

Técnica de compartilhamento palpebral com retalho tarsoconjuntival para lamela interna na reconstrução palpebral inferior. Experiência de 32 casos

Artigo Original

Recebido em 10/06/2007 e
Aprovado em 20/08/2007

Tarsoconjuntival sharing flap technique for internal lamella in the reconstruction of the inferior eyelid. 32 cases experience

Ricardo Maniglia¹, João Jairney Maniglia², Fábio Maniglia³, Andrea Socco⁴, José Eduardo Dolci⁵

1) Médico Otorrinolaringologista do Departamento de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Paraná

2) Professor Adjunto Médico Otorrinolaringologista do Departamento de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Paraná

3) Médico Otorrinolaringologista do Departamento de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Paraná

4) Residente de 3º ano do Departamento de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Paraná

5) Otorrinolaringologista. Chefe de Clínica - Departamento de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo

Instituição: Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia - Curitiba - PR - Brasil

Endereço de Correspondência: Av. República Argentina, 2069, Curitiba - PR - Brasil - CEP 80620-010 / www.ipo.com.br

RESUMO

Introdução: A reconstrução palpebral após ablação por trauma ou remoção de tumores de pele é importante para proteção da córnea e da visão, bem como a manutenção da estética da região orbitária e palpebral¹. Como muitos tumores de pele podem se assentar nesta área é fundamental para o cirurgião que lida com tumores regionais, ter em mãos possibilidades terapêuticas para recuperação das áreas removidas. Para as ressecções cantais com mais de 40% de tecido removido podemos usar a técnica de compartilhamento palpebral com retalho tarso conjuntival associada ou não a outros procedimentos. Os relatos da literatura são escassos quanto ao êxito funcional de médio prazo. **Objetivo:** Avaliar o uso de retalho tarsoconjuntival como lamela interna em associação com retalhos ou enxertos de pele na reconstrução de pálpebra inferior por lesões causadas por ressecções de tumores. **Material e Métodos:** Feita análise retrospectiva de prontuários de 32 pacientes submetidos a ressecção tumoral e reconstrução com retalho tarsoconjuntival associado a enxerto livre ou retalho pediculado, sendo estudados os parâmetros Margem Palpebral no Nível do Limbo Inferior, Simetria Contralateral, Fechamento Palpebral, Aposição Palpebral e Margem Palpebral Regular, estudados por análise

ABSTRACT

Introduction: The eyelid reconstruction after ablation for trauma or removal of skin tumors is important for protection of the cornea and of the vision, as well as the maintenance of the aesthetics of the orbital area eyelid. As many skin tumors can sit on this area, it is fundamental for the surgeon that deals with regional tumors, to have in hands therapeutic possibilities for recovery of the removed areas. For the resection of the canthal region with more than 40% of tissue removed we may use the technique of eyelid sharing with tarsoconjuntival flap combined or not to other procedures. The reports of the literature are scarce as for the follow-up functional success. **Objective:** To evaluate the use of tarsoconjuntival flap in association with pediculed flaps or skin grafts in the reconstruction of inferior eyelid for lesions caused by tumors resections. **Material and Methods:** A retrospective analysis of 32 patients submitted tumoral resection and reconstruction with combined tarsoconjuntival flap and free graft or repiculed flaps, being studied the parameters level of the eyelid margin, contralateral simmetry, eyelid closure, eyelid apposition and eyelid regularity, studied by paired analysis of Wilcoxon. **Results:** All the patients presented good functional results. Three cases showed initial incomplete

pareada pelo teste de Wilcoxon. **Resultados:** Todos os pacientes apresentaram bons resultados funcionais. Três casos mostraram incompletude de fechamento e aposição palpebral inicialmente e foram submetidos a nova reconstrução. Dois pacientes apresentaram desnivelamento entre a margem palpebral e o limbo, irregularidade da margem e retração palpebral. **Conclusão:** A técnica de compartilhamento palpebral com retalho tarsoconjuntival se mostrou eficiente, quando associado ao retalho nasogeniano ou enxerto de pele retro-auricular para a reconstrução funcional de defeitos maiores de 40% na região de canto medial.

Descritores: pálpebra inferior, reconstrução, retalho tarsoconjuntival, resultado funcional.

eyelid closure and apposition and were submitted to a new reconstruction. Two patient presented unlevelling among the eyelid margin and limbus, irregularity of the margin and eyelid retraction. **Conclusion:** The technique of eyelid sharing with tarsoconjuntival flap was efficient, when associate to the nasogenian flap or free skin graft of retro-auricular region for the functional reconstruction of defects larger than 40% in the medial canthal region

Keywords: inferior eyelid, reconstruction, tarsoconjuntival flap, functional results.

INTRODUÇÃO

A reconstrução palpebral após ablação por trauma ou remoção de tumores de pele é importante para proteção da córnea e da visão, bem como a manutenção da estética da região orbitária e palpebral¹.

Os princípios de reconstrução foram desenvolvidos durante a 1ª Guerra Mundial por cirurgiões como Sir H. D. Gillies em reconstrução orbitária após trauma. Ele confeccionava três lamelas palpebrais com enxertos de pele e cartilagem costal, tendo pouca experiência na reconstrução palpebral na presença do globo ocular².

Durante a 2ª Guerra Mundial surgiram cirurgiões como J. C. Mustarde que reconstruía a pálpebra inferior com duas lamelas. A lamela interna constituída de enxerto condromucoso de septo nasal e a externa com a rotação de retalho facial³.

Um elemento de grande importância para a reconstrução, em termos de preservação funcional, é a lamela interna. Alguns cirurgiões a reconstituíram, como Millard⁴, Byron Smith^{3,5}, Tenzel^{1,2,6,7}, utilizando enxerto condromucoso de septo nasal.

Outros cirurgiões usaram retalhos tarso conjuntivais que foram inicialmente desenvolvidos por Kollner¹ e extensivamente divulgados nos Estados Unidos por Wendel Hughes⁸.

A lamela externa é habitualmente reconstruída por enxerto de pele^{7,9,10,11} ou retalho pediculado^{12,13,14,15,16}.

Mustarde³ determinou que a reconstrução palpebral deve ser planejada de acordo com a porcentagem de ressecção palpebral. Lesões com ressecções até 25% são tratadas por sutura primária. Aconselha a cantotomia e cantolise que permite o uso da sutura primária em pessoas com idade avançada com lesões de 30% a 40%. Lesões acima de 50% são tratadas por enxerto condromucoso de septo nasal para a lamela interna e retalho de pele facial para a externa.

Outra alternativa para reconstrução de lesões até 50% é a utilização de retalho tarso conjuntival da mesma pálpebra⁸ e

retalho de enxerto de pele^{7,9,10,11}, de acordo com o tamanho e região da ressecção na confecção da lamela externa.

Em casos de lesões que exijam ressecção de 100% pode-se utilizar o retalho tarso conjuntival da pálpebra superior para lamela interna da pálpebra inferior e retalho ou enxerto de pele como lamela externa^{8,17,18,19,20,21,22,23}.

A literatura mundial mostra dúvidas quanto ao melhor método de reconstrução da pálpebra inferior quando da impossibilidade de sutura primária. A grande maioria dos trabalhos é composta por relatos de casos levando a inconsistência nas evidências apresentadas.

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é a avaliação de uso de retalhos tarso conjuntivais como lamela interna em associação com retalhos ou enxertos de pele na reconstrução de pálpebra inferior por lesões causadas por ressecções de tumores.

MATERIAL

Foram avaliados, em estudo retrospectivo, 32 prontuários de pacientes que foram submetidos à reconstrução de pálpebra inferior após exereses de tumores de pele palpebral (Quadro 1).

Os critérios de inclusão foram:

- pacientes submetidos à reconstrução palpebral inferior com retalho tarso conjuntival para lamela interna;
- prontuários com dados acessíveis e
- acompanhamento da evolução dos pacientes no mínimo de 12 meses.

Os critérios de exclusão foram:

- pacientes submetidos à radioterapia após a cirurgia de ressecção do tumor;

- pacientes com recidivas dos tumores e
- pacientes com doenças com comorbidades dermatológico-oculares regionais.

MÉTODOS

Procedimentos de reconstrução

Os pacientes submetidos à remoção palpebral de entre 40 e 50% na região temporal da pálpebra inferior foram reconstruídos com retalhos tarso conjuntival da mesma pálpebra para a lamela interna, segundo técnica descrita na literatura⁸ e retalho semicircular de pele de Tenzel^{6,7} para a lamela externa.

Nos pacientes com ressecções entre 40% e 50% em região central da pálpebra inferior, a lamela interna foi reconstituída por retalho tarso conjuntival da mesma pálpebra⁸ e a lamela externa foi recomposta com retalho de avançamento de pele de Bernard¹⁰.

Nas lesões de região nasal de 40% a 50% também foi confeccionada o retalho tarso conjuntival para a lamela interna e a lamela externa por retalho nasogeniano de pele¹¹.

Nos pacientes com lesões que necessitaram de ressecção de 50% a 100% houve a necessidade do uso do retalho tarso conjuntival da pálpebra superior para a lamela interna⁸ e enxerto de pele retro-auricular para a lamela externa¹¹. Nesta situação houve a necessidade de um segundo procedimento para sectionar o retalho tarso conjuntival para abrir a fenda palpebral.

Descrição de Técnicas

Todas essas técnicas foram feitas de forma ambulatorial com anestesia local (Xylocaína 2% com Adrenalina 1:100.000), sedação e anestesia tópica da córnea com tetracaína 1%. O paciente foi posicionado em decúbito dorsal com elevação de 30 graus de cabeça. A córnea foi protegida com pomada oftálmica e lente escleral.

O tumor foi delineado com violeta de genciana, feita a marcação das margens de ressecção (3 a 4 mm para tumores basocelulares). Após a remoção do tumor retiramos margens extras (temporal, nasal, inferior e conjuntival) para controle oncológico por biópsia de congelamento. Somente quando as margens foram consideradas livres de comprometimento neoplásico determinamos a porcentagem de reconstrução (Fig. 1).

Reconstrução de Lamela Interna em Lesões até 50%

Colocamos uma sutura de seda 4.0. de reparo na pálpebra inferior remanescente. Com o auxílio de cotonete fizemos sua eversão e marcamos uma linha horizontal a 1mm da margem inferior do tarso com violeta de genciana. O comprimento do retalho foi igual ao comprimento da ressecção. Foi feita uma



Figura 1- Sequência de ressecção de tumor de pálpebra inferior.

incisão vertical deste ponto até o fornix conjuntival inferior. Este retalho tarso conjuntival é descolado da pálpebra e rodado para o defeito. Após hemostasia ele foi suturado nas margens conjuntivais do defeito com vicryl 6.0., em toda sua extensão com nós voltados para fora para não produzir lesão de córnea (Fig. 2,3 e 4).

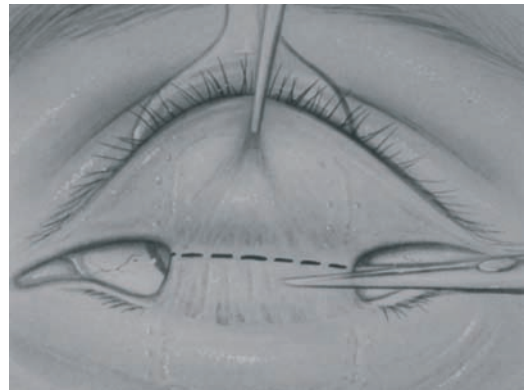


Figura 2- Esquema da incisão de liberação palpebral para deslizamento de pele

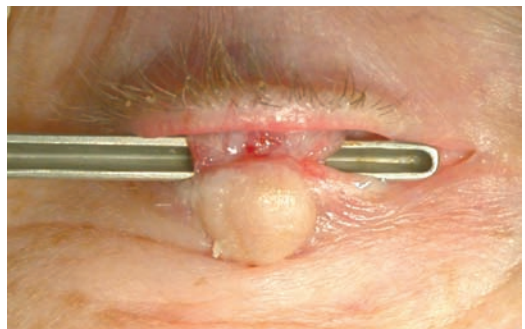


Figura 3- Exposição de retalho tarsal

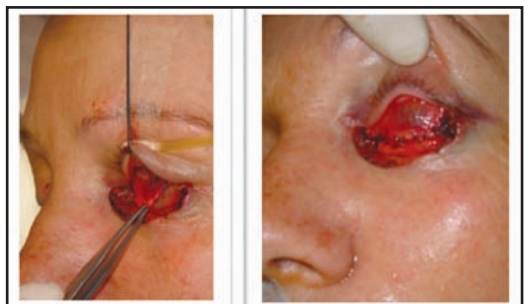


Figura 4- Rotação e sutura de retalho tarsal.

Temporal

A lamela externa de lesões temporais foram reconstruídas com o retalho de rotação semicircular de Tenzel (Tenzel, R. R., 1971)⁶.

A marcação do retalho foi feita incluindo o corte lateral da ressecção com a linha vertical lateral ao canto externo e outra linha paralela a esta com a largura da dimensão vertical do defeito. As linhas foram unidas em um ponto próximo ao supercílio. Após o descolamento do retalho sua ponta foi seccionada em 90 graus para se ajustar ao corte medial da ressecção e ele foi rodado e suturado com mononylon 6.0 em toda sua volta e ao retalho tarso conjuntival para, minuciosamente, recompor a margem palpebral. A rotação do retalho aproximou o defeito da área doadora que foi suturado primariamente com mononylon 6.0 (Fig.5).

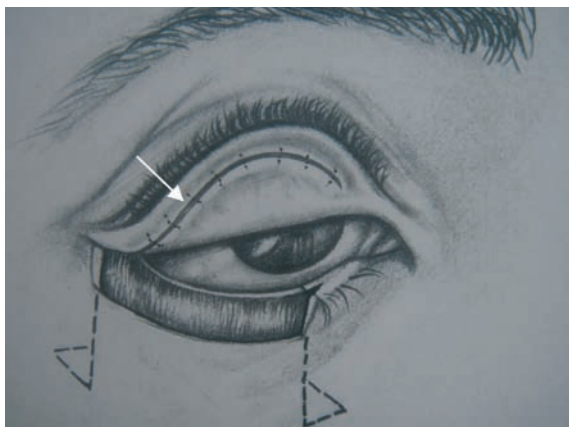


Figura 5 - A seta indica a incisão para a rotação do retalho de Tenzel. Abaixo observamos os dois triângulos de compensação para a confecção do retalho tarsoconjuntival.

Central

Os defeitos na região central da pálpebra tiveram sua lamela externa reconstruída por um retalho de avançamento vertical desenvolvido por Bernard (Bernard, C., 1853)¹¹.

Foram feitas duas incisões paralelas estendendo a extensão do defeito verticalmente. Em sua base lateral e medial ao retalho, desenhamos dois triângulos retângulos do tamanho da dimensão vertical do defeito. Estes triângulos de pele foram ressecados e o retalho foi dissecado e avançado superiormente até o nível horizontal da pálpebra. Suturamos este retalho nas margens palpebrais e do retalho tarso conjuntival com mononylon 6.0. O avançamento ocluiu a área doadora (Fig. 6).

Nasal

A reconstrução da lamela externa em sua porção nasal foi feita através de um avançamento de um retalho nasogeniano, abaixo do tendão cantal interno.

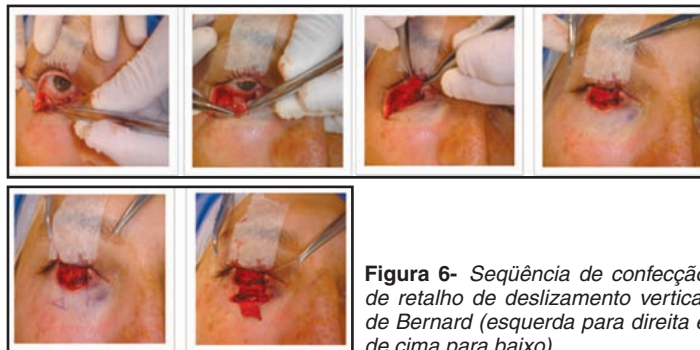


Figura 6- Sequência de confecção de retalho de deslizamento vertical de Bernard (esquerda para direita e de cima para baixo).

A incisão foi demarcada com violeta de genciana, no ângulo nasofacial até o sulco nasogeniano onde foi feita uma incisão de retorno (Back-cut) do tamanho do defeito palpebral vertical. Um retalho de pele foi descolado e rodado em direção superior e após hemostasia suturado à pálpebra remanescente e ao retalho tarso conjuntival com reconstrução da margem palpebral do defeito.

Reconstrução de 50% a 100% da Lamela Interna

Inicialmente colocamos uma sutura de reparo de seda 3.0 na porção central da pálpebra superior. Com auxílio de cotonete foi feito a manobra de eversão palpebral. Infiltramos o bordo tarsal superior com Xylocaína 2% e adrenalina 1:100.000. Marcamos os limites do retalho tarso conjuntival com violeta genciana a 1mm ou 2mm da margem superior do tarso, com dimensão horizontal do tamanho do defeito. Este retalho foi descolado no plano do músculo de Muller até cerca do fornix superior. Após hemostasia este retalho foi rodado e suturado ao defeito e ancorado aos remanescentes palpebrais ou tendões cantais com vicryl 6.0.

Reconstrução de 50% a 100% de Lamela Externa

A lamela externa foi reconstruída por enxerto de espessura total de pele retroauricular. O defeito foi medido com molde de papel que foi posicionado com transferência com transferências de medidas retroauricular. A pele foi infiltrada, incisada, e fechada com suturas contínuas de mononylon 3.0. O enxerto de pele foi posicionado no defeito e fixado com curativo de algodão com suturas cardinais de ancoragem do enxerto posicionadas com seda 3.0. Após sutura contínua marginal com mononylon 6.0, o enxerto foi perfurado com bisturi lâmina 15 no sentido da dobra palpebral para evitar hematoma. As suturas cardinais foram amarradas sobre um rolo do algodão para justapor o enxerto ao leito do defeito e ao retalho tarso conjuntival. Este curativo foi removido em 5 dias. Após 3 semanas houve necessidade de um segundo procedimento para secção no retalho com anestesia tópica e local com sutura marginal contínua mononylon 6.0, se necessário.

Análise dos resultados cirúrgicos

Os pacientes foram avaliados em seu período pós-operatório utilizando-se um protocolo pré-estabelecido. Foram avaliados os seguintes parâmetros:

- **Margem Palpebral no Nível do Limbo Inferior** - validado por exame a olho nu se os níveis se correspondiam.
- **Simetria Contralateral** - Avaliado por exame a olho nu se os dois olhos se correspondiam.
- **Fechamento Palpebral** - Avaliado por exame a olho nu se havia cobertura completa do globo ocular.
- **Aposição Palpebral** - Avaliado por exame a olho nu se as pálpebras se tocavam completamente.
- **Margem Palpebral Regular** - Avaliado por exame a olho nu se a borda palpebral não apresentava atrofia e retrações.

Os resultados evolutivos foram submetidos a análise estatística, comparando o seguimento de 6 meses e 12 meses para avaliação de manutenção dos achados pós-operatórios.

Análise estatística

Os dados não paramétricos para os parâmetros Margem Palpebral no Nível do Limbo Inferior, Simetria Contralateral, Fechamento Palpebral, Aposição Palpebral e Margem Palpebral Regular foram submetidos a análise pareada pelo teste de Wilcoxon.

RESULTADOS

Os resultados obtidos estão apresentados nos quadros de 2 a 4

Os pacientes com seu sexo e idade, assim como a natureza do tumor e lado operado estão no Quadro 1.

A comparação estatística pelo teste de Wilcoxon para dados pareados entre os meses 6 e 12 está representada na tabela 1.

DISCUSSÃO

O canto medial do olho é uma região esteticamente e funcionalmente importante para o ser humano. Como muitos tumores de pele podem se assentar nesta área, principalmente em pacientes idosos e já com um maior potencial para distúrbios visuais, é fundamental para o cirurgião que lida com tumores regionais, ter em mãos possibilidades terapêuticas para recuperação das áreas removidas.

Dentre as muitas técnicas existentes, cada uma pode ser utilizada para condições específicas.

A porcentagem de ressecção cantal pode fazer diferença na escolha da técnica a ser utilizada.

Para as ressecções cantais com mais de 40% de tecido removido podemos usar a técnica de compartilhamento

Quadro 1 – Distribuição dos pacientes segundo sexo, idade, tipo de tumor e lado da ressecção.

	Idade	Sexo	Tipo do Tumor	Lado
1	50	Feminino	CBC	Direito
2	91	Feminino	CBC	Esquerdo
3	82	Masculino	CBC	Direito
4	70	Feminino	CBC	Direito
5	57	Feminino	CBC	Direito
6	42	Feminino	CBC	Direito
7	74	Masculino	CBC	Esquerdo
8	45	Feminino	CBC	Esquerdo
9	49	Feminino	CBC	Direito
10	65	Feminino	CEC	Direito
11	76	Masculino	CBC	Esquerdo
12	69	Feminino	CBC	Direito
13	74	Feminino	CBC	Direito
14	68	Feminino	CBC	Esquerdo
15	67	Masculino	CBC	Esquerdo
16	56	Feminino	CBC	Direito
17	64	Feminino	CBC	Direito
18	49	Feminino	CEC	Esquerdo
19	52	Feminino	CBC	Direito
20	63	Feminino	CBC	Esquerdo
21	72	Masculino	CBC	Direito
22	64	Feminino	CBC	Esquerdo
23	55	Masculino	CBC	Esquerdo
24	50	Feminino	CBC	Direito
25	78	Masculino	CBC	Direito
26	43	Masculino	CBC	Direito
27	48	Masculino	CBC	Direito
28	54	Feminino	CBC	Esquerdo
29	57	Feminino	CBC	Direito
30	58	Masculino	CEC	Esquerdo
31	64	Masculino	CBC	Direito
32	55	Masculino	CBC	Direito

CBC – carcinoma basocelular; CEC – Carcinoma espinocelular

palpebral com retalho tarso conjuntival associada ou não a outros procedimentos.

Dentre as técnicas associadas podem ser usados enxertos livres da região retroauricular, bucal, septal, entre outros e retalhos pediculados da frente, nasogeniano e malar.

A vantagem do uso de enxertos livres é a não necessidade de um segundo procedimento para ressecção do pedículo, o que freqüentemente é necessário nos retalhos pediculados.

Entretanto, os enxertos livres tendem a apresentar uma pele mais atrófica e dependem da coloração do local doador para apresentarem resultados estéticos interessantes.

Apesar de haver grande interesse pela reconstrução desta região, além de não ser tão incomum a sua necessidade, os trabalhos encontrados na literatura apresentam em sua

Quadro 2 – Distribuição dos casos segundo região operada, % de ressecção, técnica cirúrgica usada e resultados pós-operatórios.

	Região da Lesão	% de ressecção	Técnica de reconstrução Lamela Interna	Técnica de reconstrução Lamela Externa	Resultado Pos-op 7d	Resultado 6 meses	Resultado 12 meses
1	Temporal	41	TCH	RT	SP	SP	SP
2	Central	43	TCH	RB	SP	Ectrópio	SP
3	Nasal	42	TCH	RNG	SP	SP	SP
4	Total	100	TCV	ERA	SP	SP	SP
5	Central	44	TCH	RB	SP	SP	SP
6	Nasal	42	TCH	RNG	SP	SP	SP
7	Central	49	TCH	RB	SP	SP	SP
8	Central	47	TCH	RB	SP	SP	SP
9	Temporal	43	TCH	RT	SP	SP	SP
10	Central	42	TCH	RB	SP	SP	SP
11	Nasal	47	TCH	RNG	SP	SP	SP
12	Central	48	TCH	RB	SP	SP	SP
13	Total	100	TCV	ERA	SP	SP	SP
14	Temporal	43	TCH	RT	SP	SP	SP
15	Central	46	TCH	RB	SP	SP	SP
16	Nasal	48	TCH	RNG	SP	SP	SP
17	Total	100	TCV	ERA	SP	SP	SP
18	Central	42	TCH	RB	SP	SP	SP
19	Temporal	47	TCH	RT	SP	Ectrópio	SP
20	Total	100	TCV	ERA	SP	SP	SP
21	Central	49	TCH	RB	SP	SP	SP
22	Temporal	46	TCH	RT	SP	SP	SP
23	Central	42	TCH	RB	SP	SP	SP
24	Central	44	TCH	RB	SP	SP	SP
25	Nasal	47	TCH	RNG	SP	SP	SP
26	Central	46	TCH	RB	SP	SP	SP
27	Temporal	48	TCH	RT	SP	SP	SP
28	Total	100	TCV	ERA	SP	Sinblefaro	SP
29	Central	44	TCH	RB	SP	SP	SP
30	Central	45	TCH	RB	SP	SP	SP
31	Temporal	49	TCH	RT	SP	SP	SP
32	Total	100	TCV	ERA	SP	SP	SP

TCH - Tarso Conjuntival Horizontal; TCV - Tarso Conjuntival Vertical; ERA - Enxerto Retroauricular; RB - Retalho Bernard; RT - Retalho Tenzel; RNG - Retalho Nasogeniano. SP - Sem Particularidades; Pos-op 7d – Pós-operatório de 7 dias.

maioria relatos de poucos casos com uma ou outra determinada técnica.

Talvez a principal casuística relatada seja a de Holmstrom et al. (1975)²³, com 193 pacientes em 203 procedimentos, sendo que 75% atingiam a pálpebra inferior e 21% o canto medial. Destes, apenas 58 casos tiveram necessidade de

reconstrução com o retalho tarsoconjuntival.

Além da exiguidade de informações quanto aos diversos parâmetros a serem observados quanto a funcionalidade da reconstrução, poucos estudos têm seguimento que consideramos suficientes para determinar se os resultados foram mantidos ao longo do tempo.

Quadro 3 – Resultados pós-operatórios quanto a simetria contralateral, fechamento palpebral, aposição palpebral e regularidade de margem, no seguimento de 6 meses.

	Margem Palpebral no Nível do Limbo Inferior	Simetria Contralateral	Fechamento Palpebral	Aposição Palpebral	Margem Palpebral Regular
1	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Não	Não	Não	Não	Não
3	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
7	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
8	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
9	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
12	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
14	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
15	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
17	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
18	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
19	Não	Não	Não	Não	Não
20	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
21	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
22	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
23	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
24	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
25	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
26	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
27	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
28	Sim	Sim	Não	Não	Sim
29	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
30	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
31	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
32	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Tabela 1 – Análise estatística pelo teste de Wilcoxon pareado para os parâmetros Margem Palpebral no Nível do Limbo Inferior, Simetria Contralateral, Fechamento Palpebral, Aposição Palpebral e Margem Palpebral Regular comparando o seguimento de 6 meses e 12 meses.

	X1	X2	Diferença
N	32	32	
Média	0,9375	-1,96875	-0,0625
Variância	0,06048387097	60,01512097	0,06048387097
Mediana	1	1	0
t0	1,402989645		
P	0,1606199267*		

X1 –representa todos os parâmetros estudados para os 6 meses, uma vez que todos se comportaram de maneira idêntica; X2 –representa todos os parâmetros estudados para os 12 meses, uma vez que todos se comportaram de maneira idêntica.

* Não significante

Quadro 4 – Resultados pós-operatórios quanto a simetria contralateral, fechamento palpebral, aposição palpebral e regularidade de margem, no seguimento de 12 meses.

	Margem Palpebral no Nível do Limbo Inferior	Simetria Contralateral	Fechamento Palpebral	Aposição Palpebral	Margem Palpebral Regular
1	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Sim*	Sim*	Sim*	Sim*	Sim*
3	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
7	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
8	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
9	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
12	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
14	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
15	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
17	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
18	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
19	Sim*	Sim*	Sim*	Sim*	Sim*
20	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
21	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
22	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
23	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
24	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
25	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
26	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
27	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
28	Sim	Sim	Sim**	Sim**	Sim
29	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
30	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
31	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
32	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

* Corrigido aos seis meses com retalho retro-auricular; ** corrigido aos seis meses com descolamento e retalho conjuntival.

Em estudo de 29 casos reconstruídos com a técnica de Hughes, Leibovich e Selva (2004)¹¹, relatam 2 casos com eritema, 3 casos com ptose e paciente com retração. Sousa et al (2007)⁸ em trabalho recente, descrevem 12 casos de pacientes com defeitos entre 25 a 40mm horizontalmente e 20 a 35mm verticalmente, reconstruídos com retalho tarsoconjuntival e que apresentaram bons resultados estético e funcionais, sendo que 2 apresentaram retração palpebral que

não requereram intervenção enquanto um caso apresentou entrópio após 9 meses de cirurgia.

Em nossos pacientes, pudemos observar que os resultados funcionais foram consistentes, havendo apenas 3 casos apresentando ectrópio (2) e sinblefaro (1). Todos os casos puderam ser corrigidos com novo procedimento, antes dos 12 meses de acompanhamento.

Os resultados cirúrgicos mantiveram-se com o passar dos meses, sendo o grupo de 6 meses considerado estatisticamente idêntico ao de 12 meses (Figura 7).

CONCLUSÕES

A técnica de compartilhamento palpebral com retalho tarsoconjuntival se mostrou eficiente, quando associado ao retalho nasogeniano ou enxerto de pele retro-auricular para a reconstrução funcional de defeitos maiores de 40% na região de canto medial.



Figura 7 - Paciente após 12 meses de reconstrução com retalho tarsoconjuntival e pele retro-auricular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verity DH, Collin JR. Eyelid reconstruction: the state of the art. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Aug;12(4):344-8.
2. Mommaerts MY, De Riu G. Prevention of lid retraction after lower lid blepharoplasties: an overview. *J Craniomaxillofac Surg.* 2000 Aug;28(4):189-200.
3. Fuertes-Lanzuela S. Aesthetic total lower eyelid reconstruction. *Aesthetic Plast Surg.* 1988 Aug;12(3):159-63.
4. Steinkogler FJ. Reconstruction of the temporal canthus. *Br J Ophthalmol.* 1983 Apr;67(4):267-9.
5. Iliff CE, Iliff NT. Partial and total reconstruction of the lower eyelid. *Ophthalmology.* 1980 Apr;87(4):272-8.
6. Putterman AM. Viable composite grafting in eyelid reconstruction. *Am J Ophthalmol.* 1978 Feb;85(2):237-41.
7. Zinkernagel MS, Catalano E, Ammann-Rauch D. Free tarsal graft combined with skin transposition flap for full-thickness lower eyelid reconstruction. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2007 May-Jun;23(3):228-31.
8. deSousa JL, Malhotra R, Davis G. Sliding tarsal flap for reconstruction of large, shallow lower eyelid tarsal defects. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2007 Jan-Feb;23(1):46-8.
9. Zheng SW, Li QF, Jiang H, Gu B, Wang HY, Zheng DN, Liu QX, Zan T, Tang LJ, Li YP, Xie Y, Chen Y, Zhang DS. Establishment of composite facial and scalp allograft transplantation model in canine. *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi.* 2006 Jul;22(4):298-302.
10. Motomura H, Taniguchi T, Harada T, Muraoka M. A combined flap reconstruction for full-thickness defects of the medial canthal region. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(7):747-51.

11. Leibovitch I, Malhotra R, Selva D. Hard palate and free tarsal grafts as posterior lamella substitutes in upper lid surgery. *Ophthalmology.* 2006 Mar;113(3):489-96.
12. Cies WA, Bartlett RE. Modification of the Mustarde and Hughes methods of reconstructing the lower lid. *Ann Ophthalmol.* 1975 Nov;7(11):1497-592
13. Yanaga H, Mori S. Eyelids and eye socket reconstruction using the expanded forehead flap and scapha composite grafting. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Jul;108(1):8-16.
14. Tse DT, Goodwin WJ, Johnson T, Gilberg S, Meldrum M. Use of galeal or pericranial flaps for reconstruction or orbital and eyelid defects. *Arch Ophthalmol.* 1997 Jul;115(7):932-7.
15. Mogelvang C. Arcus marginalis effacement and support of the lower lid by malar skin-fat flap blepharoplasty. *Ann Plast Surg.* 1996 Feb;36(2):167-70.
16. Boynton JR. Semicircle flap reconstruction "plus". *Ophthalmic Surg.* 1993 Dec;24(12):826-30.
17. Weinstein GS. Lower eyelid reconstruction with tarsal flaps and grafts. *Plast Reconstr Surg.* 1988 Jun;81(6):991-2.
18. Anderson RL, Jordan DR, Beard C. Full-thickness unipedicle flap for lower eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol.* 1988 Jan;106(1):122-5.
19. Leone CR Jr. Tarsal pedicle flap for lower eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol.* 1977 Aug;95(8):1423-4.
20. Leone CR Jr. Lateral canthal reconstruction. *Ophthalmology.* 1987 Mar;94(3):238-41.
21. Leone CR Jr. Tarsal-conjunctival advancement flaps for upper eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol.* 1983 Jun;101(6):945-8.
22. Leone CR Jr, Hand SI Jr. Reconstruction of the medial eyelid. *Am J Ophthalmol.* 1979 Jun;87(6):797-801.
23. Holmström H, Bartholdson L, Johanson B. Surgical treatment of eyelid cancer with special reference to tarsoconjunctival flaps. A follow-up on 193 patients. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1975;9(2):107-15