

## INTRODUÇÃO

Dentre as deformidades da hanseníase, aquelas envolvendo o nariz talvez sejam as mais expressivas, por comprometer um elemento anatômico de relevância para a aceitação social do indivíduo, sem esquecer dos distúrbios funcionais que tais deformidades trazem com prejuízo à saúde do paciente. A correção é fator fundamental para auxiliar na sua reintegração e diminuir a incidência de patologias associadas.

## FISIOPATOLOGIA

O *M. leprae* tem uma predileção por localizar-se em áreas de menor temperatura do corpo. Isto pode explicar a expressiva quantidade de bacilos encontrados na mucosa nasal sendo inclusive um dos pontos de eleição para a coleta de material para exame bacteriológico.

Das estruturas nasais, as mais acometidas são as que apresentam revestimento mucoso em suas duas faces. Deste modo, o septo nasal, os cornetos e a espinha nasal anterior são preferentemente acometidos. Os ossos próprios do nariz e as cartilagens laterais, que apresentam revestimento mucoso em apenas uma de suas faces, são apenas acometidos em casos muito avançados. As cartilagens alares e a columela e, de maneira global, a ponta do nariz usualmente não sofrem alterações na hanseníase.

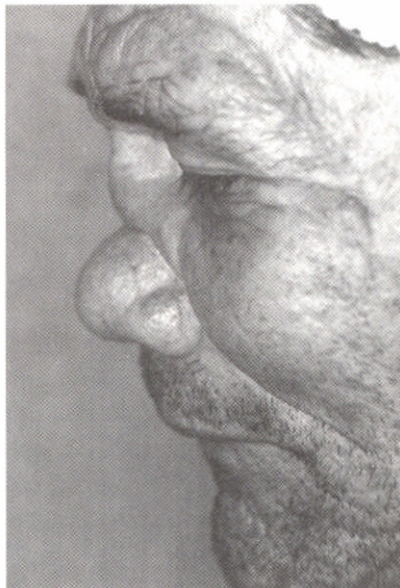
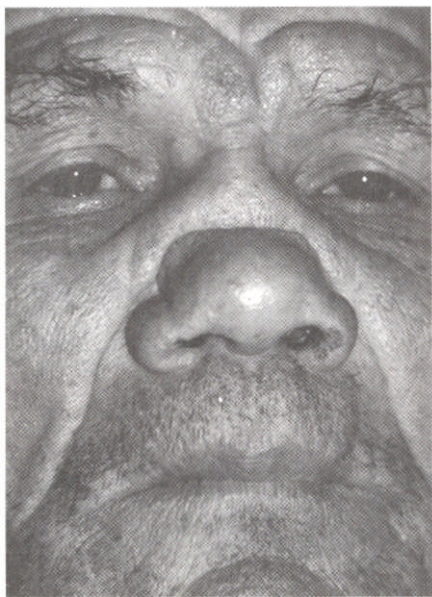
Tendo em conta estes aspectos, podemos

dividir em quatro os componentes responsáveis pela "facies leprosa", isto é, as alterações características do nariz em hanseníase (Fig. 18.1 a e b):

- alterações da mucosa nasal e da cartilagem septal
- alterações da espinha nasal anterior - alterações dos ossos próprios
- alterações da pele e asas nasais

A presença do bacilo na mucosa nasal causa um infiltrado inflamatório com edema e espessamento desta mucosa. Com a evolução da doença, o infiltrado progride em profundidade, causando ulceração e necrose da cartilagem septal.

A destruição da mucosa nasal e da cartilagem septal segue este processo. Com o tratamento adequado da doença, esta sequência pode ser interrompida ainda num estágio em que não existe destruição total do septo. Nestes casos podemos observar apenas uma leve depressão no dorso nasal. No entanto o mais comum é a destruição completa, e a deformidade se apresenta em sua totalidade. A mucosa que recobre os cornetos também é acometida pelo mesmo processo, ainda que isto não contribua substancialmente para a configuração da deformidade global. Uma vez perdido o suporte septal e com a evolução do quadro, a mucosa remanescente, ulcerada, tende a cicatrizar e retrair-se contra a fossa piriforme, levando a ponta do nariz em direção



**Fig. 18.1 a e b.** Deformidades típicas presentes no nariz devidas à hanseníase. Notar a diminuição do angulo columelo-labial.

aos ossos próprios, num processo de telescopagem (Fig. 18.2). Depreende-se disto que o problema do nariz em hanseníase é falta de forro mucoso e não de pele. O cirurgião menos avisado tende, erroneamente, a indicar uma reconstrução total do nariz quando, entendido este detalhe, não há necessidade de uma neorinoplastia convencional (método indiano, italiano, etc.).

Devemos recordar que, no Brasil, além de trauma e tumores, a sífilis e a leishmaniose são causas de deformidades nasais. Diferem da hanseníase por, no caso da sífilis, apresentar comprometimento ósseo e cartilagens ( nariz em sela ) e, no caso da leishmaniose, apresentar principalmente destruição das partes moles do vestíbulo nasal, o que é muito raro em hanseníase.

A destruição da espinha nasal anterior é achado precoce na forma virchoviana e foi

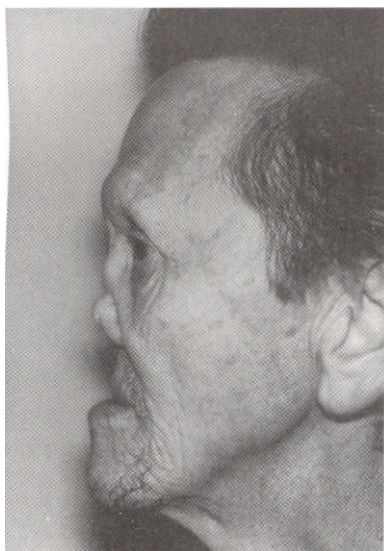
descrita por MOLLER-CHRISTENSEN (1952) ao estudar crâneos de antigos pacientes na Dinamarca. Na raga caucasiana, o Angulo columelolabial é levemente obtuso e situa-se adiante da linha mentofrontal. A destruição da espinha nasal anterior resulta numa agudização deste Angulo e o deixa posterior. A linha referida emprestando A face um aspecto simiesco. Esta alteração anatômica é a principal responsável pela con formação da chamada " facies leprosa ". A destruição dos ossos próprios do nariz é achado menos freqüente, ocorrendo apenas em casos muito avançados, sem tratamento, e está praticamente limitada A sua porção mais distal. Sua expressão morfológica se traduz por achatamento da Area glabellar, o que auxilia na deterioração estética do nariz em hanseníase (Fig.18. 3).

Ainda que ocorra com reduzida freqüência, devemos citar o comprometimento da

pele do dorso do nariz e das asas nasais. Estas situações ocorrem nos casos em que estados reacionais permitem o surgimento de nódulos, principalmente sobre o dorso e as asas. Nos casos mais agudos, o processo inflamatório instalado ocasiona alterações das cartilagens alares (Fig. 18.4). Após a resolução do quadro, encontramos cicatrizes residuais e alterações do contorno alar.

## TRATAMENTO

O tratamento das seqüelas nasais em hanseníase requer uma análise detalhada das deformidades presentes, a escolha de uma técnica adequada e uma avaliação clínica e psicológica do paciente.



**Fig. 18.2** Nariz com telescopagem.

## ANÁLISE DAS DEFORMIDADES

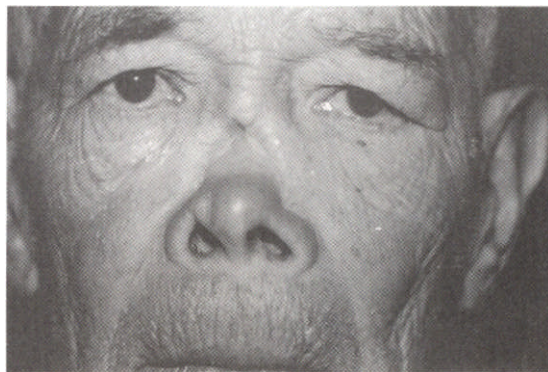
Cabe ressaltar que o principal problema do nariz, na hanseníase, é a falta de mucosa e a ausência de uma estrutura rígida que suporte a

pirâmide nasal. Raramente encontramos perda de pele. Isto poderá ocorrer eventualmente numa associação de leish-maniose com hanseníase, ou em casos excepcionais, como resultado da presença de nódulos reacionais ulcerados sobre o dorso nasal. Assim, de maneira geral, podemos dizer que são três as situações em que encontraremos o nariz:

- a - discreta alteração do dorso nasal
- b - marcada retração nasal
- c - destruição nasal

No primeiro caso, encontramos algum grau de contratura de mucosa e agudização do ângulo columelolabial, porém a cartilagem septal foi pouco acometida e percebe-se apenas um variado grau de depressão do dorso. Esta situação pode ser encontrada também em casos de narizes mais volumosos, com pele espessa, mesmo que haja maior comprometimento das estruturas de suporte. A própria textura e volume dos tecidos mantêm uma forma razoável do nariz, apesar das alterações subjacentes.

No segundo caso, temos o clássico nariz hanseniano, onde a perda do revestimento mucoso e da cartilagem septal permitiu a retração dos tecidos que aderem nas margens da



**Fig. 18.3** Nariz apresentando acentuadas deformidades.

fossa piriforme, ocasionando o telescopamento do nariz de encontro à face.

No último caso, encontramos os achados descritos no item anterior, associados a uma perda de tegumento do dorso nasal. Esta perda pode ser causada pela própria hanseníase, como resultado da presença de nódulos reacionais, ou pela associação de outras patologias (leishmaniose, sífilis) (Fig. 18.9). Não é condição comum. A maioria dos casos se enquadra no primeiro e segundo item descritos anteriormente.



**Fig. 18.4** Alterações da asa nasal

### *ESCOLHA DA TÉCNICA*

Baseados na análise proposta anteriormente, podemos optar por diferentes procedimentos para cada uma das situações.

Nas discretas alterações do dorso, a inclusão de diferentes materiais é a solução, sendo o enxerto ósseo a escolha mais adequada.

Nos casos de marcada retração nasal, é

fundamental iniciar-se o procedimento para liberação das retrações cicatriciais na mucosa, seguindo-se a cobertura do defeito criado por esta liberação e, por fim, dando urna nova estrutura de sustentação nasal, o que é usualmente feito por um enxerto ósseo, seja ao mesmo tempo ou numa segunda oportunidade.

A rinoneoplastia total é indicada menos freqüentemente, mas tem seu lugar nas destruições massivas do nariz.

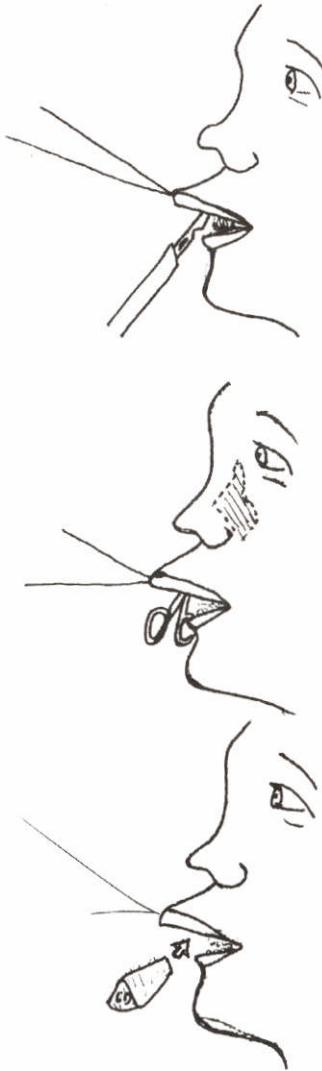
### *AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOLÓGICA*

A revisão clínica pré-operatória não difere da preconizada para outras cirurgias de mesmo porte. Recomendamos apenas que o procedimento seja feito, no mínimo, após um ano de negatização do exame bacteriológico, ou do conhecimento de manifestação clínica de intercorrência, como neurite aguda ou episódios reacionais. Não há necessidade de interrupção do tratamento específico.

O nariz representa elemento de indiscutível importância na aceitação social do indivíduo. Por este motivo qualquer reconstrução nasal significa um momento relevante na vida do paciente. Assim, devemos discutir claramente as deformidades presentes, a técnica a ser empregada para sua correção e uma projeção dos resultados para que haja um ajuste adequado entre as expectativas do paciente e as do cirurgião.

### *TÉCNICA CIRÚRGICA*

Existem diversas técnicas para a correção do nariz desabado em hanseníase. Elas se dividem de acordo com as diferentes alterações que se pretendem corrigir. Nossa intenção é apresentar brevemente estas principais técnicas.



**Fig. 18.5** Técnica de Gillies(Postnasal inlay graft)

*Técnica de GILLIES ( Postnasal inlay graft )*

A nosso ver o procedimento que melhor resolve globalmente os diferentes componentes de um nariz deformado em han-seniase é a técnica de GILLIES ( 1920 ) ( postnasal inlay graft ).

Levantando-se o lábio superior, uma incisão é feita no sulco jugal superior (acesso de Caldwell-Luc) dando acesso à cavidade nasal. As retrações cicatriciais da mucosa são amplamente liberadas e um adequado deslocamento é feito, incluindo o dorso nasal até a glabella (Fig. 18.5). Ao final desta fase, tem-se livre todo o conjunto tegumentar do nariz. Com um fio de aço, confecciona-se uma alça que é fixada nos incisivos centrais. Molda-se em gutta-persha uma prótese endonasal que, enquanto mole, é introduzida na cavidade nasal recém-liberada ( pela incisão jugal ) e moldada de maneira a adquirir a forma e contorno desta cavidade. Este molde também recebe uma alça de fio de aço. Uma vez endurecida, retira-se a prótese do nariz e aplica-se, com a parte cruenta voltada para fora, uma lâmina de enxerto de pele de média espessura, retirada da coxa ou da face interna do braço. Em outras palavras, a prótese é vestida com este enxerto. Após, o conjunto todo é introduzido na cavidade e faz-se a fixação por amarria entre as duas alças de fio de aço. Dentro de uma a duas semanas pode-se confeccionar dois orifícios na prótese com o auxílio de um estilete aquecido para permitir a passagem de ar pela prótese. Durante todo este período pós-operatório a prótese deve ser mantida na cavidade nasal para impedir ou minimizar a retração do enxerto.

Uma vez este cicatrizado, o forro nasal estará reconstituído e resta a correção do suporte nasal. Para tanto, seis meses após este primeiro tempo, podemos aplicar um enxerto ósseo ao dorso nasal, fixando-o ao osso frontal. Alguns autores preferem o uso de uma prótese definitiva a qual pode ser confeccionada em acrílico, e é introduzida e retirada livremente pelo paciente através da fistula oro-nasal que permanece aberta.

Esta técnica foi inicialmente desenhada por Sir Harold Gillies para a correção do nariz em sela, na sífilis, e foi popularizada em pacientes de hanseníase por N. ANTIA. Fato notável é que uma das primeiras intervenções em hansenianos com esta técnica foi feita pelo próprio Sir Harold em um paciente do Sanatório Padre Bento de São Paulo em 1942 (ANTIA, 1974).

Ainda que esta técnica apresente resultados estéticos magníficos, é de execução trabalhosa e requer uma estreita colaboração do paciente e pessoal de enfermagem, em relação aos cuidados no pós-operatório imediato, haja visto que, após a pega inicial do enxerto, a prótese deve ser removida diariamente para higienização e deve ser recolocada dentro de poucos minutos, caso contrário subsiste algum grau de retração da cavidade nasal que já não permitirá a recolocação do molde. A fístula oronasal criada também é um inconveniente desta técnica, ainda que, no caso de se realizar posteriormente um enxerto ósseo, a fístula seja fechada.

### **RETALHOS NASOGENIANOS DE FARINA**

Esta técnica (FARINA, 1953) é reconhecida internacionalmente como uma das boas opções para a restauração do forro nasal.

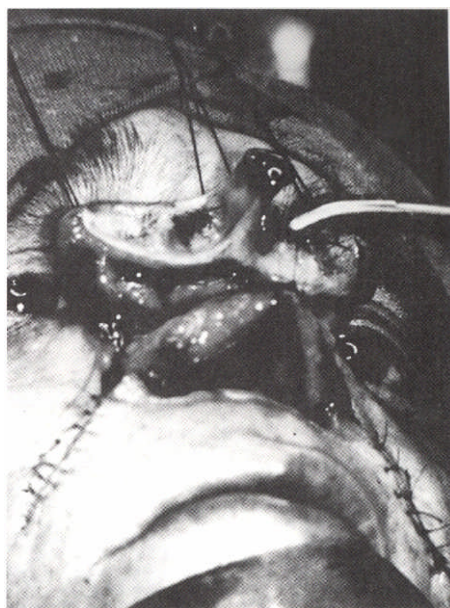
Dois retalhos de base alar são desenhados sobre a área do sulco nasogeniano de ambos os lados da face. Com incisões nas inserções das asas e na base da columela, o nariz é destacado da face, expondo-se amplamente a cavidade nasal (Fig. 18.6 **a**). Com este acesso liberam-se facilmente as retrações da mucosa a partir do contorno da fossa piriforme. A área cruenta assim criada na porção interna do dorso nasal é fechada pelos dois retalhos. Para tanto, elevam-se os retalhos de seus leitos e os mesmos são

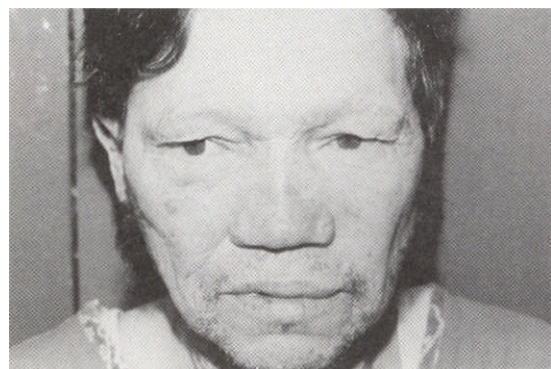
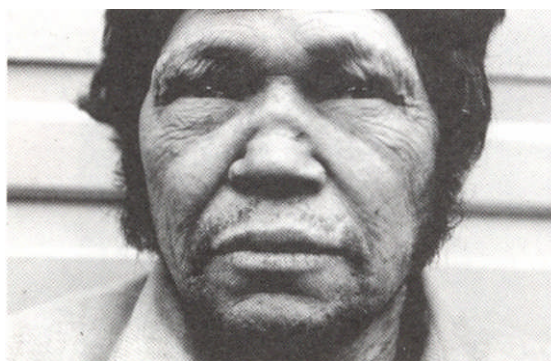
cruzados sobre a cavidade nasal, de modo que a parte de pele fica voltada para dentro da cavidade e a parte cruenta do retalho fica de encontro à porção interna do dorso nasal (Fig. (18.6 **b**). Para a fixação dos retalhos, uma cuidadosa e progressiva sutura é feita com cat-gout cromado 3/0, da parte mais proximal (junto à fossa piriforme) para a mais distal (Fig. 18.6 **c**). Por último, o conjunto do nariz é reinserido no seu local de origem com sutura das incisões alares e da columela com fio de náilon 6/0 (Fig. 18.6 **d**). Faz-se um tamponamento nasal anterior com gaze vaselinada embebida em rifocina. No pós-operatório imediato, o paciente deve manter repouso com a cabeceira semi-elevada.

As principais vantagens desta técnica são a ampla exposição da cavidade nasal, a segurança da sobrevivência dos retalhos pela sua irrigação através de ramos da artéria facial, a quantidade extra de tecido que ela oferece ao dorso nasal e o ganho secundário de uma ritidoplastia pela retirada dos dois retalhos. Quanto à quantidade extra de tecido dando ao dorso, sua vantagem reside numa maior segurança na introdução de um enxerto ósseo em um segundo tempo (geralmente seis meses após) (Fig. 18.7 **a, b, c e d**). Em alguns casos, a quantidade de tecido agregada é suficiente para dar um contorno adequado ao dorso, prescindindo do enxerto.

Como complicação mais freqüente, temos verificado que retalhos excessivamente espessos ou com inadequada progressão da sutura, podem causar sua projeção exagerada para a luz da fossa nasal, causando desconforto respiratório ao paciente. Nestes casos, pode-se proceder a um desgorduramento localizado ou ressecção do excesso de retalho com abordagem pelas narinas. Ainda que raro, a desin-

Fig. 18.6 Técnica de Farina. (a) Exposição da cavidade e liberação de aderências. Confecção dos retalhos. (b) Rotação dos retalhos. (c) Sutura dos retalhos contra a área cruenta criada na cavidade nasal pela liberação das retrações. (d) O conjunto nasal é reposicionado com suturas finas.





**Fig. 18.7** Resultado de retalhos de Farina e enxerto ósseo. (a e b) Pré e pós-operatório. Vista frontal. (c e d) Pré e pós-operatório. Vista de perfil.

serção da columela pode trazer comprometimento A sua vascularização com sofrimento da porção caudal, o que requer, eventualmente, reconstrução (Lexer, etc. ).

### **RETALHO FRONTAL**

Trata-se de outra técnica disponível para a reconstrução do forro nasal. Foi descrita por KAZANJ IAN (1946), utilizada por CARDOSO (1954) na correção do nariz em leishmaniose e modificada por REGINATO (1965), com uso

em hanseníase.

O retalho frontal é desenhado e levantado, incluindo-se uma lâmina de periósteo. Procede-se a um descolamento por baixo do retalho desde a glabella até o dorso nasal. Aderências e cicatrizes são seccionadas. Desepidermiza-se o retalho próximo A sua base, correspondendo à porção que ficará sobre o dorso ósseo. Introduz-se o retalho para dentro da cavidade nasal, fazendo-o girar 180° e introduzindo-o pelo túnel cutâneo, criado pelo descolamento referido anteriormente. Quando



o retalho aparece ao nível das fossas nasais, ele é suturado a suas bordas. O pedículo glabellar pode ser liberado dentro de 20 dias (Fig. 18.8). A modificação de Reginato consiste na desepidernização do retalho no ponto em que ele ficará sobre os ossos nasais. Por outro lado, originalmente, o retalho continha apenas pele e subcutâneo. A inclusão de folheto periosteal empresta-lhe maior consistência, o que permite, em alguns casos, eliminar a necessidade do enxerto ósseo.

### ENXERTO ÓSSEO

Resolvida a questão do forro nasal, necessitamos dar uma solução para a falta de suporte. A técnica mais difundida para esta correção é a do enxerto ósseo.

Utilizamos, preferentemente, uma peça óssea retirada da face medial do terço superior da tibia. Para tal, uma incisão em "S" é feita na pele desta região, atingindo-se o plano ósseo. Com uma serra ou escopro é cortada uma peça óssea com periosteio de aproximadamente 8 cm de comprimento e um pouco menos que um centímetro de largura, com profundidade suficiente para incluir osso esponjoso. Medindo-se a distância entre a glabella e a ponta do nariz, molda-se o enxerto com goiva nesta medida. Após, passa-se uma raspagem em toda a peça para retirar rugosidades e escuridões remanescentes. Praticamente uma incisão transversal na altura da glabella e, com tesoura romba, descola-se o dorso nasal até sua ponta e, em sentido proximal, até o osso frontal. Com um escopro canelado, de tamanho adequado ao enxerto a ser utilizado, confecciona-se um orifício no osso frontal, imediatamente acima de sua junção com os ossos próprios do nariz. Este orifício deve ter profundidade suficiente para



Fig. 18.8 Retalho frontal.

reter a base do enxerto e, preferentemente, não deve atingir o seio frontal. Com auxílio de uma pinça de Kocher, introduz-se o enxerto pela incisão glabellar, primeiramente até a ponta nasal e, em seguida, introduz-se a base do enxerto no orifício do osso frontal (Fig. 18.9). A fixação neste orifício pode ser facilitada com alguns golpes de martelo sobre a pinça de Kocher firmemente presa no enxerto. A incisão é fechada com fio de náilon (6 zeros) e o conjunto todo é imobilizado por um gesso nasal. Mecanicamente esta técnica faz o enxerto funcionar como uma alavanca interfixa, onde R é a resistência, F o fulcro e Pa potência (Fig. 18.10). Alguns cirurgiões preferem realizar esta técnica pelo método fechado, isto é, o descolamento do dorso, a confecção do orifício do osso frontal e a colocação do enxerto são feitos por uma incisão perialar ou de Joseph (FARINA, 1950. FRISTCHI, 1971) (Fig. 18.11).

As técnicas até aqui descritas têm apresentado resultados consistentemente satisfatórios, mas devemos mencionar que existem

variações em relação a :

- fonte do enxerto
- fixação do enxerto
- via de abordagem

ANTIA (1974) recomenda o uso de enxerto retirado da porção proximal de ulna (olecrano), o qual é modelado de forma a produzir efeito de alavanca com fulcro sobre os ossos nasais e efeito elevador da ponta nasal. A

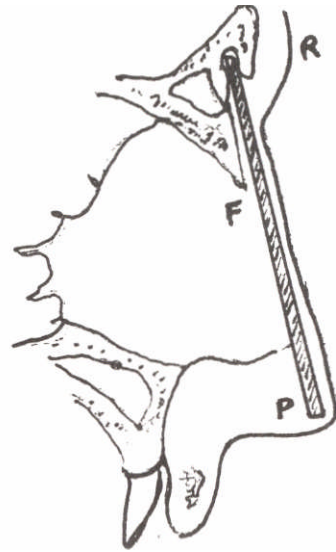


**Fig. 18.9** Raio-X mostrando o enxerto ósseo fixo no orifício do osso frontal.

fixação é feita por fios de aço, transfixando o enxerto e os ossos próprios (Fig. 18.12). MILLARD (1966) apresenta uma modificação neste princípio, utilizando enxerto de osso costal, e o efeito de alavanca é obtido ao ser fixado o enxerto com fios de aço sobre partes dos ossos nasais que são fraturados à moda de "galho verde", virando-os em direção à ponta nasal.

Podemos resumir as zonas doadoras como sendo:

- crista tibial ( parte medial )
- olecrano



**Fig. 18.10** O enxerto ósseo funciona como uma alavanca interfixa.

- crista ilíaca
- região costal

Sem dúvida, o emprego de enxerto com maior quantidade de osso esponjoso assegura uma melhor pega, como é o caso de peça retirada do ilíaco. No entanto este tipo de enxerto é mais adequado para aquelas técnicas que fixam a peça ao leito por meio de fios de aço, haja visto que para a técnica de impactação



**Fig. 18.11** Acesso pela via alar.



Fig. 18.12 Fixação do enxerto com fio de aço.

do enxerto no osso frontal, temos necessidade de trabalhar com uma peça de maior resistência. Neste caso, o enxerto retirado da tíbia é o mais indicado, pois a porção de osso cortical contida dá suficiente firmeza ao enxerto para ser fixado por impactação no orifício do osso frontal (Fig. 18.13).

Por fim, em relação à via de acesso, alguns cirurgiões preferem uma incisão longitudinal sobre o dorso, que permite uma ampla exposição para a fixação do enxerto, independente da técnica escolhida.

Além do enxerto ósseo, não devemos esquecer que é possível o uso de outros materiais para a correção do dorso nasal. Os enxertos de cartilagem e de derme são mais adequados para os casos de moderada depressão do dorso já que, por suas características próprias, não servem para suporte maior à pirâmide nasal. Para esta última finalidade, excluindo o enxerto ósseo, dispomos de prótese de silicone, sejam moldadas no ato (FLOWERS, 1974), ou pré-fabricadas (ANTIA, 1973).

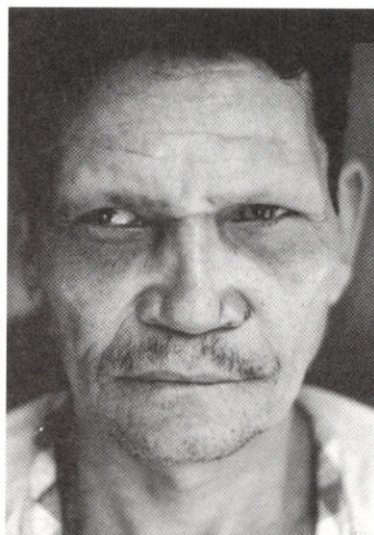
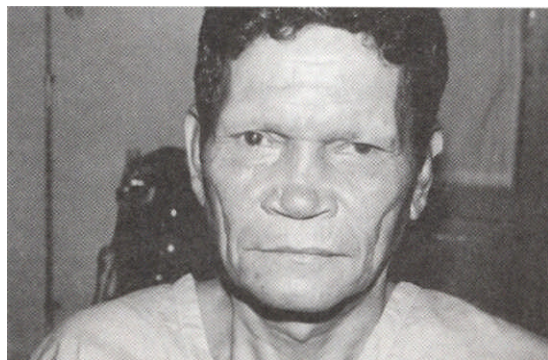
O uso de enxerto dérmico tem sua origem na correção do nariz em sela, na sífilis, e pode ser utilizado na hanseníase naqueles casos de moderada depressão do dorso sem retração acentuada (THOMPSON, 1964).

O uso de cartilagem também tem sua origem na correção do nariz em sela. Para obter maior quantidade de material deve utilizar-se cartilagem costal. A peça necessita ser moldada exatamente de acordo com a depressão a ser corrigida, garantindo um perfeito contato dos tecidos da zona receptora com o enxerto. Evita-se, com isto, alterações da forma da cartilagem transplantada, que poderiam gerar resultado final inadequado (PEER, 1964).

Dos materiais aloplásticos, sem dúvidas a borracha de silicone (SILASTIC) é a que apresenta maior segurança e maleabilidade enquanto material de inclusão. Podemos utilizar tanto o bloco de silicone como próteses pré-fabricadas. No primeiro caso, adequa-se a prótese de acordo com as dimensões e as necessidades do caso. No segundo, utilizamos as próteses disponíveis no mercado, que são apresentadas em diferentes tamanhos, na forma de "L" e na forma exclusiva para dorso.

As próteses de silicone para o nariz foram inicialmente muito utilizadas, sofrendo depois uma certa restrição no seu uso dado as complicações que surgiram, principalmente em relação à extrusão. Mais recentemente, vemos uma recuperação do prestígio destas próteses, salientando-se a necessidade de fazer uma adequada indicação para seu uso (TIEN, 1989). No caso da hanseníase não existe uma larga experiência com o uso destas próteses. Por outro lado, a maioria dos autores concorda que um dos motivos de complicações é o fato de utilizar as próteses em narizes com inadequada condição de cobertura cutânea, isto é, narizes

**Fig. 18.13** Pré e Pós operatório de enxerto ósseo nasal.



com fibrose e cirurgia anterior, ou traumas importantes. Podemos transpor esta experiência para a hanseníase onde, nem sempre, as condições da pele são as mais adequadas, devido a alterações ocasionadas pela própria patologia, bem como pelas as cirurgias de reparação do forro nasal, que deixam suas Areas de cicatrizes. Sabemos, t também, que as próteses de silicone

tendem a ter melhor comportamento, uma vez incluídas profundamente em relação A pele, assim como nos casos das próteses mamárias. Consideramos a quantidade de tecido nasal muito pequena para permitir um adequado acomodamento das próteses nasais. Concluímos pelo uso muito restrito destas próteses em hanseníase.

Das técnicas até aqui descritas, apenas a de Gillies (postnasal inlay graft) permite a correção simultânea dos três principais componentes do nariz deformado em hanse-niase, uma vez que se opte pelo uso perene da prótese endonasal. Assim restamos comentara correção da "facie escafoíde", isto é, a agudização do Angulo columelolabial. CARONI (1972) sugere o uso de uma pequena peça de silicone sólido. Pode-se usar, também, enxerto ósseo ou cartilaginoso na região da espinha nasal anterior. REGINATO (1965) apresenta uma técnica em que dois retalhos nasogenianos, com base na região alar, com 1,5 cm de largura, são desenhados e desepitelizados. Elevam-se os retalhos de seus leitos e procede-se a descolamento da base da porção anterior do nariz, com tesoura que se introduz por baixo dos retalhos. Uma vez feita a liberação, passa-se cada retalho para o outro lado, sendo cada um fixado próximo à base do outro. Isto permite um enchimento da área da espinha nasal anterior, que corrige a agudização deste ângulo.

### RECONSTRUÇÃO TOTAL

Devemos recordar que a destruição total do nariz em hanse-niase é muito rara. Nos casos em que se faz necessária, uma das técnicas mais adequadas é a apresentada por FARINA (1953), na qual existe a associação de um retalho convencional tipo frontal com dois retalhos nasogenianos. Assim, num mesmo tempo, temos a reconstrução do forro e da cobertura nasal. A columeloplastia pode ser feita por retalho labial mediano, tubo de Filatof-Gillies, retalho mucocartilaginoso de restos de septo, retalhos cutâneos de asa exuberante ou retalhos de mucosa de lábio superior (método de Lexer).

### PROCEDIMENTOS ACESSÓRIOS

Ainda que as mais evidentes alterações do nariz, em hanse-niase, sejam as deformidades que apresentamos até o momento, restam pequenas alterações que devem ser analisadas e tratadas, para que se obtenha um resultado final mais satisfatório.

Nestas alterações, citamos os nódulos sobre o dorso e as alterações de contorno das asas nasais (Fig. 18.4).

Os nódulos e outras seqüelas ao nível da pele podem ser tratados por ressecção e fechamento simples ou, dependendo da localização e tamanho, podem requerer procedimentos de reparação comuns a outras etiologias, cujas técnicas básicas podem ser encontradas nos textos de cirurgia plástica reparadora.

Os defeitos de contorno da asa nasal tendem a melhorar significativamente quando da restauração do suporte nasal. Nos casos resistentes, podemos lançar mão de enxerto de cartilagem retirada do pavilhão auricular.

### COMPLICAÇÕES E SE INCONVENIENTES

A maioria das técnicas aqui descritas apresenta poucas complicações. Na realidade, vamos encontrar algumas inconveniências relacionadas a detalhes próprios das técnicas. Além do que já foi citado anteriormente sobre a técnica de Gillies (pnig), relata-se uma deformidade na face causada por um desenho inadequado na moldagem da prótese endonasal, em que a parte inferior poderia ocasionar um Angulo columelolabial excessivamente obtuso, dando à face um aspecto porcino (pig snout).

Quanto à evolução dos enxertos ósseos, refere-se que seria necessária a presença de

força dinâmica atuando para que o enxerto adquirisse solidez e aspecto radiológico semelhante à sua fonte. No nariz, estes aspectos são verificados mesmo sem a presença de tais pressões e a tendência dos enxertos é de evoluírem satisfatoriamente, sem reabsorção significativa, uma vez respeitados os princípios da técnica de enxertia (FARINA, 1971) (Fig. 18.14). O que pode ocorrer, eventualmente, no caso de um contato inadequado entre as duas partes, é uma unido fibrosa entre o leito receptor e o enxerto, ainda que isto não signifique uma complicação, haja visto que o resultado final é satisfatório. Uma boa preparação do leito receptor, com escarificação dos ossos próprios com uma raspagem, auxilia na obtenção de um contato firme para uma boa integração. Em relação zona doadora, existe um caso relatado de fratura da ulna em paciente que sofreu uma queda acidental nos primeiros dias de pós-operatório e no qual o enxerto fora retirado desse osso.

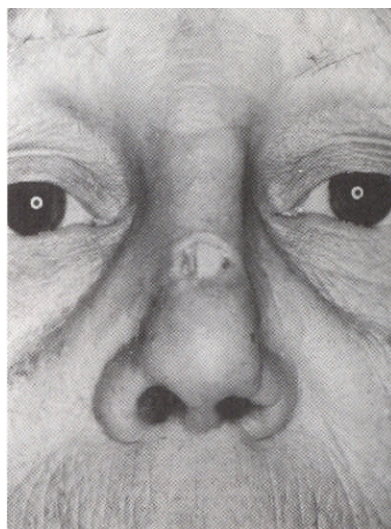
Necrose de pele do dorso é complicação bastante severa que pode ocorrer devido à

utilização de um enxerto excessivamente espesso, pela não adequada liberação da pele do dorso durante o descolamento, ou pela presença de fibrose e aderências na pele do dorso. Com a acomodação dos tecidos e redução do edema no pós-operatório imediato, ocorre isquemia com necrose e perda de substância tegumentar de difícil solução do ponto de vista estético, além da perda do enxerto por exposição da peça óssea e possibilidade de infecção secundária (Fig. 18.15). Nestes casos, dependendo do tamanho da perda cutânea, sugerimos o uso de um retalho mediano, retalho nasogeniano ou retalho local (Fig. 18.16).

Em relação aos retalhos de FARINA, já mencionamos que retalhos excessivamente espessos podem trazer obstrução nasal, com desconforto respiratório para o paciente. Re-lata-se, também, certa dificuldade na reinsertão das asas nasais. Para tal, WINTSCH (1968) recomenda desenhar-se um triângulo na incisão da base alar, o que facilita no momento da sutura da asa em seu local de origem.



**Fig. 18.14** Enxerto ósseo viável seis anos após a cirurgia.



**Fig. 18.15** Exposição do enxerto por necrose de pele dorsal.



**Fig. 18.16** Retalho nasogeniano para correção de defeito no dorso nasal.

BIBLIOGRAFIA

- ANTIA, N.H. & PANDYA, N.J. Surgical treatment of the nasal deformities of leprosy. *Plast.Reconstr. Surg.* 60: 768-777, 1977.
- ANTIA, N. H. Plastic surgery in leprosy (nose). *Ann.Roy.Coll.Surg.Engl.*, 32: 71, 1963.
- ANTIA,N.H. et alli. Prefabricated silicone implant. *Plast. Reconst Surg.*, 52: 264-270,1973.
- ANTIA,N.H. The scope of plastic surgery in leprosy: a ten year progress report. IN: *Clinics plastic surgery*. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1974,1:1
- BARTON, R. P. E. The management of leprous rhinitis. *Lepr. Rev.*, 44 : 186-191,1973.
- BARTON, R. P. E. A clinical study of the nose in lepromatous leprosy. *Lepr.Rev.*, 45: 135-144, 1974.
- BLAIR, V. P. Hits strikes and outs in the use of pedicle flaps for nasal restoration or correction. *Surg.Gyn.Obst.*, 82: 367-384,1946.
- CARDOSO,A.D. Cirurgia plástica na leishmaniose cutâneo-mucosa. *Rev.Hosp.N.S. Aparecida*, (São Paulo), 6: 243, 1954.
- CARONI,E.P. A new method to correct the nasolabial angle in rhinoplasty. *Plast Reconst. Surg.*, 50: 338-340,1972.
- DAVEY, T. F. & REES, R. J. W. The nasal discharge in leprosy: clinical and bacteriological aspects. *Lepr.Rev.*, 45: 121-134, 1974.
- DAVEY, T. F. The nose in leprosy: steps to a better understanding. *Lepr.Rev.*, 45: 97-103,1974.
- DELANGENIERE, H. & LEWIN, P. A general method of repairing loss of substance and of reconstructing bones by osteoperiosteal grafts from the tibia. *Surg.Gynecol.Obstet.*, 30: 441, 1920.
- DIWAN, V.S. The depressed nose in leprosy. *Brit.J.Plast.Surg.*, 21: 295-320,1968.
- FARINA, R. Colapso da ponta do nariz na lepra por perda de substância condro-mucosa ( Reparação do estofa nasal com retalhos genianos). *Rev.bras.leprol.*, 21:1-4, 1953.
- FARINA, R. Deformidades do dorso do nariz na lepra - correção com enxerto ósseo. *Rev.Bras.Leprol.*, 18: 101-105,1950.
- FARINA, R. Rinoneoplastia total na lepra. *Rev.bras.leprol.*, 21:7-12, 1953.
- FARINA.R. & VILLANO, J.B. Follow-up of bone graft to the nose. *Plast. Reconst. Surg.*, 48:251-255, 1971.
- FARINA, R. Deformity of nasal dorsum through loss of substance. Correction by bone grafting. *Plast.Reconstr.Surg.*, 8: 320, 1951.
- FARINA, R. Total rhinoplasty for deformities following leprosy. *Plast.Reconstr.Surg.*, 20: 78, 1957.
- FARINA, R. Deformation de l'arrete nasale due a la lepre; correction par greffe osseuse. *Ann.Chir.Plast. (Paris)*, 9: 119-124, 1964.
- FARINA, R. *Plástica de nariz: rinoplastias e rinoneoplastias*. Tipografia O Calvario. S.Paulo, Brasil, 1966.
- FARINA, R.; DIAS, V.J. & CASTRO, O. Development of bone graft integration as established by x-ray follow-Up in correction of deformities of the nasal dorsum. *Plast.Reconstr.Surg.*, 20: 297, 1957.
- FARINA, R. Effondrement de la pointe du nez dans la lepre par perte de substance chondromuqueuse. *Ann.Chir.Plast. (Paris)*, 7: 287-290, 1971
- FARINA, R.; MION, D.; BARAUDI, R. & COLEMAN, B. Advantages compares des lambeaux frontaux et des lambeaux nasogeniens daps la substitution de l'etoffe nasale. *Ann.Chir.Plast. (Paris)*, 5: 279-286, 1960.
- FARINA, R.; PAULA SANTOS, S. & BATISTA, H. Columellonoplastia. *Rev.Bras.Oto-Rino-Laring.*, 23: 12,1955.
- FLOWERS, R. Nasal augmentation by the infra oral route. *Plast. reconst. surg.* 54: 570-578,1974.
- FRITSCHI,E.P. *Reconstructive surgery in leprosy*. London, John Wright & Sons Ltd, 1971.
- GARZON, R. Una tecnica de reconstruccion del lobulo y ala nasales. *Cir.Plast.Ibero-Latinoam.*,12: 275-279, 1986.



- GILLIES, H.D. *Plastic Surgery of the Face*. London, Oxford Univ. Press, 1920.
- GILLIES, H. The columella. *Br.J.Plast.Surg.*, 2: 192.1949.
- GUERRERO-SANTOS, J. Cosmetic repair of the acute columellar-lip angle. *Plast.Reconstr.Surg.*, 52: 246-249, 1973.
- GUTGUTIA, P.N. Indwelling acrylic prosthesis after post-nasal epithelial inlay. *Lepr., Rev.*, 34: 80-82, 1963.
- HJORTING-HANSEN, E; KLOFT, B. & SCHMIDT, H. Leprotic granuloma in the maxilla. *Int. J. Lepr.*, 33: 83, 1965.
- JOB, C. K.; KARAT, S. & KARAT, A. B. A. Pathological study of nasal deformity in lepromatous leprosy. *Lepr. India*, 40: 42-46, 1968.
- KAZANJIAN, V.H. The repair of nasal defects with the median forehead flap. Primary closure of the forehead wound. *Sur.Gynecol.Obst.*, 83:37, 1946.
- LOEB, R. Backward insertion of a median forehead flap in nasal deformities. *Br.J.Plast.Surg.*, 12: 349, 1960.
- MARKS JR., S.C. & GROSSETETE, G. Fades leprosa: resorption of maxillary anterior alveolar bone and the anterior nasal spine in patients with lepromatous leprosy in Mali. *Int.J.Lepr.*, 56:21-26, 1988.
- MICHMAN, J. & SAGHER, F. Changes in the anterior nasal spine and the alveolar process of the maxillary bone in leprosy. *Int.J.Lepr.*, 25: 217-777, 1957.
- MILLARD, Da. Total reconstructive rhinoplasty and a missing link. *Plast. Reconst. Surg.*, 37:167, 1966.
- MILLARD, D. R. Reconstructive rhinoplasty for the lower half of a nose. *Plast.Reconstr.Surg.*, 53: 133-140, 1974,
- MOLLER-CHRISTENSEN, V. Changes in the anterior nasal spine and alveolar process of the maxillary bone in leprosy. *Intl. Leprosy*, 20: 335-390, 1952.
- NAH, S.H., et al. Relationship between the loss of maxillary anterior alveolar bone and the duration of untreated lepromatous leprosy in PEER, L.A. Transplantation of cartilage. IN: Concerse's reconstructive plastic surgery. Philadelphia, W.B. Saunders Co, v.1 p. 129-134, 1964.
- POLLET, J. Three autogenous struts for nasal tip support. *Plast.Reconstr.Surg.*, 49: 527-532, 1971.
- REES, R. J. W.; McDougall A C & Weddell, A. G. M. The nose in mice with experimental human leprosy. *Lepr.Rev.*, 45: 112-120, 1974.
- REGINATO, L.E. & BELDA, W. Correção da face escafoide e restauração da base nasal na lepra pelos retalhos nasogenianos dermogordurosos. *Rev.bras.leprol.*, 33: 69-74, 1965.
- REGINATO, L.E. & BELDA, W. O retalho frontal mediano cutâneo-peri-ostal na reconstrução do forro nasal do nariz retraído. *Rev.bras.leprol.*, 33:51- 55, 1965.
- REGINATO, L.E. & BELDA, W. Mucous graft in the median forehead flap for relining the nose. *Rev.Latino-Americana Cirurg.Plast.*, 8: 119-120, 1964.
- REGINATO, L.E. O retalho frontal mediano na restauração do estôfo nasal na lepra (Median forehead flap for relining the nose in leprosy). *Rev.Brasleprol.*, 29: 127:130,1961.
- REGINATO, L.E. & BELDA, W. Correction of scaphoid fades and restoration of nasal foundation in leprosy with bilateral nasolabial flaps. *Rev.Paul.Med.*, 72: 130, 1968.
- REGINATO, L. E; BELDA, W. & MIRANDA, O. Median forehead cutaneous-periosteal flap for relining the nose in leishmaniasis and leprosy. *Rev.Paul.Med.*, 71: 223, 1967.
- SHEHATA, M.A.; ABOU-ZEID, S.A. & EL-ARINI, A.F. Leprosy of the nose. Clinical reassessment. *Int.I.Lepr.*, 42: 436-445, 1974.
- SILVA, G. A new method of reconstruction of the columella with a nasolabial flap. *Plast.Reconstr.Surg.*, 34: 63, 1964.
- SUBRAMANIAM, K. & MARKS, S.C. Jr. Alveolar bone loss in leprosy - a clinical and radiological study. *Lepr.Rev.*, 49: 287-296, 1978.
- TEIXEIRA, A.C. Correção do perfil facial nos hansenianos. *Rev.Ass.Med. Brasil.*, 21: 124-126, 1978.

## 164 Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase

- THOMPSON, N. *Transplantation of dermis*. In: Converse's reconstructive plastic surgery. Philadelphia, W.B. Saunders Co 1964, v.1 P. 95-98.
- TIEN, S.L.K. et alli. Augmentation rhinoplasty with silicone inclusion. *Rev.Soc. Bras. Cir.Plást.*, 4: 37-40, 1989.
- TOVEY, F.I. Reconstruction of the nose in leprosy patients. *Lepr., Rev.*, 36: 215, 1965.
- WILLIAMS, H.W.C. Plastic surgery in leprosy deformities. *Br.J.Plást.Surg.*, 11: 309, 1959.
- VVINTSCH, K.W. Rhinoplasty in leprosy. *Plást.reconst.surg.*, 42: 208-213, 1968.
- WYSS, T. New method of nose reconstruction. *Lepr.Rev.*, 35: 47-49, 1964.
- WYSS, T. Wiedereingliederung der leprakranken durch korrektur der nasendeformitaeten. Neue wege zur korrektur der sattelnase. *Praxis.*, 62: 1305-1306, 1973.