

Lagoftalmo

LAGOFTALMO

A cegueira é provavelmente a complicação mais dramática que pode acontecer a um paciente de hanseníase. Quase sempre, quando o paciente chega a ficar cego, ele já perdeu a sensibilidade em seus pés e mãos e apresenta deformidades devido às paralisias, reações e ferimentos. Para nós é muito difícil imaginar o significado de um paciente que perdeu a visão, e que não tenha a sensibilidade em suas mãos, para comunicar-se e interagir com o seu meio ambiente. Para estas pessoas, a perda de sensibilidade nos pés também dificulta muito a deambulação, principalmente em terreno irregular.

Vários motivos podem levar um paciente de hanseníase a perder a visão. Estados reacionais podem comprometer o olho, causando iridociclite e uveítes. As sinequias formadas entre a córnea e a íris produzem glaucoma. O diagnóstico adequado e o tratamento permitirão a prevenção da cegueira (corticóide/clofazimina).

A causa de cegueira mais facilmente prevenível é o lagoftalmos. A lesão do nervo facial e a subsequente paralisia da musculatura orbicular dos olhos é a causa do lagoftalmo. A córnea ficará exposta à dessecação e trauma além de eliminada ação de limpeza e lubrificação do movimento palpebral. Estando a sensibilidade da córnea preservada, estes fatores levariam a intensa dor e desconforto. Entretanto,

muitos pacientes de hanseníase apresentam anestesia da córnea decorrente do comprometimento direto pelo bacilo de Hansen das terminações corneanas do nervo trigêmeo. Por este motivo a maioria dos pacientes não estão conscientes do perigo que correm e, muitas vezes, esfregam os olhos com os dedos ou mesmo com um lenço sujo, aumentando em muito a possibilidade de surgir uma úlcera de córnea. Estas úlceras podem deixar cicatrizes (leucomas) ou mesmo perfurar, abrindo a câmara anterior e todo o olho à infecção. O resultado final será perda parcial da visão ou cegueira (Fig. 20.1).

A única maneira eficiente de se compensar a perda do fechamento ativo dos olhos

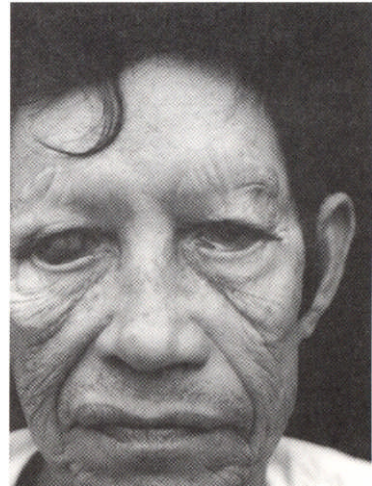


Fig. 20.1 Lagoftalmo bilateral.

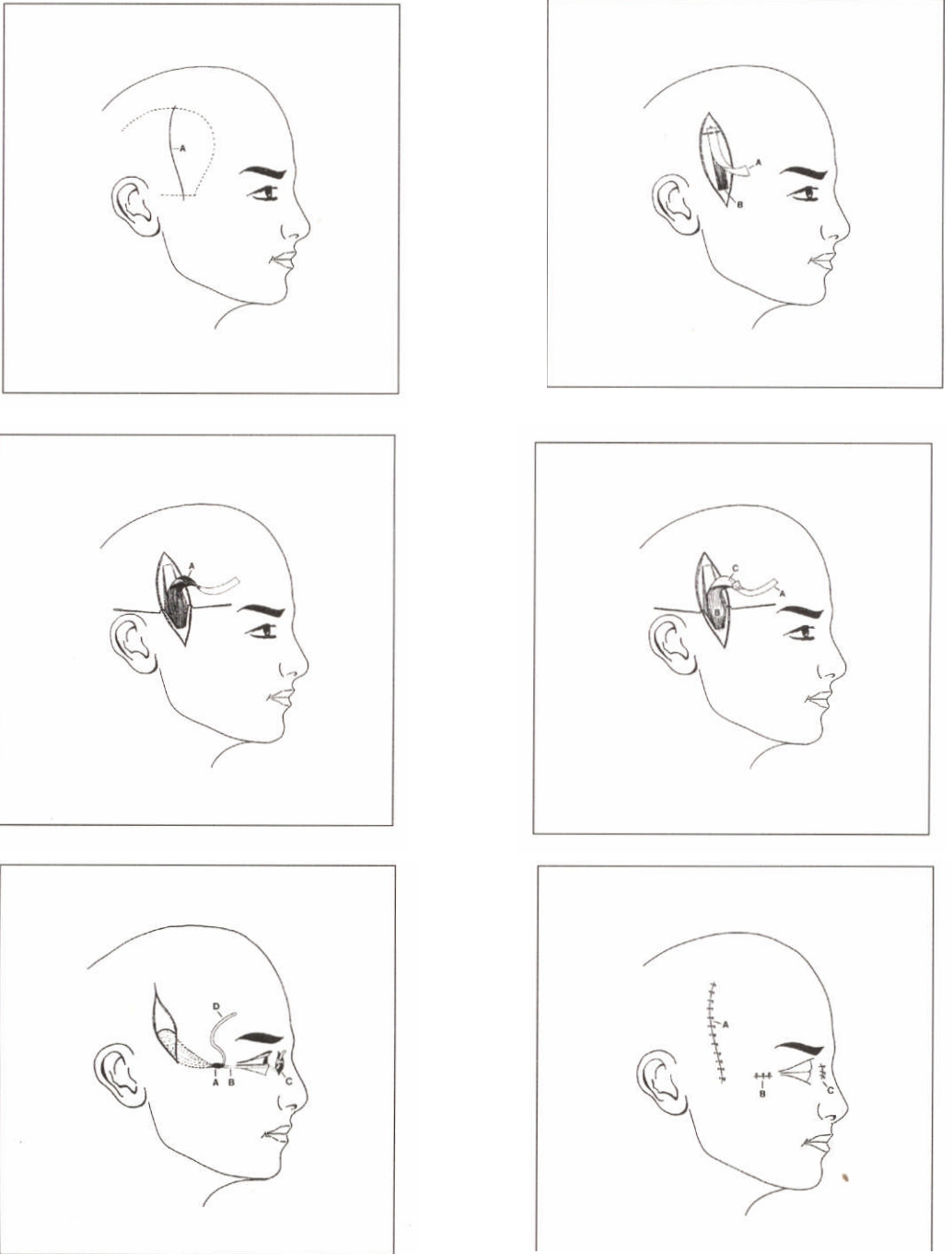


Fig. 20.2 Técnica de transferência de músculo temporal (Gillies).

é por meio de cirurgia. Estas técnicas podem ser estática, que diminui a abertura palpebral protegendo parcialmente a córnea, ou dinâmica. Esta última corresponde à transferência do músculo temporal conforme descrito por Sir Harold Gillies ou conforme a modificação de Johnson.

A técnica estática, com a qual temos maior experiência, é a da suspensão do tarso, descrita por Anderson. Está indicada principalmente nos casos em que há perda de sensibilidade da córnea.

No caso da transferência do músculo temporal, ela só trará bons resultados se o paciente apresentar algum grau de sensibilidade da córnea. Isto permitirá que ele pisque ou, pelo menos, que reconheça a necessidade de piscar. Um reflexo automático de piscamento não se consegue, mas muitos pacientes aprendem a usar a transferência para fechar os olhos intermitentemente e quando mastigam fortemente. Deste modo, o músculo temporal transferido irá fechar convenientemente as pálpebras. O tônus muscular também manterá a maior parte da córnea coberta durante a noite, protegendo-a contra dessecação ou úlceras causadas por atrito com as roupas de cama.

A técnica da transferência de músculo temporal é complexa e necessita uma atuação delicada e meticulosa por parte do cirurgião. Entretanto é uma das técnicas mais compensadoras entre todas as aplicadas em pacientes de hanseníase.

Transferência de Músculo Temporal (Gillies)

Esta técnica foi idealizada por GILLIES (1934) e descrita com detalhes por ANDERSEN (1961) e ANITA (1966). A cirurgia pode ser realizada sob anestesia local com sedação prévia,

ainda que seja mais confortável, tanto para o paciente como para o cirurgião, realizá-la sob anestesia geral.

O paciente é previamente preparado com uma tricotomia de todo o couro cabeludo ou da região anterior e superior à orelha.

Inicia-se com uma incisão situada na região pré-auricular, conforme o desenho (Fig. 20.2 a). A incisão estende-se do arco zigomático até um centímetro acima da inserção do músculo temporal. Expõe-se a fáscia temporal sem lesar o ramo frontal da artéria temporal superficial. Praticam-se duas incisões paralelas e longitudinais na superfície da fáscia, de 1,5 cm de largura, estendendo-se desde o arco zigomático até 1 cm além da inserção do músculo temporal, isto é, abrangendo o próprio periósteo. As duas incisões são unidas exatamente neste nível por um traço transversal (Fig. 20.2 b). Libera-se então a porção de fáscia do arco zigomático e levanta-se cuidadosamente esta tira de fáscia do leito muscular, deixando-a conectada apenas na porção mais craneal, isto é, na transição periostal. Com auxílio de um levantador de periósteo, descola-se a porção de músculo por baixo do periósteo, ou seja, em plano imediatamente acima do osso temporal. Esta liberação prossegue, em direção caudal, até o nível da arcada zigomática. Com tesoura, seccionamos as fibras musculares, iniciando junto à transição periostal e sempre em sentido divergente até a área zigomática, de forma que ao final teremos um conjunto muscular de aspecto piramidal com aproximadamente dois centímetros de largura em sua base (Fig. 20.2 c). Em vez de determinarmos uma quantidade de centímetros de comprimento desta pirâmide, podemos dizer que esta liberação das fibras em sentido caudal deve ser suficiente para que a parte do ápice da pirâmide

possa chegar sem tensão ao ângulo externo do olho.

Para criarmos uma união músculo-fascial forte, o retalho de periósteo craniano é rebatido sobre a fascia do músculo e fixado com pontos separados de seda cinco zeros. Em seguida, para evitar aderências nesta zona, a porção de periósteo muscular é dobrada sobre si mesma e suturada com fio de náilon seis zeros (Fig. 20.2 d).

Uma incisão de 6 a 8 mm de comprimento é praticada no ângulo externo do olho e é feito um descolamento que une esta incisão à incisão da região temporal. A fascia do conjunto muscular é retirada nesta incisão de forma que o corpo muscular piramidal se acomode adequadamente no trajeto descolado, ficando o ápice da pirâmide muscular visível na incisão do ângulo externo (Fig. 20.2 e). Agora, realizamos uma outra incisão ligeiramente curva no ângulo interno do olho, e cuidadosamente expomos o ligamento palpebral interno com seus dois delicados componentes. Com uma tesoura ponteguda criamos um espaço entre o componente superficial e a profundo. Entre eles é que passarão as duas fitas de transferência. Muito cuidado neste momento, pois é fácil lesar

o saco lacrimal que está logo abaixo. Os próprios ligamentos são extremamente delicados e devem ser manipulados com todo o cuidado para evitar sua ruptura. Após, com uma pinça reta, conectamos a incisão medial com a lateral por tunelização, mantendo a pinça sempre próxima ao bordo palpebral. Se a curvatura da pálpebra dificultar esta união, podemos praticar uma pequena incisão inter-mediária no meio da distância, o que facilitará em muito a passagem das fitas de transferência. Concluído este passo, dividimos a fascia do conjunto muscular em duas fitas e amarramos um fio guia de seda ou algodão em cada uma delas. Com a ajuda de uma pinça e do fio-guia fazemos passar uma fita pela espaço tunelizado na pálpebra inferior e outra pela pálpebra superior. As fitas devem ser tunelizadas próximo à borda palpebral. Se ficarem posicionadas longe da borda, poderão causar ectrópio (Fig. 20.3). Caso isto aconteça, podemos fixar a fita junto à borda com um ponto de náilon 6 zeros (Fig. 20.4). Chegando as duas fitas à incisão no ângulo interno, fazemos cruzar as duas fitas sob os dois elementos do ligamento palpebral interno, e procedemos à sutura destas fitas com tensão máxima, devendo-se utilizar aqui um

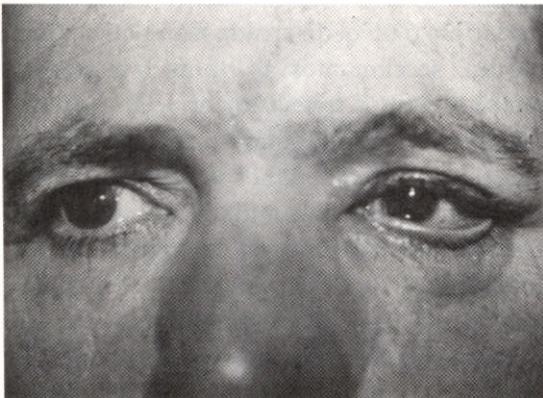


Fig. 20.3 Ectrópio causado por deslocamento da fita.



Fig. 20.4 Sutura mantendo a fita próxima ao bordo palpebral.

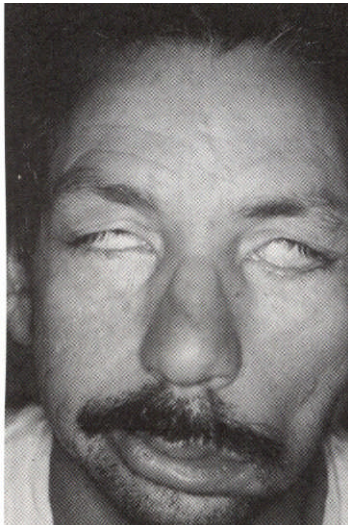
fio de seda ou náilon. Após isto, a pálpebra superior deverá se encontrar ligeiramente sobreposta à pálpebra inferior. As incisões nas pálpebras são suturadas com náilon seis zeros e, após colocar-se um dreno de borracha, a incisão maior no couro cabeludo é fechada com pontos separados de náilon 4 ou 5 zeros (Fig. 20.2 f).

Devemos lavar bem o olho com solução fisiológica para evitar a permanência de coágulo na conjuntiva e aplicar uma pomada oftálmica comum. Opérculo ou curativo oftálmico é aplicado sobre o olho e um apósito de gaze e algodão sobre a área da incisão temporal. Todo o conjunto é fechado com atadura de crepon aplicada com leve compressão.

Outras técnicas para correção do lagoftalmo talmo e ectrópio

Tarsal strip

Uma vez bem realizada, a técnica descrita



por ANDERSON (1979) é muito efetiva para melhorar qualquer grau de lagoftalmo e ectrópio não muito severos, assim como de entrópio. É uma técnica de escolha para os casos de lagoftalmo com anestesia completa da córnea, uma vez que estes pacientes raramente conseguem utilizar a transferência de músculo temporal.

A anestesia pode ser por infiltração local. Executa-se urna cantotomia lateral que se estende por mais ou menos 1 cm lateralmente. O ligamento cantai lateral é seccionado e liberado de suas ligações com o rebordo orbitário, e separado em um tendão superior e outro inferior. Com uma tesoura ou bisturi, separa-se a pálpebra em uma lamela anterior e outra posterior ao longo da linha cinza. A lamela posterior deve conter o tarso e a conjuntiva e a anterior, músculo e pele. Esta separação é feita desde o canto externo até alguns milímetros ou 1 cm do canto em direção medial, dependendo da necessidade de encurtamento de cada caso. Se for necessário encurtar a pálpebra superior, isto deve ser feito em menor extensão do que a praticada na pálpebra inferior. Em seguida, com uma tesoura, criamos um pequeno retalho



Fig. 20.5 a e b Pré e Pós operatório. Técnica de Gillies.

de tarso com 3 a 5 mm de largura. Lembramos que o tarso inferior é freqüentemente muito fino, com no máximo 3 mm de largura. Após, este retalho é firmado com um pinça de dentes delicados e mantido em tensão enquanto se retira com um bisturi a mucosa conjuntival. Também retiramos da pálpebra inferior a pele, mucosa e folículos da margem palpebral. Na pálpebra superior este procedimento deve incluir mucosa, deixando os cílios por razões estéticas (Fig. 20.6). Com o fechamento das duas pálpebras, como numa tarsorrafia, os cílios continuarão a aparecer na pálpebra superior dando um aspecto mais natural ao olho. Em seguida, suturamos o retalho de tarso ao periósteo da porção lateral da margem orbital com náilon 4 zeros ou similar. Este é o ponto crucial desta técnica. O tanto de encurtamento do tarso e a posição da sutura no periósteo é que irão determinar o aspecto do ângulo externo, se

contato com o globo ocular.

Com esta sutura também determinamos inversão ou eversão do tarso, corrigindo assim entrópio ou ectrópio. É necessária alguma experiência para o correto posicionamento desta sutura, mas o procedimento como um todo não é difícil.

O novo ângulo lateral é formado quando se sutura a pálpebra superior e a inferior no ponto até onde foi feita a separação em duas lamelas. Após, a parte de pele em excesso é retirada conforme as necessidades do caso e a

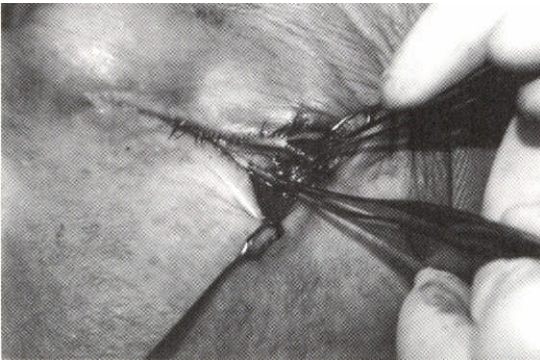


Fig. 20.6 Retalhos de tarso superior e inferior.

muito acima ou abaixo do local usual, assim como a profundidade do canto externo, se muito para dentro da órbita ou para fora (Fig. 20.7). O ângulo externo deve ficar na mesma altura do contralateral e também não muito profundamente dentro da órbita. Se ficar muito superficial (anterior) as pálpebras não entrarão em



Fig. 20.7 a e b Fixação dos retalhos à órbita.

ferida suturada. Os fios de suturas devem ser cortados longos e fixados na pele longe do globo ocular para evitar abrasão acidental da córnea. Deixa-se um curativo ocular ligeiramente compressivo por 24 horas e após a ferida pode ficar aberta, lavando diariamente com soro fisiológico e aplicando alguma pomada oftálmica.

Kuhnt - Szymanowski

Trata-se de técnica conhecida e que pode ser utilizada para a correção do ectrópio da pálpebra inferior. Pratica-se uma ressecção de tarso com mobilização de pequenos retalhos de músculo e pele e ressecção de pele excedente. Esta técnica é descrita com detalhes em muitos textos. Na figura 20.8 podemos ver um esquema desta técnica.

Tarsorrafia

Pode ser temporária ou definitiva. No primeiro caso, podemos utilizar uma tarsorrafia simples unindo diretamente as duas pálpebras com uma sutura em "U" horizontal, a qual poderá ser retirada posteriormente. A sutura é colocada na porção central das pálpebras, ficando o ângulo lateral e medial abertos para drenagem, limpeza do olho ou instilação de medicamentos necessários. Deve ser executada nos casos de úlcera grave da córnea.

A tarsorrafia definitiva pode ser usada para correção de lagoftalmo quando não se encontra disponível um cirurgião com experiência para as técnicas descritas anteriormente (tarsal strip, etc.). A técnica mais

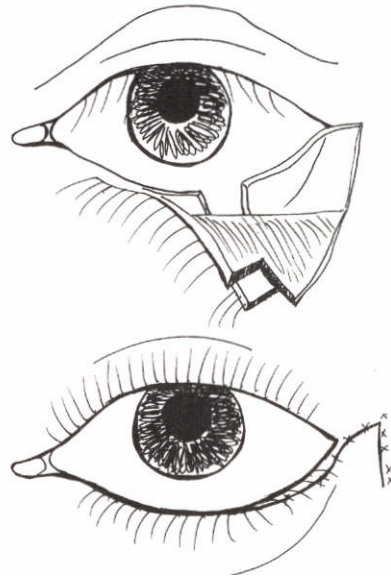


Fig. 20.8 Técnica de Kuhnt - Szymanovzki

simples é a da tarsorrafia lateral, em que se excisa um pequeno triângulo de conjuntiva da pálpebra superior e outro triângulo de pele e cílios da pálpebra inferior, e unem-se as duas pálpebras por meio de uma sutura horizontal em "U" (Fig. 20.9). Mesmo esta técnica poderá ser desfeita posteriormente, se houver disponibilidade para a correção do lagoftalmo por outra técnica mais adequada.

A tarsorrafia medial é de execução mais complexa pois envolve os pontos lacrimais e seus canalículos (Fig. 20.10). Deve ser executada apenas por cirurgião com experiência para evitar dano a estes componentes delicados e fundamentais para a drenagem das lágrimas. Nos casos de lagoftalmo com fenda muito ampla, ela é uma técnica muito útil como complementação de um tarsal strip no ângulo lateral.

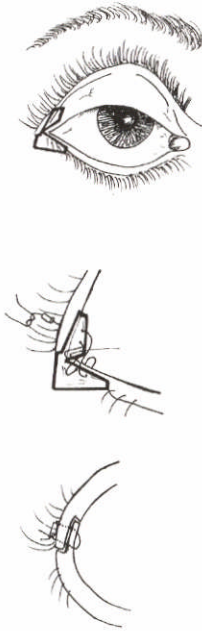


Fig. 20.9 Tarsorrafia lateral.

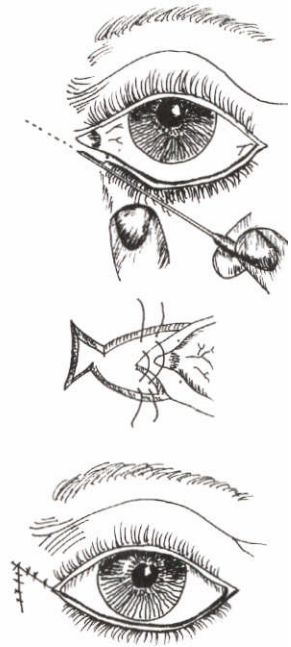


Fig. 20.10 Tarsorrafia medial.

B IBLI OGRAFIA

ANDERSON, J. Surgical treatment of lagophthalmos in leprosy by the Gillies temporalis transfer. *Br.J.Plast.Surg.*, **14**: 339-345, 1961.

ANDERSON, R.L. & GORDY, D.D. The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol.*, **97**: 2192-2196, 1979.

ANTIA, N. H. Reconstruction of the face in leprosy. *Ann.R.Coll.Surg.*, **32**: 71, 1963.

ANTIA, N.H. The facial nerve in leprosy. *Int.J.Lepros.*, **34**: 103-138, 1966.

ANTIA, N.H. The temporalis musculo-fascial sling for the correction of lagophthalmos. *Indian J.Surg.*, **28**: 389, 1966.

BRAGADINI, L.A. & SACHERI, R.F. Tratamiento del ectropion inicial en enfermos de lepra. *Leprologia.*, **13**: 38-40, 1968.

BROWN, J.B. & MCDOWELL, F. Support of the paralyzed face by fascia. *J.A.M.A.*, **135**: 18, 1947.

BROWN, J.B.; MCDOWELL, F. & FRYER, M.P. Facial paralysis supported with autogenous Fascia Lata. *Ann.Surg.*, **127**: 858, 1948.

CASTRO CORREIA, P. & ZANI, R. Masseter muscle rotation in the treatment of inferior facial paralysis. *Plast.Reconstr.Surg.*, **52**: 370-373, 1973.

CHACO, J., et al. An electromyographic study of lagophthalmos in leprosy. *Int.J.Lepros.*, **36**: 288-295, 1968.

CLODIUS, L. Reconstruction of the nasolabial fold. *Plast.Reconstr.Surg.*, **50**: 467-473, 1972.

D'HOOOGHE, P.J. Treatment of lagophthalmos due to facial nerve palsy. *J. Beige Med. Phys.* B.T. Fys. Geneesk, **4**: 165, 1981.

FREEMAN, B.S. Late reconstruction of the lax oral sphincter in facial paralysis. *Plast.Reconstr.Surg.*, **51**: 144-148, 1973.

- GILLIES H. & MILLARD, D.R. *The principles and art of plastic surgery*. Little, Brown & Co., Boston, 1957, p.11.
- GILLIES, H.D. Plastic surgery of the eyelids and conjunctival sac. *Trans.Ophthalmol.Soc.U.K.*, 55: 357, 1935.
- GILLIES, H.D. Experience with fascia lata grafts in the operative treatment of facial paralysis. *Proc.R.Soc.Med.*, 27: 1372, 1934.
- GUERRERO SANTOS, J. Tratamiento quirurgico del lagoftalmos en lepra. *Dermatologia (Mejico)* 11: 259268, 1967.
- JOHNSON, H.A. A modification of Gillies temporalis transfer for the surgical treatment of the lagoftalmos of leprosy. *Plastic Reconstr.Surg.*, 30: 378-382, 1962.
- JOHNSON H. A. An operation to restore eyelid function lost in leprosy. *Int. J. Leprosy*, 33: 89, 1965.
- KUHNT, H. Uber plastische operationen am Augeapfel, an den lidem, and der orbita. *Zsch.f. Augenb.*, 36: 36, 1916.
- LENNOX, W.M. Management of lagoftalmos in leprosy. *Leprosy Rev.*, 37: 151-157, 1966.
- LERNER, R.D. & MARGARIDO, L.C. Ectropio-lagoftalmo: correção cirúrgica da paralisia hansênica da região orbitária. *Hansen.Int.*, 3: 168178, 1978.
- LODGE, W.O. A plastic surgery operation for facial paralysis. *Br.J.Surg.*, 17: 422, 1930.
- MAILLARD, G.F., et al. The surgical treatment of lagoftalmos in leprosy patients. *Chirurg.Plastica.*, 3: 113-123, 1975.
- MATTHEWS, D.N. Reanimation in facial palsy. *Br.J.Plast.Surg.*, 5: 253, 1953.
- MCLAUGHLIN, C.R. Epiphora in facial paralysis. *Br.J.Plast.Surg.*, 3: 87, 1950.
- MOREL-FATIO, D. & LALARDRIE, J.P. Palliative surgical treatment of facial paralysis; the palpebral spring. *Plast.Reconstr.Surg.*, 33: 446, 1964.
- MUSTARDE, J.C. *Repair and reconstruction in the orbital region*. E. & S. Livingstone, Ltd., Edinburgh, 1966.
- PANDYA, S.S. The blink reflex in leprosy. *Nemol India.*, 23: 129-134, 1975.
- RANNEY, D.A. Results of temporalis transfer on fifty four cases of lagoftalmos. *Leprosy in India.*, 45: 62-67, 1973.
- RANNEY, D.A. & FURNESS, M.A. Results of temporalis transfer in lagoftalmos due to leprosy. *Plastic & Reconst. Surg.*, 51: 301, 1973.
- SCHOTTSTAEDT, E. K., et al. Complete muscle transposition. *J.Bone Jt.Surg.*, 37A: 897, 1955.
- SMELLIE, G.D. Restoration of the blinking reflex in facial palsy by a simple lid-load operation. *Br.J.Plast.Surg.*, 19: 279, 1966.
- VON SZYMANOWSKI, J. *Handbuch der operationen chirurgie*. F. Vieweg u. Sohn, Braunschweig, 1870.
- WARREN, A. G. A Method of medial tarsorrhaphy for correction of lagoftalmos and ectropion. *Leprosy Rev.*, 37: 217-218, 1966.
- WEBER, M.W., et al. Results of surgical procedures for the correction of foot-drop and of lagoftalmos due to leprosy. *Leprosy Rev.*, 63: 255-262, 1992.