



INTRODUÇÃO

A cirurgia da descompressão orbitária é maioritariamente realizada em casos de orbitopatia originada pela Doença de Graves. Trata-se de uma reacção inflamatória auto-imune que cursa num edema exuberante do tecido adiposo orbitário, assim como dos músculos extra-oculares. A indicação para cirurgia ultrapassa as questões estéticas, sendo imperativa na proptose severa, subluxação do globo ocular, na exposição corneana grave e na presença de diplopia/estrabismo. Existem várias técnicas descritas, desde a via externa com a abordagem transantral (Walsh e Ogura 1950), até, mais recentemente desenvolvida, nos anos 90, por Kennedy e Michel, a via endoscópica nasossinusal.

CASO CLÍNICO

Identificação: M.D.D., 56 anos, ♀.

Antecedentes: sem doenças prévias relevantes.

História da Doença:

Encaminhada para Oftalmologia e Endocrinologia do Hospital de Braga por **oftalmopatia de Graves** não estabilizada com pulsos de metilprednisolona e metibazol, com queratopatia de exposição nas duas córneas.

Plano:

➤ **Descompressão orbitária via endonasal bilateral.**

Pré-Operatório



Fig.c1- Visão frontal da exoftalmia/proptose ocular e rubor conjuntival.



Fig.c2- Visão crânio-caudal da exoftalmia/proptose ocular.

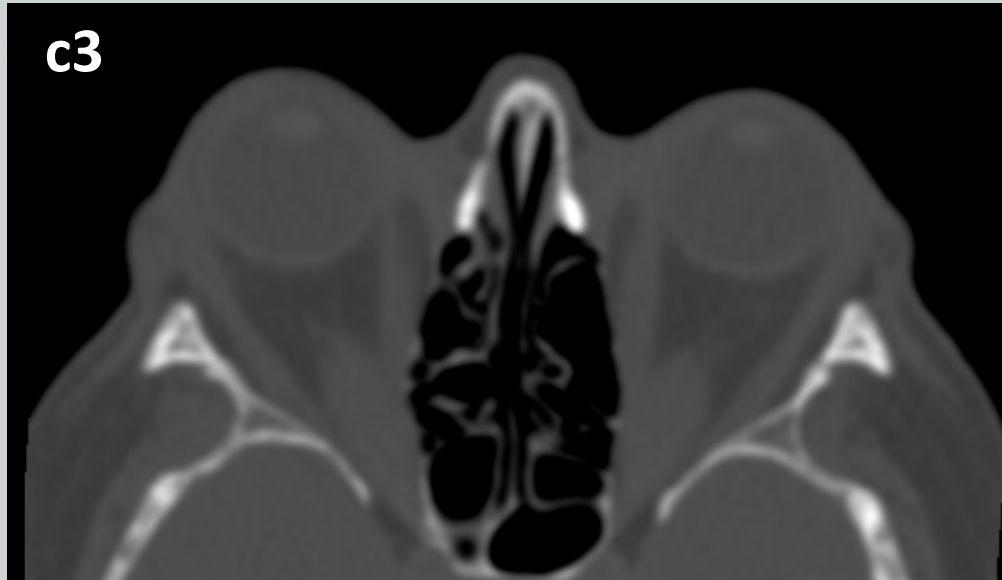


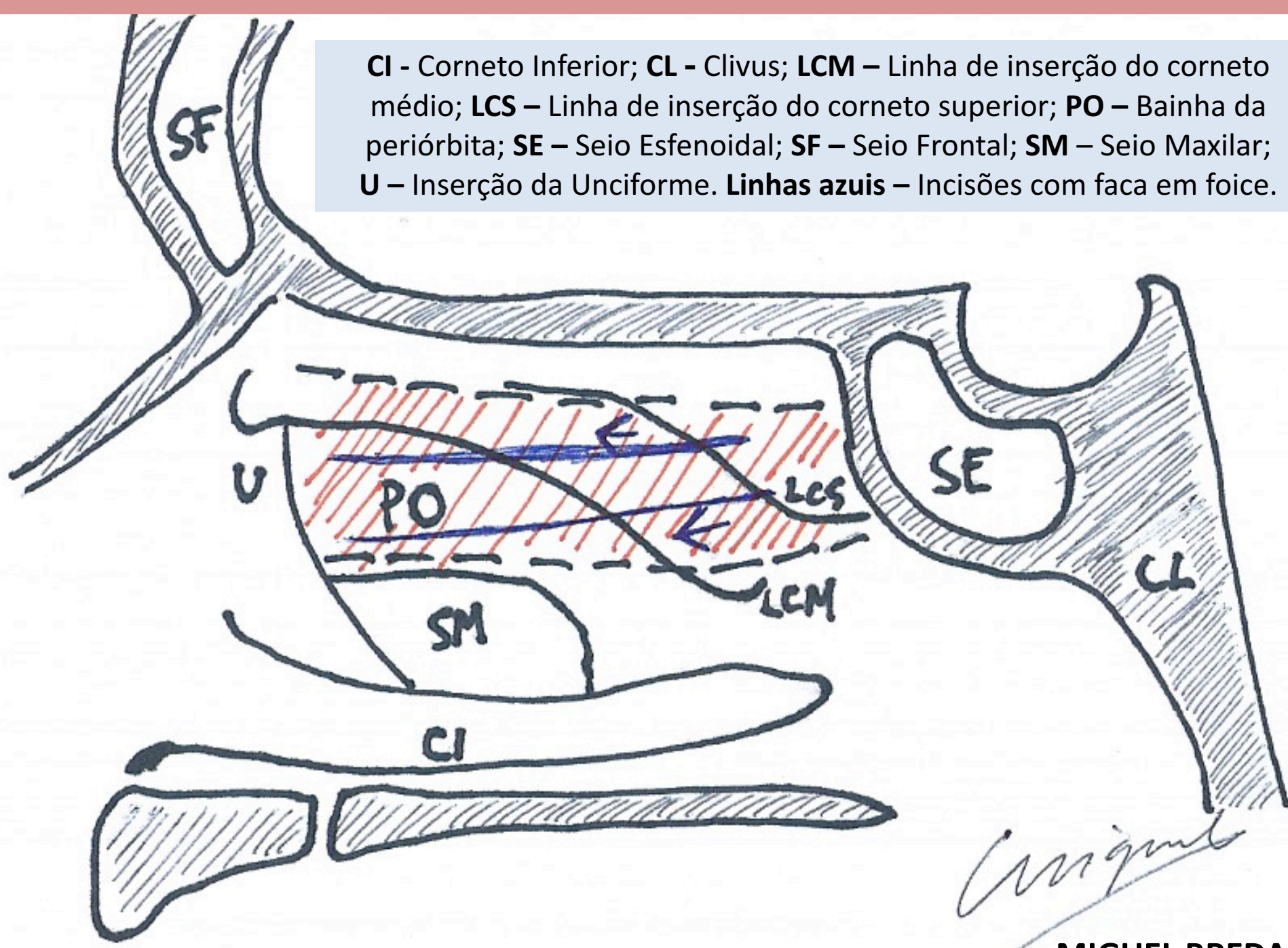
Fig.c3 - TC SPN pré-operatório. Corte axial onde se realça a marcada proptose orbitária.

Pós-Operatório



Fig.c4 e c5- Visão frontal (c4) e crânio-caudal (c5) pós-operatória. Após 30 dias da cirurgia. Realça-se a diminuição do estrabismo, diminuição franca da inflamação conjuntival e da proptose. Fig.c6.1 e c6.2 - Resultado pós-operatório endonasal - Visualiza-se a herniação de gordura periorbitária (HGor) recoberta por epitélio. CS - Corneto Superior; ICM - implantação do Corneto Médio; SM - Seio Maxilar; S - Septo Nasal

ESQUEMA CIRÚRGICO



CI - Corneto Inferior; CL - Clivus; LCM - Linha de inserção do corneto médio; LCS - Linha de inserção do corneto superior; PO - Bainha da periórbita; SE - Seio Esfenoidal; SF - Seio Frontal; SM - Seio Maxilar; U - Inserção da Unciforme. Linhas azuis - Incisões com faca em foice.

Representação da área a ser exposta para se proceder à descompressão orbitária em segurança. A antrostomia maxilar deve ser ampla, assim como deve ser feita uma etmoidectomia total. Deve ser exposta a bainha da periórbita (a vermelho) entre as duas linhas paralelas a tracejado (pretas). De seguida devem ser feitas, pelo menos, duas incisões paralelas (azul) no sentido postero-anterior (setas).

CIRURGIA PASSO-A-PASSO

1 - CRIAÇÃO DE ACESSO À LÂMINA PAPIRÁCEA

Vai ser demonstrada a cirurgia na **Fossa Nasal Esquerda**. A primeira fase da cirurgia consiste em **expor amplamente a lâmina papirácea**. Paciente com cabeça elevada 30°. As ópticas utilizadas foram as de 0° e 30°. Para isso procedeu-se às seguintes etapas:

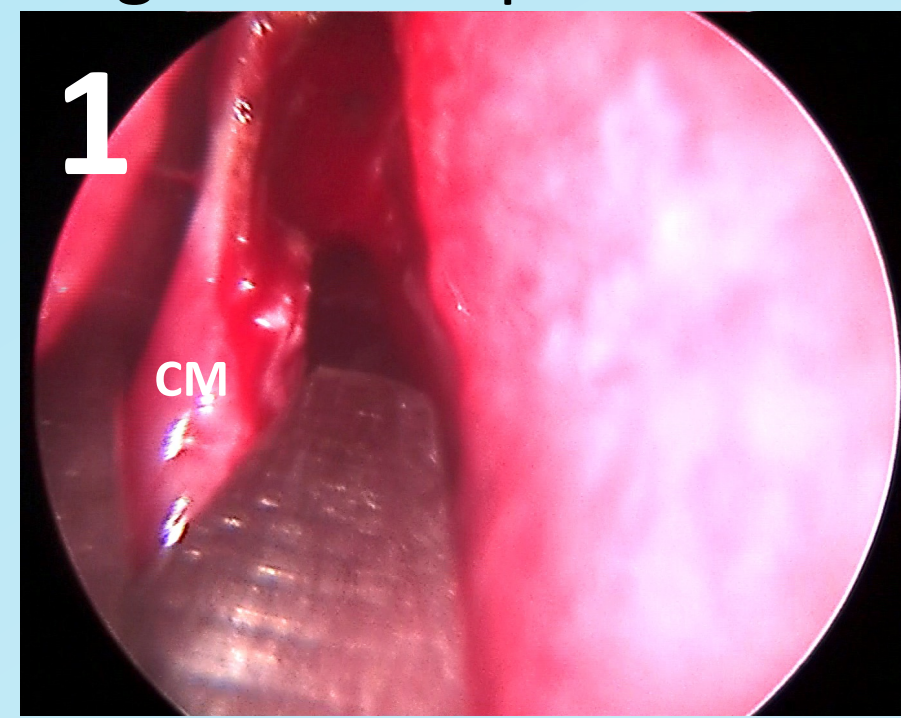


Fig.1 - Turbinoectomia média. CM - Corneto Médio

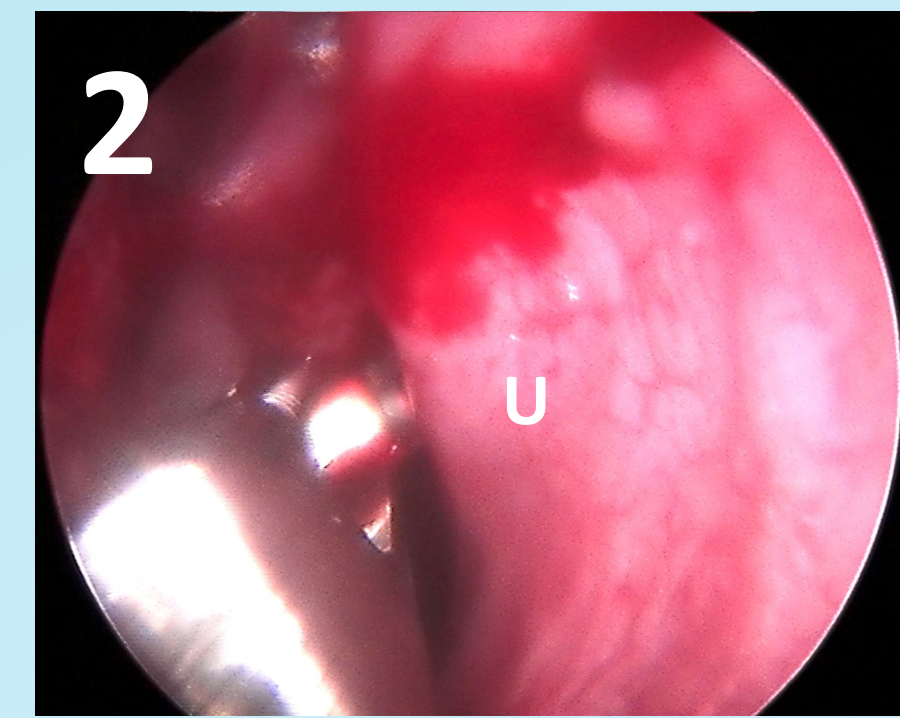


Fig.2 - Unciformectomia retrógrada. U - Apófise Unciforme

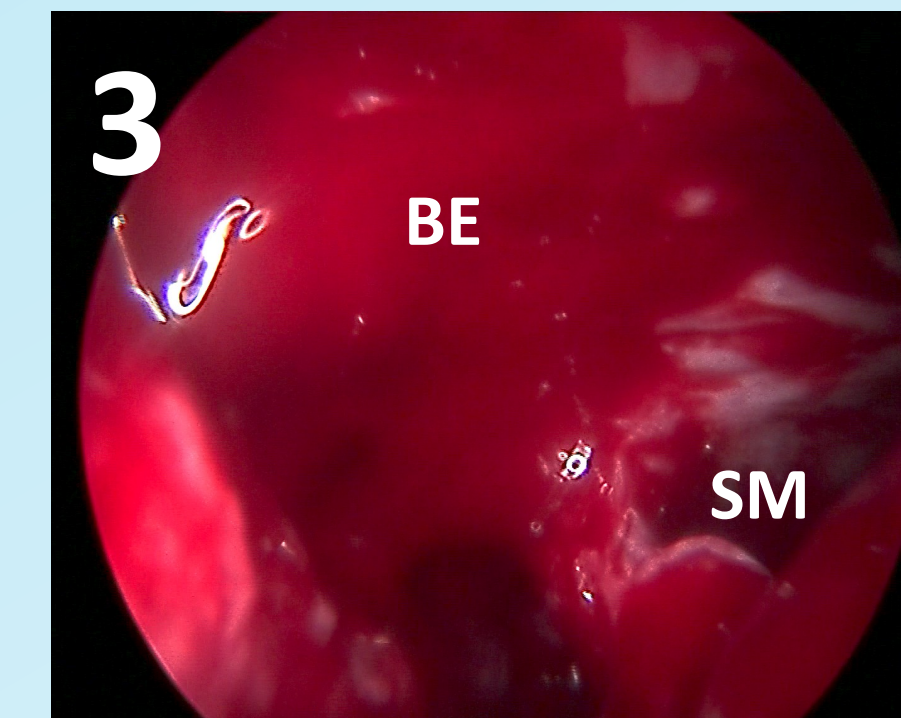


Fig.3 - Antrostomia Maxilar ampla. BE - Bulla Etmoidal; SM - Seio Maxilar.

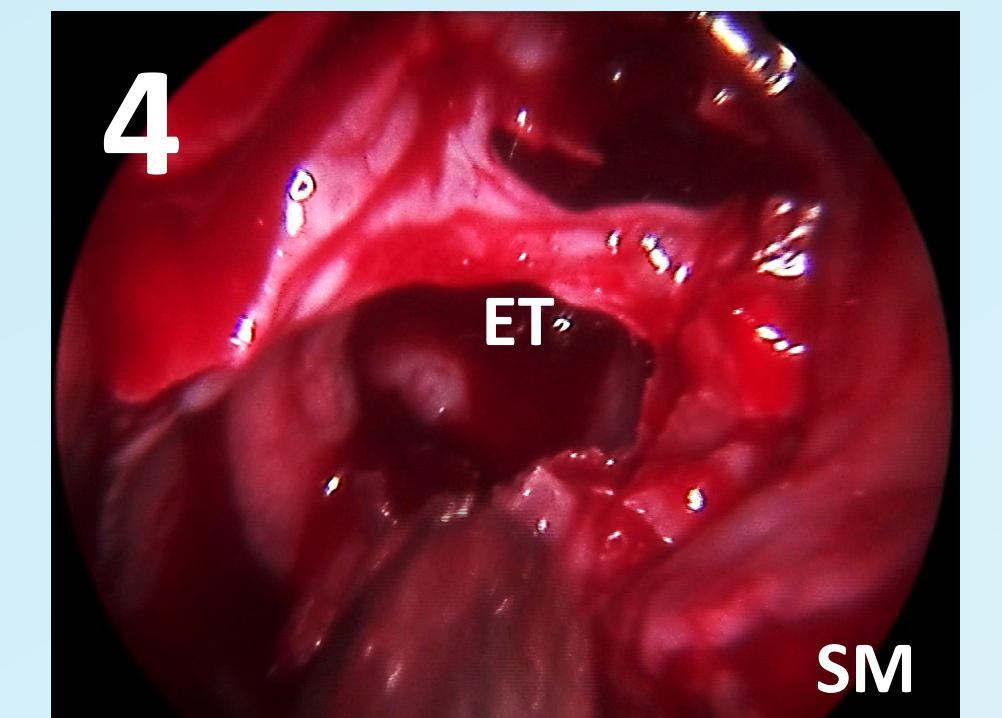


Fig.4 - Etmoidectomia Total. ET - Etmoidectomia; SM - Seio Maxilar.

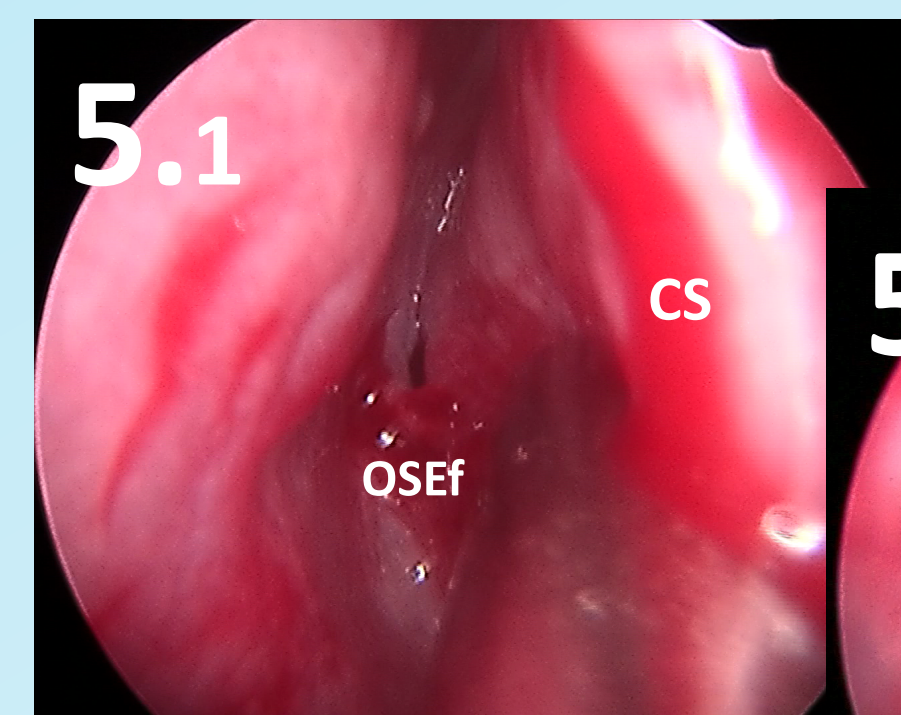


Fig.5.1 e 5.2 - Esfenoidotomia para exposição dos limites posteriores da periórbita. CS - Corneto Superior; OSEF - Ostium natural do Seio Esfenoidal; SEF - Abertura do Seio Esfenoidal

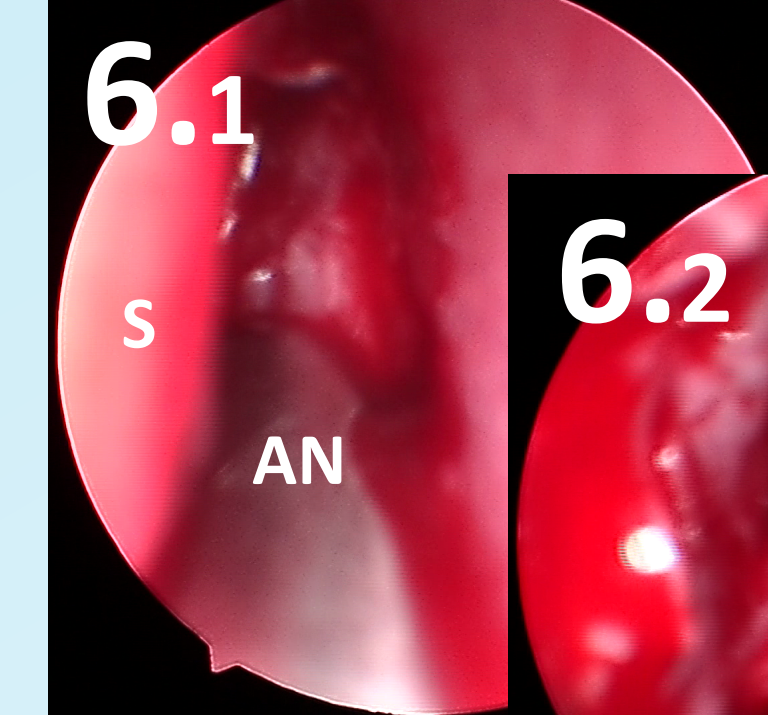
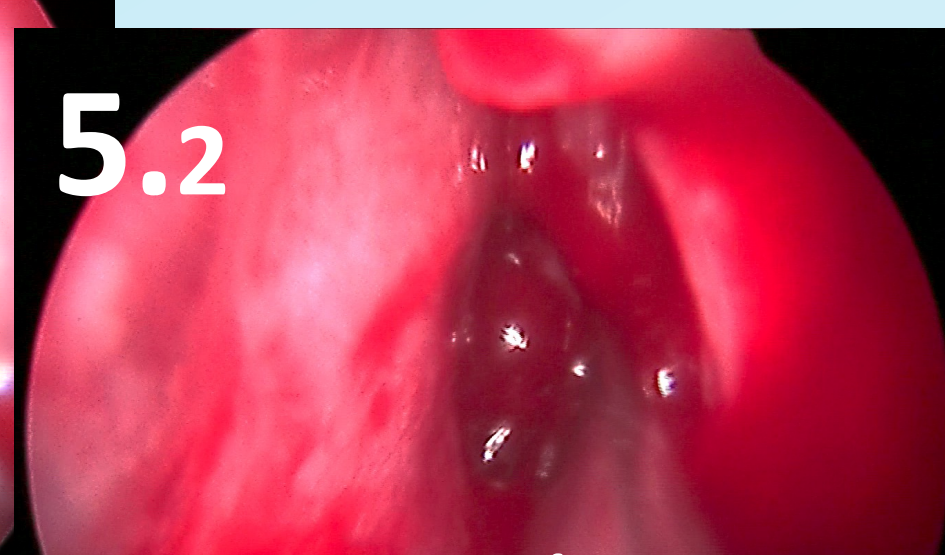


Fig.6.1 e 6.2 - Remoção da Agger Nasi (AN) e delimitação do Recesso Frontal (RSf). S - Septo Nasal.

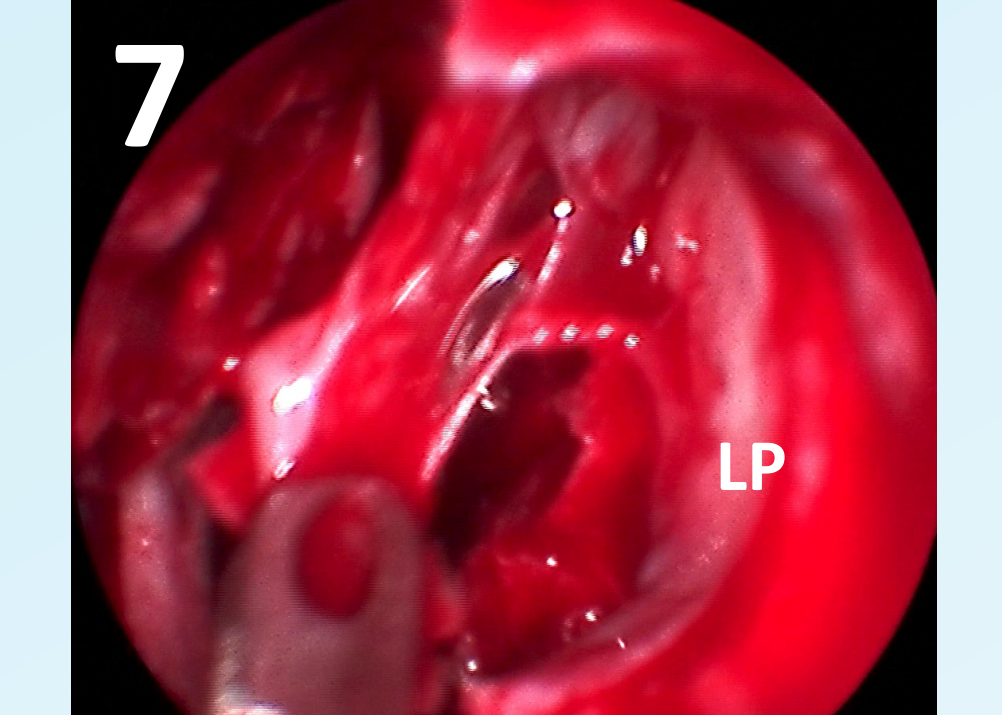
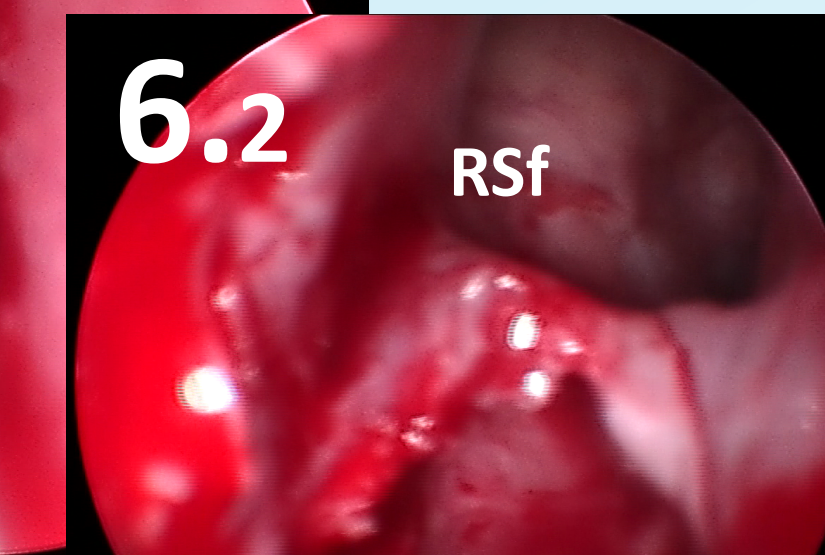


Fig.7 - Remoção de mucosa e células de forma a expor amplamente a Lâmina Papirácea (LP).

2 - EXPOSIÇÃO DA PERIÓRBITA

Nesta fase da cirurgia deve ser fracturada cuidadosamente a lâmina papirácea, com pressão suave, e com uso de um dissector.

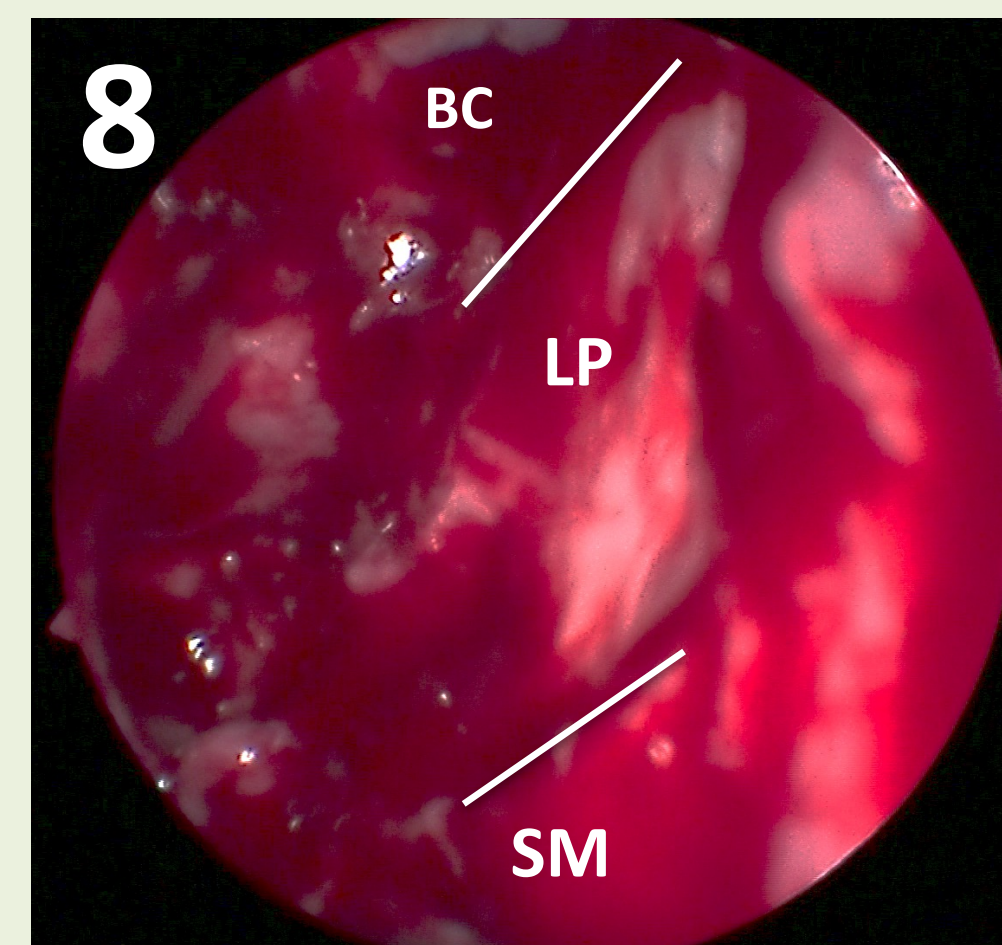


Fig.8 - Lâmina Papirácea (LP) exposta com o seu limite inferior salientado, que corresponde ao tecto do Seio Maxilar (SM) e pavimento da órbita, e limite superior correspondente à base do crânio (BC).

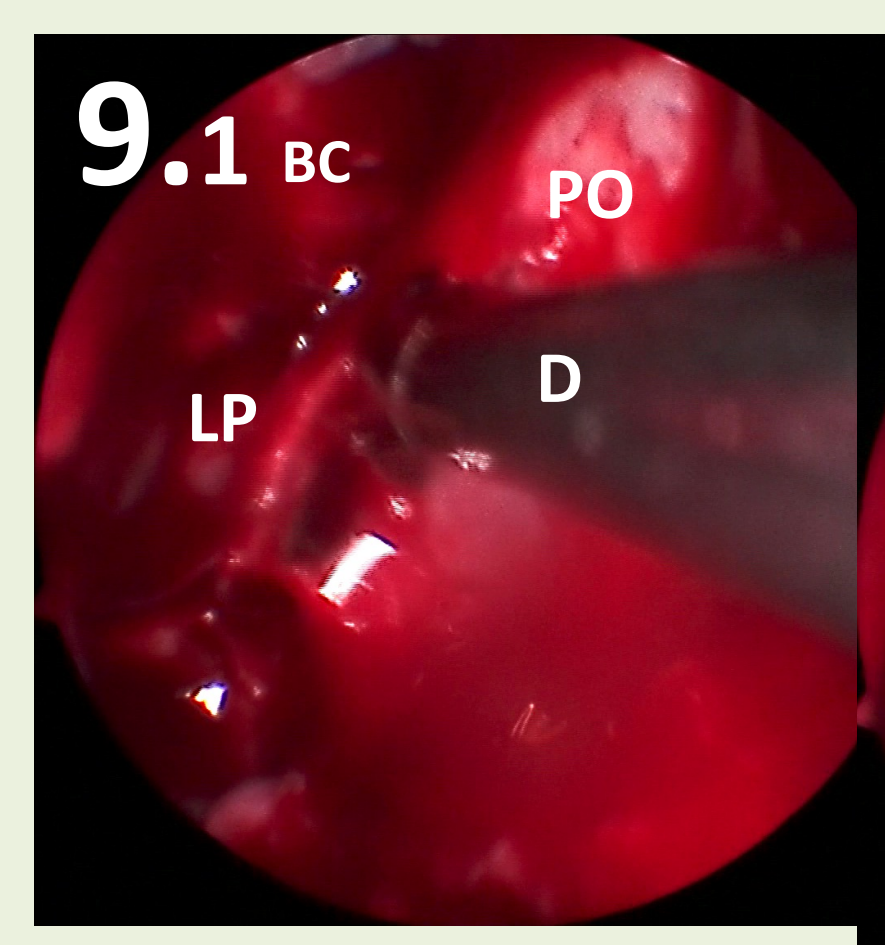
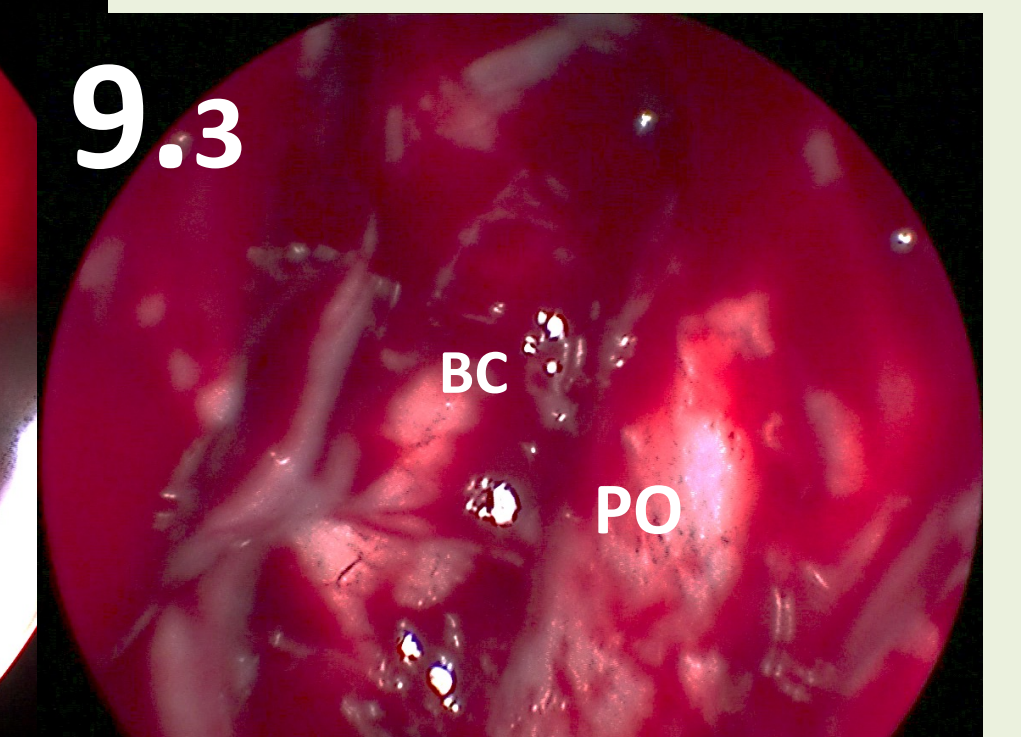
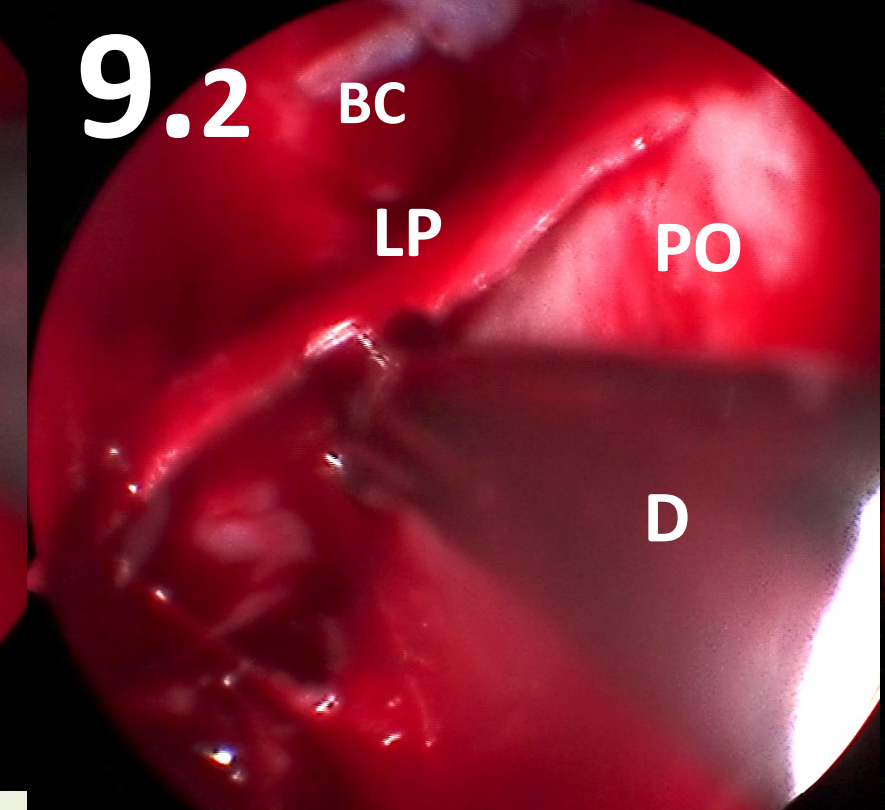


Fig.9.1, 9.2 e 9.3 - Lâmina Papirácea (LP) a ser fracturada com o dissector (D), sendo exposto amplamente (9.3) a capa fibrosa da periórbita (PO). Base do crânio (BC).



3 - ABERTURA DA PERIÓRBITA

Na 3ª etapa da cirurgia é realizada a incisão da periórbita com uma faca em foice, no sentido postero-anterior. Este sentido deve ser respeitado para que a herniação de gordura não interfira na visualização. Habitualmente, duas incisões paralelas são suficientes.

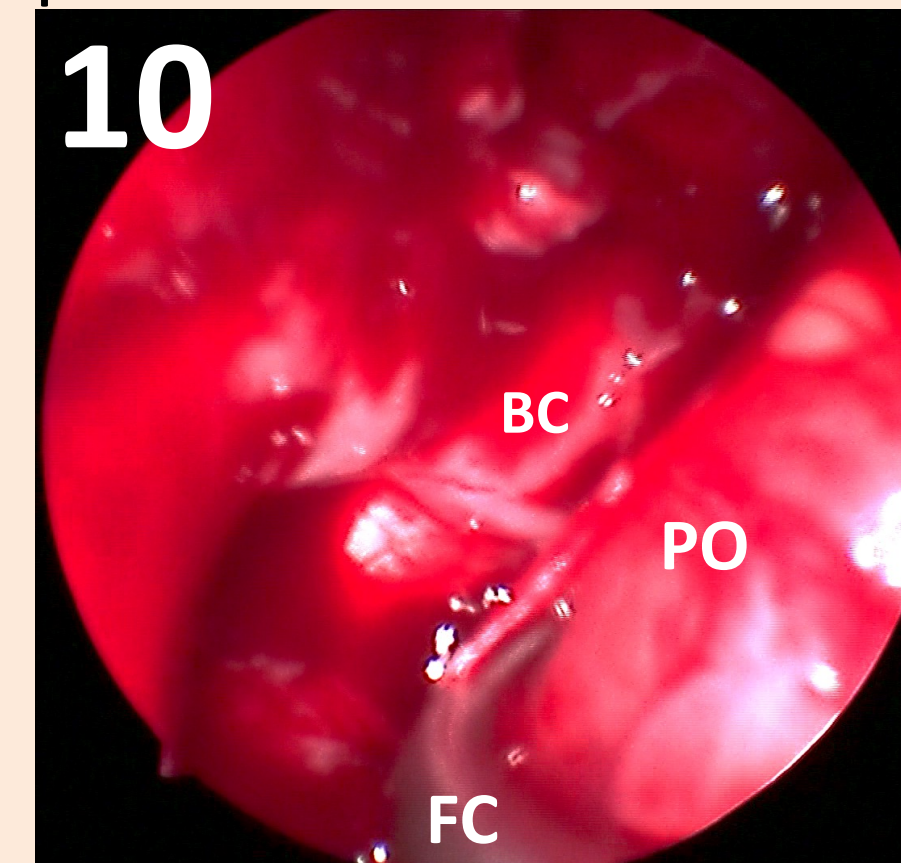


Fig.10, 11 - Realização das incisões na periórbita (PO). Sentido postero-anterior com a faca em foice (FC). Incisão superior (10) e inferior (11) paralelas. Base do crânio (BC) e corneto superior (CS) identificados.

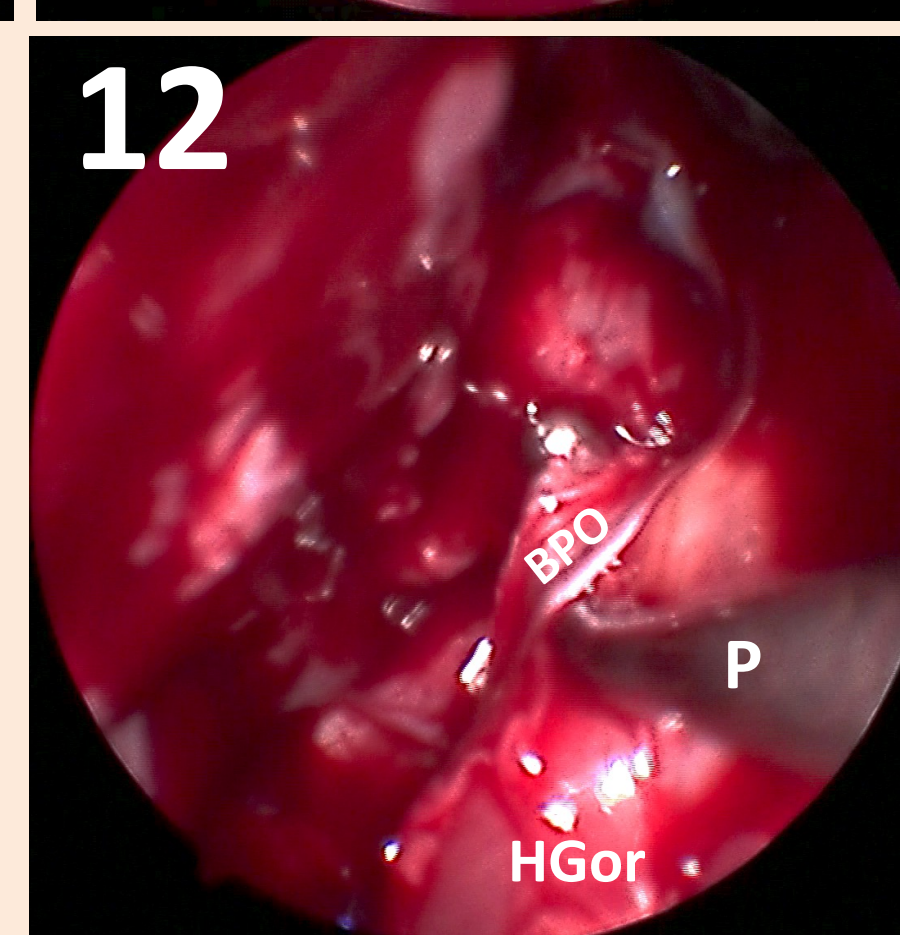
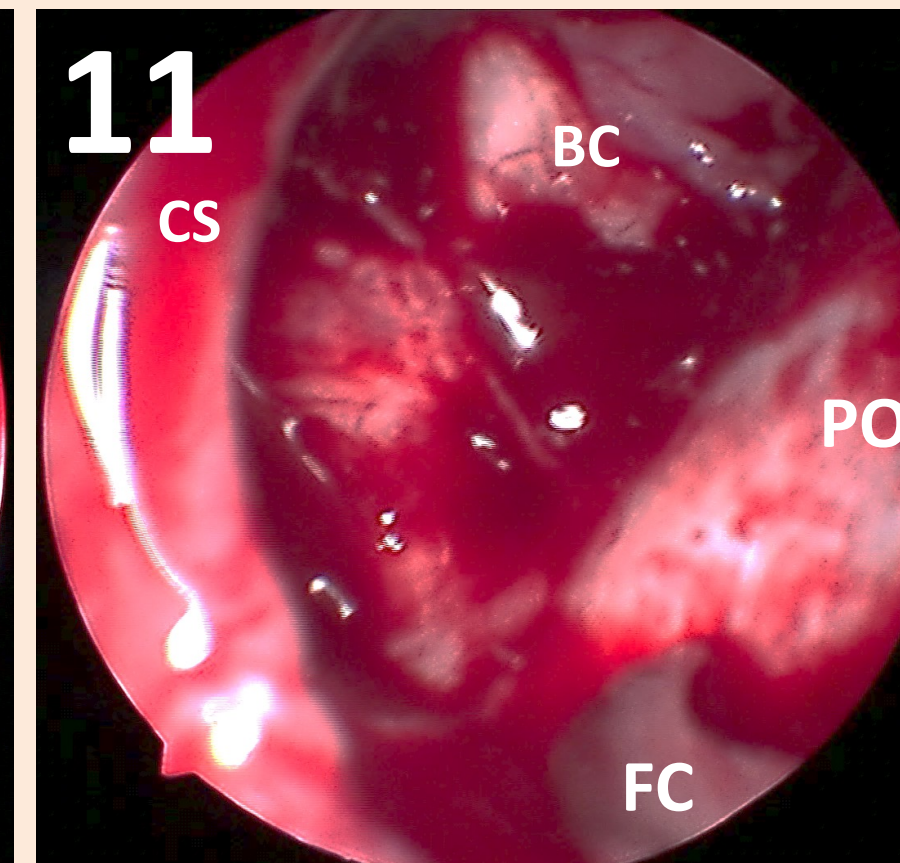


Fig.12 - Dissecção da Bainha da Periórbita (BPO) com o seeker (P) e consequente herniação da gordura periorbitária (HGor)

4 - HERNIAÇÃO DA PERIÓRBITA

Resultado final endonasal da cirurgia de descompressão orbitária.

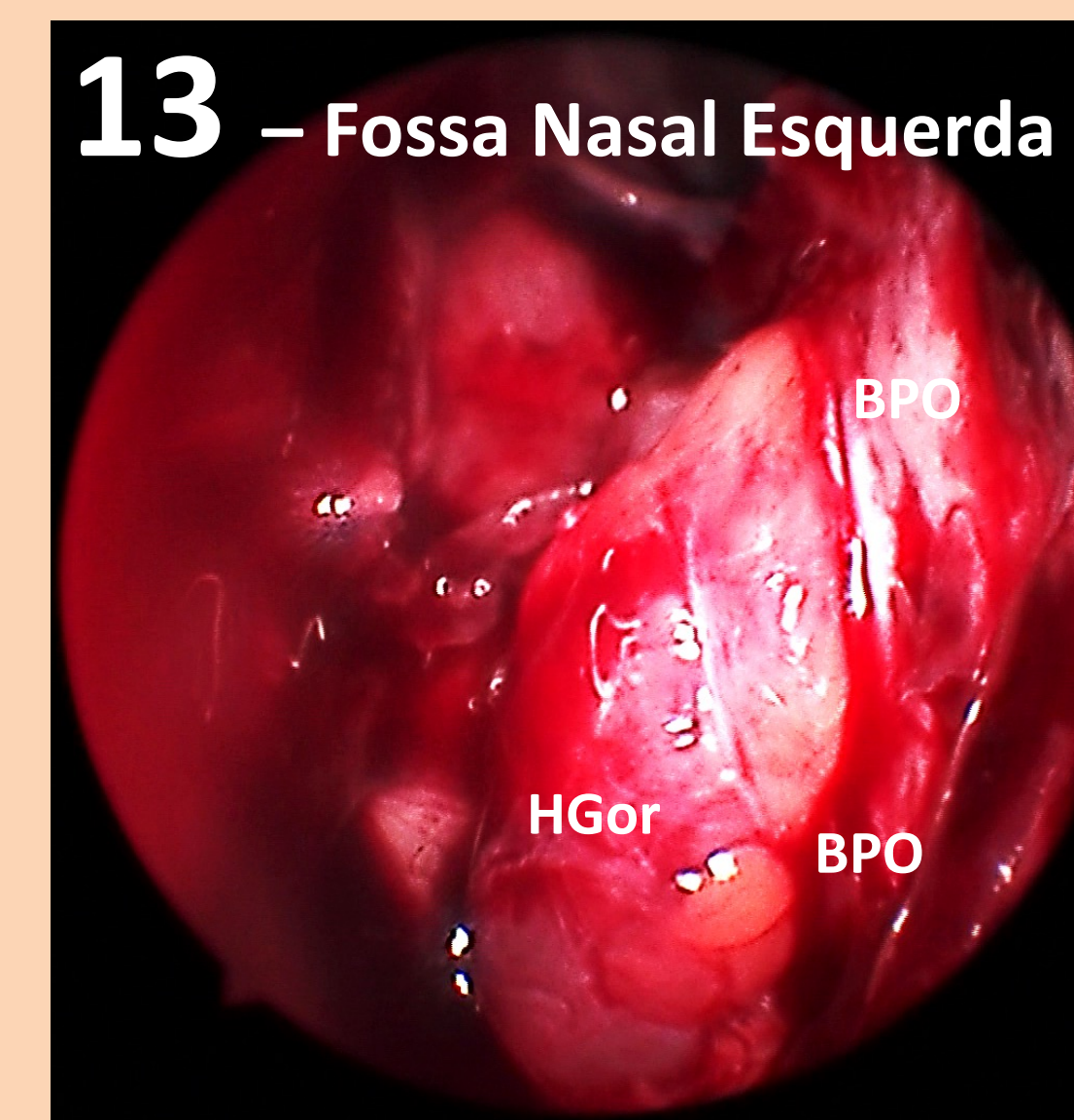


Fig.13 e 14 - Visualização final após descompressão orbitária. Repare-se no pormenor de as incisões na bainha periorbitária (BPO) estarem dispostas de forma a permitir herniação de gordura periorbitária (HGor), sem no entanto ocorrer prolapsos completos da gordura para as fossas nasais. (Vide ESQUEMA CIRÚRGICO).



DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Com este trabalho pretende-se demonstrar que a cirurgia endoscópica nasossinusal ultrapassa o âmbito da patologia tradicional ORL. A cirurgia descrita apresenta claras vantagens relativamente à cirurgia convencional externa, não só pela morbilidade diminuída, como tecnicamente é vantajosa na visualização e controlo mais aprimorado de uma área sensível e com risco acrescido pelas artérias etmoidais, pela base do crânio, pelos músculos extra-oculares e nervo óptico. Esta técnica é segura e pode ser executada na oftalmopatia de Graves.