

RECONSTRUÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA INFERIOR UTILIZANDO SEPTO NASAL E RETALHO FACIAL DE MUSTARDÉ

TOTAL RECONSTRUCTION OF THE LOWER EYELID USING NASAL SEPTUM AND FACIAL FLAP MUSTARDÉ

JOSÉ RIOS¹, DIOGO VIEIRA², MARIO DOMINGOS³, CAROLINA PAIVA⁴

Palavras Chave: Tumor de pálpebra, reconstrução total de pálpebra, septo nasal, retalho de Mustardé, carcinoma espino celular

Keywords: Tumor of eyelid, full eyelid reconstruction, nasal septum, flap Mustardé, squamous cell carcinoma

RESUMO

Os grandes tumores palpebrais que apresentam potencial maligno devem ser ressecados com margem de segurança e representam um desafio ao cirurgião plástico e ao oftalmologista. A preocupação em se manter a funcionalidade da pálpebra reconstruída é importante para se evitar exposição do globo ocular e as graves consequências de uma exposição ocular crônica. Reportamos o caso de um paciente do sexo masculino com 78 anos que apresentava lesão tumoral com bordas ulceradas em mais de 75 % da extensão da pálpebra inferior do olho direito, olho que era o de melhor visão deste paciente.

ABSTRACT

Large eyelid malignant potential tumors should be resected with a margin of safety and represent a challenge to the plastic surgeon and ophthalmologist. The concern in maintaining the functionality of the reconstructed eyelid is important to avoid exposure of the eyeball and the serious consequences of a chronic eye exposition. We will report the case of a 78 years old male patient who presented with ulcerated tumor edges in over 75% of the length of the lower eyelid of the right eye, which was the eye with the best visual acuity of this patient.

INTRODUÇÃO

O espectro de neoplasias que podem afetar as pálpebras é vasto. As lesões benignas são as mais frequentes e como exemplo dessas lesões temos os papiloma escamoso (mais frequentes), ceratose seborreica e nevos benignos que não trazem riscos a vida do paciente. As neoplasias malignas por sua vez podem evoluir progressivamente e levar a metástases colocando a vida do paciente em risco. Nas lesões malignas destacam-se os carcinomas basocelular e espinocelular.

O carcinoma espinocelular (CEC) é a segunda lesão maligna mais comum da pálpebra e possui um maior risco de metástase nodal e sistêmica comparado ao carcinoma basocelular (lesão maligna mais comum das pálpebras).

A abordagem cirúrgica com excisão total da lesão é o tratamento padrão do CEC de pálpebras e a escolha da melhor técnica cirúrgica deve ser individualizada.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 73 anos, branco, trabalhador rural, vem encaminhado da Bahia de onde é natural e residente. O paciente apresentava lesão tumoral em pálpebra inferior (figura 1) do olho direito de crescimento lento e progressivo há cerca de 3 anos. O paciente refere que já havia sido indicada a cirurgia em consulta prévia, porém decidiu não operar na época pois a lesão encontrava-se no olho de melhor visão e o mesmo temia perda definitiva da visão deste olho após a operação.

1. Programa de Fellowship em plástica pelo CEROF/ HC/UFG.

2. Programa de Fellowship em córnea pelo CEROF/ HC/UFG.

3. Cirurgião Plástico voluntário do HC/UFG.

4. Médica Residente do 3o Ano em Oftalmologia do CEROF/ HC/UFG.



Figura 1: Superior esquerdo: Lesão acometendo grande extensão de pálpebra inferior. Superior direito: Pálpebra após retirada da lesão com margem de segurança. Inferior esquerdo: Reconstrução de tarso com septo nasal e dissecação de retalho de mustardé. Inferior direito: Aspecto pós-operatório imediato

Como a lesão continuou crescendo e após orientações do potencial de malignidade do tumor e possibilidade de metástase associada ao risco de vida, o paciente foi encaminhado para a realização de cirurgia com equipe de cirurgia plástica em conjunto com a equipe de oftalmologia com o objetivo de ressecar completamente a lesão e diminuir as sequelas após o tratamento cirúrgico.

Devido a extensão da lesão foi optado por se utilizar a reconstrução total de pálpebra com reconstrução de tarso utilizando septo nasal e utilização da técnica de Mustardé para a confecção de retalho de pele que recobrisse a lesão.

Foi possível a preservação do ponto lacrimal do paciente durante a ressecção do tumor e não houve nenhum dano a superfície ocular, músculos extra-oculares ou ao globo ocular durante o procedimento.

No pós operatório imediato o paciente foi medicado com lubrificantes oculares sem conservantes utilizados de hora em hora e gel lubrificante com oclusão no período noturno. O paciente não apresentou ressecamento ocular nas visitas pós-operatórias e a pálpebra reconstruída se encontrava sempre em boa posição (figura 2). A visão do paciente neste olho permaneceu inalterada no pós-operatório e o paciente utiliza o momento lubrificante ocular de 6/6 horas e encontra-se sem alterações da superfície ocular.



Figura 2: Oitavo dia pós operatório, boa evolução do paciente

A peça cirúrgica foi encaminhada para o exame anátomo-patológico e o resultado foi de carcinoma espinocelular com observação de ulcerações pórem com margem de ressecção livres e não foram detectadas invasões extra cutâneas, vascular, linfática e perineural. Nível IV de invasão pelo critério de Clark, com espessura tumoral máxima de 1.1 cm e graduação histológica (Broders): 2.

DISCUSSÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) é a segunda neoplasia maligna palpebral em frequência. Em pacientes com CEC palpebral, o crescimento agressivo do tumor e sua proximidade de múltiplas estruturas sensíveis pode causar morbidade significativa. Sua capacidade de disseminação linfática e hematogênica faz do CEC palpebral uma doença potencialmente letal. Enquanto exposição à radiação ultravioleta e pele clara são os fatores de risco mais comumente identificados, muitas outras condições também têm sido apontadas como fatores que aumentam o risco do desenvolvimento do CEC, incluindo úlceras crônicas, cicatrizes, infecções pelo HPV, radiação ionizante e vários agentes químicos (como arsênico, derivados de combustão (carbono) e petróleo)^{1,2}. Ainda indivíduos imunossuprimidos e pacientes com desordens genéticas de pele, tais como xeroderma pigmentoso e albinismo, exibem incidência aumentada de CEC, bem como nesses casos, o CEC possui crescimento mais agressivo.¹

O CEC ocorre mais frequentemente em idosos, sendo que, em análises de casuísticas nacionais coincidentes com a literatura mundial², os mais acometidos são pacientes do sexo masculino com idade maior que 70 anos, como o caso do paciente relatado.

Tumores > 2 centímetros apresentam risco duas vezes maior de recorrência local (7,4% vs. 15,2%) e risco três vezes maior de metástase (9,1% vs. 30,3%).

Outros indicadores de aumento potencial de malignidade incluem profundidade da invasão > 4 mm, pobre diferenciação, tumor desmoplástico ou subtipo adenoescamoso, ocorrência

em tecido cicatricial, e doença recorrente. O indicador mais significativo da agressividade do CEC, no entanto, é a invasão perineural: 47,2% de lesões com invasão perineural apresentam recorrência local e 47,3% das lesões com invasão perineural são acompanhadas de metástases ¹.

O local mais comum de CEC periocular é a pálpebra inferior como no caso relatado, seguida pelo canto medial, pálpebra superior e canto lateral do olho ¹.

Normalmente, o CEC aparece inicialmente como uma placa indolor ou nódulo com eritema crônico, com dimensão de aumento gradual e desenvolvimento de ulceração, sangramento, e desconforto locais ¹. A lesão pode ser circunscrita ou pobremente definida.

Invasão direta da órbita ou através de propagação perineural pode causar fixação do globo, proptose, distopia, e sintomas e sinais de comprometimento dos nervos cranianos, incluindo dor, dormência, oftalmoplegia, ptose e paralisia do nervo facial ¹.

A excisão cirúrgica completa é o tratamento primário para a maioria dos CECs perioculares.

Ressecção cirúrgica com margem de segurança e controle histológico com reconstrução imediata está associada a uma taxa de cura maior que 95% e é o tratamento de escolha no CEC periocular¹.

Nos defeitos de espessura total que comprometam mais de 25% (¼) do comprimento palpebral, a utilização de retalhos, associados ou não a enxerto cartilaginoso torna-se mandatória³.

A técnica de Mustardé foi descrita por esse cirurgião durante a Segunda Guerra Mundial e até os dias atuais é considerada uma das melhores opções para lesões extensas na pálpebra inferior.

Geralmente esta técnica é utilizada em grandes defeitos palpebrais, com mais de 50% de extensão horizontal além de comprometimento vertical extenso^{5,6}. É um retalho miocutâneo rotacional malar, podendo atingir a região pré-auricular. Classicamente substitui-se a placa tarsal por enxerto autógeno (cartilagem auricular, palato duro ou septo nasal)⁵. Sua principal vantagem é o único tempo cirúrgico^{5,6}.

Existe atualmente uma miríade de técnicas reconstrutivas para reparar os defeitos palpebrais. Entretanto, a escolha da melhor técnica deve ser individualizada de acordo com o produto da ressecção tumoral e com a experiência do cirurgião, tendo como objetivo primordial o restabelecimento da anatomia e da função palpebral e secundariamente o resultado estético^{3,6}.

3. Reconstrução palpebral inferior no Instituto Nacional do Câncer: estudo de 137 casos - Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.39, n° 4, p. 277-282, outubro / novembro / dezembro 2010
4. Reconstrução de pálpebra inferior com retalho cutâneo e enxerto de mucosa oral - Rev. Surg. Cosmet. Dermatol. 2014;6(2):17882
5. Órbita, Sistema Lacrimal e Oculoplástica - Série Oftalmologia Brasileira - CBO 3ª edição, Ed. Cultura Médica
6. Métodos Reconstrutivos da Pálpebra Inferior - Aplicação na Prática Dermatológica - Revista SPDV 71(2) 2013

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery - Smith and Nesi's - 3ª edição, ED. Springer.
2. Tumores malignos de pele - estudo seccional e analítico de 83 casos - Rev. de Ciências Médicas (Campinas) 9(2):74-79, 2000.