, Martínez-Amo JL, Cabo F, Tercedor J, et al. Reconstruction techniques of choice or the facial cosmetic units. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(8):729-737.
- 6) Gantwerker EA, Hom DB. Skin: histology and physiology of wound healing. *Clin Plastic Surg*. 2012;39:85-97.