

# ENXÊRTO LIVRE DOS SUPERCÍLIOS

(Contribuição ao seu estudo)

DIRCEU GODOY ARAUJO

e

ARMANDO BERTI

Médicos do Asilo-Colônia Cocais

Uma das alterações que chamam logo a atenção na multiplicidade das lesões ocasionadas pelo mal de Hansen, é sem dúvida a queda dos supercílios, que, por modificar grandemente a estética facial do paciente, mereceu da nossa parte uma atenção tôda especial, pois pode constituir muitas vezes um obstáculo à saída do doente candidato à alta.

Partindo desse principio, e animados com um trabalho do colega DR. LINEU SILVEIRA ao Congresso de Leprologia de 1939, em que apresentou um caso de enxerto livre do supercílio com bom resultado, foi que resolvemos tentar em nossos pacientes esta intervenção. Escolhemos quatro casos, formas negativas, que apresentavam madarosis, nos quais se impunha a intervenção pelas necessidades criadas pela alta, uma vez que eles apresentavam alterações fisionômicas.

A técnica usada por nós, foi muito semelhante à de P. MOURE, na Prática Cirúrgica Ilustrada, fasc. XV, intitulado: "Enxerto livre dos supercílios", em que o autor emprega um enxerto piloso do couro cabeludo em uma cicatriz viciosa da região fronto-palperbral com destruição dos supercílios.

E' ela a seguinte:

*Técnica:* Preparação da região frontal pelo alcool iodado, (Fig. 1, 1).

Preparação da região occipital da qual será retirada o enxerto, que será raspada e feita a assepsia.

Preparação do leito superciliar que irá receber o enxerto correspondente exatamente à região ocupada pelos supercílios, (Fig. 1, 3).

Desengorduramento e hemostasia da perda de substância que servirá de leito ao enxêrto, (Fig. 2, 1). Este leito tem a forma de um arco dirigido transversalmente e de concavidade dirigida para baixo.

Retirada do primeiro enxêrto da região occipital, (Figs. 2, 2, 3).

Desengorduramento e modelagem do enxerto (Fig. 3). É necessário tirar toda a gordura que reveste a face profunda do enxerto sem contudo ofender os bulbos pilosos cuja conservação é indispensável. Sob o ponto descritivo teríamos no enxerto três porções a saber: Uma extremidade interna ou cabeça; uma extremidade externa mais ou menos afilada, a cauda e finalmente, uma porção mediana, o corpo, compreendida entre a cabeça e a cauda.

Sutura cuidadosa do enxerto aos lábios da ferida com fio de seda, por intermédio de uma agulha bem fina. (Fig. 4).

Retirada do segundo enxerto ao nível da região occipital.

Transplantação do segundo enxerto e sutura cuidadosa em sua periferia, (Figs. 5, 1, 2).

Fechamento da ferida occipital com pontos de seda ou crina (Fig. 5, 3).

Curativo seco, ligeiramente compressivo.

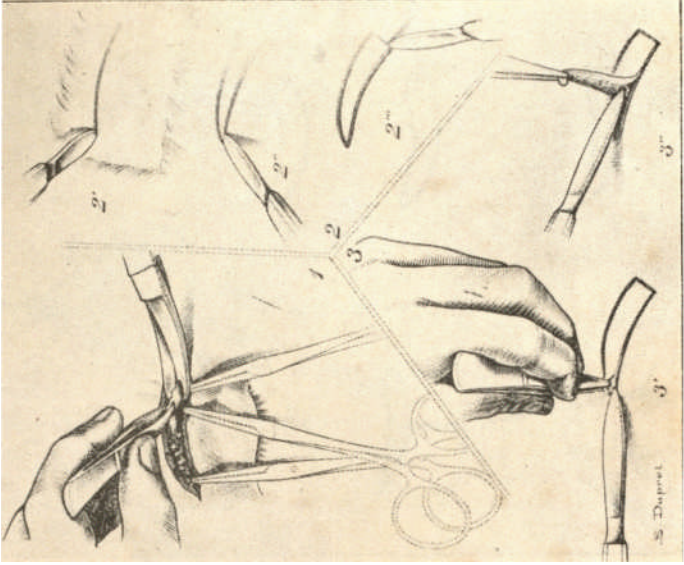
Tivemos ocasião de operar quatro casos por essa técnica. Em um dos operados obtivemos um resultado satisfatório como se depreende das figuras 6 e 7. Noutro caso, obtivemos somente em um supercílio a sobrevivência do enxerto; houve necrose total no outro enxerto, tornando-se mister nova operação. Nos dois últimos casos os resultados foram medíocres, pois obtivemos somente sobrevivência de uma pequena porção do enxerto.

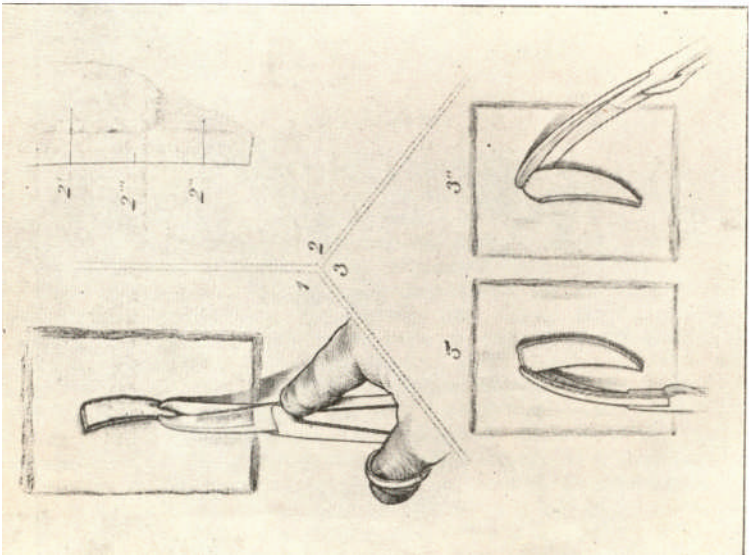
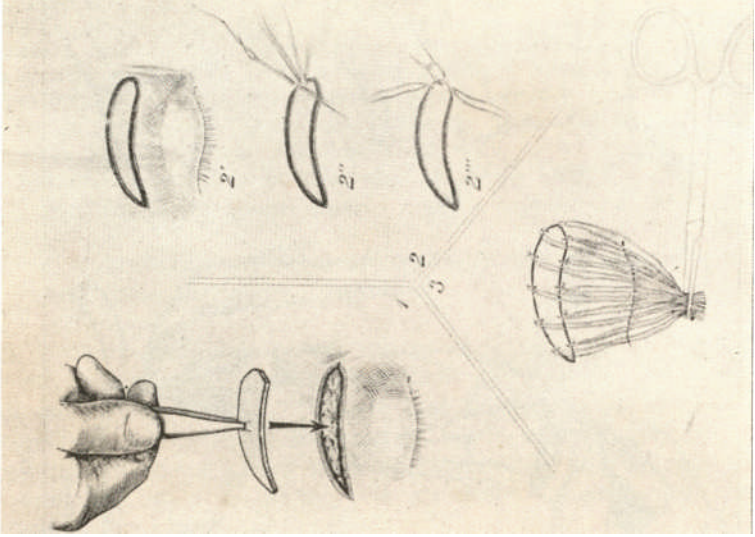
Concluimos daí, que apesar de ser uma operação aconselhável nos casos em que houver indicação, como em doentes candidatos à alta, nem sempre devemos esperar dessa intervenção resultados brilhantes, podendo haver necrose parcial ou total e tornar-se necessária novas tentativas, para um sucesso completo.

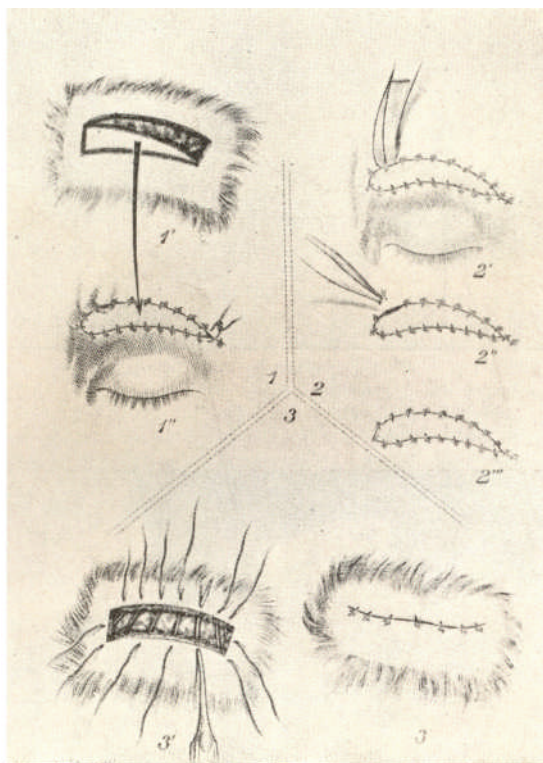
## DISCUSSÃO

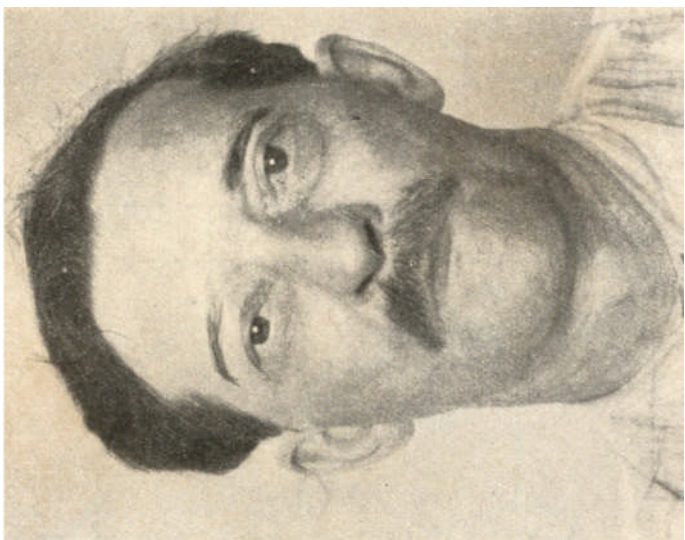
Dr. LINEU M. SILVEIRA: Felicito o Dr. DIRCEU GODOI DE ARAUJO, pela clareza de sua exposição e pelo bom resultado que obteve. Tenho alguma experiência sobre o assunto, que já foi motivo de uma publicação. No último Congresso de Cirurgia Plástica, realizado em Julho deste ano em São Paulo, o Dr. LELIO ZENO, da Argentina, tratou largamente desse problema, abordando-o sobre todos os aspectos. Ele exaltou a importância da perfeita contenção do transplante livre no seu leito. Ele emprega uma técnica própria, que consiste em fazer a contenção do enxerto por meio de compressas gessadas e obtem praticamente quasi 100% de bons resultados. Com o gesso consegue adaptar o enxerto a todas anfratuosidades da região que ele vai revestir, além de obter imobilização perfeita que garante melhores condições de cicatrização. Experimentamos esse recurso de técnica no transplante de supercílios, com bons resultados. Peço permissão para projetar algumas fotografias de casos que operei.

A contenção com gesso, do enxerto livre, resolveu praticamente esse importante problema. O enxerto pega totalmente, mas podem surgir falhas de pelos, resultantes da secção dos folículos, durante a estirpação do tecido celular subcutâneo, isso pode ser evitado, se não houver preocupação de estirpar totalmente todo tecido celular, o que não nos parece necessário devido ao pequeno tamanho da pele transplantada.









Comentando as projeções, diz: Aqui estão dois doentes, com supercílios enxertados e que pegaram totalmente, e para finalizar, um terceiro, que apresenta a característica interessante de ser grisalho o supercílio transplantado. São todos casos interessantes, que mostram o grande alcance da, contenção perfeita que evita o descolamento do enxerto por hematoma ou por serosidade e garante melhores condições de cicatrização.

(Foram projetados seis diapositivos durante a exposição).

Prof. W. BÜNGELER: Eu pergunto se há uma certa adaptação do crescimento ativo dos pelos do supercílio ou se estes cabelos crescem em seu ritmo natural?

Dr. DIRCEU G. ARAUJO: Ao Dr. LINEU, tenho a dizer que desconhecia estes processos de contenção pelo gesso, de modo que, nos casos futuros, iremos adotar estes processos de contenção, e traremos à casa os resultados das novas intervenções, que esperamos, resultem bem, como nos casos do Dr. LINEU.

Ao Prof. BÜNGELER, temos a dizer que, relativamente à maneira do crescimento dos pêlos, essa se procede como se estivesse no couro cabeludo, de modo a carecer *de* uma reparação periódica, devido ao crescimento.

Dr. ARANHA CAMPOS: Tratando-se do assunto — enxertos, queria trazer uma observação feita, quando trabalhávamos com Dr. REBELLO NETTO, na Santa Casa. Verificamos que pele tirada de regiões completamente desprovidas de penugem, como face posterior do tórax de moça, obtivemos o crescimento de pelo como o da região pubiana; pelos longos. Em casos de restauração de bochecha, em que fizemos as duas paredes, interna e externa, com pelo da região do pescoço, toda a penugem sofreu alteração, de maneira a observar-se uma verdadeira barba, tanto na região interna como externa. Em operações plásticas do processo de preservação da calvície, sempre obtivemos sucesso, pois empregávamos pele da face anterior do tórax, região em regra pilosa, obtendo uma proliferação intensa dos pelos, a ponto de prejudicar, mesmo, certos resultados estéticos, dado o desnecessário aumento desses pêlos.