

Telecanto traumático: fisiopatologia e tratamento

MAYRA JOAN MARINS DA COSTA, RICARDO JOSÉ LOPES DA CRUZ

Introdução

Fraturas naso-órbito-etmoidais (NOE) podem causar avulsão do ligamento cantal medial e subsequente deslocamento do globo ocular. Mais comumente, os ossos orbitais da parede medial (processo frontal da maxila e crista lacrimal posterior), os quais contêm as fixações do ligamento cantal medial, são fraturados. O telecanto pós-traumático apresenta-se clinicamente como aplainamento da raiz nasal, aumento da distância intercantal e arredondamento do canto medial, com estreitamento da abertura palpebral.

Objetivo

Avaliar a fisiopatologia envolvida no surgimento do telecanto traumático, secundário às lesões naso-órbito-etmoidais e, ao classificar as injúrias conforme sua apresentação anatômica e mecanismo de injúria, propor o tratamento ideal, de acordo com os tipos de lesão encontrados.

Métodos

Revisão da literatura acerca da classificação das fraturas naso-órbito-etmoidais e correlação desta ao padrão das lesões apresentadas no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO-MS/RJ), com ênfase nas características anatômicas e tratamento empregado.

Resultados

O manejo adequado do tendão cantal medial e ossos adjacentes é a chave para obter o resultado ideal nas fraturas NOE. Os métodos de redução fechados, realizados no passado, incluindo aqueles envolvendo o uso de *splints* externos, apresentavam resultados estéticos limitados. Tais técnicas não permitem a redução adequada do segmento contendo o ligamento medial, causando o telecanto pós-tratamento. As técnicas

fechadas também não permitem o restabelecimento da projeção nasal. Por esse motivo, as técnicas abertas são reconhecidas como as melhores maneiras de lidar com as fraturas NOE. A conduta é geralmente ditada pela extensão do trauma, e essa é melhor avaliada pela classificação elaborada por Markowitz et al. As lesões do tipo I (tendão cantal medial conectado a um grande fragmento ósseo) são as mais fáceis de tratar com a estabilização em três pontos, utilizando fixação interna rígida na sutura nasofrontal, borda infraorbital e borda piriforme. As lesões do tipo II mostram mais cominuição, porém ainda com o ligamento cantal mantendo conexão com um fragmento ósseo de tamanho considerável. O trauma do tipo III mostra extensa cominuição, com o ligamento cantal conectado a um pequeno fragmento ósseo ou com avulsão do tendão medial. As lesões do tipo II e III são tratadas de maneira semelhante; a fixação dos fragmentos ósseos é acompanhada de uma combinação de microplacas para maiores segmentos ósseos e fios para fragmentos menores. A localização do ligamento cantal medial é necessária se este estiver conectado a um fragmento ósseo diminuto ou avulsionado. Uma vez localizado o tendão, um fio de aço é passado através do fragmento ósseo, antecipando a cantopexia transnasal. Entretanto, com pequenos fragmentos, pode ser difícil assegurar um fio através desse segmento. Por esse motivo, esses casos são tratados como avulsão e uma sutura permanente é garantida através do tendão. A outra ponta da sutura é, então, conectada a um fio de aço. O fio de aço é passado através dos ossos nasais, realizando a cantopexia transnasal. Então, o tendão é suspenso posterior e superiormente para sua localização original, para hipercorrigir a distância intercantal. Esteticamente, um

resultado hipercorrigido é muito superior ao telecanto hipocorrigido.

Discussão

A ruptura do ligamento cantal medial resulta em telecanto traumático. A distância intercantal média é 33-34 mm, para homens caucasianos, e 32-34 mm, para mulheres caucasianas. A lesão ao ligamento cantal medial pode ser bilateral ou unilateral. Por isso, a distância de cada canto medial ao dorso nasal deve ser medida e comparada. Edema localizado pode distorcer a anatomia local e tornar impossível uma medida acurada da distância intercantal. Entretanto, essa distância pode ser estimada, já que é a metade da distância interpupilar. Comumente associadas com as lesões NOE estão as injúrias ao sistema nasolacrimal. Essas lesões podem ocorrer tanto por obstrução direta como por lesão ao sistema de bombeamento criado pelo ligamento cantal medial e o músculo orbicular. A incidência de obstrução lacrimal após redução aberta de fraturas NOE é de cerca de 20%. Essa complicação é geralmente encontrada em pacientes com telecanto traumático e naqueles com lacerações na parte medial da pálpebra.

Conclusão

A conduta no telecanto secundário às fraturas NOE exige entendimento da anatomia local, dos mecanismos de injúria envolvidos, exame clínico completo e um correto planejamento terapêutico. Para alcançar bons resultados, deve-se buscar o tratamento precoce, exposição completa dos segmentos acometidos através de incisões estéticas e reconstrução usando fixação interna rígida e/ou refixação do ligamento roto. Apesar do manejo dessas fraturas ser extremamente desafiante, os resultados podem ser enormemente gratificantes.