

Tratamento cirúrgico da atrofia hemifacial progressiva

Surgical treatment of the progressive facial hemiatrophy

Waldir Portellinha *

Walton Nosé **

Walter Soares Pinto ***

RESUMO

Os autores apresentam um caso de Atrofia Hemifacial Progressiva (Síndrome de Parry-Romberg) em um paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, com hemiatrofia facial esquerda, enoftalmo, diplopia e pseudo-sinal de Von Graefe positivo.

O tratamento cirúrgico utilizado foi de enxerto gorduroso obtido com lipoaspiração e injetado dentro da órbita. Com este tratamento, além da melhora estética com a diminuição do enoftalmo, houve cura da diplopia e a ausência do pseudo-sinal de Von Graefe.

Palavras-chaves: Atrofia facial, Parry-Romberg.

A atrofia hemifacial progressiva ou síndrome de Parry-Romberg é uma doença incomum, mas não rara, tendo sido descritos mais de 700 casos até 1964 (Rogers, 1964).

Como característica, apresenta atrofia progressiva da pele, tecido subcutâneo, músculo, cartilagem e osso, levando a acentuada deformidade de um lado da face. Alguns pacientes apresentam uma linha bem demarcada na região frontal entre o lado comprometido e o lado normal, resultando em uma deformidade denominada de golpe de sabre (Muchnick e col., 1979).

Alterações oculares são observadas em 10-30% dos casos (Muchnick e col., 1979). Devido à atrofia dos tecidos orbitários, podemos ter enoftalmo, ptose e estrabismo. Em relação à pupila, podemos ter miose ou midríase e síndrome de Horner. Podemos ainda ter a presença de heterocromia de Fuchs, doença cataropatia bolhosa e em faixa e alterações na retina e nervo óptico (Moura, 1963; Grayson & Pieroni, 1970).

A sua incidência é maior em mulheres do que em homens (3:2), mais freqüente na hemiface esquerda, mas

pode ser bilateral em 5% dos casos (Rogers, 1964; Miller e col., 1987; Nobrega e col., 1989).

A sua etiologia, apesar de ser desconhecida, alguns autores acreditam que possa ser devido a uma causa infecciosa, a uma neurite periférica (trigêmeo) ou devido a ação do sistema nervoso simpático.

Em relação ao tratamento, todos têm por objetivo restabelecer o contorno facial com enxertos dérmicos, gordurosos, dérmico-gordurosos, cartilagosos, ósseos e retalhos livres revascularizados (Converse & Detson, 1971; Kiskadden & McGregor, 1964; Spina e col., 1972; Ferreira e col., 1981).

Este trabalho tem por objetivo apresentar o tratamento cirúrgico da atrofia hemifacial, com a utilização de enxerto de gordura retroseptal obtido por lipoaspiração.

DESCRIÇÃO DO CASO

M.J.S.C., sexo feminino, 38 anos, branca, procurou nosso ambulatório com queixa de que desde os dez

* *Doutor em Oftalmologia e Chefe do setor de Cirurgia Plástica Ocular do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.*

** *Doutor em Oftalmologia e Chefe do setor de Doenças Externas Oculares do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.*

*** *Chefe do setor de Cirurgia Plástica da AMICO.*

Endereço para correspondência: Dr. Waldir Portellinha - R. Teodoro Sampaio, 2496 - 05406 - S. Paulo - SP

anos de idade vem apresentando uma atrofia progressiva da hemiface esquerda e há seis meses diplopia.

Ao exame observou-se uma atrofia hemifacial esquerda, devido à comprometimentos da pele, tecido celular subcutâneo e gordura orbitária (Fig. 1). A sua acuidade visual com correção era de 1.0 no olho direito (OD) e 0.6 no olho esquerdo (OE), exoftalmometria de 17 mm OD e 10 mm OE, PIO. 10 mmHg no OD e 4 mmHg no OE. No exame de fundo de olho observou-se escavação de papila de 3/6 em ambas os olhos. A pálpebra esquerda apresentava sulco palpebral superior e inferior profundos e a superior não acompanhava o movimento do globo ocular no olhar para baixo (Pseudo-sinal de Von Graefe), e uma pseudoptose devido ao enoftalmo. Na musculatura extrínseca ocular apresentava diplopia apenas no extremo olhar em leve, dextro, supra e infraversões.

A tomografia computadorizada demonstrou apenas enoftalmo à esquerda, devido à atrofia de gordura orbitária. Não havia alterações ósseas.

Indicou-se cirurgia para correção do enoftalmo com a utilização de enxerto de gordura.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e com a paciente em decúbito ventral retirou-se a gordura da região glútea com lipoaspirador. Virando-se a paciente em decúbito dorsal, após a demarcação prévia do sulco palpebral superior, fez-se uma incisão cutânea, abertura do orbicular até a exposição do septo orbital. Através de uma pequena abertura do septo orbital, injetou-se com uma seringa especial a gordura no espaço retrorbitário (Fig. 2). Fechou-se o septo com Vicryl 6-0 e a pele com mononylon 6-0. Para preencher a região orbitária inferior fez-se uma incisão na pálpebra inferior 2 mm abaixo da linha dos cílios, abriu-se o orbicular até expor o septo. Após uma pequena abertura do septo, injetou-se a gordura dentro da órbita. Fechamento do septo e pele semelhante à pálpebra superior.



Fig. 1 - Aspecto pré-operatório, nota-se atrofia facial esquerda, enoftalmo, pseudoptose, sulcos palpebrais profundos.



Fig. 2 - Aspecto intra-operatório mostrando a colocação do enxerto de gordura atrás do septo orbital.

No pós-operatório imediato houve grande edema palpebral, que gradativamente foi diminuindo.

No primeiro mês de pós-operatório, observou-se hipercorreção, que normalizou ao final do terceiro mês.

Após 12 meses de pós-operatório (Fig. 3), o quadro vem mantendo-se estável por nove meses e apresenta uma melhora do enoftalmo com exoftalmometria de 14 mm no OE e sulco palpebral superior preenchido,

com ausência do pseudo-sinal de Von Graefe e pseudoptose. Pré e pós operatório podem ser observados com mais detalhe nas figuras 4 e 5.

Houve total desaparecimento da diplopia no extremo olhar em todas as versões e a PIO do olho esquerdo aumentou para 8 mmHg.

DISCUSSÃO

Atualmente, não existe nenhum tratamento efetivo, no sentido de

evitar a progressão da atrofia. Todos os tratamentos, visam apenas a melhora estética e algumas vezes funcionais, como, por exemplo, a diplopia. Na literatura, vários métodos são descritos como enxertos dérmicos, gordurosos, dermo-gordurosos, cartilagosos e ósseos; implantes de acrílico, silicone sólido ou líquido (Converse & Detson, 1971, Kiskadden & McGregor, 1946; Spina e col., 1972; Ferreira e col., 1981).

Apesar de que os enxertos de

gordura serem descritos como de alta absorção, que muitas vezes desestimula a sua utilização, atualmente tem-se utilizados desta técnica, principalmente, para a correção de depressões palpebrais. Quando as porções de gordura utilizadas não ultrapassam o tamanho de um feijão ou de uma amêndoa, estes enxertos adiposos se integram muito bem, não apresentando problemas de rejeição ou de absorção (Loeb, 1988). Baseando-se nestas afirmações é que optamos por utilizar enxerto de gordura, retirado com lipoaspiração.

A grande vantagem desta técnica é que o enxerto gorduroso pode ser facilmente injetado na região intra-orbitária, apenas fazendo-se uma pequena abertura no septo orbital. Como esta gordura é semilíquida, ela vai preencher todo o espaço retroseptal de maneira uniforme.

Em nosso caso pudemos observar que até os três meses de pós-operatório houve uma diminuição do conteúdo orbitário, que depois se estabilizou. Esta diminuição deve ter sido decorrente da diminuição do edema e também da absorção da gordura. Esta diminuição não foi maior que 30% do volume orbitário imediatamente após a cirurgia.

CONCLUSÃO

O enxerto de gordura obtido com a lipoaspiração e injetado direta-



Fig. 3 - Resultado com 12 meses de pós-operatório. Nota-se o preenchimento do sulco palpebral e grande simetria com o lado contralateral.



Fig. 4 - Detalhe do aspecto pré-operatório.



Fig. 5 - Detalhe do aspecto pós-operatório de 12 meses.

mente na órbita possibilitou, além da melhora estética facial da paciente, a melhora do enoftalmo, a cura da diplopia e a ausência do pseudo-sinal de Von Graefe. Apesar de se tratar de apenas um caso, o seu resultado nos encoraja em utilizar esta mesma técnica em outros casos de enoftalmia por atrofia hemifacial progressiva.

SUMMARY

This paper presents a case of Progressive Facial Hemiatrophy (Parry-Romberg syndrome) in a 31 year old white woman, that had left hemifacial atrophy, enophthalmos and diplopia.

*Grafting a small amount of aspi-
reted placed in the orbit, behind the
orbital septum led to a good result.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONVERSE, J.M. & DETSON Jr., R.J. – A 20 years follow-up of a patient with hemifacial atrophy treated by a buried de-epithelized flap. *Plast. Reconstr. surg.* 48: 278, 1971.
2. FERREIRA, M.C.; BRITO, J.M. & ROCHA, D.L. – Tratamento da atrofia hemifacial progressiva pela transferência microcirúrgica de retalho dermogorduroso livre. *Rev. Ass. Med. Brasil.* 27(6): 187-189, 1981.
3. GRAYSON, M. & PIERONI, D. – Progressive facial hemiatrophy with bullous and band-shaped keratopathy. *Am. J. Ophthalmol.* 70: 42-44, 1970.
4. KISKADDEN, W.S. & MCGREGOR, M.W. – Report a case of progressive facial hemiatrophy with pathological changes and surgical treatment. *Plas. Reconstr. Surg.* 1: 187, 1946.
5. LOEB, R. – Depressões das pálpebras. In: *Cirurgia Estética das Pálpebras*. São Paulo, Ciências Médicas, 1988 185p.
6. MILLER, M.T.; SLOANE, R.; GOLBERG, M.F.; GRISOLANO, J.; FRENKEL, M.; MAFFE, M.F. – Progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg disease). *J. pediatr. Ophthalmol. Strabismus* 25: 27-36, 1987.
7. MOURA, R.A. – Progressive facial hemiatrophy: Report of a case showing ocular and neuro-ophthalmologic changes. *Am. J. Ophthalmol.* 55: 635-638, 1963.
8. MUCHNICK R.; ASTRON S.J.; REES, T.D. – Ocular manifestations and treatment of hemifacial atrophy. *Am. J. Ophthalmol.* 88: 889-897, 1979.
9. NOBREGA, M.J.; KWITKO, S.; BELFORT JR., R. – Atrofia hemifacial progressiva (Síndrome de Parry-Romberg). Relato de um caso. *Arq. Bras. Oftalmol.* 52: 44-45, 1989.
10. ROGERS, B.O. – Rare craniofacial deformities. In Converse J.M. *Reconstructive Plastic. Surgery, Philadelphia.* W.B. Saunders. 1964. pp 1213-1305.
11. SPINA, V.; FERREIRA, M.C. & PSILAKIS, J.M. – Enxertos dermogordurosos na reparação de deformidade faciais. *Rev. Paul. Med.* 80: 19, 1972.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
CGC 48.939.250/0001-18