

ANEXO A: TÉCNICA CIRÚRGICA

A técnica cirúrgica utilizada em nossos pacientes, para correção do lagoftalmo, foi idealizada por GILLIES em 1934 e descrita com detalhes por ANDERSEN (1961) e ANTIA (1966).

Em todos os pacientes foi realizada a tricotomia de todo o couro cabeludo ou da região anterior e superior à orelha (pouco além dos limites da região temporal). Os pacientes foram submetidos à sedação leve com Diazepan a 10 mg. Foram infiltrados 15 ml de anestésico local: XylocaínaR (cloridrato de lidocaína) com adrenalina a 1:200.000, na região zigomácticotemporal e nas bordas palpebrais.

Incisão I: Foi feita uma incisão na região pré-auricular (Fig. 1), dois a três centímetros anteriormente h. linha de implantação do pavilhão auricular. Com início acima da borda superior do arco zigomático, a incisão seguiu direção cranial, até um centímetro acima da inserção do músculo temporal. A fáscia temporal foi exposta, sem lesar o ramo frontal da artéria temporal superficial, e liberada do tecido areolar, da inserção mandibular A. inserção periostal. Na superfície da fáscia temporal foram feitas duas incisões longitudinais e paralelas, separadas por uma distância de um centímetro e meio entre si, as quais estenderam-se de proximal ao arco zigomático a até um centímetro além da origem da fáscia, abrangendo o perióstio craniano. Na região periostal, as duas incisões foram unidas por uma transversal (Fig. 2). A seguir, a porção incisada da fáscia foi cuidadosamente liberada do arco zigomático e da superfície muscular, preservando-se a frágil conexão musculofascial, na região da linha temporal (Fig. 3). Com auxílio do elevador de perióstio, um segmento longitudinal da porção média do músculo temporal foi liberado ao nível sub-periostal, em direção caudal. Os fascículos selecionados foram liberados do restante do corpo muscular, com auxílio de tesoura, em direção divergente, de cranial para caudal, obtendo-se assim, ao final desse procedimento, um conjunto muscular de aspecto piramidal, de ápice cranial e base caudal, com cerca de dois centímetros de largura na base. A porção muscular foi liberada até proximal ao arco zigomático, o suficiente para que o ápice do músculo chegasse próximo ao ângulo lateral do olho. Esta dissecação foi realizada cuidadosamente, para preservar o suprimento vasculonervoso da porção média do músculo temporal, a altura do arco zigomático. Para criar uma união musculofascial forte, o perióstio craniano foi rebatido sobre o perióstio junto à fáscia profunda do músculo temporal, e ambos

foram suturados com três ou quatro pontos de seda cinco zeros. A seguir, para evitar aderências, a parte cruenta do periósteo muscular foi dobrada sobre si mesma e fechada com sutura contínua do epimísio muscular, com náilon cinco ou seis zeros (Fig. 4). Desse modo, formou-se um verdadeiro cone muscular. Terminados esses passos, o campo operatório cruento foi lavado com soro e a hemostasia foi confirmada.

Incisão II: Foi feita uma incisão com cerca de 6 a 8 milímetros de comprimento, no ângulo lateral do olho, no sentido vertical ou horizontal (Fig. 5). Com auxílio de um tunelizador, foi criado um espaço subcutâneo amplo. A fáscia temporal foi tunelizada e exteriorizada através da incisão número dois. Para evitar problemas de aderência, não houve coincidência dessa incisão com a junção músculofascial. A seguir, a faixa de fáscia temporal foi seccionada, longitudinalmente, em duas partes iguais.

Incisão III: Foi feita uma incisão no sentido vertical e ligeiramente curva, a 6 milímetros do ângulo palpebral medial do olho (Fig. 5). O ligamento palpebral medial foi exposto após dissecação profunda. Com auxílio de uma tesoura ponteaguda e curva, foi criada uma fenda entre a porção superficial e profunda do ligamento. Lesões deste ligamento e do saco lacrimal foram cuidadosamente evitadas. Com auxílio de uma pinga hemostática mosquito reta, as incisões lateral ao ângulo lateral e medial ao ângulo medial foram interconectadas. Foram criados dois túneis subcutâneos próximos à margem das bordas palpebrais superior e inferior, para evitar o ectrópio. Em alguns casos, foi necessária uma pequena incisão na região mediana da pálpebra, próxima à borda, para facilitar a formação do túnel. Um fio de seda ou de náilon, para sutura, foi passado através de cada túnel, do ângulo lateral ao medial do olho. Cada uma das extremidades laterais dos fios foi ligada à fita de fáscia temporal correspondente. Os fios de sutura foram tracionados, um de cada vez, e as fitas foram parcialmente exteriorizadas na incisão lateral ao ângulo medial do olho. No ligamento palpebral medial, as fitas da fáscia foram cruzadas e passadas através do espaço criado. A fita de fáscia da pálpebra inferior foi suturada, sob tensão máxima, com fio de seda ou náilon, ao ligamento palpebral medial. Em alguns casos, ao fracionar a fita, ocorreu eversão da pálpebra inferior. A fita foi então recolocada e mantida na posição correta, através de duas ou três laçadas, com sutura de náilon seis zeros, fixadas ao tarso, sem estrangular a fita. Em seguida, foi realizado o mesmo procedimento para a fita de fáscia superior e os excessos de fáscia foram ressecados. Ao final desse procedimento, a pálpebra superior estava invariavelmente superposta a pálpebra inferior, cerca de dois milímetros.

Após colocação do dreno as incisões foram suturadas com fio de náilon (Fig. 6). Foi aplicada pomada com antibiótico no espaço palpebral, gazes sobre o olho e bandagem levemente compressiva por setenta e duas horas. O dreno foi retirado após vinte e quatro horas e o repouso, com elevação do tronco e cabeça, foi mantido por três ou quatro dias. A prescrição de dieta líquida ou pastosa foi acompanhada de instruções rigorosas para o paciente não morder por três semanas.

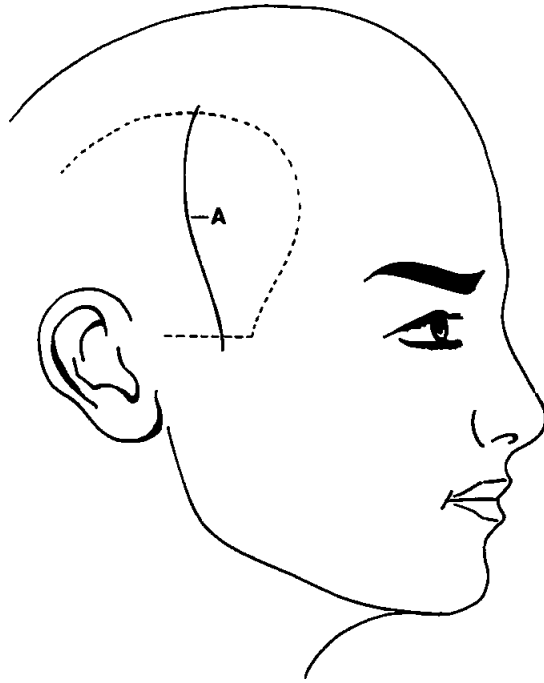


Figura 1: Linha de incisão (A).

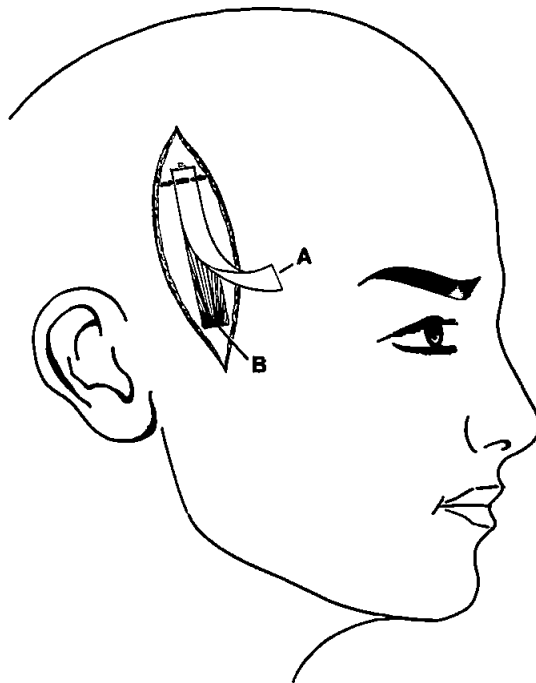


Figura 2: Fásia temporal rebatida (A), músculo temporal (B).

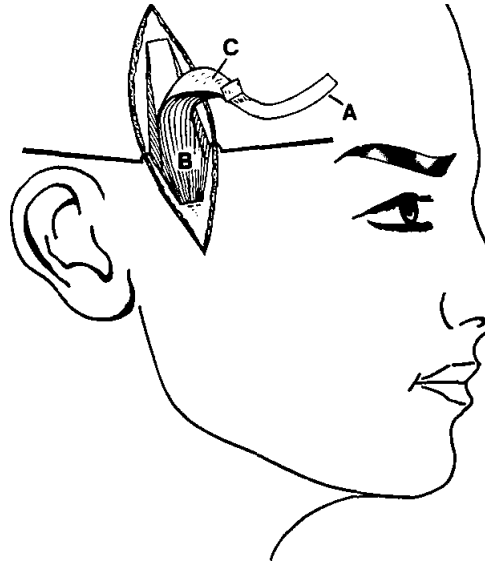


Figura 3: Fásia (A) e músculo temporal (B), rebatidos; periósteo craniano (C).

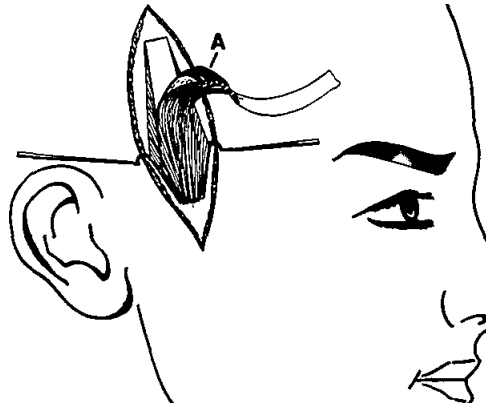


Figura 4: Músculo temporal dobrado sobre si mesmo e suturado (A).

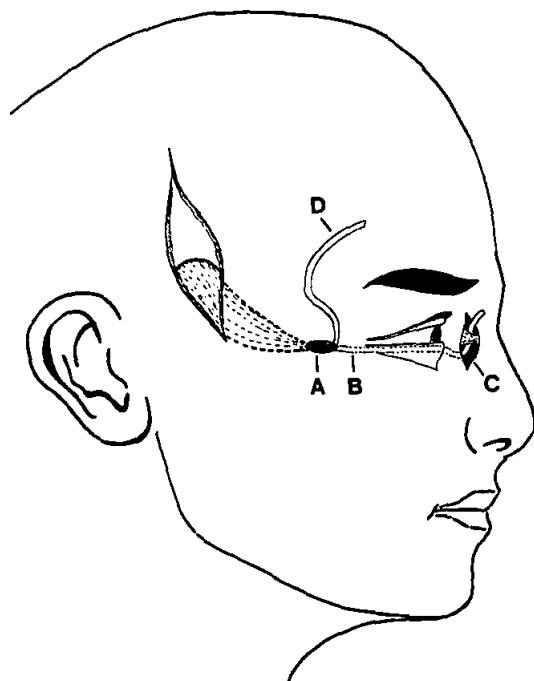


Figura 5: Incisões cutâneas (A,C); pedículo músculofascial tunelizado em direção a pálpebra inferior e ligamento palpebral medial (B); pedículo fascial a ser tunelizado (D).

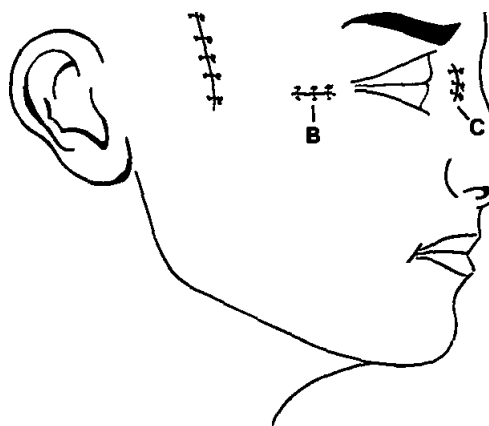


Figura 6: Suturas temporal (A) e cutâneas (B,C).