

Ptose palpebral miogênica: nova opção de tratamento cirúrgico com associação de técnicas consagradas

Myogenic eyelid ptosis: new surgical option for treatment by association of well known techniques

RENATA RUAS¹, DIOGO FRANCO², FERNANDO ZERAIK¹, BRUNO ANDRÉ¹, TALITA FRANCO³

RESUMO

Objetivo: Demonstrar a eficácia de associação de plicatura de músculo elevador da pálpebra com suspensão tarso-frontal para o tratamento de ptose palpebral miogênica. **Técnica cirúrgica:** Foram analisados os resultados do tratamento cirúrgico associando-se plicatura do músculo elevador palpebral com elevação tarso-frontal. **Conclusão:** A combinação de dois procedimentos consagrados para o tratamento de ptose palpebral trouxe resultado satisfatório e complicações mínimas, se constituindo como boa tática cirúrgica no tratamento desta entidade.

Descritores: Blefaroptose. Cirurgia plástica. Doenças palpebrais.

SUMMARY

Purpose: To demonstrate the efficacy of the association of eyelid elevator muscle plication with fronto-tarsal suspension for the treatment of myogenic eyelid ptosis. **Operative technique:** Myogenic eyelid ptosis have been prospectively analyzed after surgical combined treatment by eyelid elevator plication with fronto-tarsal suspension. **Conclusions:** The association of two well known procedures for the treatment of eyelid ptosis has brought successful results and minimal complications, being a good surgical strategy for this rare and challenging entity.

Descriptors: Blepharoptosis. Surgery, plastic. Eyelid diseases.

1. Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do HUCFF-UFRJ.
2. Professor Adjunto do Serviço de Cirurgia Plástica do HUCFF-UFRJ.
3. Professora Titular do Serviço de Cirurgia Plástica do HUCFF-UFRJ.

Correspondência: Renata Ruas
Rua Alm. João C. Brasil, 72 apto 102 - Maracanã
Rio de Janeiro, RJ, Brasil - CEP 20511-020
E-mail: renataruas@gmail.com

INTRODUÇÃO

O posicionamento normal da pálpebra superior cobre o limbo da íris em 1 a 2 mm, abaixo deste ponto, conceitua-se ptose palpebral¹. A elevação da pálpebra é dependente do chamado complexo elevador, formado pelos músculos elevador da pálpebra, Muller e frontal. Qualquer alteração na sua função determinará ptose palpebral em graus variados. A ptose palpebral pode ser classificada em congênita ou adquirida, e esta última subdivide-se em neurogênica, miogênica, aponeurótica e mecânica, baseada nas suas alterações anatômicas².

A ptose miogênica é relativamente incomum. Deve ser suspeitada em casos de fraqueza em outros grupos musculares, como a face, musculatura extrínseca ocular e corpo³. Pode ser causada por distrofia muscular óculo-faríngea, miopatia óculo-faringodistal, distrofia miotônica, ou miopatia mitocondrial, que se constitui dos subtipos: oftalmoplegia externa crônica progressiva, síndrome de Kearnes Sayre, miopatia associada à encefalopatia, acidose láctica e alterações semelhantes a AVC⁴. Os pacientes deste grupo apresentam proteção do globo ocular prejudicada pelo reflexo de Bell diminuído ou ausente e redução da força do músculo orbicular⁴. Essas características tornam o seu tratamento desafiador, uma vez que são geralmente ptoses graves e que também possuem maior probabilidade de apresentarem complicações pós-operatórias, como lagofalmo, exposição corneana com ceratite e outras oftalmopatias associadas. Pacientes com essa enfermidade classicamente apresentam uma postura viciosa com elevação do mento e hiperfunção do músculo frontal, com o intuito de melhorar o campo visual⁴.

Objetiva-se demonstrar a eficácia de associação de plicatura de músculo elevador da pálpebra com suspensão tarso-frontal para o tratamento de ptose palpebral miogênica.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA

Os pacientes examinados tinham função do músculo elevador extremamente prejudicada (inferior a 4 mm) e fraqueza em outros grupos musculares do corpo.

Durante o procedimento cirúrgico, foi realizada anestesia local com solução de lidocaína a 1% com adrenalina 1:200.000 com sedação (sem uso de halogenados ou bloqueadores neuromusculares), excisão de elipse de pele e músculo orbicular e acessada a aponeurose do músculo elevador palpebral, que comumente se encontrava parcialmente desinserida. Foi realizada reinserção da mesma mediante plicatura de 8-10 mm da fásia do elevador, sem ressecção muscular com pontos simples usando fio de náilon 5.0, seguida de elevação tarso-frontal com enxerto de fásia lata de 1,0 x 8,0 cm, em forma de U, sendo a base fixada ao tarso e as extremidades ao músculo frontal em dois pontos, com fio de náilon 5.0. Não foi feita hipercorreção. A anestesia local permitiu adequada avaliação de abertura e fechamento palpebral voluntário.

Apresentamos dois casos de pacientes operados com a técnica descrita, o primeiro possuía síndrome de Kearnes-Sayre (Figura 1) e o outro miopatia de Steinert (Figura 2). O resultado funcional e estético foi bom em ambos os casos, todos apresentando função do elevador superior a 8 mm, bilateralmente. A simetria da posição palpebral foi adequada. Conquanto a complicações operatórias, um paciente apresentou episódio de ceratite ocular, que cedeu com uso de colírio e pomada

Figura 1 - Correção de ptose palpebral em paciente com miopatia mitocondrial (síndrome de Kearnes-Sayre). **A:** Pré-operatório; **B:** Pós-operatório de 3 meses.

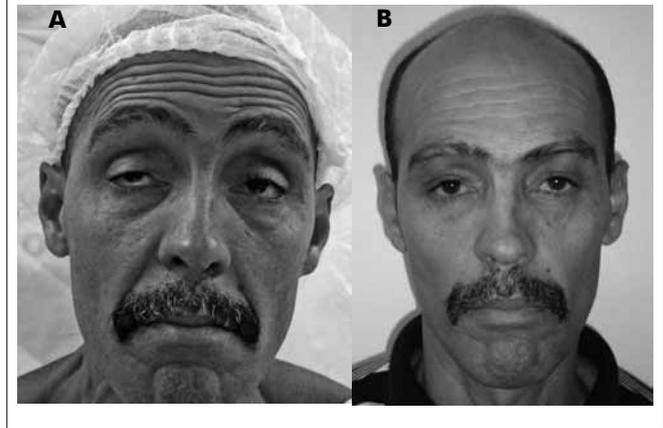
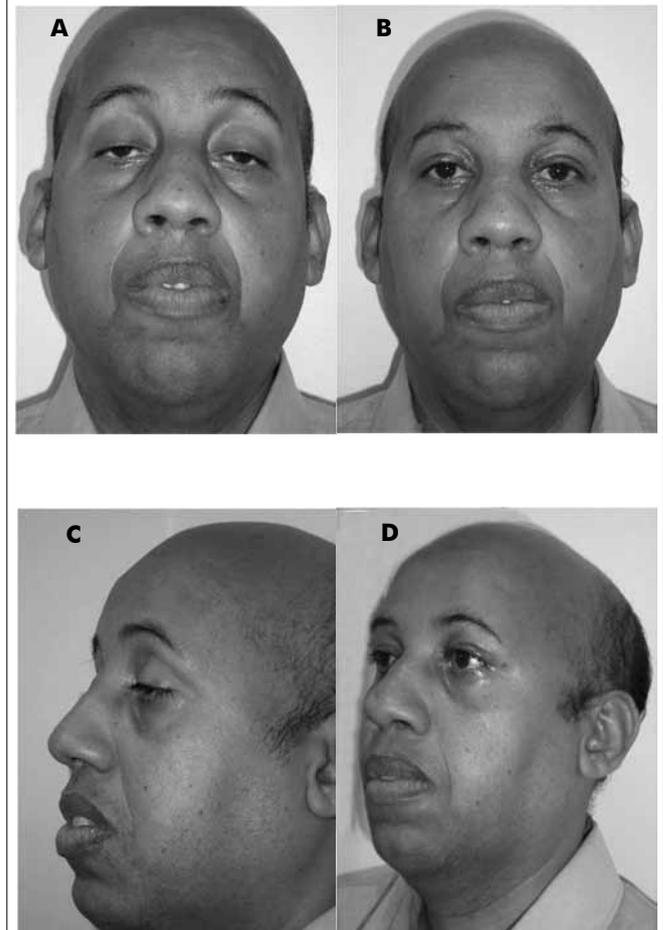


Figura 2 - Correção cirúrgica de ptose palpebral em paciente com síndrome de Steinert. **A e C:** pré-operatório; **B e D:** pós-operatório de 3 meses.



lubrificantes e oclusão noturna. O resultado foi mantido em 6 meses pós-operatório. Houve melhora significativa da hiperfunção do músculo frontal, bem como resultado cosmético adicional.

DISCUSSÃO

Fatores que predizem o sucesso do tratamento da blefaroptose se resumem em posição palpebral direita e esquerda com diferença inferior a 1 mm no olhar primário, a cobertura entre 1-2 mm do limbo superior e o espaço da fenda palpebral durante o fechamento ocular < 1mm⁵. Além dessas características, a ptose de causa miogênica traz desafios adicionais por ter comumente a função do músculo elevador da pálpebra gravemente comprometida, necessitando um reparo efetivo, ao mesmo tempo em que a proteção ao globo ocular está reduzida, o que traz maiores riscos de complicações oculares pós-operatórias.

O objetivo primário do tratamento deste tipo de ptose se resume na elevação satisfatória da pálpebra superior, associada a melhor posição da cabeça do paciente para evitar a fadiga crônica, que é comumente observada, e a liberação do campo visual sem danos ao globo ocular⁴. As técnicas descritas são blefaroplastia, ressecção do tendão do músculo elevador, ressecção de espessura total da pálpebra superior, plicatura do músculo elevador, suspensão frontal e mesmo tratamento conservador com uso de colas^{4,6-10}.

Em ptoses graves, a ressecção da aponeurose ou mesmo do músculo elevador poderia acarretar problemas, uma vez que a função deste já está gravemente comprometida. A plicatura isolada traz desafios, uma vez que, em se tratando de função do elevador gravemente comprometida, será necessária plicatura de grande extensão do mesmo, podendo prejudicar adicionalmente sua função. A elevação tarso-frontal como animação estática tem risco elevado de lagoftamo e esgarçamento do material usado na elevação ou suas fixações - fásia lata, silicone - com maior risco de recidiva¹¹.

Apresentamos a combinação de duas técnicas consagradas no tratamento da ptose palpebral, com intuito de reduzir as

possíveis complicações relacionadas a cada uma isoladamente, pela necessidade de plicatura em menor extensão do elevador e elevação frontal com menor tração em sentido superior (evitando a hipercorreção e suas complicações). Observamos resultados adequados e duradouros, ausência de complicações graves e, diante do discutido, uma nova opção de tratamento para ptose miogênica.

REFERÊNCIAS

1. Fox SA. Ophthalmic plastic surgery. 5th ed. New York: Grune & Stratton; 1976.
2. Katowitz WR, Katowitz JA. Congenital and developmental eyelid abnormalities. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(1 Suppl):93e-105e.
3. Wong VA, Beckingsale PS, Oley CA, Sullivan TJ. Management of myogenic ptosis. *Ophthalmology.* 2002;109(5):1023-31.
4. Lucci LMD, Fonseca Jr NL, Sugano DM, Silvério J. Transposição da rima palpebral em ptose miogênica mitocondrial. *Arq Bras Oftalmol.* 2009;72(2):159-63.
5. Borman H, Maral T. Technique for blepharoptosis correction using double-breasted orbicularis oculi muscle flaps. *Ann Plast Surg.* 2006;57(4):381-4.
6. Lai CS, Chang KP, Lai CH, Huang SH, Tsai CC, Lin SD. A dynamic technique for the treatment of severe or recurrent blepharoptosis: frontalis- orbicularis oculi muscle flap shortening. *Ophthalmology.* 2009;223(6):376-82.
7. Osaki TH, Osaki MH, Belfort R Jr, Osaki T, Sant'anna AE, Haraguchi DK. Management of progressive myopathic blepharoptosis with daily application of octyl-2-cyanoacrylate liquid bandage. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2009;25(4):264-6.
8. Bagheri A, Aletaha M, Saloor H, Yazdani S. A randomized clinical trial of two methods of fascia lata suspension in congenital ptosis. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2007;23(3):217-21.
9. de la Torre JJ, Martin SA, De Cordier BC, Al-Hakeem MS, Collawn SS, Váscenez LO. Aesthetic eyelid ptosis correction: a review of technique and cases. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(2):655-60.
10. Shields M, Putterman A. Blepharoptosis correction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;11(4):261-6.
11. Matsuo K, Yuzuriha S. Frontalis suspension with fascia lata for severe congenital blepharoptosis using enhanced involuntary reflex contraction of the frontalis muscle. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62(4):480-7.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ.

Artigo recebido: 6/5/2009

Artigo aceito: 19/8/2009