

# CORREÇÃO DA FACE ESCAFOIDE E RESTAURAÇÃO DA BASE NASAL NA LEPROPELOS RETALHOS NASOGENIANOS DERMOGORDUROSOS\*

DR. LUIZ EUGÊNIO REGINATO\*\*

DR. WALTER BELDA \*\*\*

O desaparecimento progressivo da espinha nasal e a atrofia do processo maxilar anterior determinam, na lepra, o nariz retraído e o afundamento do têço médio da face que, no seu conjunto, caracteriza o perfil côncavo.

Michnnan e Sagher<sup>5</sup> relatam o encontro destas alterações, clínica e radiológica-mente, em quarenta e quatro casos e lembram que Müller Christensen considerou-as características da leprose. Para aquêles autores, as perdas dessas estruturas ósseas acentuam-se em pacientes mais antigos. Em pacientes com tempo da doença relativamente curto, nenhuma alteração típica fôra encontrada. Citam casos em que a atrofia do processo maxilar anterior diminui gradualmente em direção dos incisivos laterais na falta de espinha nasal e na presença do nariz em sela.

Willians<sup>12</sup> admite três graus de colapso nasal. No terceiro grau estariam os casos de deformidades acentuadas com retração intensa, atrofia do maxilar anterior ao nível da base, com inclinação do lábio para cima formando um ângulo agudo entre o lóbulo nasal e o lábio.

No Congresso Brasileiro-Latino-Americano de Cirurgia Plástica, 1960, Silveira<sup>8</sup>, ao comentar a técnica relatada por um de nós<sup>6</sup> na restauração do dorso nasal com o emprêgo de retalho frontal médio, chamou a atenção para a insuficiente correção do ângulo columelo-labial.

Realmente, a plástica nasal em doente de lepra com nariz retraído não consegue, muita vez, corrigir completamente o perfil deformado.

Longrace e cols<sup>4</sup>, para a elevação do nariz e correção da retrusão do andar médio da face, introduzem, sôbre a pré-máxila, fragmentos de costela, através incisão externa junto à inserção da asa nasal.

Smith<sup>9</sup>, anteriormente, fazia a suplementação da base nasal óssea pela implantação de cartilagem costal através de incisão do sulco lábio-geniano superior.

Fomon<sup>3</sup>, para correção da face escafoide e alevantamento da base nasal, tem utilizado porções da crista do osso ilíaco colocadas sôbre a máxila retraída através incisão no sulco bucal superior e deslizadas sob a pirâmide nasal mobilizada.

Com a mesma finalidade, Wilde e Tur<sup>11</sup>, empregaram lâminas de polietileno.

Converse<sup>1</sup> indica enxêto ósseo sôbre o maxilar, com abordagem intra-oral, nos casos de retrusão maxilar sem maloclusão. Quando o processo alveolar é afetado sôzinho e o paciente não tem dentes, admite a restauração protética.

Com exceção das técnicas de Wilde e Tur, temos repetido as manobras descritas pelos autores relatados com resultados satisfatórios,

No entanto, de regra, o assoalho nasal se apresenta intensamente fibrosado, tor-

\* Trabalho apresentado no X Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica, I Congresso Hispano-Luso-Americano de Cirurgia Plástica — Buenos Aires, outubro de 1965.

\*\* Chefe do Setor de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia Plástica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Cirurgião Plástico do Serviço de Reabilitação do Departamento de Profilaxia da Lepra. S. Paulo.

\*\*\* Instrutor da Disciplina de Venereologia e Leprologia da Faculdade de Higiene e Saúde Publica U.S.P. (Prof. J. M. de Barros). Responsável pelo Serviço de Reabilitação do Departamento de Profilaxia da Lepra. S. Paulo (Prof. J. M. Alcântara Madeira).

nando difícil o descolamento e predispondo, nesta manobra, à perfuração. Para evitar tal inconveniente, o enxêrto, ou a inclusão a ser colocada, não poderá ser suficientemente grande.

Com a finalidade de contornar esta dificuldade procuramos experimentar outra técnica, que constitui motivo desta comunicação.

Temos observado que os hansenianos, em geral, apresentam excesso cutâneo-gorduroso na região geniana, acima do sulco lábio-naso-geniano, criando uma dobra.

Stark<sup>10</sup>, na correção das rugas, preconiza, em certos casos, a remoção cirúrgica de tal prega.

Temos também reconstruído o estôfo nasal com retalhos genianos com pedículo nasal, segundo a técnica de Farina<sup>2</sup>. Êste retalho tem tido outras aplicações como p. ex., refazer a columela de acôrdo com Silva<sup>7</sup>.

Diante de tais fatos, imaginamos o emprêgo dêstes retalhos, desepitelizados, para a correção do afundamento do terço médio da face ao nível da pré-máxila, nos casos de M.H. com alta provisória, em lugar dos enxertos ou inclusões.

Com êste processo elevamos a base nasal corrigindo o nariz e eliminando as dobras genianas, desgraciosas, de cada lado. A operação é simples, segura, com pouco sangramento e pode ser realizada conjuntamente com a reconstrução do fôrro nasal pelo retalho frontal. Evitam-se, assim, outras manobras cirúrgicas para remoção de enxertos osseos ou cartilaginosos e infecções através das perfurações do descolamento.

#### TÉCNICA CIRÚRGICA

Em regra, temos praticado esta operação com anestesia local associada a um pré-anestésico.

Inicialmente, desenham-se os traços do retalho geniano a ser reconstruído bilateralmente com 1-1,5 cm de largura, abrangendo a prega lábio-geniana. A borda inferior do retalho corresponde ao sulco naso-geniano. O pedículo encontra-se ao nível da inserção da asa ou na porção inferior da apófise ascendente do maxilar (Fig. 1).

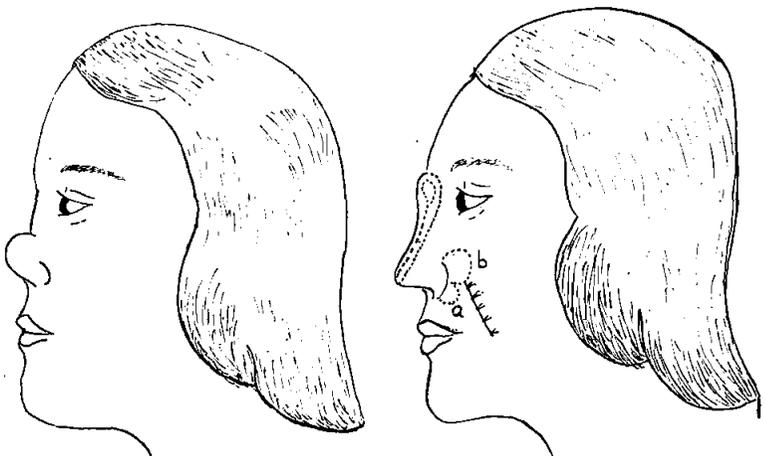


Fig. 1 — Marcação dos retalhos genianos e frontal.  
Delineation of nasolabial and frontal flaps.

Fig. 2 — Obtenção dos retalhos genianos dermo-gordurosos e do retalho frontal.  
Obtention of the nasolabial fatdermal and frontal flaps.

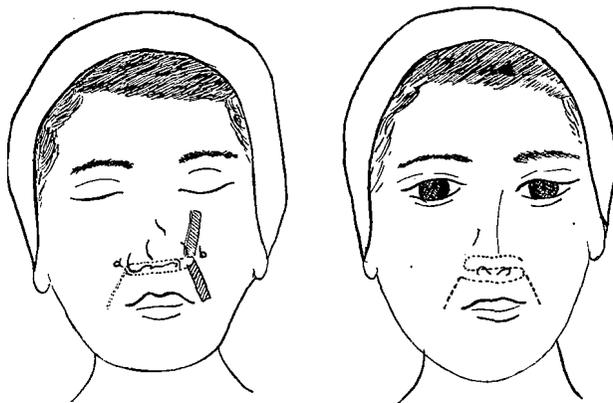


Fig. 3 — Transposição do retalho geniano da direita para a esquerda e vice-versa, sob o assoalho nasal anterior descolado. Cada extremidade é suturada nas vizinhanças do pedículo do retalho oposto.

Each fatdermal flap is passed through the undermining area of the nasal floor over the anterior maxilar until they appear under the opposite external nose, where the inferior edge is sutured.

Fig. 4 — Sutura. Reconstrução do estôfo nasal pelo retalho frontal introduzido na cavidade nasal após descolamento do dorso cutâneo e a remoção das cicatrizes retráteis sendo a sua extremidade inferior suturada ao rebordo cutâneo das narinas.

Suture. The nose is relined with the median forehead flap, introduced in the nasal cavity through the tunnel obtained by skin undermining of the bone dorsum, after the remotion of the all cicatricial tissue of cavity.

*1º tempo:* Desepitelização dos retalhos esboçados, com bisturi.

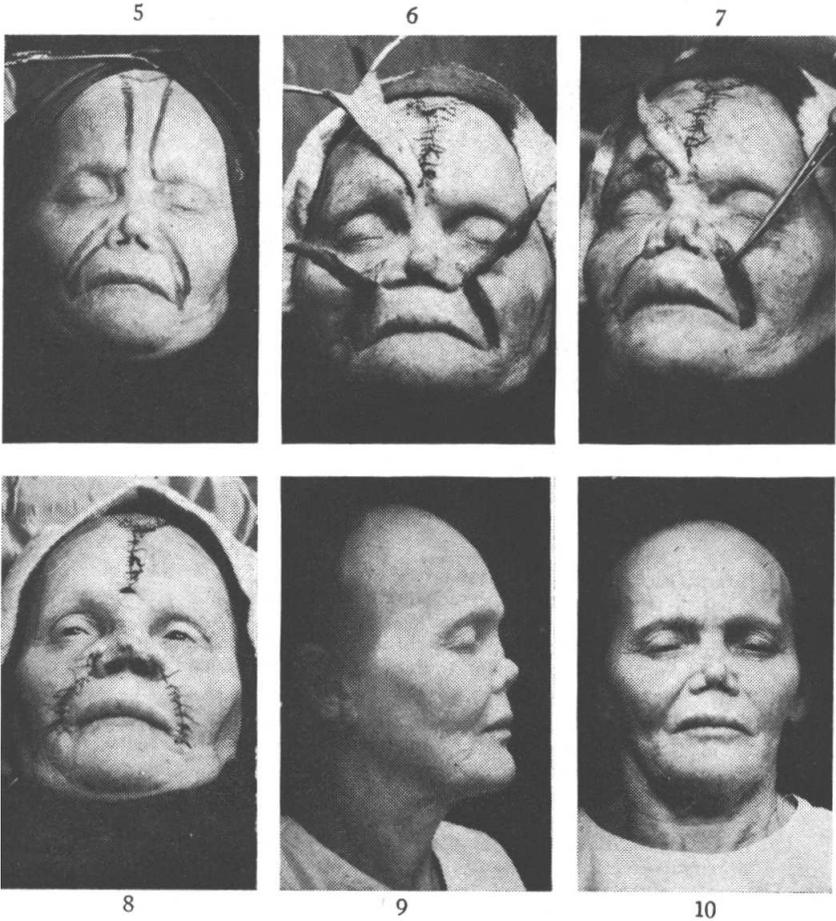
*2º tempo:* Incisão comprometendo o plano cutâneo e gorduroso, respeitando a camada muscular; suspensão do retalho de espessura uniforme, preservando o pedículo sob a asa nasal (Fig. 2).

*3º tempo:* Descolamento amplo do assoalho nasal anterior, até o limite do lábio superior por meio de tesoura introduzida sob o pedículo do retalho geniano.

*4º tempo:* O retalho geniano da direita é introduzido na cavidade obtida pelo descolamento saindo a sua extremidade sob o pedículo do retalho oposto. Êste por sua vez também é passado sob o assoalho nasal ao lado do outro retalho, sendo sua extremidade suturada nas vizinhanças do pedículo do retalho oposto (Fig. 3).

*5º tempo:* Sutura das bordas da ferida labio-nasogeniana (Fig. 4). Após a operação, o assoalho nasal ao nível da pré-máxila fica elevado, podendo obstruir as narinas colapsadas. Pode-se praticar conjuntamente a reconstrução do estôfo nasal, por meio de retalho frontal mediano cutâneo ou cutâneo periosteal (Figs. 1, 2, 3 e 4).

A secção do pedículo glabellar e a sua reposição é feita 3 semanas após. Podemos avaliar o resultado operatório pela análise das figs. 5, 6, 7 do pré-operatório, e as figs. 8, 9 e 10, do pós-operatório. Esquemáticamente podemos delinear a operação como nas figs. 11, 12, 13 e 14. Quanto ao curativo, na cabeça usamo-lo compressivo e pode-



Figs. 5, 6 e 7 — Casos de leprose com nariz retraído, atrofia do maxilar anterior, e ângulo columelo labial muito superior a 90°, esboçando um perfil côncavo. Case of leprosy with retracted nose, atrophy of the anterior maxillary, with wider nasolabial angle with a scaphoid facies.

Figs. 8, 9 e 10 — Resultados dois meses após, com correção de contôrnio nasal, diminuição notável do ângulo lábio-nasal e normalização do perfil.

Results after five months with correction of the nasal contour, nasolabial angle and profile.

mos deixar a sutura descoberta na região geniana. A cavidade nasal deixa-se ou não, tamponada. Os pontos podem ser removidos dentro de 1 semana.

Desta forma, com o enchimento pelos retalhos genianos dermo-gordurosos, eleva-se o limite superior do lábio, as asas e a columela corrigindo o ângulo lábio-columelar. O lóbulo nasal retraído é alevantado pelo emprêgo do retalho frontal.



Figs. 11 e 12 — Perfis mostrando a correção do contôrnio nasal pela reconstrução do estôfo nasal com o retalho frontal e da atrofia da pré-máxila pelos retalhos genianos dermo-gordurosos.

Profiles showing the retracted nose relined by means of the median forehead flap and the correction of the contour of the anterior maxillar changed by means of the nasolabial fatdermal flaps.

Fig. 13 — Retalho geniano dermo-gorduroso à E. e a passagem do outro, sob o assoalho anterior do nariz.

Passage one of the nasolabial fatdermal flap from the right to the left under the nasal floor.

Fig. 14 — Os dois retalhos foram passados sob a base nasal anterior. Sutura das bordas das feridas. Elevação da base do vestíbulo, das asas, do limite superior dos lábios e correção do ângulo naso-labial.

Both flaps are passed under the nasal foundation. Suture of wounds. Elevation of the vestibule, the alarose and correction of the nasolabial angle.

#### CASUÍSTICA

1.º CASO — V.G. — Nariz retraído com retrusão ao nível da pré-máxila e cicatrizes sôbre o dorso nasal. A 1.a operação foi realizada em 28/10/64, segundo a técnica exposta. Para a reconstrução do fôrro nasal empregou-se o retalho frontal mediano cutâneo-periostal; as fotografias de pós-operatório foram obtidas em 15/3/65. Os resultados satisfatórios obtidos mantem-se até a presente data.

2.º CASO — O.Z. — Retração nasal e afundamento do têrço médio da face ao nível da região maxilar anterior. Em 9/2/1965, executou-se a correção cirúrgica segundo a técnica descrita. O fôrro nasal foi reconstruído pelo retalho frontal mediano, na mesma ocasião. As fotografias do pós-operatório foram obtidas em 12/4/1965; os resultados são os apresentados neste trabalho e continuam inalterados.

3.º CASO — L.H. — Nariz retraído, com perfil côncavo ao nível do têrço médio da face por atrofia do maxilar anterior. Correção em 13/4/1965, pela técnica descrita, sendo o estôfo nasal reconstruído pelo retalho frontal mediano cutâneo-periostal. Os resultados bastante satisfatórios tem sido permanentes.

4.º CASO — B.G. — Nariz retraído e face côncava por atrofia do maxilar anterior e desaparecimento da espinha nasal. Correção pela técnica descrita em 22/6/65. Os resultados satisfatórios obtidos mantem-se.

Todos os pacientes operados eram de lepra lepromatosa com alta provisória.

## RESUMO

Em pacientes de M.H. apresentando ângulo naso-labial alterado e perfil côncavo, os autores fazem a correção plástica usando a seguinte técnica:

Após marcação dos retalhos genianos com os pedículos nas inserções das asas nasais, é feita a dessepetilização dessas áreas e as incisões sobre a região do maxilar anterior e, em seguida, transpassam-se os retalhos dermo-gorduroos através desse descolamento, em sentido contrário um ao outro, e suturam-se as extremidades sob as asas opostas.

Desta forma há correção satisfatória do ângulo columelo-labial e do contorno do maxilar anterior atrofiado.

Na mesma ocasião é feita a correção do nariz retraído pela restauração do fôro nasal com retalho frontal mediano do pedículo intercililar.

## SUMMARY

CORRECTION OF SCAPHOID FACIES AND RESTAURATION  
OF NASAL FOUNDATION IN LEPROSY THROUGH BILATERAL  
NASO-LABIAL FATDERMAL FLAPS.

In leprosy cases presenting abnormal septolabial angle and scaphoid facies as result of destruction of the nasal spine and atrophy of the alveolar process of the maxillary bone, the following technique is adopted: after ink delineation of the nasolabial flaps with a nasal upper pedicle, flaps are obtained through incisions and removal of the epidermal layer; the nasal floor is undermined over the anterior maxilla; the fatdermal flaps are passed through the undermined area until they appear under the opposite external nose. With such technique the nasolabial angle and the atrophied contour of the anterior maxilla are adequately corrected.

At the same time the retracted nose is relined by means of the median forehead flap.

## BIBLIOGRAFIA

1. CONVERSE, J. M. & LITTLER, J. W. — Reconstructive plastic surgery. Philadelphia, Saunders, 1964.
2. FARINA, R. — Total rhinoplasty for deformities following leprosy. *Plast. Reconstr. Surg.*, 20:78, 1965.
3. FOMON, S., BELL, J. W. SCHATTNER, A. & SYRACUSE, V. R. — Harelip nose revision. *A.M.A. Arch. Otolaryng.*, 64: 14-29, 1956.
4. LONGACRE, J. J., DESTEFANO, G. A. & HOLMSTRAND, K. — The early versus the late reconstruction of congenital hypoplasias of the facial skeleton and skull. *Plast. Reconstr. Surg.*, 27:489-504, 1961.
5. MICHMAN, J. & SAGHER, F. — Changes in the anterior nasal spine and the alveolar process of the maxillary bone in leprosy. *Int. J. Leprosy*, 25:217-222, 1957.
6. REGINATO, L. E. — O retalho frontal intercililar na restauração do estôfo nasal. [Median forehead flap relining the nose]. *Arq. Hosp. Sta. Casa S. Paulo*, 7:103-108, 1961.
7. SILVA, G. — A new method of reconstructing the columella with a naso-labial flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 34:63-65, 1964.
8. SILVEIRA, L. M. — Rinoplastias na lepra. *Mem. V Cons. Int. Lepra. Habana*. 1948. Habana, 1949, P. 321-331.
9. SMITH, F. — Plastic and reconstructive surgery: a manual of management. Philadelphia, Saunders, 1950.
10. STARK, R. B. — Plastic surgery. New York, Harper & Row, 1962.
11. WILDE, N. J. & TUR, J. — Use of polyethylene plate in plastic surgery. *Plast. Reconstr. Surg.*, 33:349, 1964.
12. WILLIAMS, H. W. G. — Plastic surgery in leprosy deformities. *Brit. J. Plast. Surg.*, 11:309, 1959.