

Tratamento da Blefaroptose Superior no Adulto *

Mara Ferreira¹, J. Cabral², B. Feijóo¹, A. S. Silva², F. Esperancinha³

¹ Interno do Internato Complementar de Oftalmologia

² Assistente Hospitalar Graduado de Oftalmologia

³ Chefe de Serviço de Oftalmologia

Serviço de Oftalmologia – Hospital Fernando Fonseca – I.C. 19 – 2700 AMADORA

marafpatricio@gmail.com

RESUMO

Introdução: A ptose da pálpebra superior é uma patologia oculoplástica frequente. O tratamento é geralmente cirúrgico. O grau de função do levantador da pálpebra superior é o factor determinante da abordagem operatória. Ilustra-se a técnica de encurtamento do levantador da pálpebra superior (ELPS) e respectivo resultado. **Material e métodos:** Estudo de 6 doentes adultos, submetidos a ELPS, em 2004 e 2005. A estimativa da porção de músculo a excisar baseia-se na distância do reflexo corneano à margem palpebral e na função do músculo levantador. **Resultados:** Os resultados funcionais e estéticos foram bons, com ausência de lagoftalmos por hiper correcção. **Conclusão:** A técnica de ELPS implica uma avaliação cuidada da etiologia e do estado funcional do músculo levantador, dado só ter indicação se existir algum grau de função deste músculo. Assim, utilizando um procedimento fácil, temos bons resultados, para além de poder ser feito sob um regime de ambulatório, com um custo económico reduzido.

ABSTRACT

Ptosis treatment in the adult

Introduction: Ptosis is a frequent oculoplastic problem, which is frequently solved by surgery. The choice of operation depends primarily on the levator function. We show the levator resection operation and its results. **Methods:** 6 adult patients underwent levator resection, in 2004 and 2005. The amount of resection is based on lid margin to corneal reflex distance and in the levator function. **Results:** Good functional and aesthetic results were obtained, without lagophthalmos due to hypercorrection. **Conclusion:** To perform a levator resection, we must first do careful examination to know the etiology and levator function, since the technique can only be used when there is some function. With this simple, ambulatory, low-cost procedure, we have good results.

Palavras chave: Oculoplástica; Ptose; Cirurgia da ptose; Técnica de encurtamento do levantador da pálpebra superior

Key-words: Oculoplastic; Ptosis; Ptosis surgery; Levator resection

* Apresentado no XLVII Congresso Português de Oftalmologia – Viseu, 1 a 4 de Dezembro de 2004

Introdução

A ptose palpebral, ou seja, a posição anormalmente baixa da pálpebra superior (PS), é uma patologia oculoplástica muito prevalente no adulto ².

Há diversas formas de classificar as ptoses. Do ponto de vista etiopatogénico classificam-se em disgenéticas, aponevróticas, miogénicas, miasténicas, neurogénicas, mecânicas e traumáticas ^{1,2,5}. De acordo com a idade de apresentação, classificam-se em congénitas e adquiridas. Na maioria dos casos, a ptose congénita é de causa miogénica, e a ptose adquirida ou involutiva do tipo aponevrótico (Quadro 1) ^{1,5}.

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial entre ptose congénita simples e a ptose involutiva.

	Ptose congénita simples	Ptose involutiva
Idade	Crianças	Idosos
Patogenia	Disgenesia do LPS	Desinserção aponevrose
Prega cutânea	Normal, débil, ausente	Alta
Função do levantador	Reduzida	Normal
Retracção PS na infraversão	Presente	Ausente

A avaliação do doente que padece de ptose palpebral deve ser detalhada e precisa, para se chegar a um diagnóstico correcto e assim poder propor o tratamento mais adequado a cada caso.

A função do levantador da PS (função do levantador de Burke ²) define-se como a excursão realizada pela PS desde a inferoversão até à superoversão extremas, em situação de bloqueio da função do músculo frontal ⁵. Assim, temos uma função excelente se a PS se move mais de 13 mm, muito boa se a excursão é de 10-12 mm, boa se a excursão é de 7-9 mm, má se é de 4-6 mm e ausente se inferior a 4 mm ².

Após o estudo cuidadoso do paciente, se se verificar que existe alguma função do levantador da pálpebra superior (LPS) (superior a 4 mm), o

tratamento cirúrgico através do encurtamento do levantador da pálpebra superior está indicado.

Ao realizar a correcção cirúrgica da ptose, devemos não só aumentar a fenda palpebral, mas também procurar manter a simetria com o lado contralateral, na conformação do bordo e da prega palpebral, para obter o melhor resultado estético possível.

Material e Métodos

Entre 2004 e 2005, tratamos 6 doentes adultos, com ptose palpebral unilateral, pela técnica cirúrgica de encurtamento do levantador da pálpebra superior.

As etiologias responsáveis foram a aponevrótica (3 casos) e a miogénica (3 casos).

A motivação dos doentes para recorrerem ao oftalmologista foi principalmente o aspecto estético e só depois a procura de um aumento do campo visual.

Todos os casos apresentavam alguma função do levantador, com excursão da PS de 5 a 8 mm.

O comprimento do feixe músculo-aponevrótico do LPS varia entre 54 e 60 mm. A cirurgia do levantador é fundamentalmente aponevrótica e a determinação da quantidade de aponevrose a excisar é um dos passos mais importantes do tratamento. Esta faz-se em 2 tempos: na fase pré-operatória, utilizando várias tabelas, entre elas a de Beard (Quadro 2) ³ e a fórmula da distância do bordo ao limbo (DBL). A primeira relaciona o grau da ptose e a função do levantador com a quantidade a excisar. A DBL calcula-se através da fórmula $DBL_{pálpebra\ normal} - DBL_{pálpebra\ ptose} \times 3 = \text{valor a excisar do LPS}$, em milímetros, que se traduz por uma ressecção da 3 mm de aponevrose por cada milímetro de ptose. Esta aplica-se a ptoses com boa função do elevador. Se a função do LPS for pior, a quantidade de ressecção da aponevrose por milímetro de ptose terá que ser maior. Depois, e já durante o acto operatório, a porção é ajustada de modo a ficar a pálpebra superior simétrica à pálpebra contralateral, se esta é saudável, ou ao nível do limbo superior, se a pálpebra contralateral sofrer de alguma patologia, sem condicionar lagofthalmos.

Quadro 2 – Quantidade de aponevrose a ressecar (mm) segundo Beard, citado em Morax³.

Grau de ptose	Função do levantador (mm)		
	Boa (≥ 8 mm)	Média (5-7 mm)	Má (≤ 4 mm)
Ligeira (<2 mm)	10-13	excepcional	sem indicação
Moderada (3 mm)	14-17	18-22	excepcional > 23
Grave (≥ 4 mm)	sem indicação	≥ 23 com avanço do tarso	≥ 23 com avanço do tarso

Na maioria das ptoses ligeiras a função do LPS é boa e, de modo contrário, na maioria das ptoses graves a função do LPS é medíocre ou má, havendo então indicação para suspensão ao frontal. Numa ptose grave com boa função do LPS tratar-se-á provavelmente de uma desinserção da aponevrose, devendo esta ser simplesmente reinserida.

Em todos os doentes utilizamos a anestesia local (lidocaína 2% associada a adrenalina 1:100 000), pois a sua colaboração permite ajustar de forma mais adequada a quantidade de aponevrose a excisar e melhorar o contorno palpebral.

Antes de qualquer manobra no bloco operatório, desenhamos a prega palpebral, ou seja, a nossa via de entrada (via transcutânea), a cerca de 8 mm do bordo livre da pálpebra, simétrica ao lado contralateral, pois todos os casos eram unilaterais. Nos casos em que havia uma certa redundância cutânea delineamos os limites da pele a excisar, como nas blefaroplastias.

Após colocação de um ponto de tracção no bordo livre da pálpebra superior, realizamos a incisão cutânea no local da marcação previamente desenhado, e até ao plano do septo orbitário (Fig. 1). Se havia indicação para blefaroplastia, retiramos uma meia lua de pele e orbicular.



Fig. 1 – Incisão cutânea no local da marcação previamente desenhada.

Dissecaram-se os tecidos pré-septais e pré-tarsais até se identificar o bordo superior do tarso e o septo orbitário através do qual a gordura orbitária é visível. Abriu-se o septo e dissecou-se em toda a sua extensão horizontal. Delimitaram-se os bordos laterais do levantador através da conjuntiva, referenciou-se a sua inserção no tarso, e seccionaram-se em bloco a aponevrose do LPS, músculo de Müller e conjuntiva.

Fez-se a separação da conjuntiva do complexo muscular levantador-Müller, que foi facilitada pela prévia injeção subconjuntival de soro, com ou sem anestésico.

Seccionaram-se as asas do levantador, e isolou-se o grupo levantador na sua face anterior e posterior, na extensão apropriada, tendo o cuidado de não lesar o ligamento suspensor de Whitnall.

Encerrou-se a conjuntiva com sutura reabsorvível 7/00.

Passou-se um fio de sutura reabsorvível 6/00 com 2 agulhas, no limite superior do tarso e através do complexo levantador à distância prevista, confirmada com régua ou compasso. Repetiu-se esta manobra no lado nasal e no lado temporal e observou-se o resultado (Fig. 2).

Fizeram-se os ajustes necessários na altura e na conformação de forma a restaurar a simetria palpebral, deixando uma ligeira hipercorreção com o bordo livre 1 mm acima do limbo⁵, em posição ocular primária e com o doente sentado. Certificou-se que os movimentos oculares estavam preservados e que não se induzia um lagofthalmos. Uma vez confirmada a posição



Fig. 2 – Passagem de pontos no limite superior do tarso e através do complexo levantador à distância prevista.

correcta, fez-se a excisão do grupo levantador excedente.

Realizou-se a ressecção de uma tira de orbicular pré-tarsal a fim de melhorar o aspecto estético final da prega cutânea palpebral.

Encerrou-se a ferida operatória com sutura reabsorvível 5/00 e refez-se a prega palpebral superior, com pontos isolados de 3 apoios que fixam a pele e orbicular ao plano tarso-muscular. Deve-se prestar particular atenção a este passo, pois a altura e profundidade da prega são muito característicos de cada indivíduo.

Passou-se um ponto de Frost na pálpebra inferior, para assegurar um bom encerramento palpebral no pós-operatório precoce, aplicou-se pomada de antibiótico e fez-se penso.

Retiraram-se os pontos da pele aos 6-7 dias.

Resultados

Os resultados foram aceitáveis quer a nível funcional, quer estético (Fig. 3). Do ponto de vista funcional, houve um aumento da excursão da pálpebra superior, acompanhada por uma melhoria significativa dos campos visuais por confrontação. Esteticamente, obteve-se uma boa simetria anatómica palpebral, na altura e conformação do bordo e da prega. Não surgiram complicações, nomeadamente hipercorreção, entropion, ectropion, ou lagofthalmos.



Fig. 3 – (A) Pré- e (B) pós-operatório em ptose da pálpebra superior direita.

Discussão

A técnica do ELPS implica uma avaliação cuidadosa da etiologia e do estado funcional do músculo levantador, dado só ter indicação se existir algum grau de função deste músculo.

Os doentes mencionados neste artigo apresentavam uma excursão de elevação da pálpebra superior a 4 mm, permitindo assim, e recorrendo à técnica de ELPS, obter bons resultados estéticos e funcionais.

Em conclusão, o ELPS é uma cirurgia segura, de fácil execução, eficaz, para além de poder ser feita sob um regime de ambulatório, com um custo económico reduzido; é um dos tratamentos indicados para a correcção da ptose sempre que haja algum grau de função do músculo levantador, com bons resultados estéticos e funcionais.

Bibliografia

1. COLLIN JRO. A manual of systematic eyelid surgery. 3.^a ed. London: Elsevier. 2006
2. GLADSTONE G, BLACK EH, MYINT S, BRAZZO BG, NESI FA. Oculoplastic surgery atlas, eyelid disorders. New York: Springer. 2002
3. MORAX JP. Pathologie orbito-palpébrale. Paris: Masson. 1998
4. NERAD JA. Oculoplastic surgery: the requisites. St. Louis, United States of America: Mosby. 2001. p. 157-192
5. SÁNCHEZ EM, editor. Ptosis palpebral: tipos, exploración y tratamiento quirúrgico. Madrid: Ergon. 2005