

O RETALHO FRONTAL MEDIANO CUTÂNEO PERIOSTAL NA RECONSTRUÇÃO DO FÔRRO NASAL DO NARIZ RETRAÍDO *

DR. LUIZ EUGÊNIO REGINATO **

DR. WALTER BELDA ***

Entre as complicações tardias da lepra, seja em evolução, seja em processo de cura, têm lugar os diferentes graus de nariz retraído. A destruição do septo, somada à retração cicatricial da mucosa, leva ao afundamento do dorso nasal, abaixo dos ossos próprios em consequência colapso da ponta.

Baseados em Cardoso³ em casos semelhantes, determinados pela Leishmaniose, empregamos, a partir de 1954, a técnica de Kazanjian, em 37 casos de nariz retraído.

Esta conduta pode ser assim resumida: reconstrução do estôfo nasal através um retalho frontal mediano, introduzido na cavidade por via de incisão em U voltada para baixo do dorso, e adaptado à área cruenta resultante da remoção do tecido fibroso.

Em 1956 passamos⁶ a empregar técnica mais simplificada, inspirada em Loeb⁵, dispensando a incisão do dorso nasal. Trinta e quatro casos de nariz retraído foram tratados seguindo essa nova orientação — através de tunel obtido pelo descolamento da pele, desde a área cruenta da glabella até a cavidade, o retalho é introduzido girando em sentido oposto à técnica original. Feita a reversão, após 20 dias secciona-se o pedículo.

O seguimento dos pacientes, no tempo, evidenciou em maioria significativa, a consolidação dos bons resultados obtidos sem o concurso de enxertos ósseos ou cartilagosos.

A experiência induz-nos a preferir esta técnica àquela preconizada por Gillics (post-nasal epithelial inlay) e adotada por Silveira⁷ e Antia¹, onde as intervenções se sucedem, com maiores riscos operatórios, e adiamento demasiado do tempo final, além da necessidade do auxílio do protético, etc. Em conduta que deverá ser adotada em grande número de pacientes, em regime de economia, tais óbices devem ser levados em conta.

Por outro lado, a técnica que estamos empregando tem características básicas de simplicidade e segurança, de rápida execução e de bons resultados duradouros, exigindo apenas equipe cirúrgica e reduzido instrumental especializado.

A fim de aumentar a consistência dêsse retalho, em dez casos incluímos um folheto de periósteo frontal, transformando-o em cutâneo-periostal. Eliminariamos assim a necessidade de um posterior enxerto ósseo ou cartilaginoso.

O acréscimo desta lâmina de periósteo, tornando o retalho frontal mais grosso e mais rígido, parece-nos a solução ideal para os casos em que o tegumento cutâneo frontal é muito delgado e com escasso tecido subcutâneo.

Havendo perda da espessura total do dorso nasal, preferimos a adoção dêste retalho composto para a reconstrução do fôrro, o que facilita, a nosso ver, a cicatrização das bordas cutâneas sobre o mesmo.

Há 5 anos temos usado êste retalho, especialmente nos casos mais graves, isto é, quando há maior retração da pele e esta está bastante alterada. O follow-up confirma a excelência da associação.

* Apresentado no IV Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, Pôrto Alegre, 5 a 8 de outubro de 1965.

** Cirurgião Plástico do Serviço de Reabilitação do D.P.L. de São Paulo.

*** Médico responsável pelo expediente do Serviço de Reabilitação do Depart. Profilaxia da Lepra de S. Paulo.

Em geral a área cruenta frontal é suturada sem tensão, com ou sem auxílio de incisões auxiliares, não tendo havido complicações post-operatórias.

Outra variante, encontrada em citações de Kirschner⁴, é a inclusão, no retalho frontal, para a reconstrução do dorso cutâneo, de uma lâmina estreita óssea do frontal.

Nesta comunicação temos como objetivo principal apresentar a feitura do retalho composto e sua aplicação na reconstrução do estôfo nasal do nariz retraído, de modo a propiciar execução simples e resultados permanentes.

TÉCNICA

O estudo das dimensões que deverá ter o futuro nariz condicionará a forma do retalho frontal mediano de pedículo interciliar. Deve-se ter em conta que o retalho irá rodar 180 graus para baixo e para trás, não devendo sofrer estiramento em sua nova posição.

Incisa-se o retalho incluindo o periósteo que é descolado em conjunto. A irrigação será mantida, cuidando-se de não separar o periósteo do restante do retalho (Fig. 2).

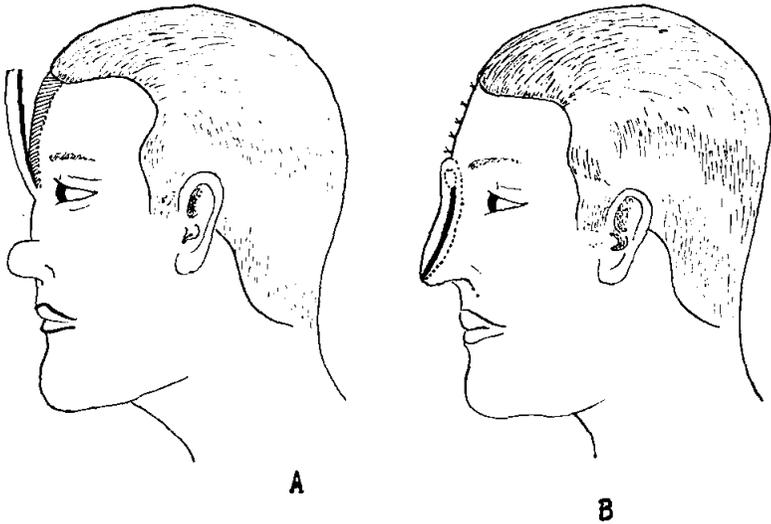


Fig. I - A — Retalho frontal mediano de pedículo glabellar acrescentado de uma lâmina periosteal.

Fig. I - B — Retalho frontal interciliar cutâneo periosteal reconstruindo o fôrro nasal. Foi introduzido na cavidade endonasal após remoção do tecido cicatricial, através de túnel obtido pelo descolamento da pele, desde a área cruenta da glabella até à cavidade. Fechamento da área doadora por deslizamento dos retalhos frontais, auxiliado por incisões laterais ao nível da linha dos cabelos. Vinte dias após a reversão, o pedículo é seccionado e reposto no leito glabellar primitivo.

Fig. I - — Patient with retracted nose showing the median forehead cutaneous periosteal flap obtained by bringing a layer of the subjacent frontal periosteum.

Fig. I-B — Result of first operative stage in which the nose is relined with the median forehead cutaneous-periosteal flap, introduced in the nasal cavity through the tunnel obtained by skin undermining from the raw of the glabella to the cavity.



Fig. 2 — Retalho frontal mediano mostrando lâmina de periosteio mantida no mesmo.

Fig. 2 — The median forehead cutaneous-periosteal flap showing the layer of the subjacent frontal periosteum.

Soerguido o retalho, passa-se ao descolamento da pele da glabella e do dorso ósseo do nariz até atingir-se a cavidade do órgão. Remove-se então todo o tecido cicatricial para libertar as cartilagens e a cobertura cutânea.

Em seguida passa-se o retalho através o túnel cutâneo até aparecer nas aberturas das narinas, onde sua borda é suturada em Z, permanecendo a porção epidérmica voltada para a cavidade (Fig. 1, A e B).

As cartilagens triangulares e alares que ainda se encontrem conservadas, embora encarceradas na cicatriz, serão poupadas. Há uma parte do retalho que ficará em contato com o periosteio dos ossos próprios a este nível, preferimos remover do retalho um enxerto cutâneo de 2/3 da espessura, para haver contato íntimo entre as duas superfícies cruentas.

A estabilização do novo ângulo naso-facial e a altura do nariz, ao decorrer da cicatrização, são obtidas com a utilização de duas placas de chumbo colocadas de um e outro lado da parte cartilaginosa do nariz, aproximadas convenientemente, graças a fios de aço inoxidável transfixados nas paredes nasais. Este pormenor corresponde, à exceção do sítio, a maneira de Brown² para a correção de fratura grave do dorso e do septo.

As peças de chumbo não devem ser apertadas a ponto de comprometer a circulação, e, após oito dias, poderão ser removidas. Ao invés de tampões, usamos tubos de borracha que permitem a ventilação e a drenagem das secreções, contribuindo secundariamente para a modelagem.

A superfície cruenta frontal é fechada pela sutura das bordas da ferida cirúrgica, fazendo-se amplo descolamento do tecido cutâneo da região frontal e do couro cabeludo e, eventualmente, com incisões auxiliares ao nível da linha dos cabelos.

Vinte dias após secciona-se o retalho, colocando o pedículo sobre a região glabellar e deixando-se a porção indispensável de tecido para a obtenção de um contorno esteticamente satisfatório. (Figs. 3 e 4).



Figs. 3 — Paciente de leprose com nariz retraído, visto de frente, perfil e de baixo para cima.
 Figs. 3 — Patient treated from leprosy, showing retracted nose.



Figs. 4 — Vistas do mesmo paciente 45 dias após a primeira intervenção para reconstrução do fôro nasal pelo retalho frontal cutâneo periosteal.
 Figs. 4 — Post-operative photograph, 45 days after the first intervention, showing the nose relining by median forehead cutaneous periosteal flap.

RESUMO

Os autores referem a correção do nariz retraído na leprose pela restauração do estôfo nasal empregando o retalho frontal interciliar mediano introduzido à cavidade nasal através de um tunel obtido pelo descolamento do pedículo do retalho e do dorso cutâneo nasal, isto é, por via posterior. A extremidade do retalho é suturada às bordas das narinas, substituindo a totalidade do fôro do nariz externo. Vinte dias após, secciona-se o retalho, colocando-se o pedículo sôbre a região glabellar.

Todavia, o objetivo principal do trabalho consiste na obtenção de um retalho frontal composto, isto é, cutâneo-periosteal, pelo acréscimo de urna lâmina de perióstio frontal mantendo a sua aderência ao restante. O objetivo do mesmo é conferir maior

rigidez ao retalho para evitar a necessidade posterior de enxertia óssea ou cartilaginosa do dorso nasal a ser corrigido.

Aumenta-se assim a espessura do retalho, o que o torna indicado nos casos de pacientes com pele fina da testa e nos casos mais graves de nariz retraído.

SUMMARY

MEDIAN FOREHEAD CUTANEOUS-PERIOSTAL FLAP FOR RELINING THE NOSE

The A.A. repairs the leprosy retracted nose by the following procedure: a medial intercilial frontal flap was introduced into the nasal cavity across the tunneled skin from the raw area of the glabellar region, for reconstruction of the inner lining, after the removal of a contracted scar, and the free end of the flap was sutured in the inner edge of the pares. After twenty days the pedicle flap is, finally, amputated and adjusted in its original bed.

The fundamental design of this paper is to present a compound flap: the median forehead cutaneous-periosteal flap by bringing with the cutaneous flap a layer of the subjacent frontal periosteum.

It becomes more rigid and thicker and can restore the deformity of nasal dorsum without bone or cartilaginous grafts.

It can be employed in patient with thin skin forehead and or with nose highly retracted.

BIBLIOGRAFIA

1. ANTIA, N. II. — Scope of plastic surgery in leprosy. *Int. Soc. Plastic Surg.* pp. 547-555, 1960.
BROWN, J. B. & Mc DOWVELL, F. — Plastic surgery of the nose. St. Louis, V. Mosby, 1951.
2. CARDOSO, A. D. — Cirurgia plástica na leishmaniose cutâneo-mucosa; técnicas de reparação. *Rev. Hosp. N. S. Aparecidas* 6: 243-267, 1953.
3. KIRSCHNER, M., GULEKE, N. & ZENKER, R. — Tratado de técnica operatória — general y especial. 2.^a ed. Madrid, Labor, 1961, t. 4.
4. LOEB, R. — Backward insertion of a median forehead flap in nasal deformities. *Brit. J. Plast. Surg.*, 12: 349-352, 1960.
5. REGINATO, L. E. — O retalho frontal intercilial na restauração do estôfo nasal (Median forehead flap relining the nose). *Arq. Hosp. Sta. Casa S. Paulo*, 7: 103-108, 1961.
6. SILVEIRA, L. M. — Rinoplastias na lepra. *Mem. V Cong. Int. Lepra, Habana*, 1948. Habana, 1949, P. 321-331

**PARA O TRATAMENTO DOS SINTOMAS AGUDOS
DA LEPROMATOSA***

I F A G

(Imida Ftálica do Ácido Glutâmico)

compr. c/ 100 mg

VENDA EXCLUSIVAMENTE A HOSPITAIS

Contra-indicada em qualquer fase da gestação

LAFI S.A. Produtos Químicos e Farmacêuticos

Rua Lisboa, 890 — São Paulo

* D.V.A. Opromola, L.S. Lima e M.B. Marques — O Hospital,
Abril-66.