

# Tratamento da ptose palpebral com emprego de “retalho em asa” do músculo orbicular

*Eyelid ptosis treatment using “bat flap” of the orbicular muscle*

JOSÉ OCTÁVIO GONÇALVES DE  
FREITAS<sup>1</sup>  
AYMAR E. SPERLI<sup>2</sup>

Trabalho realizado nos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, São Paulo, SP.

Trabalho Vencedor do Prêmio Antônio Prudente / Galderma 2009.

Artigo recebido: 21/9/2009  
Artigo aceito: 18/11/2009

## RESUMO

Este trabalho foi realizado com o objetivo de demonstrar a possível utilização do músculo orbicular para o tratamento de ptose palpebral em casos em que não exista ação ou função do músculo elevador das pálpebras, utilizando-se um retalho bipediculado do músculo orbicular palpebral em sua porção superior em forma de “asa”, fixado à aponeurose inferior superciliar do músculo frontal da face, tal avaliação foi realizada no período entre 1992 e 2009.

**Descritores:** Blefaroptose/cirurgia. Blefaroplastia/métodos. Doenças palpebrais/cirurgia.

## SUMMARY

The objective of this scientific research was to demonstrate the possibility of use of the orbicular muscle in cases that function and action of the elevator muscle of the eyelid does not exist, using a bipedicular flap of the orbicular muscle in its superior portion in form of a “wing” fixated to the inferior aponeurosis of frontal muscle in the supraciliary region. This study was performed between the years 1992 and 2009.

**Descriptors:** Blepharoptosis/surgery. Blepharoplasty/methods. Eyelid diseases/surgery.

## INTRODUÇÃO

Uma das grandes preocupações de vários autores, como Argamaso<sup>1</sup>, Mustardé<sup>2</sup> e Carlson & Jampolsky<sup>3</sup>, coincide com a nossa, ou seja, de que os problemas sociais, estéticos e funcionais, provenientes da má formação da abertura palpebral, determinem aos pacientes portadores de ptose palpebral diferentes maneiras de se comportarem, tanto social como individualmente em relação ao seu problema. Este fato foi observado em 61 pacientes avaliados e que vieram à nossa procura sobretudo por motivos estético-sociais do que funcionais.

A técnica por nós utilizada trouxe-nos observações interessantes, pois 24 (14%) pacientes avaliados possuíam alterações visíveis na musculatura do elevador da pálpebra (M.E.P.), relacionadas com alterações enervatórias motoras definitivas do músculo elevador da pálpebra, causando sua paralisia definitiva. Nossa conduta cirúrgica, portanto, foi confeccionar um retalho muscular em forma de asa, com

convexidade maior superior de parte do músculo orbicular e fixar as extremidades desta “asa” na fáscia superficial do músculo frontal, acima da região da sobrancelha, recuperando a anatomia funcional e estética da pálpebra otimizando o emprego do músculo frontal.

Sabemos que o indivíduo que possui alterações enervatórias motoras do M.E.P. utiliza-se de um recurso anatómico que é a interligação do próprio músculo orbicular das pálpebras com a fáscia temporal do frontal, para por meio da contração do frontal tensionar o orbicular e elevar a pálpebra. Esta tática cirúrgica provém da observação simples do aproveitamento local das estruturas preexistentes e seu recondicionamento.

## MÉTODO

Foram estudados 24 pacientes do Serviço, entre janeiro de 1992 e julho de 2009, de ambos os sexos, com idades

1. Médico Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga; Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

2. Médico Regente dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga; Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

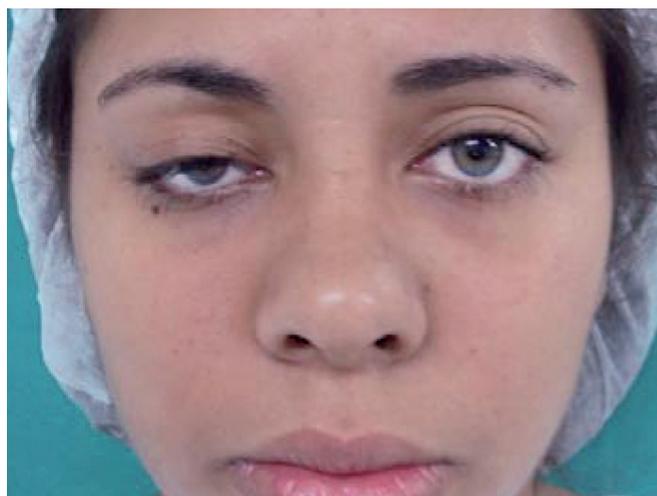
entre 15 e 42 anos, portadores de ptose parálitica e sem capacidade funcional do músculo elevador da pálpebra, porém, que se utilizavam de contração do músculo frontal para propiciar uma abertura palpebral pequena, embora insuficiente (Figura 1). A tática cirúrgica empregada teve por objetivo posicionar devidamente a pálpebra superior sobre a íris.

As cirurgias foram feitas sob anestesia local, utilizando-se lidocaína a 1%, com vasoconstritor 1/80.000. A incisão foi feita no sulco palpebral (local de dobradura da pálpebra superior), partindo-se do canto interno até o canto externo; o músculo orbicular da pálpebra foi isolado em sua porção superior por meio de descolamento simples da pele da pálpebra (Figura 2).

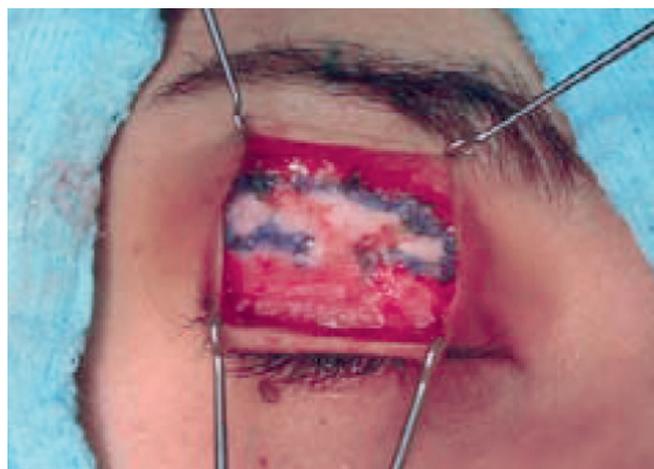
Uma vez isolado o músculo orbicular, fez-se uma incisão na região superior da órbita, acompanhando a curvatura da mesma (em forma de meia-lua), confeccionando-se dessa forma a borda superior do retalho em “asa” descrito (Figura 3).

Após este momento, descolou-se a borda lateral do músculo orbicular, partindo-se de sua parte medial em direção à região medial do tarso e, contralateralmente, da borda lateral para a região lateral do tarso, em ambos os casos por cerca de 5 mm. Em seguida, confeccionou-se a extremidade da “asa”, realizando-se uma pequena incisão paralela à fibra muscular do músculo orbicular da região medial para o centro da pálpebra e da região lateral para o centro da pálpebra. As bordas da “asa” apresentavam no máximo cerca de 15 mm, sendo “firmes” o suficiente para resistir à tração a que serão impostas. Em caso de dúvidas em relação à “firmeza” ou flacidez acentuada muscular, sugere-se a busca de outra alternativa cirúrgica dentre as tantas conhecidas para elevação da pálpebra com fixação tarso-frontal.

Após isolamento e confecção da “asa” do músculo orbicular (Figuras 4 e 5), buscou-se por meio de descolamento



**Figura 1** – Aspecto pré-operatório.



**Figura 2** – Aspecto intra-operatório, onde se observa o desenho do retalho no músculo orbicular.



**Figura 3** – Aspecto intra-operatório, demonstrando a confecção do retalho em asa (“bat-flap”).



**Figura 4** – Retalho em asa confeccionado e pronto para ser fixado.



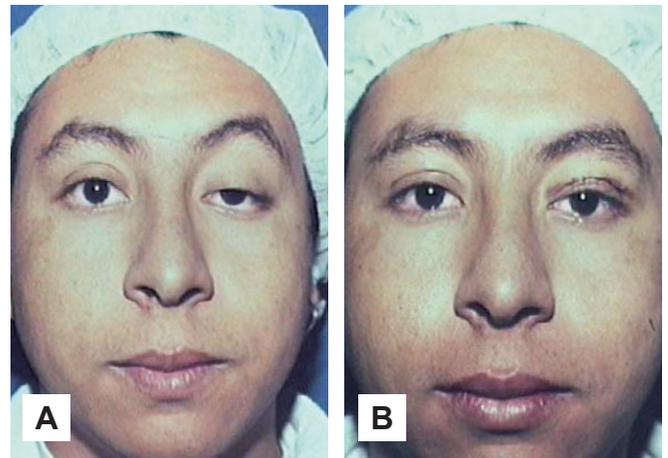
*Figura 5 - Retalho em posição para ser fixado.*



*Figura 6 - Pós-operatório imediato.*



*Figura 7 - A: aspecto pré-operatório; B: aspecto pós-operatório de 10 dias.*



*Figura 8 - A: aspecto pré-operatório; B: aspecto pós-operatório imediato.*



*Figura 9 - A: aspecto pré-operatório; B: aspecto pós-operatório de 6 meses.*

simples da região supra-orbitária a borda inferior da fáscia do músculo frontal, a qual foi suturada à borda medial da "asa" confeccionada no terço médio medial da borda inferior da fáscia do frontal com fio 5-0 mononylon e procedeu-se ao mesmo procedimento com a "asa" lateral na borda lateral inferior da fáscia do músculo frontal, de tal modo e altura que equilibrasse abertura da fenda palpebral.

Uma vez equilibrada a abertura, procedeu-se à sutura com pontos simples de mononylon 6-0, distantes 2 mm entre si (Figura 6). Não foram utilizados curativos e a retirada dos pontos deu-se em torno do quinto dia de pós-operatório. Optou-se pela operação de um olho de cada vez nos casos de ptose bilateral, em decorrência da possibilidade de imprecisão nas medidas bilaterais, caso fosse realizada a cirurgia nas duas pálpebras simultaneamente. A pálpebra contralateral, em casos de ptose bilateral, somente foi operada em torno do terceiro mês, com acompanhamento periódico até um ano.

## RESULTADOS

A confecção da "asa" muscular do músculo orbicular com a abertura devidamente calculada, sem o emprego de material outro, seja autólogo ou heterólogo, trouxe um bom resultado final, sem os inconvenientes eventuais observados em outras técnicas (hematomas, deiscências, cicatrizes outras, etc).

Em nenhum dos casos houve problemas pós-operatórios em relação à utilização desse músculo, tardiamente há grande adaptação do músculo, que permanece íntegro e este refaz por completo todas as suas antigas atividades. Da mesma forma, esteticamente não são observadas alterações ao longo prazo.

As Figuras 7 a 9 ilustram os resultados obtidos em alguns pacientes dessa casuística.

## DISCUSSÃO

Observou-se que, em 14% dos casos de ptose palpebral que procuraram nosso Serviço, não haviam alterações no M.E.P. e sim na enervação motora deste, o que coincide com a literatura pesquisada<sup>1-9</sup>.

Concluiu-se que na cirurgia da ptose palpebral paralítica, seja ela unilateral ou bilateral, pode-se obter maior sucesso realizando-se a confecção de retalho bipediculado em forma de "asa" do músculo orbicular da pálpebra superior, trazendo desse modo utilização de tecidos regionais para a confecção de fixação ao músculo frontal.

## REFERÊNCIAS

1. Argamaso RV. An adjustable fascia lata sling for the correction of blepharoptosis. *Br J Plast Surg.* 1974;27(3):274-5.
2. Mustardé JC. Repair and reconstruction in the orbital region. London:Livingstone;1966.
3. Carlson MR, Jampolsky A. Adjustable eyelid and eyebrow suspension for blepharoptosis. *Am J Ophthalmol.* 1979;88(1):109-12.
4. Anderson RL, Dixon RS. Aponeurotic ptosis surgery. *Arch Ophthalmol.* 1979; 97(6):1123-8.
5. Dortzbach RK. Superior tarsal muscle resection to correct blepharoptosis. *Ophthalmology.* 1979;86(10):1883-91.
6. Doxanas MT. Simplified aponeurotic ptosis surgery. *Ophthalmic Surg.* 1992;23(8):512-5.
7. Fasanella RM, Servat J. Levator resection for minimal ptosis: another simplified operation. *Arch Ophthalmol.* 1961;65:493-6.
8. Stasior OG, Ballitch II HA. Ptosis repair in aesthetic blepharoplasty. *Clin Plast Surg.* 1993;20(2):269-73.
9. Akyol N, Ünlüçerçi CH. The correction of ptosis with adjustable suture technique. *Acta Ophthalmol.* 1990;68(4):487-90.

### Correspondência para:

José Octávio Gonçalves de Freitas  
Rua Dr. Jesuíno Maciel, 361 – Campo Belo  
São Paulo, SP, Brasil – CEP 04615-000  
E-mail: joseoctavio@ig.com.br