

ENSAIO DE CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES AMIOTRÓFICAS DO DORSO DA MÃO POR UM NOVO MÉTODO: ENXÊRTOS DÉRMICOS

LUÍS EUGÊNIO REGINATO** PAULO HOMEM DE MELO**

O adelgaçamento do primeiro espaço intermetacarpiano, resultante da amiotrofia do primeiro interósseo dorsal e do adutor do polegar por neurite cubital, constitui uma das seqüelas mais freqüentes e ostensivas da lepra. Não raro, a única. Em nosso país este estigma é do conhecimento popular que o apelida "afundamento da chave da mão". Acrescenta-se, pois, ao problema estético, o da revelação indesejável de um passado mórbido que embaraça o reajustamento social dos doentes.

Três métodos de correção têm sido preconizados.

I — *Injeções de parafina ou vaselina* — Temos visto enfermos que a elas se submeteram, ou injetaram-se a si próprios, na ânsia de se libertarem do estigma. Tais substâncias de inclusão estão atualmente inteiramente condenadas. Se de um lado corre-se o risco de produzir parafinomas e vaselinomas de problemática e difícil remoção, de outro lado os resultados cosméticos tardios são muito grosseiros.

II — *Infiltrações locais com vitamina E* — Não se conhece até hoje o exato papel biológico da chamada "vitamina da fecundidade"; contudo, a verificação experimental de que dietas pobres produzem, em roedores, característico quadro de amiotrofia, reversível pela correção dietária, e as comunicações já antigas de Bicknell¹ e de Wechsler¹⁰, que a empregaram com resultados sugestivos em distrofias musculares do homem, justificariam o ensaio da vitamina E nas amiotrofias leprosas. Ao que sabemos, Convit foi o primeiro a realizar infiltrações de alfa-tocoferol nas mãos de enfermos de lepra. Aqui e alhures o método de Convit foi largamente experimentado, ao contrário do que faria supor a pobreza de publicações a respeito, entre as quais cabe salientar a de Sigall⁷, no estrangeiro, e a de Sarmento⁶, no Brasil. Os resultados imediatos, a tal ponto animadores, explicam o entusiasmo com que o método de Convit é de tempos em tempos redescoberto... Infelizmente, a correção não se mantém. Supõe-se tratar de simples aposição do fluido injetado, favorecida por certo turgor inflamatório fugaz.

III — *Enxêrto gorduroso com material colhida do pânículo abdominal através incisão de Mac Burney* — Silveira⁹ recomendou esta técnica, que lhe proporcionou êxitos ao lado de insucessos totais por eliminação ou reabsorção completa do transplante (Relatório sobre plastia das mãos apresentado ao III Congresso de Cirurgia Plástica, Chile, 1946). Estas antigas

* Trabalho apresentado à Sociedade Paulista de Leprologia em 14 de agosto de 1961, sob o título "O enxêrto dérmico na correção das deformidades amiotróficas do dorso da mão" — Nota prévia.

** Médicos do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo.

tentativas de Linneu Mattos Silveira merecem ser examinadas com atenção, pois representam um marco no encaminhamento racional do problema. Ainda recentemente Kelley & Gross⁴ sentiam a necessidade de ressublinhar que "não há nenhum material plástico, metálico ou de outro gênero qualquer, melhor tolerado pelo paciente, do que seus próprios tecidos". O que poderia parecer um truismo se, ainda hoje, não se infringisse tão freqüentemente esse conceito. A gordura, entretanto, é material de difícil integração biológica. Em inquérito realizado por Peer⁵, em 1956, dos 187 cirurgões plásticos consultados, nenhum usava enxertos livres exclusivamente gordurosos. No caso particular da lepra, as perspectivas de tal enxerto são ainda piores. A loja intermetacarpiana, isquemiada e fria, não apresenta condições nutrientes para integrar um tecido altamente celular, cujo metabolismo exige intensa irrigação sangüínea. Corre-se o risco de necrose maciça da gordura implantada ou de reabsorção rápida do transplante invadido por macrófagos que removem o material liberado pela degeneração progressiva dos adipocitos mal nutridos. Proceda-se com o mais escrupuloso cuidado para evitar a infecção e o trauma da gordura, ainda assim a reabsorção é da ordem de 50 a 75% em leitos adequados, como mostraram Kazanjian & Converse, sendo necessárias grandes supercorreções de resultados imprevisíveis. Além disso, sendo muito friável, o material transplantado não pode ser fixado por pontos na região tratada, cuja grande mobilidade dificulta a integração, interferindo com o delicado processo vasculogênico e obrigando a longas e rigorosas imobilizações com gesso, tudo seguido, muitas vezes, de resultados práticos decepcionantes.

O ENXÉRTO DÉRMICO

O enxerto dérmico de há muito é usado na restauração do contorno de depressões devidas a cicatrizes, perdas de substância óssea ou do celular subcutâneo, hemiatrofias faciais, especialmente quando se trata de cavidades pequenas. Segundo Smith⁹ é o melhor transplante para regiões não rígidas: nariz, lábios, pálpebras, face, região supraorbitária. Material de fácil obtenção e boa plasticidade, apresenta ótima integração biológica, permanecendo vivo e reabsorvendo-se pouco com o decorrer do tempo (10 a 20%). Muito mais resistente que a gordura, pode ser cortado da forma desejada e suturado e fixado no leito receptor. Menos vascularizado e celular, não apresenta grandes exigências para sobreviver no sítio de implantação. Melhor ainda é a integração quando a enxertia é praticada de forma anatômica, isto é, o derma novo acolado intimamente ao derma da região tratada, de forma que a face do enxerto que foi despojada da gordura fique para dentro. Outro importante pormenor da técnica consiste em levantar junto com a epiderme um folheto de derma suficientemente espesso para conter a maioria das glândulas sebáceas e infundibulos foliculares dos pêlos, retirando para uso apenas o derma profundo. Consegue-se isso calibrando o dermatomo a não menos que 0,2 mm, com o que evitamos transportar com o enxerto aqueles anexos cutâneos, reduzindo-se assim a possibilidade de infecção do transplante ou formação de microcistos sebáceos.

A oportunidade de ensaiarmos o enxerto dérmico autógeno na plastia das depressões intermetacarpianas por amiotrofia leprosa surgiu-nos com o paciente D.P., homem branco, 40 anos de idade, contabilista, caso de lepra tuberculóide tórpida, com alta definitiva há cerca de 15 anos. Como seqüela de neurite cubital específica, apresentava comprometimento da mão direita: ligeira distrofia do tegumento cutâneo e fâneras, hipotermia, anestesia da borda cubital, diminuição moderada da força muscular, aplanamento da face palmar, garra discreta e redutível dos dois últimos dedos, acentuada escavação dos espaços intermetacarpianos na face dorsal da mão, especialmente do primeiro (fig. 1).

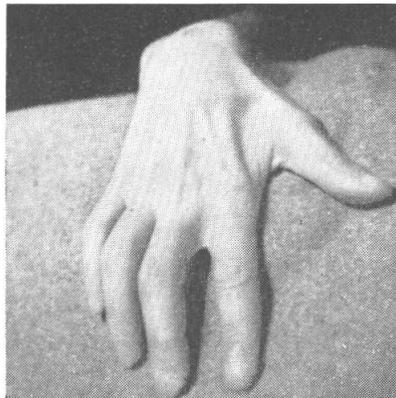


Fig. 1

TÉCNICA OPERATÓRIA

Anestesia local com solução adrelinada de xilocaína a 0,5%.

Calculado o volume de derma necessário, levado em conta o quociente de reabsorção, destacou-se com o dermatomo uma fina lâmina dermo-epidérmica quadrilátera no flanco direito do abdome, respeitando-se a continuidade da pele de um dos lados. Sobre este lado rebateu-se o retalho, colhendo-se então o derma da área cruenta descoberta. Voltou-se a lamina de pele à posição primitiva, sendo convenientemente suturada e protegida com curativo compressivo. O retalho de derma retirado foi despojado da gordura aderente, lavado em solução de penicilina em soro fisiológico, e recortado com fragmentos de forma e espessura adequadas. Para o primeiro espaço, três fragmentos, em forma de triângulos equiláteros, superpostos e transfixados com pontos de catagute, procurando-se imitar a cavidade anatômica a ser preenchida. Para os outros três espaços, cortaram-se tiras simples com forma de triângulos isósceles de conveniente altura.

Incisões nas comissuras interdigitais, disfarçadas o melhor possível nas pregas próprias da região, seguidas de descolamento cuidadoso da pele, abrindo-se os túneis para o alojamento dos enxertos nos espaços intermetacarpianos.

Introdução dos transplantes, por meio de fios de tração transfixados no ângulo proximal das lojas, e fixação dos retalhos em posição com pontos transfixantes de nailon.

Sutura das incisões interdigitais com pontos separados de nailon; curativo moderadamente compressivo para evitar hematomas; imobilização da mão em posição funcional, usando-se talas de madeira.

O paciente retirou-se para seu domicílio, tendo-se prescrito analgésico e sulfa de ação lenta. Aos 10 dias, retiraram-se os pontos; notava-se discreto edema, que se reabsorveu dentro de uma semana. O curativo foi renovado mais uma vez e a imobilização mantida por mais 10 dias. A 8 de agosto de 1961, isto é, cerca de 45 dias após a intervenção, o aspecto da mão tratada era o que se vê na fig. 2.

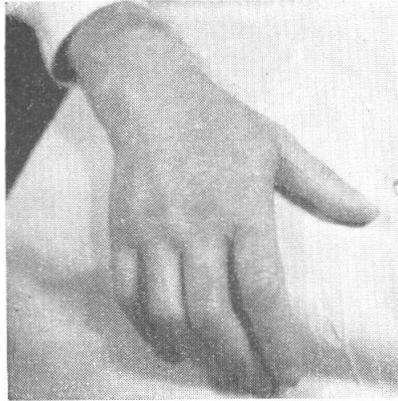


Fig. 2

Durante os primeiros 6 meses o enxerto sofreu a reabsorção parcial prevista. Depois estabilizou-se, permanecendo um resultado cosmético satisfatório, como se vê na fig. 3, tomada 1 ano depois da intervenção.

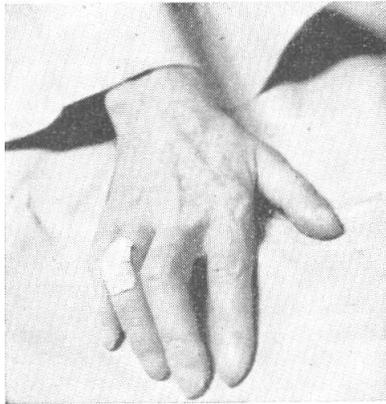


Fig. 3

COMENTÁRIOS

Por vários motivos a técnica ensaiada parece-nos digna de divulgação:

I — Oferece fundamentos biológicos mais adequados ao problema em questão: enxertia em região de trofismo precário dado o deficit neurovascular de origem leprosa.

II — O material de transplante, sendo bastante resistente e de grande vitalidade, pode ser manejado, recortado e fixado convenientemente.

III — Técnica relativamente fácil. Todos os tempos podem ser realizados com segurança e medida. E, por outro lado, não há problemas com a área doadora, facilmente recoberta com a própria pele, sem deixar região cruenta pós-operatória.

IV — Cicatrizes praticamente inaparentes.

V — Integração muito boa sem a necessidade de longas e rigorosas imobilizações da mão.

VI — Pouca reabsorção do transplante, permitindo a manutenção de resultados estéticos satisfatórios.

RESUMO

Os AA. fazem revisão histórica e crítica dos métodos de restauração plástica do contorno do dorso da mão, modificado pela amiotrofia leprosa dos interósseos. Concluindo que nenhum dos métodos propostos no passado resolveu o problema, relatam o ensaio de novo método: enxerto dérmico autógeno livre. Trataram paciente de forma tuberculóide, com alta definitiva há 15 anos, o qual apresentava como principal estigma profundas escavações dos espaços intermetacarpianos. As lojas intermetacarpianas, tunelizadas através incisões disfarçadas nas pregas interdigitais, foram enchidas com enxertos dérmicos, de forma e espessura adequadas, fixados em posição com pontos transfixantes de nailon. A imobilização foi mantida durante 20 dias com simples talas de madeira. A área doadora, flanco direito do abdome, foi recoberta, após a retirada do transplante, com a própria pele. Decorrido um ano, os resultados cosméticos estabilizaram-se em nível bastante satisfatório.

SUMMARY

Beside an historical and critical review of plastic restoration of the hand's deformities due to leprosy amyotrophy, the AA. give a new surgical technic. It consists of a free autogenous dermal graft introduced into the intermetacarpal spaces. It was used on a patient with deep wasting of the interosseous muscles for tuberculoide leprosy, fifteen years after he was definitely discarded. Incisions were made into the interdigital webs and the tunelled intermetacarpal spaces filled out with dermal graft nylon sutured. Wood pads immobilization was continued for twenty days. Cosmetic results in this single case, observed after one year, are very encouraging.

BIBLIOGRAFIA

1. BICKNELL, F. — The vitamin E in the treatment of muscular dystrophies and nervous diseases. *Lancet* **1**:10-13, 1940.
2. CONVIT, J. — La vitamina "E". Las atrofas musculares de la mano por neuritis leprosa y el tratamiento de estas lesiones por el alfa-tocoferol. *Rev. Sanid. As. Social*, **8**:641-648, 1943.
3. KAZANJIAN, V. A. & CONVERSE, J. M. — The Surgical Treatment of Facial Injuries. Baltimore, Williams & Wilkins.

4. KELLEY, J. W. & GROSS, W. M. — Dermal arthroplasty of the hip joint. *Plastic and Reconstr. Surgery*, **23**:540-546, 1959.
5. PEER, L. A. — The neglected free fat graft. *Plastic and Reconstr. Surg.* **18**: 233-250, 1956,
6. SARMENTO, V. M. — Tratamento das amiotrofias lepróticas pela vitamina E. *Rev. Brasil. Leprol.* **27**:103-107, 1959.
7. SIGALL, M. O. — Tratamiento de las amiotrofias de origen hanseniano con vitamina E (Ephymal "Roche"). *Rev. Lep. Fontilles*, **3**:245-247, 1953.
8. SILVEIRA, L. M. — Cirurgia plástica das mãos. *Rev. Brasil. Leprol.*, **14**:262-263, 1946.
9. SMITH, F. — *Plastic and Reconstructive Surgery*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1950.
10. WECHSLER, I. S. — Recovery in amyotrophic lateral sclerosis treated with tocopherols (vitamin E): preliminary report. *J.A.M.A.* **114**:948-950, 1940.