

Entrópio palpebral severo pós cirurgia de correção de ptose

Severe eyelid entropion after ptosis correction surgery

Larissa Rocha de Andrade Sabino¹ <https://orcid.org/0000-0001-5875-4911>
Afra de Abreu e Lima Montenegro¹ <https://orcid.org/0000-0002-3207-7518>
Bruna Dantas Aires Guimarães¹ <https://orcid.org/0000-0002-0299-6804>
Ana Beatriz Xavier Landim de Farias² <https://orcid.org/0000-0002-6633-317X>
Jerrar Janedson Xavier Silva³ <https://orcid.org/0000-0003-4237-5321>

RESUMO

Paciente de 69 anos evoluiu com entrópio palpebral severo após cirurgia de correção de ptose palpebral pela técnica de reinserção da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior. Realizada reintervenção onde foi diagnosticado uma fixação da aponeurose em uma posição muito inferior e feita uma refixação no 1/3 superior do tarso, com melhora do quadro funcional e estético com boa satisfação da paciente. Devido às suturas em topografia mais inferior, o tarso adquire forma de U em decorrência do dobramento no centro da placa tarsal e da rotação inferior da sua metade superior resultando no entrópio. Este caso ressalta a importância do cuidado quanto a localização da inserção da aponeurose do MLPS, principalmente nos paciente idosos, como forma de evitar o encurvamento vertical do tarso.

Descritores: Entrópio/etiologia; Blefaroptose /cirurgia; Blefaroptose/ complicações

ABSTRACT

Sixty-nine (69) year old patient with severe upper eyelid entropion following surgical correction of ptosis through levator muscle aponeurosis advancement and reinsertion. The aponeurosis advancement appeared to be much lower than typically intended, and surgical repair was performed via aponeurosis re-fixation into the superior 1/3 of the tarsal plate, with subsequent improvement in the aesthetic and functional outcome, and a satisfied patient. Due to the inferiorly located tarsal sutures, the tarsal plate acquires a U-shape due to a central fold and an inferior rotation of its upper half, resulting in entropion formation. This case highlights the importance of taking great care when advancing the levator muscle in ptosis due to levator aponeurosis dehiscence, particularly in elderly patients, so as to avoid vertically folding the superior tarsal plate.

Keywords: Entropion/etiology; Blepharoptosis/surgery; Blepharoptosis/ complications

¹ Serviço de Oftalmologia, Fundação Santa Luzia, Recife, PE, Brasil.

² Acadêmica de Medicina, Faculdade UNITPAC – Araguaína, TO, Brasil.

³ Setor de Oculoplástica, Fundação Santa Luzia, Recife, PE, Brasil.

Trabalho realizado na Fundação Santa Luzia, Recife, PE, Brasil

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido para publicação em 23/07/2018 - Aceito para publicação em 03/08/2018.

INTRODUÇÃO

A ptose palpebral involucional é a causa mais comum de ptose adquirida. Sua frequência foi reportada como sendo 39,1% em brasileiros acima de 50 anos.⁽¹⁾ A correção cirúrgica deste problema é muito requisitada atualmente e sua avaliação criteriosa deve ser feita a fim de se evitar complicações. Quando ocorrem, as complicações geralmente são discretas e transitórias, como hematomas e edemas. Entretanto, algumas vezes podem ser mais graves, como as alterações corneanas e astigmáticas e necessitarem de novas abordagens cirúrgicas para correção, como a retração palpebral, ectrópio, e mais raramente, o entrópio.

O presente relato tem como objetivo descrever um caso de correção entrópio após cirurgia de blefaroplastia superior e seus possíveis mecanismos de ação.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 69 anos, com história de “queda de pálpebras” olho direito (OD) maior que olho esquerdo (OE) há 15 anos. Acuidade visual (AV) com melhor correção de 20/40 em OD e 20/20 em OE. Na ectoscopia observou-se ptose palpebral em ambos os olhos (OD>OE). Distância margem reflexo pupilar (DMRP): -03mm em OD e +01mm em OE; Função do MLPS: 10mm em OD e 14mm em OE; versões: normais em ambos os olhos (AO); Sinal de Bell: bom AO. A Hipótese diagnóstica foi Ptose palpebral severa em OD e Ptose palpebral moderada em OE (Figura 1) e decidiu-se realizar ressecção de músculo levantador da pálpebra superior (MLPS) em AO. Foi realizada a incisão do sulco palpebral superior, abertura do septo e dissecação do MLPS, ressecção do músculo com consequente reinserção do músculo no tarso em três pontos: linha médio pupilar, temporal e nasal com seda 6-0. Realizados pontos de sutura simples separados cutâneos com nylon 6-0, sendo três desses pontos englobados o MLPS para refazer prega palpebral. Após 15 dias, foram retirados os pontos cutâneos e 2 dias após evoluiu com entrópio severo à direita, onde a margem da pálpebra superior se encontrava totalmente invertida e de difícil redução com impossibilidade



Figura 1: Pré operatório



Figura 2: Entrópio pós-operatório

de se manter até uma lente de contato terapêutica na córnea (Figuras 2 e 3). A paciente foi então submetida a procedimento para reabordar a ferida operatória no intuito de se diagnosticar a causa do entrópio e sua consequente correção. O que se verificou durante o procedimento foi que a aponeurose do músculo levantador da pálpebra estava bem reinserida, no entanto as suturas se encontravam muito próximas da borda inferior do tarso, na face anterior. Realizou-se uma reinserção da aponeurose em uma topografia mais superior, ao nível do 1/3 superior do tarso. A paciente apresentou já a melhora trans-operatória do entrópio, com regressão progressiva no pós-operatório durante todo o acompanhamento (3 meses) além da melhora da ptose com DMR de + 4 mm (Figura 4).



Figura 3: Entrópio pós-operatório



Figura 4: Pós-operatório após correção entrópio

DISCUSSÃO

A ptose palpebral involucional é provocada por desinserção ou deiscência do complexo musculo-aponeurose da placa tarsal e caracterizada pelo sulco palpebral alto ou ausente, afinamento da pálpebra superior e função normal do MLPS.⁽²⁾ A técnica de refixação do tendão, amplamente descrita por Jones et al é uma das mais utilizadas na ptose senil.⁽³⁾ Independente da técnica cirúrgica empregada, há possibilidade de complicações inerentes ao procedimento, apesar de bem executado, como a hipercorreção, ptose residual, córnea com ceratite de exposição, ectrópio, altura incorreta da pálpebra, contorno da pálpebra anormal, rugas assimétricas na pele, menos frequentemente, lesões císticas, alteração do astigmatismo e o entrópio.^(4,5)

Apesar do entrópio após cirurgia de reparo de ptose ser raro, ele deve ser corrigido prontamente para se evitar outras complicações, como por exemplo a lesão da córnea.

Alguns relatos na literatura abordam que o cuidado deve ser tomado durante o ato cirúrgico, pois sugerem que o fator causal para o entrópio é devido à inserção da aponeurose na parte inferior do terço médio (da face anterior) do tarso. Devido às suturas em topografia mais inferior, o tarso adquire forma de U em decorrência do dobramento no centro da placa tarsal e da rotação inferior da sua metade superior, resultando no entrópio. Nos idosos, em razão do tarso ser mais fino e desgastado torna-se um fator facilitador à essa complicação.

A análise da força vetorial sugere que a inserção na parte inferior da aponeurose durante a cirurgia de ptose deve resultar

em desenvolvimento de ectrópio em vez de entrópio. Porém o desgaste significativo do tarso pode fazer com que as forças vetoriais resultantes atuem como agonistas para o orbicular pré-tarsal, causando a inversão do tarso e desenvolvimento de entrópio.

No intuito de evitar o entrópio pós cirúrgico, a aponeurose deve ser reinserida no terço superior do tarso, 2 mm abaixo da sua margem superior, seguido pela divisão da linha cinzenta com o reposicionamento da lamela anterior para reduzir o encurvamento exercido na placa tarsal pela aponeurose e minimizar o risco de entrópio pós operatório, restaurando a posição anatômica da palpebra.^(6,7)

Este caso ressalta a importância do cuidado quanto a localização da inserção da aponeurose do MLPS, principalmente nos paciente idosos, como forma de evitar o encurvamento vertical do tarso.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira M, Joaquim A, Schellini SA, Padovani CR, Cruz AA. Alterações palpebrais após a idade de 50 anos. *Arq Bras Oftalmol.* 2005;68(3):285–90.
2. Baker SS. Carbon dioxide laser ptosis surgery combined with blepharoplasty. *Dermatol Surg.* 1995;21(12):1065–70.
3. Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Arch Ophthalmol.* 1975;93(8):629–34.
4. Dollin M, Oestreicher JH. Adult-onset exposure keratitis after childhood ptosis repair with frontalis sling procedure. *Can J Ophthalmol.* 2009;44(4):412–6.
5. Savar A, Connor M, Shore J. Horizontal eyelid tightening for the correction of eyelid contour abnormalities after ptosis repair. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2011;27(2):e34–5.
6. Patipa M, Wilkins RB. Vertical tarsal buckling as a complication of levator aponeurosis repair for acquired blepharoptosis. *Am J Ophthalmol.* 1984;97(1):93–9.
7. Shafi FK, Mehta P, Ahluwalia HS. Upper lid entropion post ptosis correction: is tarsal buckling the cause? *Orbit.* 2012;31(4):246–8.

Autor correspondente:

Jerrar Janedson Xavier Silva
Rua Jeronimo de Albuquerque, 44 – Casa Forte.
CEP: 52060470, Recife, PE, Brasil.
E-mail: jerrarx@hotmail.com