

REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA

(2.a Série da Revista de Leprologia de São Paulo)

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PAULISTA DE LEPROLOGIA
E DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LEPROLOGIA

VOLUME 21

DEZEMBRO DE 1953

NÚMERO 4

CIRURGIA PLÁSTICA E REPARADORA DA CABEÇA NA LEPRA

ROBERTO FARINA*

A cirurgia plástica e reparadora tem-se desenvolvido sobremaneira nestes últimos decênios. Essa evolução, não se pode negar, tem sido devida ao grande número de mutilados que as duas últimas guerras nos legaram. E' sabido, ainda que seja deplorável, que as guerras, as doenças fagedênicas e outras de caráter crônico devastador bem como as deformidades congênitas. etc., têm contribuído grandemente para elevar sempre mais o alto nível técnico já alcançado por essa especialidade.

No que se refere à cirurgia e em particular à cirurgia plástica e reparadora, a lepra de modo especial tem contribuído para, não só criar novos métodos e técnicas, como também para aperfeiçoar os já existentes.

Pudemos constatar com surpresa nossa, após consultar o fichário da biblioteca do Departamento de Profilaxia da Lepra, a escassez quase que absoluta de trabalhos estrangeiros referentes à cirurgia plástica na lepra. Um ou outro trabalho referindo-se apenas a excisões simples de tubérculos, eletro-coagulações, coagulações, etc., sem nenhuma indicação essencialmente reparadora. Dir-se-ia mais uma cirurgia dermatológica como era, faz alguns anos, compreendida tal cirurgia.

Parece mesmo que num dos centros mais adiantados como o de Carville (Estados Unidos) praticamente nada se fazia até 1947 em matéria de cirurgia plástica. No "The Star" e sob o título de "Plastic and Surgery Planned", o Dr. Metz ¹² diz: "I feel sure that we may be able to accomplish quite a good deal in plastic repair, for some of the individuals who need it".

* Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina. Cirurgião plástico do Sanatório "Padre Bento".

Não há departamento do organismo humano que a lepra não agrida sem deixar estigmas somáticos ou, funcionais. São as mutilações e deformidades que se assestam na cabeça as que mais interesse têm para o cirurgião plástico.

Tal interesse assume importância capital para os doentes não só em vias de alta como para os que por circunstâncias especiais ainda necessitam permanecer segregados por mais algum tempo. Para os primeiros porque a sua integração no meio social depende da sua normalidade somática. Sabemos que a maior parte dos hansenianos é portadora de estigmas graves da doença que a compele automaticamente ao isolamento. Para os segundos porque, embora vivendo numa sociedade cujos componentes têm a mesma doença, nem todos apresentam as mesmas seqüelas. Compreendemos, então, que os que apresentam qualquer deformidade ou mutilação decorrente da moléstia, se sintam complexados diante dos que não pagaram ou não venham sequer a pagar tributo a esta milenar doença.

Tais pacientes encontram refrigério nesta especialidade.

São três os objetivos principais da cirurgia plástica na lepra: a) reparação da forma; b) reparação da função; c) reintegração do doente na sociedade.

Evidentemente há uma intercorrelação grande entre essas finalidades porque, ao atendermos ao coeficiente morfológico, estaremos quase sempre atendendo ao funcional e conseqüentemente psíquico também.

Segundo Leloir ¹⁰, há duas formas clínicas de lepra que acarretam deformidades ou mutilações tais de modo a exigir a intervenção do cirurgião plástico:

- 1) leontíase por leproma nodular;
- 2) leontíase paquidérmica por infiltração lepromatosa.

Na lepra deparam-se-nos dois facies característicos e antagonísticos: o antonino e o leonino.

O leonino tem a aparência de máscara imutável e estardizada. Apresentam êstes doentes grande número de tubérculos e massas exuberantes de modo a provocar ptoses e exacerbar certos sulcos já existentes. Podemos encontrar, entre outras coisas, plicatura da pele da pálpebra superior, nariz semelhante ao rinofima, ptose do lóbulo da orelha, etc..

No facies antonino da forma nervosa, ao contrário, devido às amiotrofias da musculatura mímica, à paralisia dos ramúsculos terminais do facial, às distrofias cutâneas, a pele costuma ser lisa e portanto sem o encarquilhamento observado na outra. A complicação mais grave que en-

contramos nestes casos é a paralisia do orbicular das pálpebras, provocando lagofthalmo com ou sem ectrópio. A epífora é frequente. Quando a fenda palpebral aumenta, assumindo até certo ponto a forma arredondada, temos o *rotunditas oculorum*.

No segmento cefálico vários órgãos ou regiões podem ser atingidos: olhos, nariz, orelhas, supercílios, pálpebras, lábios e a própria pele da face.

Nariz — Dos órgãos que estão sob a tutela da cirurgia plástica, o nariz sobressai em importância. Inúmeras deformidades podem ocorrer, desde a simples deformidade do dorso como o "nariz em sela", de "boxeur", etc., até a perda total ou quase total do órgão. Entre esses extremos há muitas alterações que exigem também a atuação do cirurgião plástico,

A evolução desta especialidade nas rinoneoplastias tem sido notável e marcante no nosso meio. Prudente, Lineu e outros deixaram contribuições notáveis neste campo. Graças a eles, isto é, graças aos degraus sólidos erigidos por esses artifices, outros valores têm podido aperfeiçoar ainda mais os métodos e técnicas de comprovado valor. Assim, o soerguimento do dorso nasal tem passado por várias etapas: desde as complexas próteses maxilo-nasais, desde as inclusões de substâncias orgânicas como o marfim, a cartilagem conservada, às inorgânicas como as substâncias acrílicas, as resinas metil-metacrílicas, o tantalum, polietileno, etc., até os enxertos ósseos. Parece que a tendência atual é a de ser a mais biológica possível. Por isso, e obedecendo a um dos princípios fundamentais em cirurgia plástica e reparadora, segundo o qual todo tecido destruído deve ser substituído por outro da mesma natureza, isto é, isomorfo, os enxertos ósseos para o nariz vêm tendo grande aceitação ². Daqui se infere outro princípio que diz que as inclusões devem ser proscritas sempre que possível. De fato, elas não constituem material ideal, porque, embora podendo ser toleradas pelo organismo, estão sempre sujeitas a serem inopinadamente eliminadas.

Por outro lado, quando a deformidade decorre de perda de substância mucosa e cartilaginosa, como é o caso do colapso da ponta do nariz, a reparação não se faz mais com enxertos livres de pele porque os resultados imediatos, ainda que bons, os mediatos são pouco satisfatórios.

Atualmente, a substituição do estofa nasal é feita com retalhos genianos ou frontais, o que constitui uma grande conquista para a cirurgia plástica ³.

Para os casos de destruição total do nariz, a tendência atual é postergar os tele-retalhos (método italiano, método da vectação, etc.) em fa-

vor dos retalhos da vizinhança (retalho indiano para cobertura e retalhos naso-labiais, e do cato nasal para fôrro).

O problema da columeloneoplastia não constitui nenhum óbice, visto existirem inúmeros métodos para essa reparação. Os principais e mais frequentemente empregados por nós são: método de Lexer (retalho de mucosa do lábio superior), retalho cutâneo labial mediano (retalho filtral), tubo de Gillies-Filatof naso-labial e utilização de restos de septo.

Pavilhão auricular. — As deformidades mais frequentemente encontradas se localizam no lóbulo da orelha e se caracterizam pela hipertrofia ou atrofia e ptose do mesmo. Outras deformidades existem e se traduzem pela destruição do helix somente, ou de toda a estafa com conservação da concha. O conduto auditivo é respeitado.

Para a reparação do helix costumamos empregar um tubo de Gillies-Filatof preparado nas adjacências (região retro-auricular, cervical, etc.). Já para a reparação de um pavilhão empregam-se enxertos ósseos, enxerto livre de pele e tubos de Gillies-Filatof. Evidentemente, o arca-bouço de sustentação pode também ser de cartilagem autógena ou homogêna (singenesioplástico quando provém dos pais ou dos irmãos).

O que, entretanto, mais interesse tem por ser mais frequente é a hipertrofia e ptose do lóbulo auricular. A ptose pode ocorrer também com atrofia do lóbulo.

A correção pode ser feita por dois métodos principais: o do V quebrado ¹¹ e o dos três triângulos⁴. Ambos os métodos dão bons resultados.

Supercílios — A alopecia é muito encontrada entre os hansenianos. E' interessante consignar que praticamente só os homens se interessam pela sua correção. As mulheres preferem substituí-los com um traço de lápis. Também, aqui, a contribuição nacional é grande. Lineu, Dirceu e outros ¹⁻¹¹ têm estudado esse problema, procurando aperfeiçoar sempre mais a técnica bem como estabelecer princípios importantes referentes à imobilização do enxerto. Esses autores preferem com Zeno ¹³ imobilizá-lo com gesso. De nossa parte, preferimos, já que se trata de região praticamente imóvel, empregar ataduras de gase ou de crepe. Cuidamos de manter curativo contínuo durante cerca de 20 a 25 dias porque achamos que com isso os resultados são mais seguros e melhores ⁵.

Rugas da face. — A atrofia das fibras elásticas da pele traz como consequência o aparecimento de sulcos e rugas. A pele dos hansenianos é frouxa, encarquilhada devido a um processo mais generalizado e difuso que é o alastoma de Dubreuilh. A correção se reduz a uma simples *ritidectomia* cérvico-facial.

Para a queda das partes moles da face situadas acima e nas adjacências do sulco naso-labial, de modo a acentuar muito o citado sulco, a correção se resume na exeresse de um fuso de pele e subcutâneo acompanhando êsse sulco. E' a *genoplastia*. A cicatriz resultante que acompanha êsse sulco fica praticamente invisível.

Para o excesso de pele da pálpebra superior, a correção é simples: *ritidectomy* palpebral.

Outro problema importante é o da epífora com lagofalmo por paralisia do 7° par. A correção é feita pela técnica de Brown: tira de fascia lata que do músculo ou da aponevrose do músculo temporal vai ao periósteo dos ossos do nariz (apófise frontal do maxilar), passando entre os planos músculo-cutâneo e tarso-conjuntival junto da margem palpebral. Esta é uma operação essencialmente estática. Pode-se empregar, também, o método de Lexer para as pálpebras (transplante do músculo temporal — teoria da neurotização). E' uma operação cinemática. Em alguns casos faz-se a cantorrafia, blefarorrafia ou ainda sinbléfaro cirúrgico entre conjuntivas bulbar e palpebral.

DEFORMIDADES OUTRAS SECUNDÁRIAS À EXISTÊNCIA DE LEPROMAS

A presença de tuberculose pode, em determinados órgãos ou regiões, pelo próprio peso, determinar perturbações funcionais ou alterações da forma.

Assim a incidência palpebral pode dificultar a ascensão da pálpebra superior, de modo a provocar uma ptose mecânica. O tratamento consiste na excisão simples ou excisão mais enxerto de pele.

Os lepromas podem se assestar no helix de modo a provocar grandes alterações no pavilhão. A correção consiste na excisão simples dos mesmos.

Junto à comissura dos lábios, podem os lepromas ao regredirem provocar sinéquias tais que dão como resultado a microstomia. A correção dessa deformidade é simples. Damos preferência à técnica de Langenbeck ⁸.

No nariz (rinofima hanseniano por lesões do tipo tuberoso), os tubérculos podem se localizar sôbre o dorso, sôbre as asas, ponta, etc. O tratamento se resume na excisão simples ou excisão mais enxerto livre ou pediculado de pele ⁶.



Fig. 1 — Nariz em "sela". Correção com enxêrto ósseo.



Fig. 2 — Nariz em "sela". Correção com enxêrto ósseo.

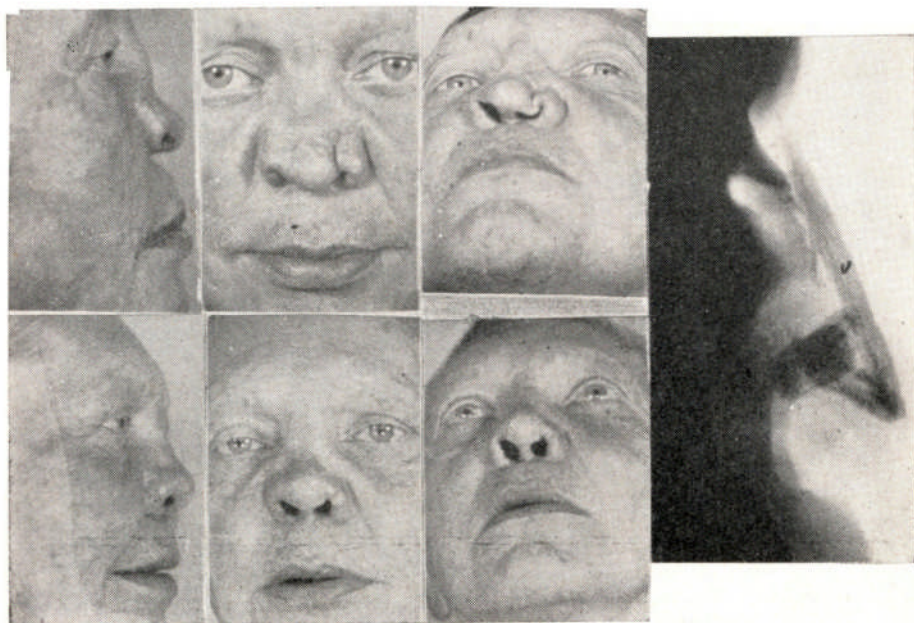


Fig. 3 — Nariz em "sela". Correção com enxêrto ósseo.



Fig. 4 — Nariz em "sela". Correção com enxêrto ósseo.



Figs. 5 e 6 — Colapso da ponta do nariz com perda de substância condromucosa. Reparação do fôro com retalhos naso-labiais.



Fig. 7 — Colapso da ponta do nariz por perda de substância condromucosa. Reparação do fôrro com retalho frontal.

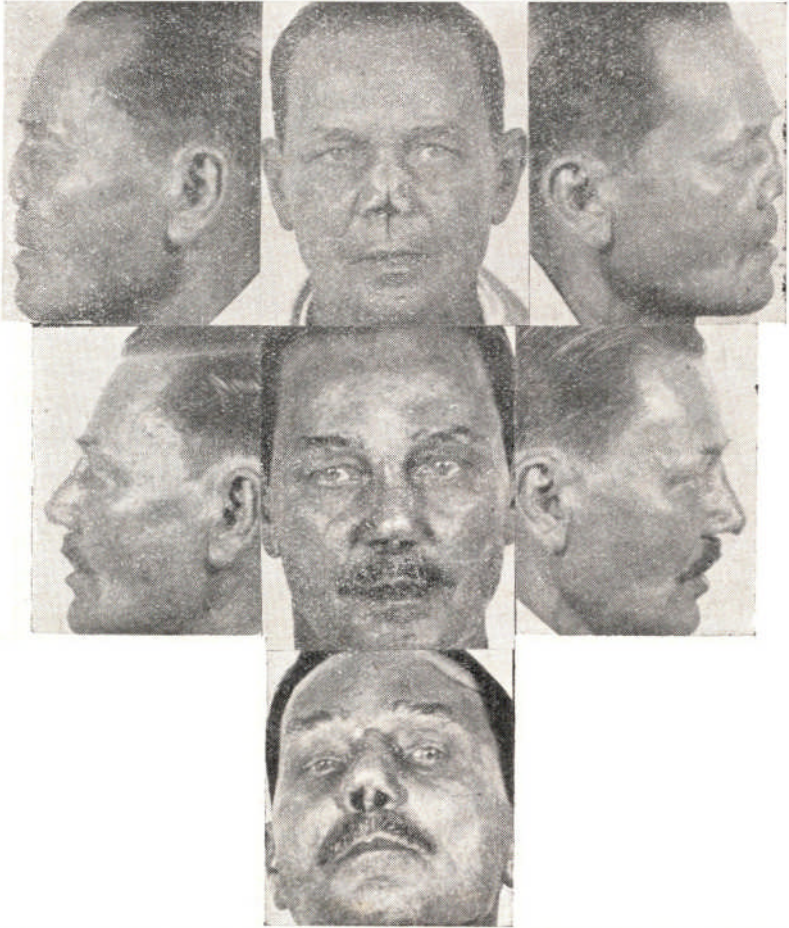


Fig. 8 — Colapso da ponta do nariz por perda de substância condromucosa. Reparação do fôro com retalho frontal.



Figs 9 e 10 — Perda de substância total do nariz. Rinoneoplastia pelo método indiano. (Retalhos naso-genianos para fôrro e frontal para dorso).

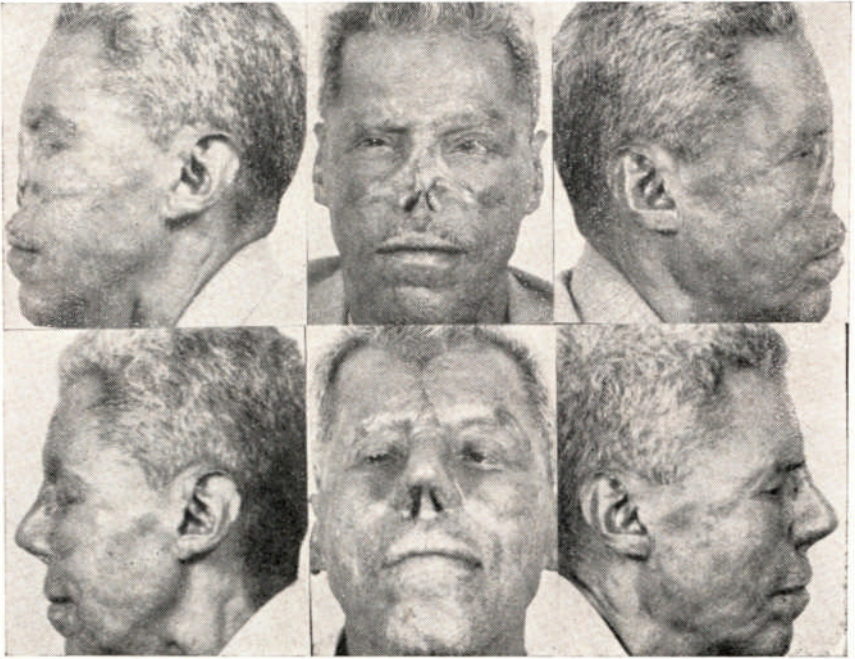


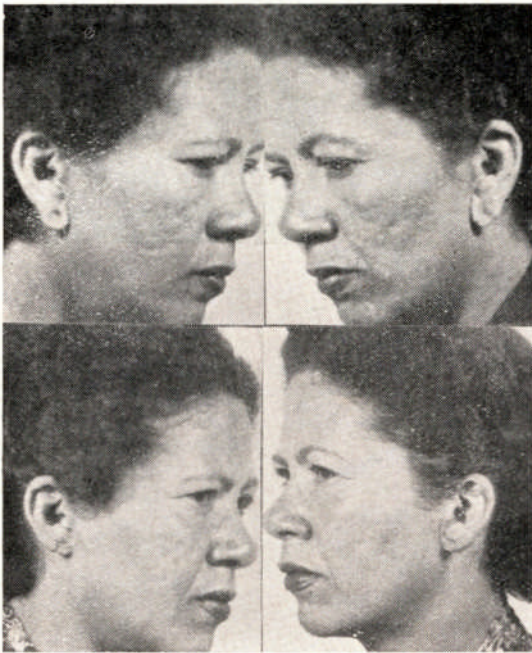
Fig. 11 — Perda de substância total do nariz. Rinoneoplastia pelo método indiano. (Retalhos naso-genianos para fôro e frontal para dorso).



Fig. 12 — Perda de substância cutânea do dorso. Reparação com retalho indiano para dorso do nariz.



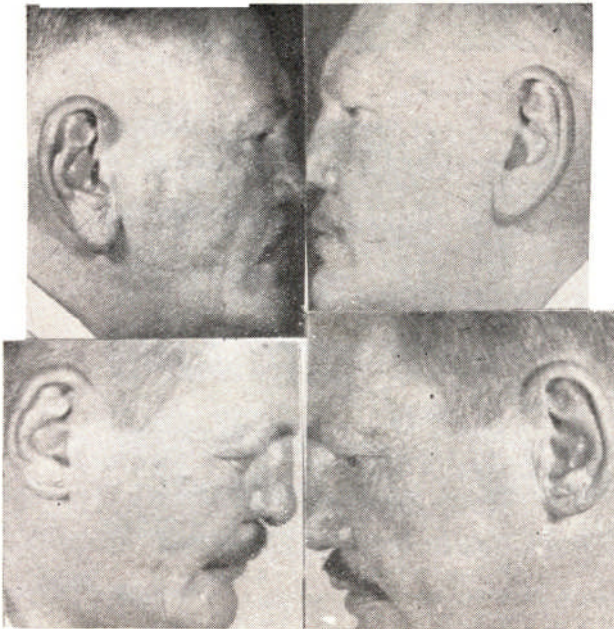
Fig. 13 — Deformidade do nariz por tubérculos. Excisão dos tubérculos e do excesso da pele do nariz.



Figs. 14 e 15 — Ptose do lóbulo da orelha. Correção pela técnica dos três triângulos.



Fig. 15



Figs. 15 e 16 —
Ptose do lóbulo da
orelha. Correção pe-
la técnica dos três
triângulos.

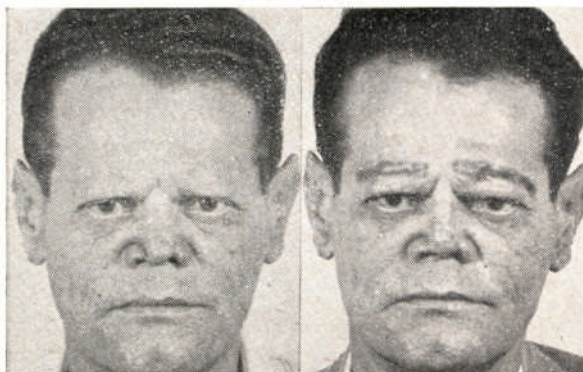


Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

Figs. 17, 18 e 19 - Alopecia superciliar. Correção com enxerto livre de couro cabeludo.



Fig. 20



Fig. 21

Figs. 20 e 21 — Genoplastia.



Fig. 22 — Leproma da face. Correção pela exeseção simples



Fig. 23 — Orelha em abano. Correção pela técnica de Lockett.

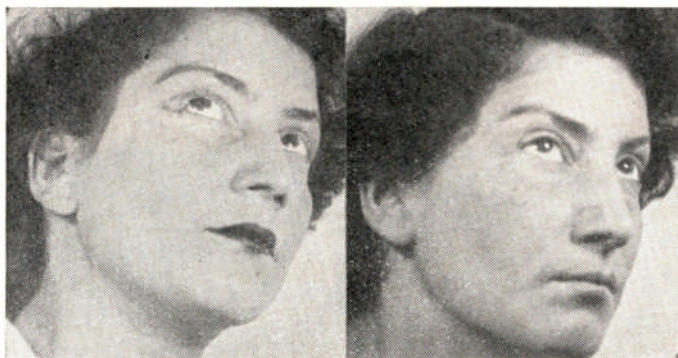


Fig. 24 — Higroma da pálpebra recidivado. Extirpação e plástica.

BIBLIOGRAFIA

1. Godoy Araujo, D. e Berti, A. — Enxerto livre dos supercílios. Rev. Brasil. Leprol., vol. 8, número especial, 1940.
2. Farina, R. — Perdas de substâncias crânio-faciais. O Hospital, 36:659-675, 1949.
3. Farina, R. — Colapso da ponta do nariz na lepra por perda de substância condro-mucosa. Rev. Brasil. Leprol, 21:1, 1953.
4. Farina, R. — Hipertrofia e ptose do lóbulo da orelha na lepra. Correção plástica. Rev. Brasil. Leprol., 18:177-180, 1950.
5. Farina, r. — Madaruse superciliar na lepra (reparação). Rev. Bras. Leprol., 20:132-136, 1952.
6. Farina, R. — Rinofima. O Hospital, 37:241-246, 1950.
7. Gillies, H. — The Columella. British J. of Plastic Surgery, 2:192-201, 1949.
8. Kirschner, M. — Tratado de Técnica Operatoria General y Especial. Tomo II, Labor S.A., Rio de Janeiro, 1940.
9. Langenbeck (citado por Kirschner, M⁸).
10. Leloir (citado por Vale, S.¹³).
11. Silveira, L. M. — A cirurgia plástica na lepra. 2ª Conferência Pan-Americana de Lepra, 2:211-240, 1946 (Rio de Janeiro).
12. Metz (citado em "The Star" Plastiic Surgery planned, 6,6;8 e 10, 1947).
13. Zeno, L. (citado por Silveira na discussão do trabalho de Araujo e Berth¹).
14. Vale, S. — Possibilidades da cirurgia plástica na lepra. Brasil Med., 53: 126-142, 1939, RiO de Janeiro.