

NEORRINOPLASTIAS

Entende-se por neorrinoplastia a reconstrução de pirâmide nasal. Pode ser parcial e total.

A neorrinoplastia parcial compreende a reparação de um ou mais elementos do nariz; a total interessa a totalidade do órgão.

As finalidades precípua de uma neorrinoplastia são a estética e a função.

As reconstruções parciais da região nasal podem ser superficiais, quando atingem o revestimento cutâneo e profundos quando atingem os outros planos, isto é, dorso, lóbulo, asa, columela e parede lateral.

A oportunidade da reparação plástica nos casos de câncer está condicionada ao tipo de lesão, a maneira como foi tratada e o estado geral do doente.

A nossa conduta consiste na exereses de toda a lesão a bisturi elétrico com boa margem de segurança, em tecido sã e ressecção a bisturi comum da borda excisada. Nos casos de comprometimento do osso ou naqueles em que irregularidades ósseas possam prejudicar a boa cicatrização, praticamos a ressecção óssea.

Por outro lado, toda vez que a chanfradura periforme fôr contígua à lesão, ressecamos a base da mesma, deixando ampla comunicação do seio maxilar com a fossa nasal, evitando assim as complicações sinusais e permitindo a observação posterior das possíveis recidivas.

Nestas intervenções nunca deixamos áreas cruentas. Fechamos sempre a ferida operatória por descolamento e aproximação dos bordos, retalhos de vizinhança ou enxertos de pele.

Feito isto, o contrôle é feito durante o decorrer de um ano. No fim deste prazo, na ausência de alterações locais, procedemos a nossa reparação.

É dever do cirurgião influir no psiquismo do paciente no sentido de que este se convença da importância desta espera.

A plastia imediata é, em grande número de casos perigosa, pois as possíveis recidivas subjacentes evoluem incidiosamente sem o contrôle visual do cirurgião, obrigando, quando identificada, a nova intervenção em piores condições, desperdiçando-se neste caso, na maioria das vezes, o melhor material utilizado

na reconstrução que são os tecidos de vizinhança. Entretanto, não devemos esquecer os casos em que a exiguidade da lesão, em relação a exêrese ampla, nos permite a reparação imediata.

NEORRINOPLASTIAS PARCIAIS

1 — REPARAÇÃO DO REVESTIMENTO CUTÂNEO

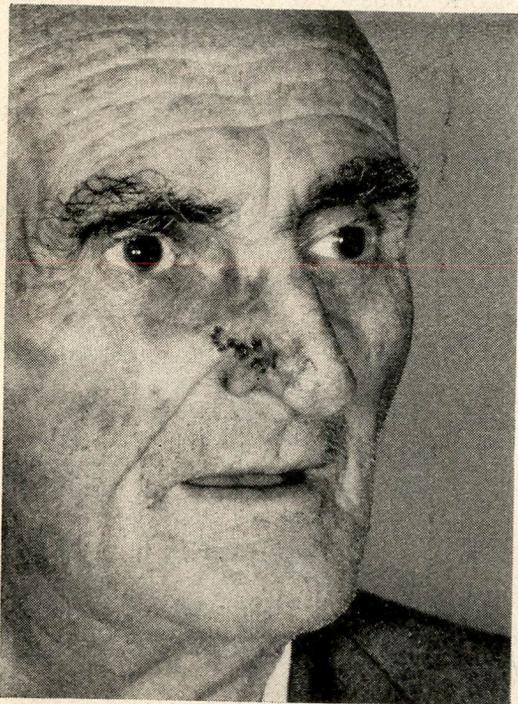


Fig. 1 — Epitelioma baso-celular da face externa direita da região nasal e ceratose senil do restante do revestimento nasal.

Lesões superficiais da pele do nariz, habitualmente epitelomas baso-celulares.

Técnica: — Utilizamos de preferência o enxêrto de pele total ressecado da região supraclavicular, que tem a van-

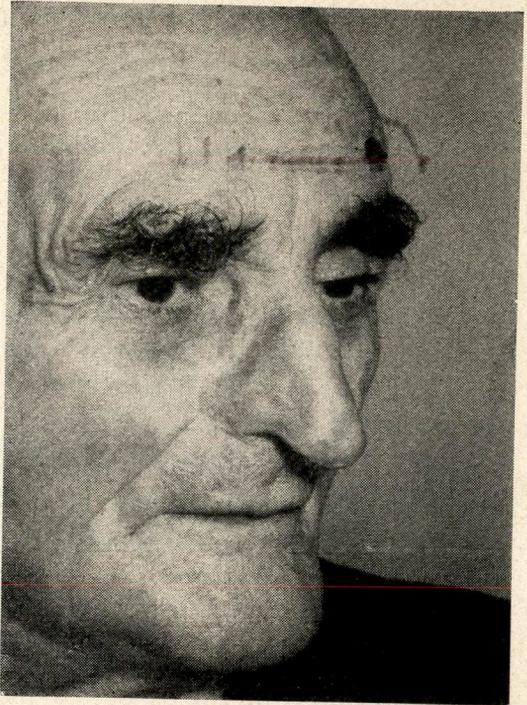


Fig. 2 — Resultante após a ressecção da lesão, e de quase totalidade da pele do nariz, seguido de enxêrto segmentar de pele total da região supraclavicular.

tagem da semelhança de coloração e textura, além de evitar as retrações cicatríciais. Para disfarçar mais ainda a enxertia devemos utilizar enxêrtos segmentares fazendo as suturas caírem sôbre os limites da região (Figs. 1 e 2). Nos casos de pequenos baso-celulares podemos utilizar a pele da região retroauricular, que melhor se confunde com a pele circunvizinha.

2 — REPARAÇÃO DA ASA NASAL.

Lesões que invadem a pele e cartilagem, levando o cirurgião a praticar a ressecção da asa nasal.

Técnica : — Utilizamos em geral neste tipo de reparação o enxêrto composto de pele e cartilagem (enxêrto condro-cutâneo) retirado da raiz da helix do pavilhão auricular. A perda de substân-



Fig. 3 — Perda de substância da asa nasal resultante de exereses de um epiteloma baso-celular pela electrocirurgia.

cia resultante da retirada dêste enxêrto é reparada por um retalho composto de pedículo superior (pele e um pequeno

fragmento de cartilagem da concha) do sulco retroauricular. Êste retalho é imediatamente dobrado sôbre a área doa-

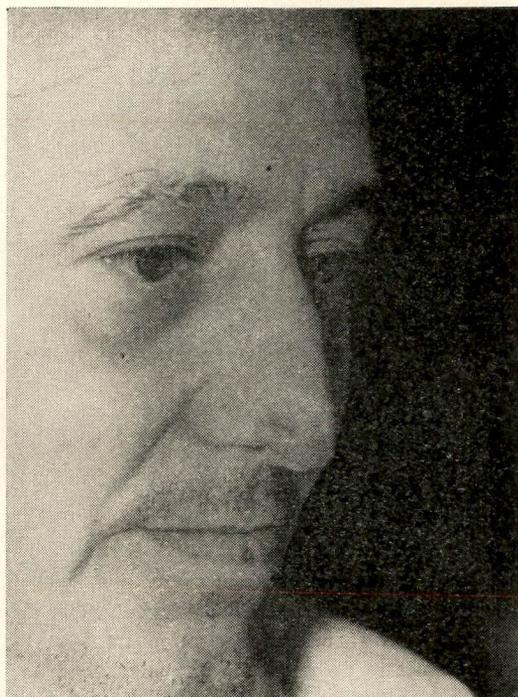


Fig. 4 — Resultado da reparação efetuada com um enxêrto condro-cutâneo da raiz da helix auricular.

dora refazendo perfeitamente a configuração da raiz da helix. Utilizamos a raiz da helix por compreendermos ser esta a porção auricular mais semelhante à asa nasal (Figs. 3 e 4).

3 — REPARAÇÃO DA COLUMELA.

Técnica : — Utilizamos o retalho tomado do sulco nasogeniano (Figs. 5, 6, 7 e 8).

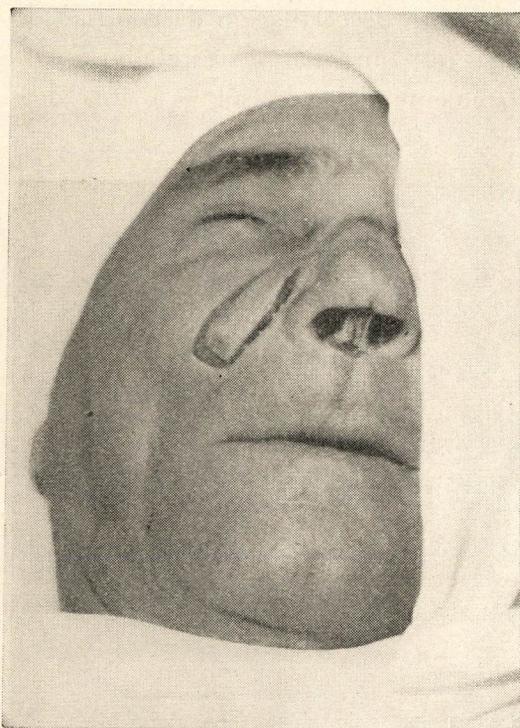


Fig. 5 — Reconstrução da columela. Configuração do retalho do sulco naso-ge-niano de pedículo superior.



Fig. 6 — Passagem do retalho pela fossa nasal, através incisão transfixante da parede lateral do nariz, entre o bordo superior da cartilagem triangular e o bordo livre da chanfradura periforme.

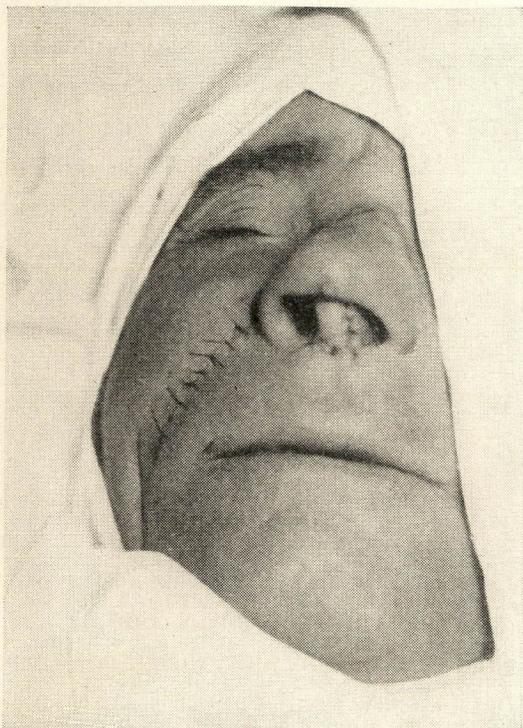


Fig. 7 — Fechamento da zona doadora e sutura da extremidade livre do retalho ao nível da espinha nasal antero-inferior e ao bordo livre do septo nasal previamente avivado.

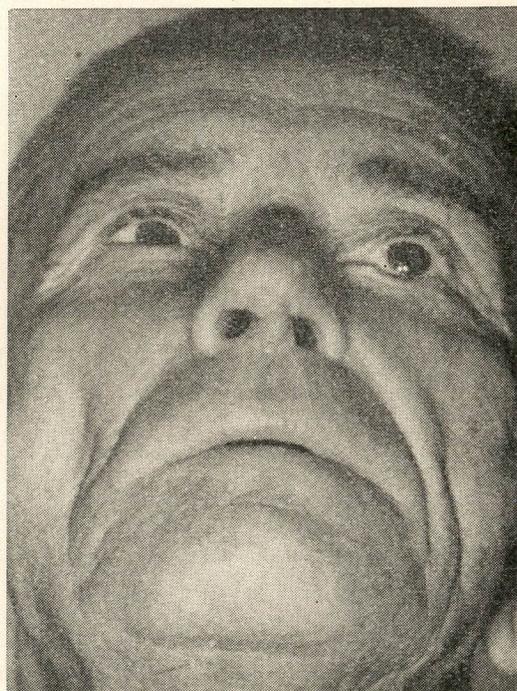


Fig. 8 — Resultado após secção do pedículo superior do retalho e sutura do mesmo ao lóbulo nasal.

4 — REPARAÇÃO DA PAREDE LATERAL, DORSO E LÓBULO NASAL.

Técnica: Utilizamos na quase totalidade dos casos o retalho médio frontal, que é um retalho de pele, tecido celular subcutâneo e músculo (quando necessário) da parte média da região frontal.

Este é o clássico método indiano de rinoplastia, que data de cerca de 1500 a. C., na reparação de narizes amputados, como castigo infligido a mulheres infiéis e a malfeitores.

Tal técnica, hoje aperfeiçoada, tornou-se de grande utilidade na reparação de várias e diferentes perdas de substância, sejam elas de origem traumática ou sequelas de extirpação de tumores. O método tem as seguintes vantagens:

- a) A pele da região frontal, quando levada sobre o nariz, para cobrir defeitos harmoniza-se muito bem com o restante da pele da face;
- b) A pele da região frontal está tão próxima do nariz que o ato cirúrgico torna-se mais simples, em comparação com os outros métodos, que na grande maioria das vezes necessitam de imobilizações segmentares tão pouco confortáveis para os pacientes. No método italiano e no tubular, por exemplo, além da textura e da coloração da pele, bem diferente da do rosto, há o inconveniente do maior número de tempos operatórios;

- c) A abundante circulação deste retalho não requer autonomização, a não ser nos casos em que necessitamos forrar a perda de substância. A cicatriz remanescente da retirada do enxerto, sendo vertical e mediana, chama menos atenção do que a técnica dos retalhos oblíquos da região frontal.

TÉCNICA

1.º Tempo — A partir da linha do cabelo da região frontal, traçam-se duas incisões, separadas uma da outra cerca de 3 a 6 cm (de acordo com as necessidades e o caso), que, dirigindo-se para baixo, convergem para a raiz do nariz onde terminam. A do lado para onde vamos rodar o retalho é sempre menor cerca de 2 a 3 cm do que a outra. A seguir, reunimos as extremidades superiores destas duas incisões por uma terceira incisão que corre junto à linha do cabelo da região frontal (Fig. 9). Imediatamente depois dissecamos o retalho, assim delimitado, do plano perósteo subjacente. Terminada a preparação do retalho e avivados os bordos da perda de substância, faremos uma rotação do mesmo, de 180°, para o lado da incisão mais curta e suturamos os bordos do retalho com os bordos avivados da perda de substância. Na região correspondente à raiz do nariz é possível, em alguns casos, tubular a porção proximal do retalho, o que permite uma autonomização perfeita, antes da secção do pedículo, feita no tempo subsequente

(Fig. 10). O cuidadoso planejamento é essencial para a boa utilização deste retalho. Assim, quando se trata do revestimento do dorso nasal ou lóbulo, conjunta ou separadamente, devemos preparar um retalho que possa cobrir todo o dorso nasal e o lóbulo terminando no meio da columela, pois evitaremos desta forma uma cicatriz transversal ao eixo longitudinal do dorso nasal ou também uma ligeira diferença de tonalidade ou textura, sempre desgraciosa. Lateralmente, devemos, de preferência suturar o retalho numa linha que vai do ângulo interno do olho à linha anterior

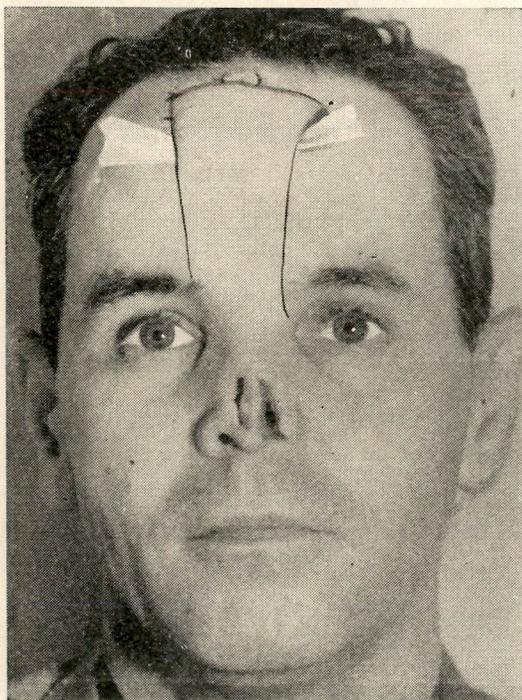


Fig. 9 — Sequela cicatricial de lesão epiteliomatosa do lóbulo nasal, tratada pela electrocoagulação. Nota-se a autonomização do retalho médio frontal, a parte cruenta do retalho e a área doadora foi revestida por um enxerto de pele de meia espessura.

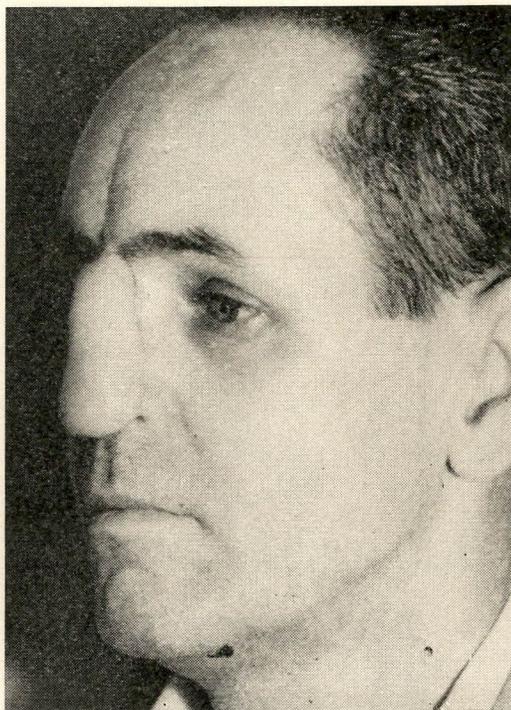


Fig. 10 — Rotação do retalho revestido de pele e sutura do mesmo à perda de substância.

que delimita a asa nasal, quando a mesma foi conservada (Fig.11). Seguindo êstes detalhes conseguiremos uma reparação apreciável sob o ponto de vista estético.

2.º Tempo — Logo após a autonomização do retalho, quando o pedículo do mesmo fôr tubulizado ou um mês depois do primeiro tempo, quando o mesmo não foi tubulizado, seccionamos o pedículo, acotovelado na região do nariz e retiramos o excesso de tecido, procurando dar a forma normal da região. A seguir fazemos a sutura.

NOTA: — Se tencionamos fazer somente o revestimento externo do nariz, não é necessária a autonomização do retalho, porém se necessitamos de reves-

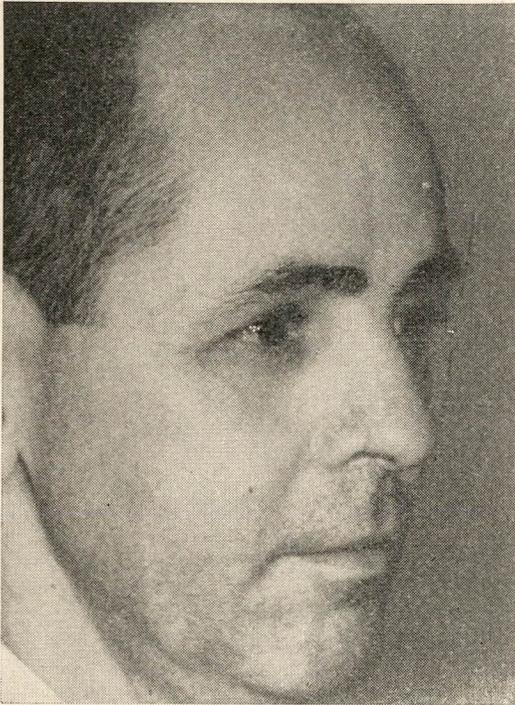


Fig. 11 — Resultado após a secção do pé-dículo e modelagem do retalho.

timento interno nasal, num primeiro tempo, faremos a autonomização, isto é, circuncidamos o retalho dissecando-o do plano periósteo subjacente e forramos o mesmo e a zona cruenta doadora com enxerto de pele. A seguir suturamos o retalho in situ. Mais tarde, em outro tempo, cêrca de 21 dias depois, levantamos o retalho, levando-o para a região que queremos reparar.

FECHAMENTO DA ÁREA DOADORA :

Em grande número de casos é possível fechar a área doadora na linha mediana, fazendo-se em grande deslocamento de tôda a área frontal e do couro cabeludo circunvizinho. Às vêzes o

fechamento é facilitado por incisões verticais e paralelas, na face profunda dos retalhos o que não é muito aconselhável devido à freqüente necrose dos bordos. Suturando os bordos da ferida, notamos, na parte superior da mesma, um excesso de couro cabeludo, corrigido por uma simples incisão vertical e mediana no prolongamento da sutura, dando assim lugar à formação de dois retalhos laterais triangulares que são excisados; então se termina a sutura. Quando não é possível fechar a zona doadora na linha mediana, deixamos o enxerto de pele já existente. Mais tarde, em tempos a ressecções sucessivas, fechamos completamente a área doadora.

Também em muitos casos podemos utilizar uma incisão perpendicular a cada extremidade superior das incisões verticais primitivas que delimitam a área doadora. Estas perpendiculares, dirigindo-se para a região temporal, descrevem uma curva de concavidade voltada para baixo e para a frente, terminando logo acima do pavilhão auricular. Dissecando os retalhos, assim formados, torna-se mais fácil ainda o fechamento da área doadora.

NEORRINOPLASTIA TOTAL

Na reconstrução total da pirâmide nasal, o retalho médio frontal é insuficiente. Podemos utilizá-lo associado a dois retalhos naso-genianos em alguns casos, principalmente em sequelas cicatriciais de leishmaniose.

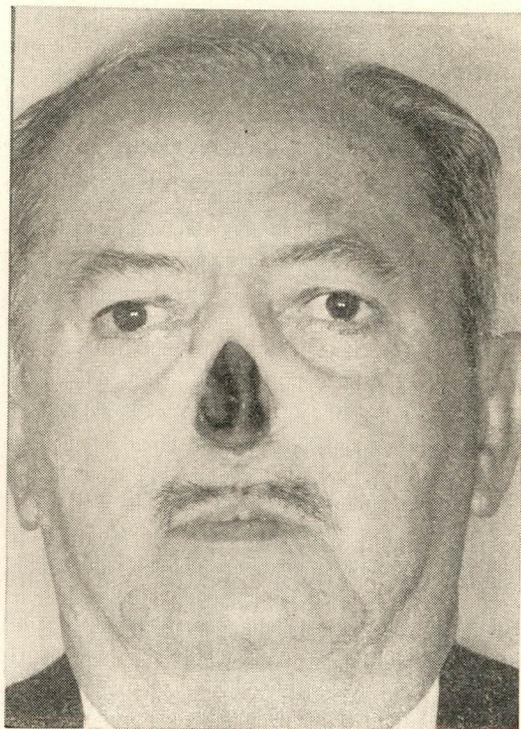
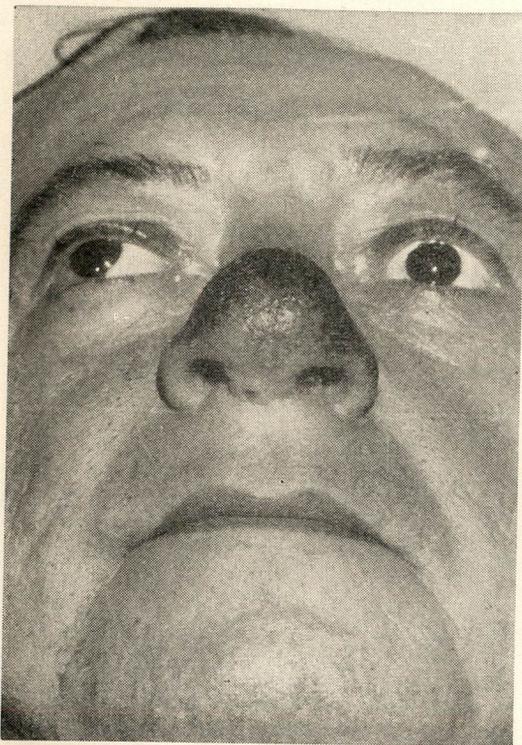


Fig. 12 — Epitelioma ulcerado da columela e septo, infiltrando o dorso lóbulo soalho nasal. Aspecto depois de irradiado.

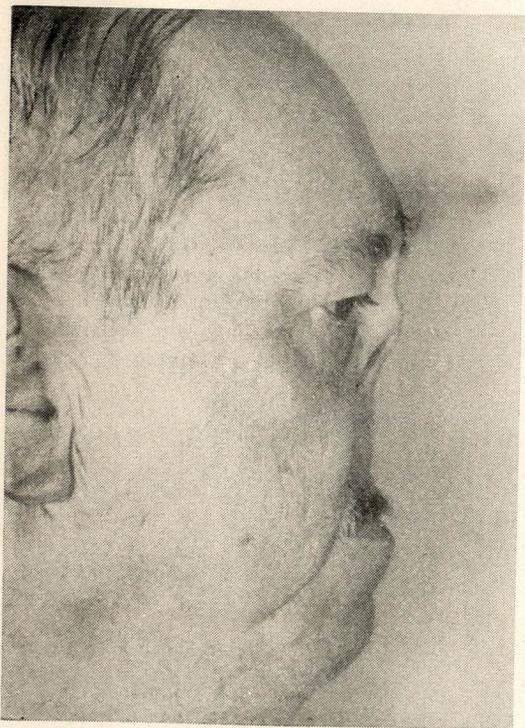


Fig. 13 — Exerése ao bisturi elétrico de toda pirâmide nasal, parte do soalho junto à região da espinha nasal inferior e lábio superior.

Fig. 14 — Aspecto de perfil, mostrando o recuo do lábio superior devido à ressecção descrita na fig. anterior

Atualmente, preferimos fazer a reconstrução total do nariz com um retalho da parte lateral da região frontal com pedículo no couro cabeludo e região frontal do lado oposto. Este retalho, descrito por CONVERSE, confere à reconstrução abundante material que facilita a modelagem da columela, asas e lóbulo, bem como garante o seu revestimento interno.

TÉCNICA

1.º Tempo — Dissecção de um retalho retangular, composto de pele e tecido celular subcutâneo da parte lateral da região frontal, até a linha do cabelo. Daí preparamos um grande pedículo que vai permitir a mobilização do retalho. Este pedículo se estende pelo couro cabeludo descrevendo uma curva

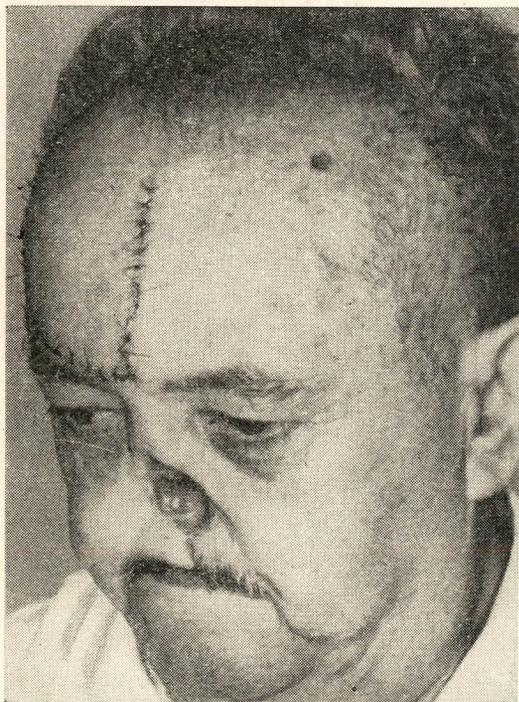


Fig. 15 — Traçado do retalho.

de concavidade voltada para diante e abrangendo parte da região temporal e frontal do lado oposto (Fig. 15).

2.º Tempo — Uma vez descolado do plano periósteeo o pedículo é deslizado para baixo, levando o retalho, devidamente modelado, para ser suturado à

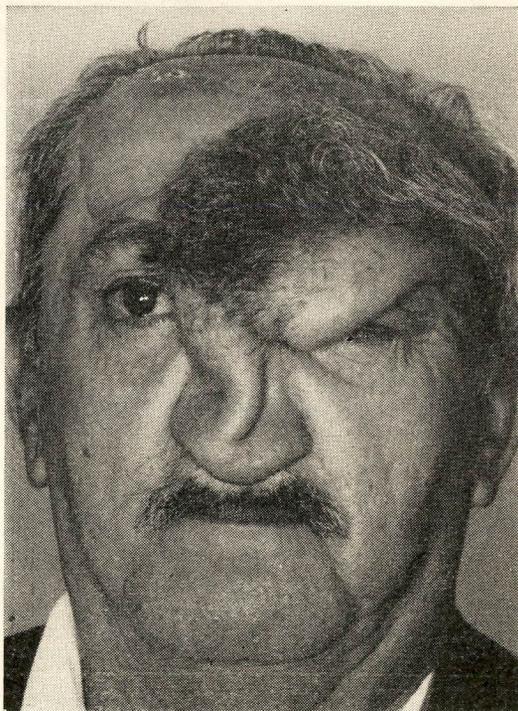


Fig. 16 — Migração de retalho para a região a ser reparada. A superfície cruenta da zona doadora, constituída pelo periósteeo é revestida com um enxêrto de pele de meia espessura.

perda de substância da região nasal, cujos bordos são prèviamente avivados (Fig. 16).

3.º Tempo — Uma vez “tomado” o retalho à perda de substância, seccionamos a sua base, voltando o pedículo à zona doadora, após prèvia ressecção da pele enxertada (Fig. 17).



Fig. 17 — Resultado após a secção da base do retalho enxertado, e volta de seu pedículo à área doadora após prévia ressecção da pele enxertada.

CIRURGIA PLÁSTICA NA EXENTERAÇÃO DA ÓRBITA

A exenteração da órbita constitui operação facial grandemente mutilante utilizada habitualmente como um dos recursos extremos no tratamento dos tumores malignos do conteúdo orbitário ou das lesões blastomatosas das estruturas vizinhas, propagadas à órbita. Resulta sempre uma deformidade grave sob o ponto de vista anatômico e psicológico.

É indiscutível que os tumores malignos do conteúdo orbitário requerem, nos casos indicados, uma ressecção ampla, sobrepondo-se à gravidade da moléstia as perturbações estéticas, funcionais, psíquicas, e, conseqüentemente sociais resultantes desta mutilação. Portanto, uma vez feita a exenteração, cumpre-nos executar a cirurgia reconstrutora.

Passado o prazo de vigilância, que varia com a gravidade do caso e com o cirurgião, pensa-se na cirurgia plástica reconstrutora.

Utilizamos quase sistematicamente a técnica do retalho frontal forrado com pedículo tubulizado temporal que consiste em :

1.º Tempo — Autonomização do retalho. Traçamos uma incisão que circunscreve toda a região frontal rés ao bordo superior dos supercílios e à implantação dos cabelos da região frontal, porém, nesta última deixamos um pedículo de 6 cm na porção terminal do retalho. Estas duas linhas se reúnem numa linha vertical na porção distal do retalho, e se continuam na região temporal do lado da exenteração : a superior terminando atrás do pavilhão auricular e a inferior (superciliar) contornando o rebordo orbitário externo e terminando na parte média da arcada zigomática. Circunscrevemos assim os ramos da temporal superficial do lado da exenteração (Fig. 18).

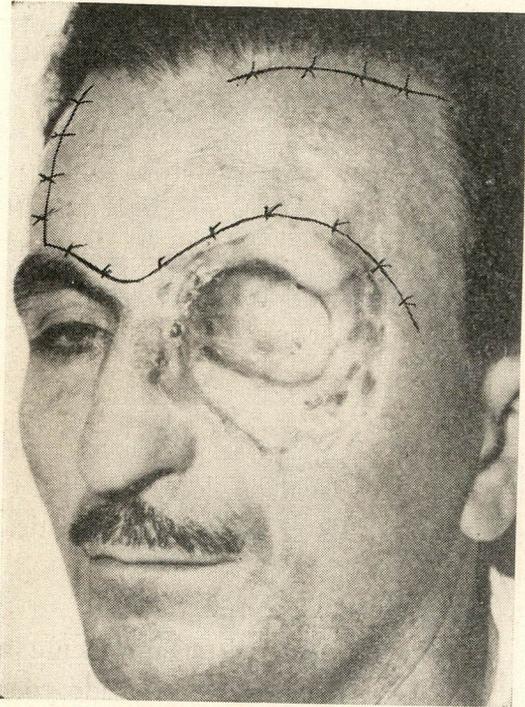


Fig. 18 — Depois da exenteração, e 1.º tempo. Autonomização do retalho.

Seccionamos na região frontal até o perióstio e na região temporal até a aponevrose temporal, a seguir dissecamos os bordos de retalho numa distância de 2 cms. Nos casos em que a região superciliar foi destruída pela extensão de operação, deixamos uma faixa de couro cabeludo junto ao retalho a fim de refazer o supercílio perdido (Fig. 18).

NOTA : — Nas primeiras operações não executamos esta automatização e fomos bem sucedidos, mas achamos isto aconselhável devido à extensão do retalho. “Em cirurgia plástica devemos

muitas vezes deixar para amanhã o que se poderia fazer hoje” já dizia o saudoso GILLIES.

2.º Tempo — Três semanas depois, levantamos o nosso retalho completamente, ficando apenas prêso pelo seu pedículo frontal e temporal.

Neste tempo respeitamos o perióstio da região frontal e a aponevrose temporal, tubulizando a parte temporal do retalho. A seguir, epidermizamos a face profunda do retalho e tôda a área doadora; finalmente, fixamos com alguns pontos o retalho forrado na sua posição primitiva (Figs. 19, 20 e 21).

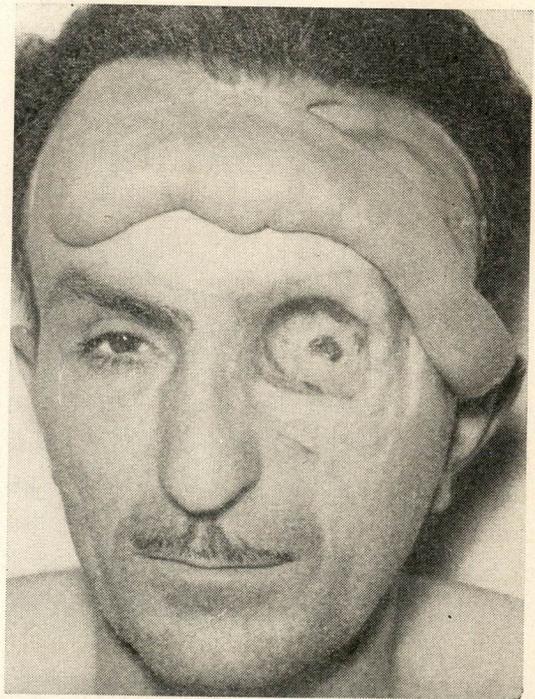


Fig. 19 — 2.º tempo. Retalho fronto-temporal preparado.



Fig. 20 — Vista lateral do retalho, mostrando sua porção temporal tubulizada.



Fig. 21 — Revestimento do retalho e da área doadora.

3.º Tempo — Três semanas depois seccionamos o pequeno pedículo frontal e levantamos completamente o retalho de seu leito que ficará prêso somente pelo pedículo temporal.

Dissecamos e retiramos a pele enxertada na extremidade terminal do retalho, numa área correspondente e necessária a revestir toda a cavidade e região perior-

bitária, quando indicado. A seguir, incisamos circunferencialmente o orifício orbitário e vizinhança, quando necessário, limpando completamente o leito da região e suturamos o nosso retalho na posição, revestindo e protegendo assim toda a cavidade orbitária (Fig. 22).

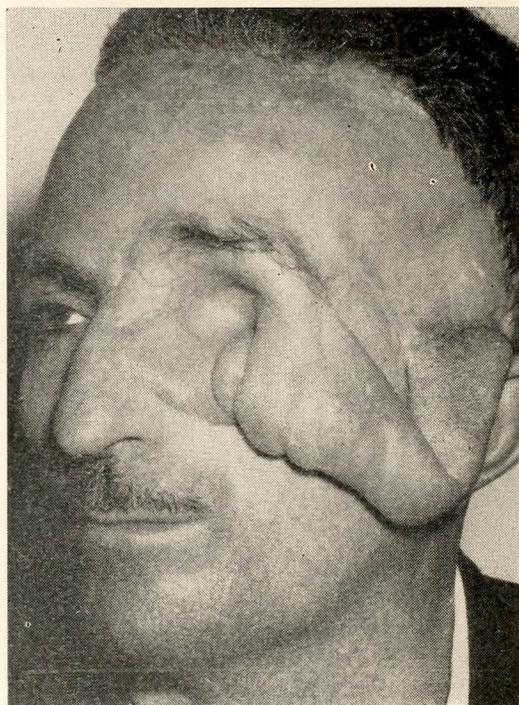


Fig. 22 — 3.º tempo. Revestimento da cavidade orbitária.

Passados quinze dias dêste terceiro tempo, começamos a automatização da parte de retalho introduzida na órbita, por meio de uma pinça de clamp junto ao rebordo orbitário externo. Terminada a automatização passamos ao tempo seguinte.

4.º Tempo — Seccionamos o pedículo do retalho junto ao rebordo orbi-

tário externo e suturamos sua extremidade livre em volta do orifício orbitário previamente circundado. É interessante neste tempo suturar êsse retalho de forma a salientar a arcada superciliar e aprofundar a região correspondente ao ângulo palpebral interno de modo a ficar no mesmo nível do lado sã (Fig. 23).

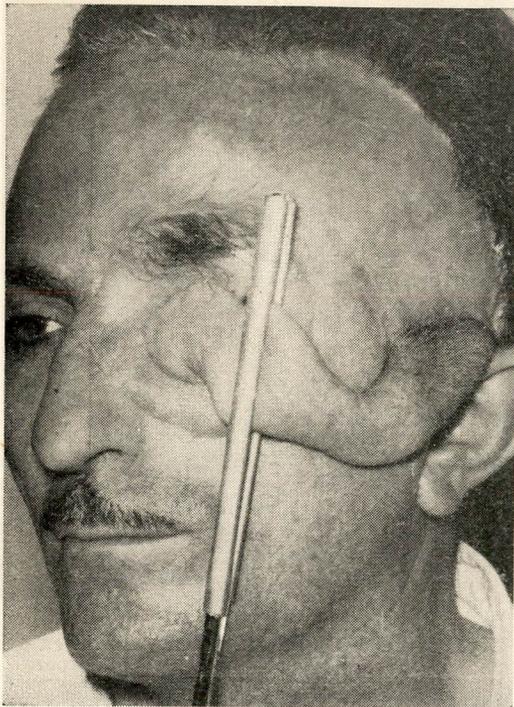


Fig. 23 — 4.º tempo. Preparação da pálpebra e 4.º tempo. Autonomização da parte transplantada do retalho.

Esta sutura tem dois planos : um interno com catgut cromado 3/0 e o externo com nylon 4/0. Quinze dias depois começamos nova automatização do retalho, como da primeira vez, junto ao rebordo orbitário externo. Terminada esta, passamos ao último tempo.

5.º Tempo — Seccionamos o pedículo do retalho junto ao rebordo orbitário externo; o pedículo tubulizado é então aberto na sua linha de sutura e retorna à zona doadora, tendo-se retirado previamente a pele enxertada que forrava a mesma. Êste procedimento visa refazer a linha do cabelo. A seguir, incisamos horizontalmente a parte do retalho enxertado na órbita formando a fenda palpebral, cujos bordos são suturados. Neste tempo podemos aproveitar para enxertar duas pequenas linhas de couro cabeludo de modo a conseguir cílios. Finalmente suturamos o

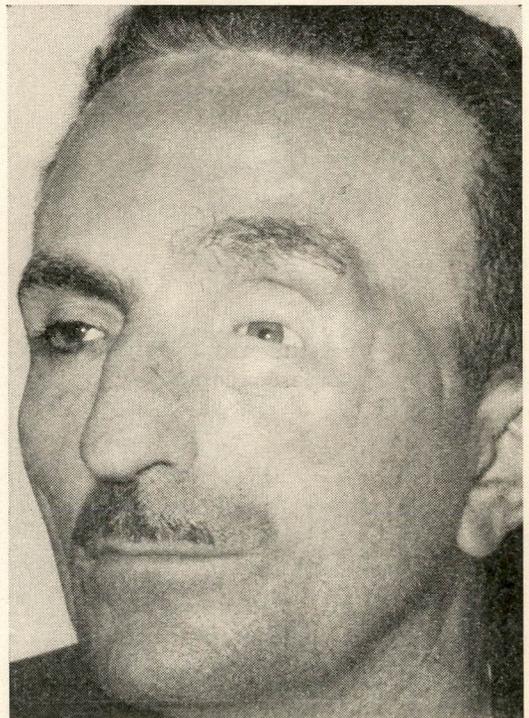


Fig. 24 — 5.º tempo. Abertura da fenda palpebral colocação da prótese ocular e reconstituição da linha do cabelo.

retalho ao longo do rebordo orbitário externo excisando naturalmente o excesso de fôrro (Fig. 24).

Completando nosso trabalho, enchemos a cavidade orbitária existente com esponja de borracha e a seguir colocamos a prótese simulando um olho.

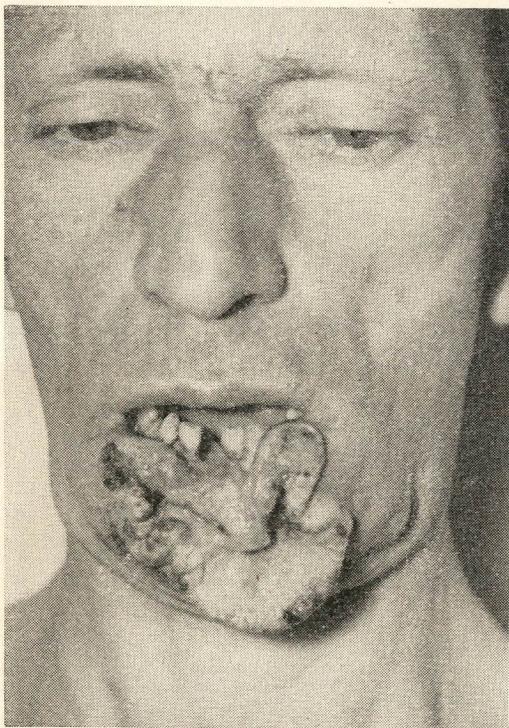


Fig. 25 — Epitelioma ulcerado e vegetante da totalidade do lábio inferior.

RECONSTRUÇÃO DOS LÁBIOS

Nas grandes lesões, logo em seguida a ressecção subtotal do lábio inferior ou total dissecamos dois retalhos compos-

tos de pele, tecido celular subcutâneo, músculo e mucosa dos sulcos nasogenianos de pedículo inferior (Fig. 26). Êstes retalhos são levados à perda de substância, cruzando-se na linha mediana, o que confere maior altura ao lábio. Algumas vêzes é necessário recons-

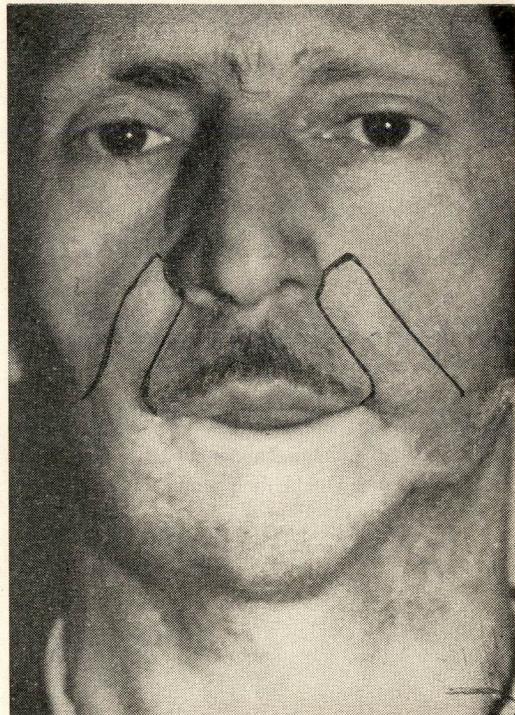


Fig. 26 — Resultado cirúrgico três anos após extirpação ao bisturi elétrico. Traçado das incisões dos retalhos nasogenianos.

tituir a parte corada do lábio, o que é feito à custa de um retalho bipediculado da mucosa interna do lábio superior (Figs. 27 e 28).

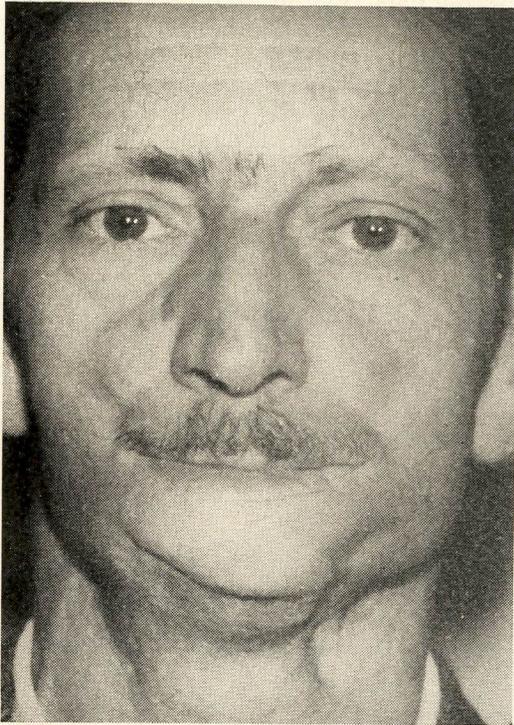


Fig. 27 — Resultado estético com boca fechada. Nota-se o cruzamento dos retalhos na linha mediana, e a parte corada do lábio, feito à custa de retalho de mucosa do lábio superior.

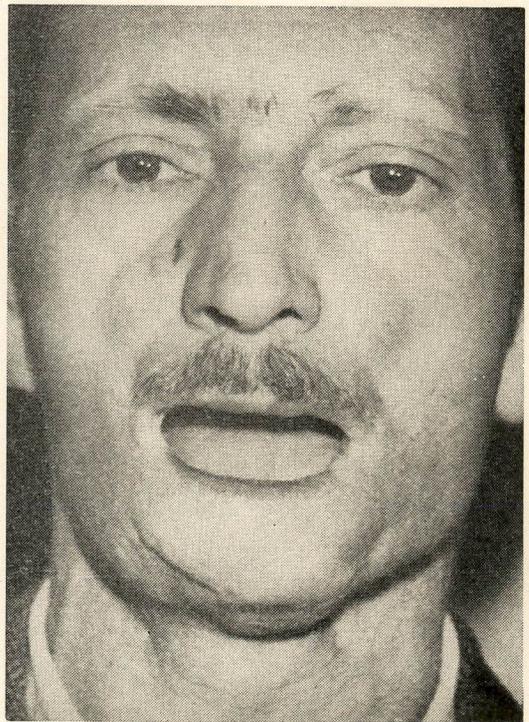


Fig. 28 — Resultado funcional, paciente com boca aberta, sem prótese dentária.

RECONSTRUÇÃO DA BOCHECHA

Utilizamos aqui o retalho fronto-temporal, já anteriormente descrito no capítulo referente à reconstrução total da órbita (Figs. 29, 30, 31, 32 e 33)

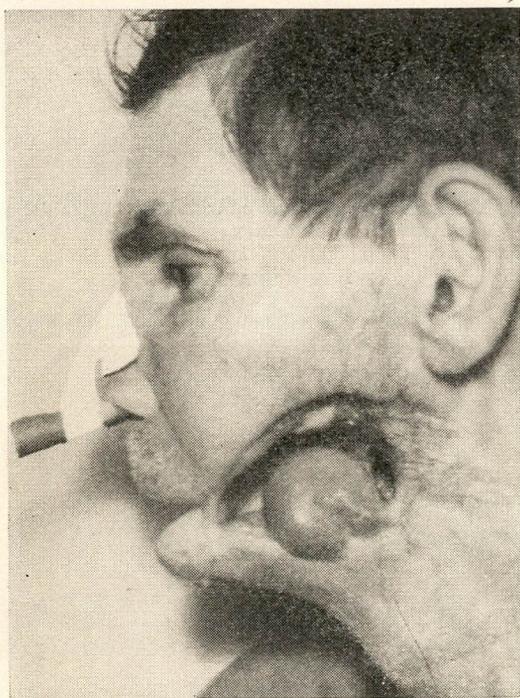
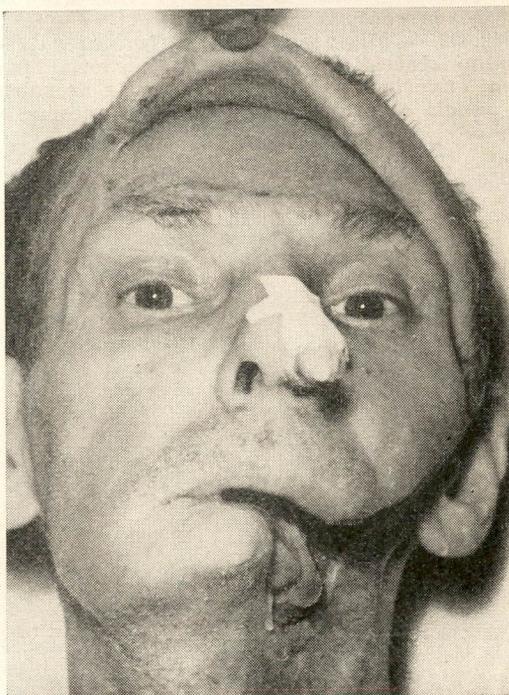
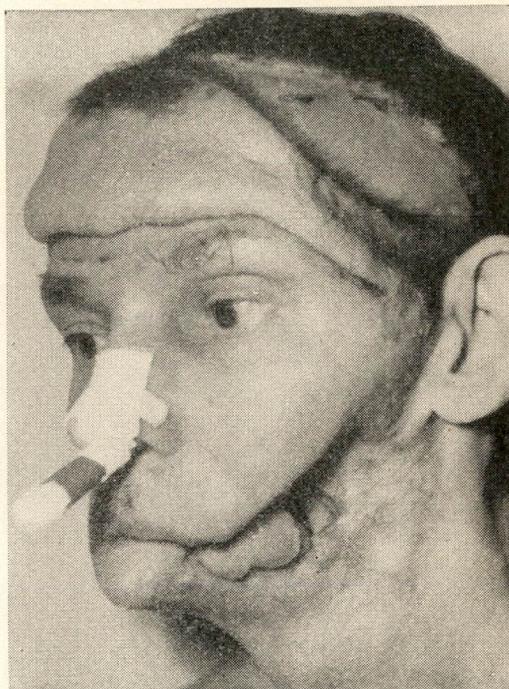


Fig. 29 — Aspecto da exeresé de um tumor da hemimandíbula esquerda que infiltrava a língua, bochecha, lábio inferior e região submaxilar. Nota-se a ausência da hemimandíbula esquerda da bochecha, da metade do lábio inferior e metade da língua que está presa ao osso hyoide por fibrose cicatricial.



Figs. 30 e 31 — O paciente só se alimenta por intermédio de uma sonda nasal, e não tem uso da palavra. — Retalho fronto-temporal forrado preparado para a reconstrução do caso em aprêço.

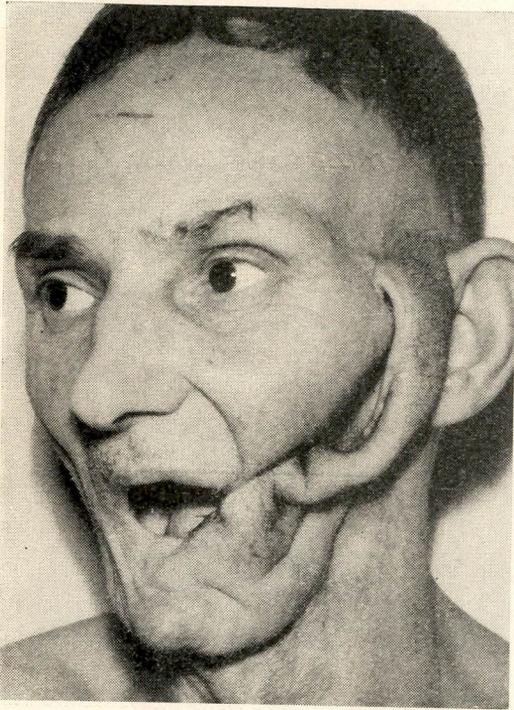


Fig. 32 — Migração da parte frontal do retalho (revestido na sua face posterior por um enxêrto cutâneo) para a perda de substância e suturado aos bordos da mesma.

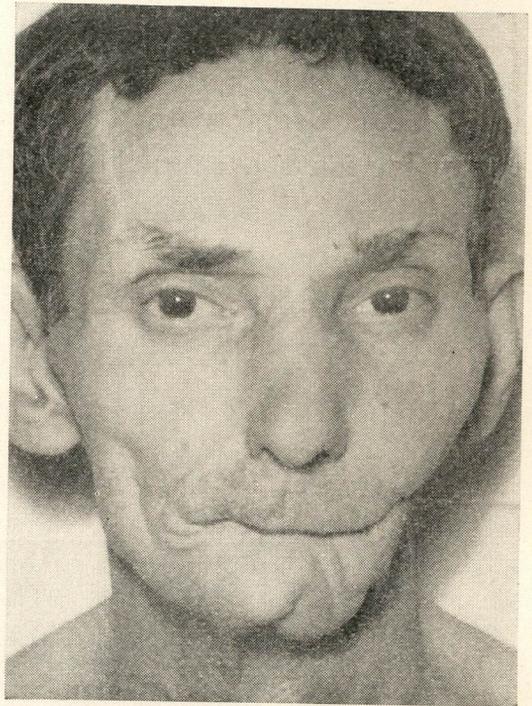


Fig. 33 — Resultado após a volta do pedículo tubulado a área doadora temporal, e com a boca fechada, mostrando um lábio que não deixa salivar.

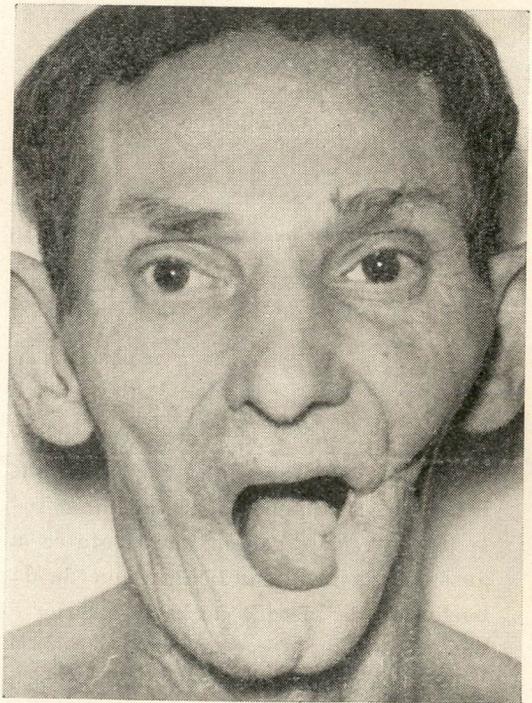


Fig. 34 — Resultado com a boca aberta mostrando a liberação da língua.

TRATAMENTO DAS LESÕES EPITELIOMATOSAS DA REGIÃO FRONTAL

As lesões que não atingem o periósteo, uma vez excisadas, a perda de substância resultante pode ser revestida por um enxêrto de pele total, preferencialmente da região supraclavicular.

Nas lesões em que o periósteo está suspeito de infiltração, após ressecção dêste elemento, recorreremos aos retalhos de vizinhança.



Fig. 35 — Epitelioma da região frontal e superciliar extendendo-se à região temporal, com invasão da tábua óssea.

Nas lesões em que o osso está atingido, devemos ressecar êste elemento, como exemplo temos o epitelioma basocelular terebrante da região frontal.

Êste epitelioma, de grande gravidade, devido a invasão da tábua óssea, é resistente à radioterapia, e de difícil solução cirúrgica, devido à larga destruição indispensável pela eletrocirurgia. Fica então uma ferida operatória que sem o recurso da cirurgia plástica leva os doentes a infecções repetidas das meninges e conseqüente êxito letal. (Figs. 35, 36, 37 e 38).

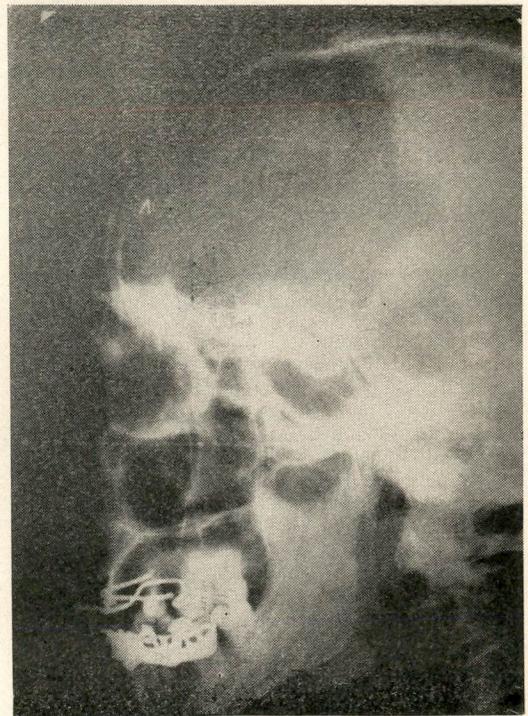


Fig. 36 — Radiografia mostrando a exêrese da tábua óssea. Após retirada de toda mucosa do seio frontal, o mesmo foi preenchido com fragmentos ósseos tirados dos bordos da trepanação, obliterando assim, a comunicação da fossa nasal.

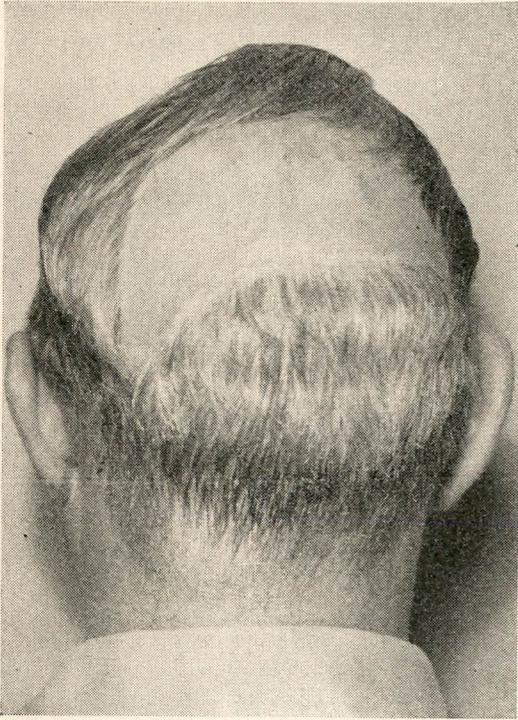


Fig. 37 — Avançamento de um retalho de couro cabeludo da região parieto occipital para cobrir a ferida operatória. Enxêrto de pele de meia espessura revestindo o periósteo da área doadora. O cabelo crescendo oculta o enxêrto.

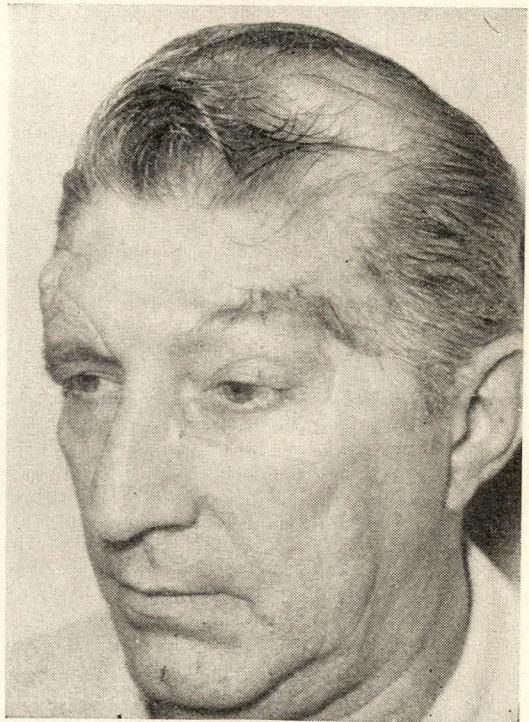


Fig. 38 — Resultado operatório mostrando o supercílio feito a expensa do couro cabeludo, sendo o mesmo raspado na região frontal, de modo a formar nova linha de cabelo.