

Correção de ptose palpebral senil: abordagem sem sutura de Frost

Treatment of blepharoptosis in elderly: approach without Frost suture

ANGÉLICA SCHETTINO¹, SANDRA POYART², RENATA RUAS³, RAFAELA DALLALANA⁴, MOISES DE MELO⁴, DIOGO FRANCO⁵, TALITA FRANCO⁶

RESUMO

Objetivo: Apresentar a experiência dos autores no tratamento da ptose palpebral senil, com o uso de técnica já descrita na literatura, facilmente reproduzível, mas sem a utilização do ponto de Frost para oclusão/repouso palpebral. **Método:** Foram avaliados 19 pacientes, em um total de 30 cirurgias, submetidos à correção de ptose palpebral senil com a técnica de encurtamento, seguida de ressecção do excesso de aponeurose do músculo elevador da pálpebra superior (MEPS), de acordo com a avaliação do grau de ptose e da função residual do MEPS. Todos os pacientes foram avaliados no pré e no pós-operatório por oftalmologista e não foi utilizado o ponto de Frost em nenhum paciente. As cirurgias foram realizadas em regime ambulatorial e com anestesia local e sedação leve. **Resultados:** O grau de ptose dos pacientes variou entre 2 e 6 mm e englobou pacientes com ptose leve (10%), moderada (63,3%) e grave (26,7%). A função residual do MEPS foi considerada boa em 53,3% dos pacientes (N=16) e média em 46,7% (N=14). Não houve recidiva, deiscência ou infecção. Dois (6,7%) pacientes apresentaram hipocorreção da ptose. Nenhum paciente evoluiu com alterações da córnea após a cirurgia, ao exame oftalmológico. **Conclusões:** Os resultados foram satisfatórios, demonstrando que os cuidados pós-operatórios, aliados à orientação cuidadosa do paciente, são uma boa opção ao uso de ponto de Frost.

Descritores: Blefaroptose. Pálpebras/cirurgia. Cirurgia Plástica. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais.

ABSTRACT

Purpose: The objective of this paper is to show the authors' experience in the treatment of blepharoptosis in elderly, using a famous technique, but without the Frost suture. **Methods:** Thirty surgeries were performed (19 patients) for correction of blepharoptosis with the shortening of the aponeurosis of the superior palpebrae levator muscle and its redundancy resection, considering the level of ptosis and the residual function of the levator muscle. All the patients were assisted by an ophthalmologist before and after the surgery and no Frost suture were used. The surgeries occurred with local anesthesia and in day clinic hospital. **Results:** The level of ptosis was between 2 and 6 mm and involved patients with slight ptosis (10%), mild ptosis (63.3%) and severe ptosis (26.7%). The residual function of the levator muscle was considered good in 53.3% of patients (N=16) and mild in 46.7% (N=14). There were no dehiscence, infection or return of the ptosis in no one patient. There were no corneal injury after the surgery by the ophthalmologic examination. **Conclusions:** The results were satisfactory, showing that the post operative care is a very good option to the Frost suture.

Key words: Blepharoptosis. Eyelids/surgery. Surgery, Plastic. Ambulatory Surgical Procedures.

1. Mestranda do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF – UFRJ) e Médica Assistente da Clínica de Cirurgia Plástica do Hospital Naval Marçílio Dias (HNMD), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Médica Assistente da Clínica de Oftalmologia do HNMD, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Especialista em Cirurgia Plástica pelo HUCFF-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
4. Residente da Clínica de Cirurgia Plástica do HNMD, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
5. Professor Adjunto de Cirurgia Plástica do HUCFF-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
6. Professora Titular de Cirurgia Plástica do HUCFF-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Angélica Schettino
Av. Nossa Sra. de Copacabana, 807, sala 1102 – Rio de Janeiro, RJ,
Brasil – CEP 22050-002
E-mail: angelicaschettino@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Muito mais do que beleza, cujo conceito varia de acordo com a época e com a sociedade, algumas alterações faciais trazem prejuízos ao convívio social, levando à segregação e à impossibilidade de ações básicas e diárias, como ler e comer.

A pálpebra superior posiciona-se cerca de 1 a 2 mm entre o limbo superior da íris e a pupila¹. Denomina-se ptose palpebral ou blefaroptose quando a borda ciliar encontra-se abaixo deste nível, o que pode comprometer seriamente o dia-a-dia do indivíduo.

Três músculos são responsáveis pela elevação da pálpebra superior: músculo elevador da pálpebra superior, o mais importante (MEPS), músculo frontal (MF) e músculo társico superior ou músculo de Müller (MM).

A ptose palpebral pode ser classificada em congênita ou adquirida. A ptose adquirida pode ser de origem neurogênica, miogênica, traumática ou mecânica.

Alguns autores adicionam a esta classificação a pseudoptose, caracterizada por excesso de pele das pálpebras, com margem palpebral superior posicionada corretamente. Assim, a ptose senil ou involucional é classificada como miogênica, por alteração muscular ou aponeurótica em idosos e, usualmente, se apresenta como uma ptose moderada e com boa função do MEPS. A implantação da prega palpebral é alta, com formação do sulco supratarso e visualização do movimento do globo ocular através da pálpebra. A aponeurose do MEPS pode estar desinserida do tarso, com a elevação da pálpebra ocorrendo exclusivamente pela ação do MM e do MF.

Diversas técnicas foram descritas para correção desta deformidade. Algumas indicam a utilização de pontos de Frost, por tempo variável, de acordo com o autor^{2,3}. Esta sutura foi originalmente descrita por Albert Frost⁴, em 1934, como um ponto de sustentação usado em cirurgia de blefaroptose para promover suporte palpebral e proteção corneana, por meio do repouso ocular.

O objetivo desse trabalho é apresentar a experiência dos autores no tratamento de ptoses leves, moderadas e graves, de origem involucional (senil), empregando uma técnica simples, facilmente reproduzível, bem consolidada e eficaz. O diferencial é a não utilização do ponto de Frost para a oclusão palpebral pós-operatória.

MÉTODO

Após anamnese e exame físico detalhados, foram avaliados 19 pacientes com ptose senil, entre os anos de 2006 e 2008.

Todos os pacientes foram submetidos à consulta oftalmológica no pré-operatório, para detectar possíveis lesões corneanas. Esta avaliação foi complementada com exame de biomicroscopia ocular em lâmpada de fenda, com e sem corante de fluoresceína. No pós-operatório, nova avaliação

oftalmológica foi realizada para detecção de lesões de córnea.

A técnica cirúrgica usada foi o encurtamento da aponeurose do MEPS, com ressecção do seu excesso, associado ou não, de acordo com o desejo do paciente, à blefaroplastia superior. Os procedimentos foram realizados em centro cirúrgico, sob anestesia local e sedação leve, de modo a avaliar, no intraoperatório, a correção da ptose.

Ao sair da sala de cirurgia, os pacientes foram mantidos com compressas geladas de soro fisiológico 0,9%, sobre os olhos, periodicamente trocadas. Além desse cuidado, os pacientes recebiam a orientação de fazer uso de colírio de metilcelulose regularmente, de duas em duas horas, pelo período de sete dias, com o objetivo de manter a lubrificação ocular. Todos os pacientes tiveram alta hospitalar no mesmo dia e foram reavaliados, pelo cirurgião plástico e pelo oftalmologista, entre cinco e sete dias de pós-operatório.

RESULTADOS

A maior incidência de ptose foi observada no sexo masculino (52,6%), com média de idade de 68,6 anos. Dos 19 pacientes, 12 (63,1%) tinham ptose bilateral. Os lados direito e esquerdo foram acometidos igualmente, com predomínio discreto do lado direito em um dos pacientes, que preferiu operar apenas o lado esquerdo, mais afetado. Nos casos de ptose bilateral, a cirurgia foi realizada em um só tempo cirúrgico.

O grau de ptose dos pacientes variou entre 2 e 6 mm e englobou pacientes com ptose leve (10%), moderada (63,3%) e grave (26,7%). A função residual do MEPS foi considerada boa em 53,3% dos pacientes (N=16) e média em 46,7% (N=14).

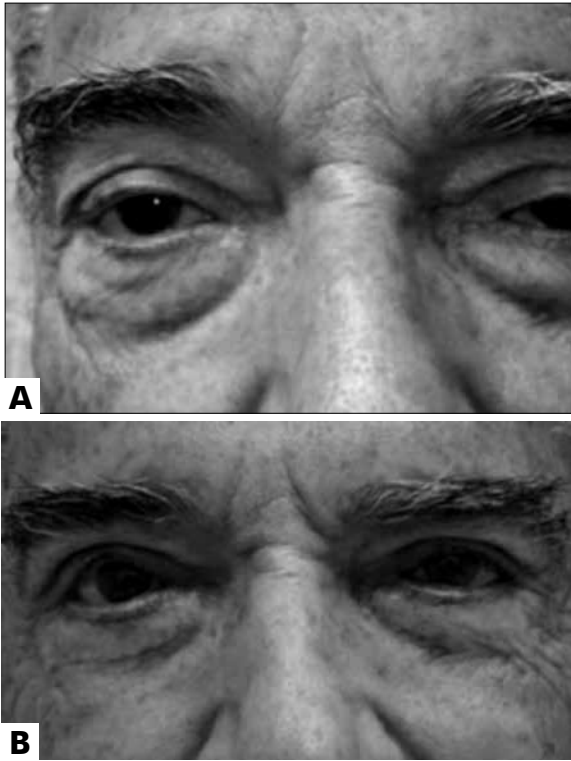
A menor ressecção da aponeurose do MEPS realizada foi de 4 mm, em dois casos, e a maior foi de 10 mm, em 10 casos.

Os resultados foram considerados satisfatórios, tanto para o cirurgião, como para os pacientes, com restauração dos níveis normais de elevação das pálpebras (Figura 1).

Considerando o total de 30 cirurgias realizadas nos 19 pacientes estudados, em duas delas houve hipocorreção (6,7%), gerando assimetria discreta. Nestes casos, não se realizou novo procedimento cirúrgico, uma vez que não foi desejo do paciente. A hipocorreção ocorreu em pacientes com ptose unilateral.

Não houve caso de deiscência, hematoma, lagofthalmia ou recidiva da ptose. Também não foi diagnosticada nenhuma lesão ou abrasão de córnea, infecção ou outras alterações, quando da consulta com o oftalmologista, no pós-operatório. Todos os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente por, pelo menos, 10 meses. Os pacientes incluídos no estudo não apresentavam lesões pré-operatórias.

Figura 1 – A: Pré-operatório de ptose palpebral bilateral.
B: Quatro meses de pós-operatório da correção da ptose palpebral associada à blefaroplastia superior e inferior.



DISCUSSÃO

A ptose é uma doença frequente e de causas variadas. A cura cirúrgica também pode ser feita de várias formas, de acordo com a experiência de cada cirurgião.

A escolha da técnica operatória deve se basear no tipo de ptose, considerando-se a história clínica, os antecedentes, a história familiar e o exame físico detalhado, com observação da função do MEPS e do grau da ptose.

A técnica de encurtamento e ressecção da aponeurose do MEPS, método pelo qual os pacientes foram operados, baseou-se no tipo de ptose do paciente (ptose senil), na função residual do MEPS, que variou entre boa e média, e na facilidade do cirurgião em realizar a técnica.

Jones e Beard descreveram uma técnica semelhante, onde é feito o encurtamento do MEPS, porém sem ressecção¹. Esta cirurgia é considerada, então, reversível e foi descrita como a primeira opção em pacientes com ptoses moderadas e com boa função de MEPS. Da mesma forma, a técnica aqui defendida demonstrou bons resultados também em ptoses moderadas, porém sem limitá-la aos pacientes com uma boa função residual do MEPS. A aplicação nos casos de MEPS com função residual média amplia o número de pacientes que podem ser beneficiados com essa técnica de encurtamento e ressecção.

Para se evitar hipercorreções e lagofthalmias, respeitou-se o consenso da literatura, em suas considerações sobre as ressecções em ptose senil. Assim, quando havia indicação para ressecções amplas, optou-se por manter o máximo de ressecção em 10 mm, já que diversos autores afirmam ser este o limite máximo aceitável em ptose senil⁵.

O exame oftalmológico foi realizado no pré e no pós-operatório em todos os pacientes submetidos à correção de ptose palpebral. Seu objetivo foi avaliar a superfície ocular na tentativa de identificar possíveis lesões que pudessem contraindicar o procedimento e fazer o diagnóstico de úlceras e lesões de córnea e quadros infecciosos, iniciados após a cirurgia e que pudessem ter ocorrido em decorrência da não utilização do ponto de Frost.

Para a avaliação oftalmológica, foi utilizado o exame de biomicroscopia ocular em lâmpada de fenda. Este foi realizado com e sem corante de Fluoresceína, útil na avaliação do filme lacrimal e na detecção de lesões corneanas epiteliais.

Entre as indicações iniciais da utilização dos pontos de Frost encontravam-se as ptoses palpebrais. A proposta era proteger a córnea e promover o repouso ocular, de modo a diminuir também a incidência de deiscências de sutura do encurtamento/ ressecção da aponeurose. Contudo, há também desvantagens, como o bloqueio completo do campo visual, erosão da pele da pálpebra superior, inabilidade de checar o campo visual ou função pupilar, incapacidade de serem administrados medicamentos oculares e o fato de não poder ser usada em cirurgias de ptose bilateral, no mesmo tempo cirúrgico, o que impediria a visão⁶.

Deste modo, o ponto de Frost não foi utilizado em nossos pacientes, uma vez que se observou, por meio de avaliação oftalmológica, que os cuidados pós-operatórios, como o uso de colírio e compressas com soro fisiológico gelado constantemente, foram eficazes na prevenção de úlcera de córnea e desconfortos temporários decorrentes da cirurgia. Além disso, não houve caso de deiscência de sutura ou lagofthalmia e todos os pacientes apresentavam fenômeno de Bell.

A escolha desta técnica, a opção pela anestesia local com sedação leve e, principalmente, a ausência do ponto de Frost, foram determinantes para que a cirurgia de ptose palpebral bilateral fosse realizada em um só tempo cirúrgico e em regime ambulatorial.

CONCLUSÃO

O método mostrou-se eficaz, atendendo às necessidades dos pacientes e satisfazendo também o cirurgião. Os cuidados pós-operatórios rigorosos, somados à orientação cautelosa e exaustiva do paciente, é uma opção, utilizada com êxito, para o ponto de Frost, e que possibilitou também a correção simultânea nos casos bilaterais, sem causar lesões oculares.

REFERÊNCIAS

1. Fox SA. Ophthalmic plastic surgery. 4ª ed. New York: Grune & Stratton;1963.
2. Franco T, Porchat CA, Cláudio-da-Silva CS. Região periorbitária. In: Franco T, ed. Princípios da cirurgia plástica. Rio de Janeiro:Atheneu;2002. p.391-404.
3. Friedhofer H, Oliveira RR. Ptose palpebral. In: Mélega JM, ed. Cirurgia plástica: fundamentos e arte. São Paulo:Medsj;2002. p.897-911.
4. Frost AD. Supporting suture in ptosis operation. Am J Ophthalmol. 1934;17:633.
5. Carraway JH. Reconstruction of the eyelids and correction of ptosis of the eyelid. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, eds. Grabb e Smith's plastic surgery. 5ª ed. New York: Lippincott-Raven;1997. p.541-4.
6. Jothi S, Moe KS. Lower eyelid splinting: an alternative to the Frost suture. Laryngoscope. 2007;117(1):63-6.

Trabalho realizado no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF – UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Artigo recebido: 29/11/2010
Artigo aceito: 18/1/2011