

DEFORMIDADES DO DORSO DO NARIZ NA LEPROSA; CORREÇÃO COM ENXERTO ÓSSEO

Dr. Roberto Farina (*)

O nariz constitui, desde tempos imemoriais, órgão de grande importância psico-social. As deformidades da pirâmide nasal são, por isso mesmo, causa de um sem número de conflitos, que a medicina, por todos os meios, procura afastar.

A lepra é, dentre todas as entidades mórbidas conhecidas, a que, parece, mais atinge o apêndice nasal. As deformidades resultantes vão desde os pequenos desvios da normalidade até as grandes mutilações de todos conhecidas. Daí o grande interesse que se nota entre os hansenianos pela correção nasal e conseqüentemente pela supressão de um dos estigmas do mal. Acresce, como muito bem focalizou Silveira ²¹, num dos seus trabalhos, que grande número de pacientes portadores dessas deformidades, estão clinicamente curados e portanto em vias de obter a alta desejada.

MATERIAL

Operamos no Sanatório Santo Ângelo desde junho de 1949 até 15-5-50, 42 casos de deformidade do dorso do nariz, de origem leprotica, por perda de substância óssea, cartilaginosa e mesmo mucosa.

Antissepsia — Com álcool iodado. *Anestesia* — Novocaína a 1% mais algumas gotas de adrenalina.

Operação — Incisão de Joseph no limite entre cartilagens alar e triangular ou junto à margem alar, conforme cuidamos da reparação do dorso ou do dorso e asas. Descolamento do dorso o suficiente para receber o enxerto e permitir trabalho cômodo. Aperiostamento dos ossos próprios do nariz. Em alguns casos reduzimos, mesmo, o dorso ósseo, de uma quantidade equivalente àquela do enxerto. Com escopro e martelo praticamos no frontal pequeno orifício de 0,5 cm. de profundidade, no máximo. O enxerto ósseo retirado da crista da tibia é aqui introduzido, ficando apoiado sobre os ossos próprios do nariz reavivados ou aperiostados. Sutura das feridas operatórias. Tamponamento das fossas nasais e imobilização do enxerto com placa de alumínio.

(*) Cirurgião do Sanatório Santo Ângelo, Departamento de Profilaxia da Leprosia, São Paulo, Brasil.

CONSIDERAÇÕES GERAIS E FUNDAMENTOS DO MÉTODO

O método que estamos empregando nos foi sugerido pelas dificuldades técnicas e resultados práticos pouco satisfatórios que temos encontrado com outros processos. De fato, enxertos ósseos e cartilagineos ou inclusões quando abandonados simplesmente em leitos adrede preparados com a forma que reproduz *similiter* a perda de substância, podem bascular, pela simples pressão exercida sobre eles, fazendo proeminência sobre o dorso do nariz. Outras vezes, abandonados sem outros cuidados, os enxertos se reabsorvem. Se considerarmos as substâncias aloplásticas, os inconvenientes são ainda maiores, dadas as possibilidades de deslocamento, intolerância, eliminação, etc.

Em 1946, em nota prévia, descrevemos um método¹⁰ que tempos depois revelou-se pouco promissor, pelo menos com o emprêgo das inclusões. Foi, aproveitando o mesmo princípio e modificando, apenas, a localização do ponto de resistência *R* (que passou a ser frontal), que se originou o método que estamos descrevendo.

O princípio desse método é o das alavancas do primeiro gênero ou interfixas, isto é, das que têm o *fulcrum* ou ponto de apoio, entre a potência e a resistência⁴. De acordo com a operação que descrevemos, o ponto de resistência *R* é representado pelo frontal: a potência *P* corresponde ao lóbulo do nariz, e o ponto de apoio é dado pelos ossos próprios do nariz (fig. 1). Com esse artifício não só retificamos o dorso afundado como também soerguemos o lóbulo nasal, em alguns casos, ptosado, sem necessidade de enxerto perpendicular ao primeiro que alguns autores costumam introduzir na columéla.

COMENTÁRIOS

Os enxertos ósseos que empregamos foram, sem exceção, do tipo nomotópico. Damos preferência aos enxertos autoplásticos ósteo-periósticos retirados da crista da tíbia.

Queremos deixar consignado que, de alguns anos para cá, abandonamos completamente as inclusões por razões de ordem biológica⁹.

Parece não haver dúvida que os melhores enxertos ósseos são os autoplásticos e nomotópicos. Preferimos enxertos ósteo-periósticos porque acreditamos com alguns autores^{2, 7, 8} que o perióstio tem ação favorável não só na incorporação biológica como na evolução posterior do enxerto. Delangenièr⁸ acha mesmo que os enxertos ósseos desde que sejam ósteo-periósticos sobrevivem ainda que sejam transplantados heterotópicamente. Por outro lado, não concordamos inteiramente com Perruelo¹⁸ quando afirma que os enxertos ósseos sem função mecânica ativa têm tendência a sofrer

reabsorção ou transformação fibrósa Embora isso possa acontecer, não é a regra. Daí o valor que consignamos aos enxertos providos do perióstio.

Temos preferido retirar os enxertos da tibia, apenas por facilidade de execução, apesar da noção clássica de serem os enxertos do tipo esponjoso mais facilmente integráveis que os compactos, dado o seu alto valor osteogenético 1, 9, 6, 11, 12, 13, 14, 15. 16, 17, 20 Aliás, a maior dureza destes últimos é, muitas vezes, aproveitada com o método que estamos descrevendo, no soerguimento de lóbulos nasais ptosados. Evitamos, dêsse modo, os enxertos em esquadrias.

Os nossos enxertos têm sido, por condições inerentes à técnica, do tipo tangencial em relação aos ossos próprios e intra-ósseos com relação ao frontal. O contacto entre enxerto e osso receptor é muito íntimo e extenso, o que garante a boa integração. Confeccionamos o leito frontal bem como os enxertos com escopro e martelo. Não temos nenhum acidente a consignar nem com relação ao membro inferior nem com relação ao frontal ou ao seio frontal. Em um dos nossos casos o enxerto penetrou no seio frontal sem maiores conseqüências (fig. 3).

O único senão que poderíamos apontar é o da necessidade de redução dos ossos próprios, em pequeno número de casos, para receber o enxerto. Entretanto, consideramos isso de menor importância diante dos bons resultados obtidos.

Fizemos 42 enxertos ósseos com 5 insucessos, o que representa 11,9% de mau êxito. Mesmo assim, essa porcentagem é praticamente metade da apresentada com o emprêgo de substâncias aloplásticas por outros autores¹⁹.

Dos casos operados, em 2 o enxerto ósseo substituiu na mesma secção operatória uma peça de marfim e uma de paladon que se haviam deslocado. Em 5 casos foi feita a correção simultânea do dorso e de uma das asas, e em 15 do dorso e de ambas as asas.

RESUMO

O autor apresenta 42 casos com deformidade do dorso do nariz. Em todos, a reparação foi feita com enxerto ósteo-periostíico da crista da tibia. Os enxertos empregados foram sempre autoplásticos e transplantados nomotopicamente. Parece que a técnica empregada, nesses casos, é original. A porcentagem de insucessos é de 11,9%.

SUMMARY

The author presents forty two cases of nasal deformities from leprotic origin. This work is concerned with deformities of the dorsum of the nose, the author, also states, that he no longer uses acrylics, based on biological knowledge.

On 42 patients the repair was performed with osteo-periosteal graft taken from the crest of the tibia. The grafts were, always autoplastics and nomotopics. It seems that the technique employed by author is original. The percentage of bad results is 11.9%.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbott, L. C., Saunders, J. B. de C. M., Bost, F. C. - Arthrodesis of the wrist with use of grafts of cancellous bone. *The J. Bone and Joint Surg.* 24(4):883-898, 1942.
2. Axhausen, citado por Sanvenro (20).
3. Bishop, W. A., Stauffer, R. C., Swenson, A. L. - Bone Grafts. *The J. of Bone and Joint Surg.* 29(4):961-970, 1947.
4. Boutaric, A. - *Precis de Physique*. G. Doin & Cie. Place de l'Odeon, 8, Paris, 1933.
5. Chiarugi, G. - *Anatomia Dell'Uomo*, Vol. I, Societa' Ed., Libreria, Milano, 1936.
6. Coleman, H. M., Bateman, J. E., Dale, G. M., Starr, D. E. - Cancellous bone graft for infected bone defects. *Surg. Gynec. and Obst.* 83(1):392-398, 1946.
7. Dauriac, J. S. - *Chirurgie Reparatrice des Os*. The Galignani Library, Paris, 1920.
8. Delangeniere, H., Lewin, P. - A general method of repairing loss of substance and of reconstructing bones by osteoperiosteal grafts taken from the tibia. *Surg. Gynec. and Obst.* 30(5):441-447, 1920.
9. Farina, R. - Perdas de substâncias crânio-faciais. *O Hospital.* 36(5):659-675, 1949.
10. Farina, R. - Rinoplastia nos casos de prolapso do lóbulo nasal com destruição extensa da cartilagem do repto.. *Rev. do Hosp. das Clin.* 1(3):297-304, 1946.
11. Farrow, R. C. - Summary of results of bone grafting for war injuries. *The J. of Bone and Joint Surg.* 30A(1):31-39, 1948.
12. Flanagan, J. J., Burem, H. S. - Reconstruction of defects of the tibia and femur with apposing massive grafts from the affected bone. *The J. Bone and Joint Surg.* 29(3):587-597, 1947.
13. Gibson, A., Loadman, B. - The bridging of bone defects. *The J. of Bone and Joint Surg.* 30A(2):381-396, 1948.
14. Horwitz, T., Lamber, R. G. - Treatment of united fractures of long bones. *The J. of Bone and Joint Surg.* 27(4):687-644, 1945.
15. Horwitz, T. - The behavior of bone grafts. *Surg. Gyn. and Obst.* 89(3):310-316, 1949.
16. Horwitz, T., Lambert, R. G. - Massive iliac bone grafts in the treatment of united fractures and large defects of long bones. *Surg. Gyn. and Obst.* 84(4): 485-450, 1947.
17. Moreira, F. E. G., Batalha, E. S. C., Camargo, F. P., Wertheimer, L. G. - Tratamento das fraturas e pseudoartrose do colo do femur pela associação de enxertos ósseos esponjoso e cortical. *Enxerto Bicondiliano. Rev. Hosp. das Clin.* 3(8):259-268, 1948.
18. Perruelo, N. N. - *Introduccion al estudio de los injertos oseos*. Ed. El Ateneu. Buenos Aires, 1945.
19. Rebelo Neto, J., Malbec, E. F. - Inclusões em cirurgia plástica. (1º Congresso Lat. Americano de Cir. Phistica). *Arq. Cir. Clin. e Exper.* 5(3):151-220, 1911.
20. Sanveno, F. - *Gli innesti ossei*. Ed. Licinio Cappelli. Bologna, 1923.
21. Silveira, L. M. - O problema das inclusões nas deformidades nasais de origem leprótica. *Arq. Cir. Clio e Experimental.* 6:531-535, 1942.

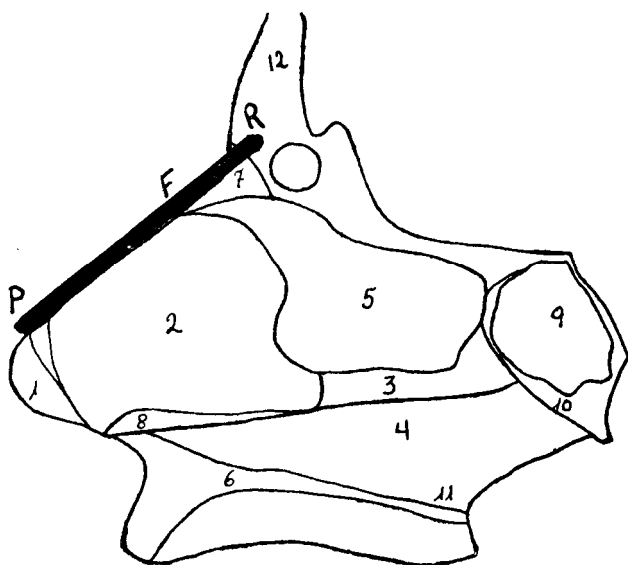


Fig. 1 — Septo ósseo e cartilágneo do nariz, visto de perfil (Arnold) (Extraído de Chiarugi⁽⁵⁾).

- 1) Ramo medial da cartilagem lateral inferior.
- 2) Cartilagem do septo.
- 7) Osso próprio do nariz.
- 5) Lâmina perpendicular do etmóide.
- 12) Osso frontal.

PR — Enxerto ósseo em posição.

P — Potência.

R — Resistência.

F — Fulcrum.



Fig. 2 — Paciente A. M. C. Antes e depois da operação.
Radiografia 50 dias depois da operação.

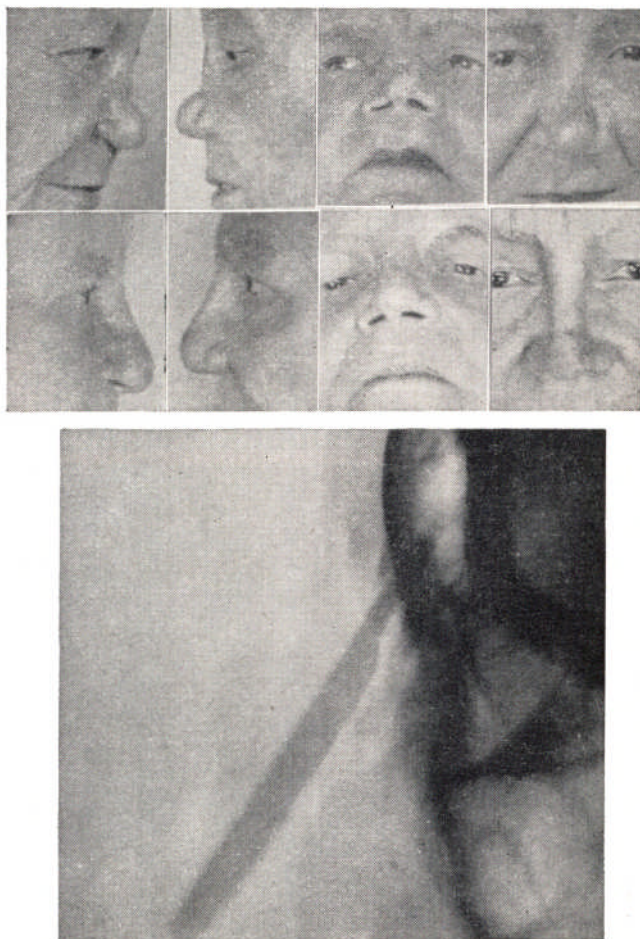


Fig. 3 - Paciente S. G. Antes e depois da operação.
Radiografia 22 dias depois da operação. Vê-se, com muita
clareza o enxerto ósseo dentro do seio frontal.



Fig. 4 — Paciente J. S. Antes e depois da operação.
Radiografia 24 dias depois da operação.



Fig. 5 — Paciente A. F. Antes e depois da operação.
Radiografia 115 dias depois da operação.

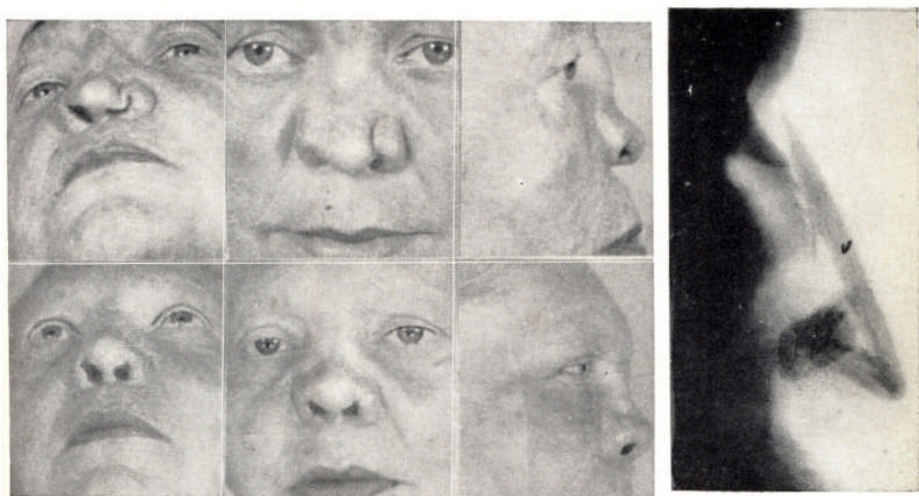


Fig. 6 — Paciente J. A. Antes e depois da operação.
Radiografia depois da operação.



Fig. 7 — Paciente C. S. Antes e depois da operação.
Radiografia depois da operação.



Fig. 8 — Paciente P. D. Antes e depois da operação.
Radiografia 140 dias depois da operação.