

MADAROSE SUPERCILIAR NA LEPRO (REPARAÇÃO)

ROBERTO FARINA*

Generalidades. — A madarose superciliar na lepra constitui um dos estigmas mais frequentes da doença. Ao lado de outras deformidades patognomônicas da moléstia que atingem os mais variados departamentos orgânicos (nariz, orelhas, membros, etc), a queda dos supercílios por si só deprime tão profundamente os seus portadores que eles procuram avidamente a correção dessa anomalia.

Ainda que a alopecia superciliar possa ter outra origem (lues, blastomicose, radioterapia, queimaduras, traumas), a leprótica é característica por múltiplos fatores: é bilateral, a pele da região superciliar perde praticamente sua elasticidade ficando hipotônica, os bulbos pilosos são especificamente lesados, etc.

Anatomia. — O supercílio é um relevo músculo-cutâneo provido de pêlos, situado acima da pálpebra superior e acompanhando discretamente a margem supra-orbitária (arcada superciliar).

O supercílio pode ser dividido em três partes: cabeça (situada medialmente), corpo e cauda (lateralmente). Entre os dois supercílios temos o chamado espaço intersuperciliar.

Função. — Segundo Sheehan ¹¹ os supercílios teriam duas funções importantes: 1) proteção do Olho contra a chuva, contra o suor e contra o excesso de luz; 2) estética, que é a mais evidente. De fato, a ausência dos supercílios modifica profundamente o aspeto do paciente, originando desajustamentos sociais que exigem uma reparação imediata.

A anaplastia superciliar é de execução relativamente fácil. Os resultados que podemos obter são realmente satisfatórios. Só não são perfeitos em razão da qualidade do pêlo transplantado, cujo folículo parece reter toda sua especificidade.

OPERAÇÃO

Antissepsia — Álcool iodado.

Anestesia — Local.

1) Incisão acompanhando a sede natural dos supercílios (margem supra orbitária, começando mais ou menos a 1 cm. da raiz do nariz e terminando ao nível da sutura fronto-zigomática), até alcançar o plano periostal.

(*) Cirurgião plástico do Sanatório Padre Bento (Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo). Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

2) Pinçamento dos vasos que sangram.

3) Confecção de dois enxertos de couro cabeludo da região parietal (retro-auricular), tendo cada um a forma de um triângulo isósceles muito alongado. A espessura desses enxertos pode ser avaliada, considerando-se que o descolamento é feito junto ao plano de tecido conectivo frouxo que fica logo abaixo da galea capitis.

4) Sutura do enxerto aos bordos do leito receptor adrede preparado, afim de obter-se cooptação perfeita.

5) Descolamento e sutura dos bordos da ferida da zona doadora.

6) Penso vaselinado feito com algodão e atadura, durante 10 dias.

Evolução do enxerto. — E' interessante observar que durante cerca de 30 dias persiste verdadeira crosta escura sobre o enxerto devido aos cabelos de permeio a certa serosidade, sangue, pó, suor, etc., que cai no fim desse tempo devido à epiteliolise espontânea. Os pêlos são arrastados, também, razão porque o enxerto se torna alopecico. A partir do segundo mês, entretanto, os pêlos voltam a crescer de modo que no fim do terceiro mês o indivíduo apresenta os supercílios quasi que constituídos.

COMENTÁRIOS

Questão importante é a demarcação prévia da situação e forma do leito receptor. Não se levando em consideração esse cuidado, arriscamo-nos a ter um resultado pouco satisfatório seja por colocar o enxerto muito acima da arcada superciliar seja pela assimetria de posição que pode resultar entre os dois supercílios.

Outro ponto importante é o da orientação dos pêlos que devem estar dirigidos no sentido médio-lateral.

Quanto ao nível de dissecação dos nossos enxertos, fazemo-lo passar pelo tecido conectivo frouxo que fica abaixo da galea capitis. Não devemos ir além porque trariamos, também, o periósteo. Este, como sabemos, oferece certa dificuldade à passagem dos vasos de neo-formação, impedindo a integração do enxerto. A nossa experiência permite-nos concluir que é preferível conservar nos enxertos a galea capitis em virtude da seguinte observação que pudemos fazer com alguns dos nossos pacientes: simultaneamente conservávamos de um lado o enxerto com a galea e do outro removíamos a galea com parte do subcutâneo até aparição dos bulbos pilosos. Ambos os enxertos se integravam bem, porém o enxerto sem a galea, isto é, com bulbos à mostra, apresentava-se, em alguns casos, mais rarefeitos e até com falhas, devido, provávelmente, à lesão de alguns bulbos pilosos.

Retiramos os nossos enxertos da região parietal (retro-auricular) por acharmos mais cômodo e fácil. A escolha da zona doadora, entretanto, é a que menos importância tem, desde que seja feita judiciosamente. Há os que preferem a região occipital ^{1, 12, 13, 15} Outros recomendam enxerto livre do outro supercílio quando a alopecia é unilateral e quando o supercílio presente é abundante ^{3, 4, 7, 15}. Quando não preferem outras regiões como

a occipital, temporal, mastóideia. Barsky ³ lembra ainda enxerto pediculado do outro supercílio ou, então, enxertos biológicos. Maccaferri ⁶, prefere enxerto pediculado têmporo-frontal que, aliás, não nos parece recomendável. Kazanjian ⁵, de acôrdo com os casos, emprega enxerto pediculado do couro cabeludo, enxertos livres múltiplos, enxerto livre único das regiões occipital ou temporal ou enxerto biológico. Smith ¹⁴ emprega enxerto pediculado do outro supercílio ou livre da região retro-auricular. Pick ¹⁰ emprega enxerto livre ou pediculado do outro supercílio ou enxerto biológico do couro cabeludo. Bankoff ² usa enxerto pediculado do supercílio ou do couro cabeludo. May e Padgett ^{8, 9} preferem enxerto livre da região mastóideia. Devemos lembrar, ainda, os enxertos livres retirados da região pubiana.

No que se refere à hemostasia do leito receptor, esta deve ser rigorosa, evitando-se, contudo, as laqueaduras. A hemostasia é feita de preferência com esmagamento simples dos vasos. Abandonamos completamente a eletrocoagulação dos vasos porque pudemos constatar que nas áreas eletrocoaguladas havia, geralmente, necrose do enxerto.

A coaptação perfeita dos bordos é importante para que toda área cruenta do enxerto possa receber o máximo de nutrição do leito receptor.

Não menos importante é o curativo final. Este deve ser contensivo no sentido de não comprimir demasiado o enxerto. Ele é feito com vaselina, gaze, algodão e atadura. Para maior imobilização e segurança de êxito o próprio penso serve de venda aos olhos durante os 10 dias em que o curativo é mantido. Não achamos necessário a imobilização com gesso como advogam alguns autores ^{13, 16}.

Observamos, em grande número de casos, depois de alguns dias de retirado o curativo, pequena projeção do enxerto além do nível dos tecidos adjacentes, dando a impressão de tumefação do enxerto ou retração do leito receptor. Em outros casos aparecia abruptamente alguns dias depois de levantado o curativo, um ou mais pontos amarelos sob o enxerto que a seguir se abriam para o exterior. Evidentemente, nestes pontos havia destruição dos bulbos pilosos. Para evitar estes fenômenos, temos mantido penso contensivo durante mais 15 dias, findos os quais não mais observamos os fatos relatados. Nessas condições a integração tem sido 100%.

Se bem que nossa observação não seja muito longa, parece, pelo menos até agora, que o folículo do cabelo conserva toda sua especificidade. Por essa razão, os pêlos na sua nova sede continuam a apresentar todas as características de cabelos: crescimento ilimitado, espessura menor, etc.

Esses fatos parecem estar em contradição com a chamada lei da adaptação ou solicitação funcional, segundo a qual "todo tecido transplantado tende a modificar, se preciso for, não só a sua estrutura, como forma, resistência, tamanho, etc., para bem preencher as funções do tecido que acaba de substituir". Digo parecem estar, porque, só uma observação de longos anos poderia responder com segurança à veracidade ou não desse antagonismo. Essa lei, em última análise, é reproduzida grosseiramente, quando dizemos que é a "função que faz o órgão e não o órgão a função".

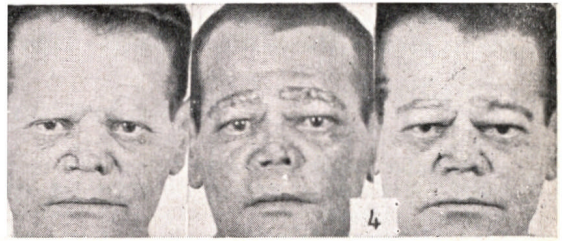


Fig. 1 — Alopécia superciliar bilateral. Situação alta do supercílio esquerdo e assimetria por falta de demarcação prévia. Nota-se ainda rarefação da cabeça do supercílio esquerdo e rarefação do supercílio direito.

Fig. 2 — Alopécia superciliar bilateral. Localização alta da cabeça dos supercílios por falta de demarcação prévia.

Fig. 3 — Alopécia superciliar bilateral. Antes e depois da operação.

Fig. 4 — Alopécia superciliar bilateral. Antes, fase da crosta e depois da operação.

Fig. 5 — Alopécia superciliar bilateral. Antes, fase da crosta e depois da operação.

Fig. 6 — Alopécia superciliar bilateral. Depois da operação.

Fig. 7 — Alopécia superciliar bilateral. Depois da operação.

Como a função desempenhada pelos supercílios é muito rudimentar, talvez encontre-se, aqui, a explicação da ausência ou morosidade da metamorfose dos caracteres dos cabelos em pêlos superciliares.

RESUMO

O autor estuda o problema da madarose superciliar, mostrando as causas prováveis da mesma. Descreve, a seguir, a operação, tecendo comentários a respeito da obtenção dos enxertos, hemostasia, coaptação, imobilização e provável especificidade do folículo no que se refere ao crescimento do pêlo.

SUMMARY

The author studies the problem of superciliary madarosis and points out the probable causes. He then describes the operation and comments on the obtainment of grafts, hemostasis, coaptation, immobilization, and the probable specificity of the follicle for growth of hair.

BIBLIOGRAFIA

1. Araujo, D. G. e Berti, A. — Enxerto livre dos supercílios. 2ª série da Rev. de Leprologia de S. Paulo, vol. VII, número especial. 1940.
2. Bankoff, G. — Plastic Surgery. Medical Publications Ltd. 47, Princes Gate, London, S./W.7, 1943.
3. Barsky, A. J. — Principles and Practice of Plastic Surgery. The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1950.
4. Berson, M. I. — Atlas of Plastic Surgery. Grune & Stratton, Inc. 443 Forth Ave. New York, 1948.
5. Kazanjian, V. H., Converse, J. M. — The Surgical Treatment of Facial Injuries. The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1949.
6. Maccaferri, G. — Plastica deite palpebre inferiori e delle sopracciglia per grave ustione della faccia. Atti del Congresso Europeo di Chirurgia Plastica di Guerra. Ed. Rivista "La Chirurgia Plastica". Via Nazionale 87, Roma, 1942.
7. Malbran, J. L., Garcia Nocito, P. F. — Plasticas palpebrales y conjuntivales. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1947.
8. May, H. — Reconstructive and Reparative Surgery. F. A. Davis Co., Philadelphia, 1947.
9. Padgett, E. C., Stephenson, K. L. — Plastic and Reconstructive Surgery. Charles C. Thomas, Springfield, U.S.A., 1948.
10. Pick, J. F. — Surgery of Repair. J. B. Lippincott Co. Montreal, 1949.
11. Sheehan, J. E. — Plastic Surgery of the Orbit. The Macmillan Co., New York, 1927.
12. Silveira, L. M. — Enxerto livre na reparação das alopecias superciliares. Arq. Cir. Clin. e Experimental, 6(2-3) :689-692, abril-junho, 1942.
13. Silveira, L. M. — A cirurgia plástica na lepra — Alopecias superciliares. II Conferência Panamericana de Lepra, 2:211-240, 1946, Rio de Janeiro.
14. Smith, F. — Plastic and Reconstructive Surgery. W. B. Saunders Co., Philadelphia & London, 1950.
15. Wheeler, J. V. — Scelta degli innesti per la chirurgia plastica della regione degli occhi. La Chirurgia Plastica, VI, IV:145-148, ottobre-dicembre, 1940- XIX, Roma.
16. Zeno, L. — Citado por Silveira na discussão do trabalho de Araujo e Berti ¹.