



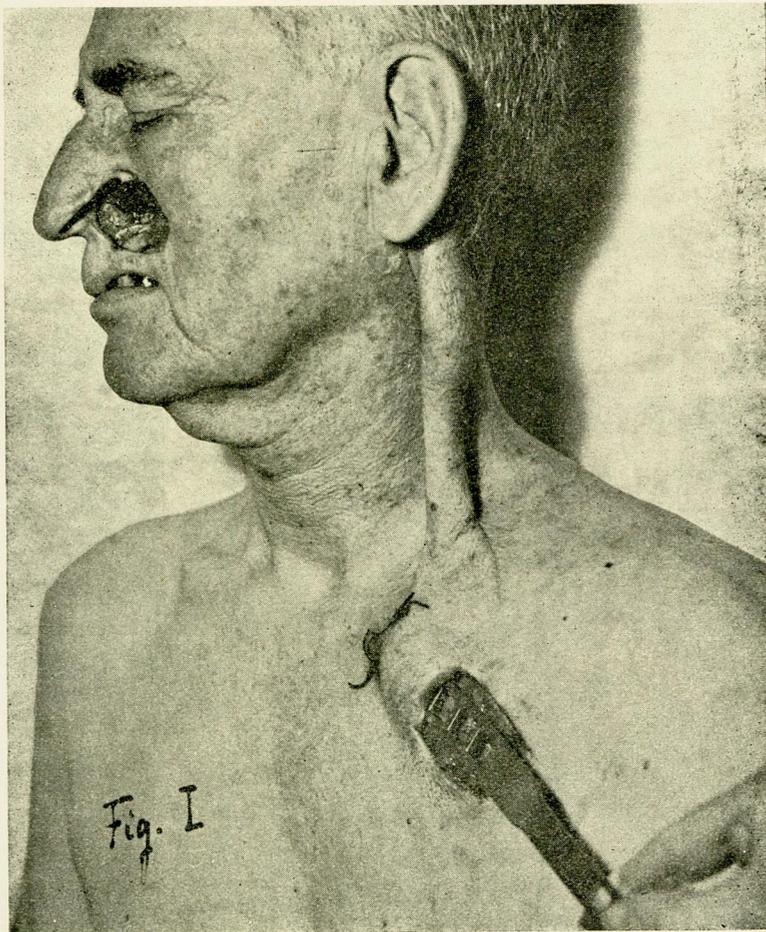
## PERDA DE SUBSTÂNCIA NASOLABIAL REPARADA COM ENXERTO TUBULAR

DR. MÁRIO KROEFF

Diretor do S.N.C.

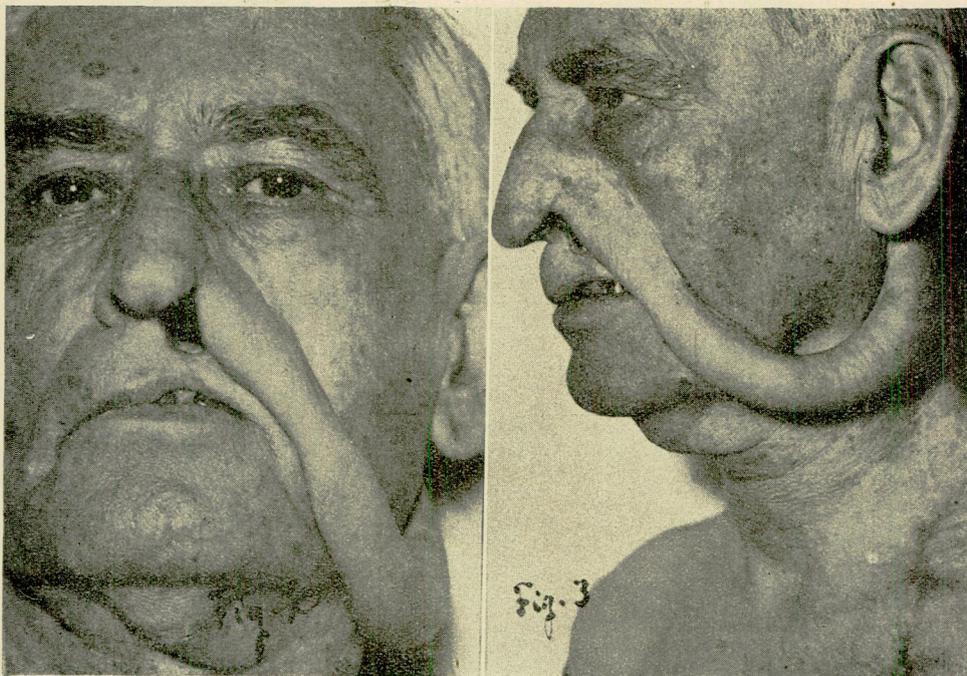
OBSERVAÇÃO: — O.P.C., coronel do Exército, com 73 anos, residente à rua Ambrosina nº 26 — Rio.

pequena lesão avermelhada e crostosa foi cauterizada com ponta de fogo por um médico militar, que na terceira ten-



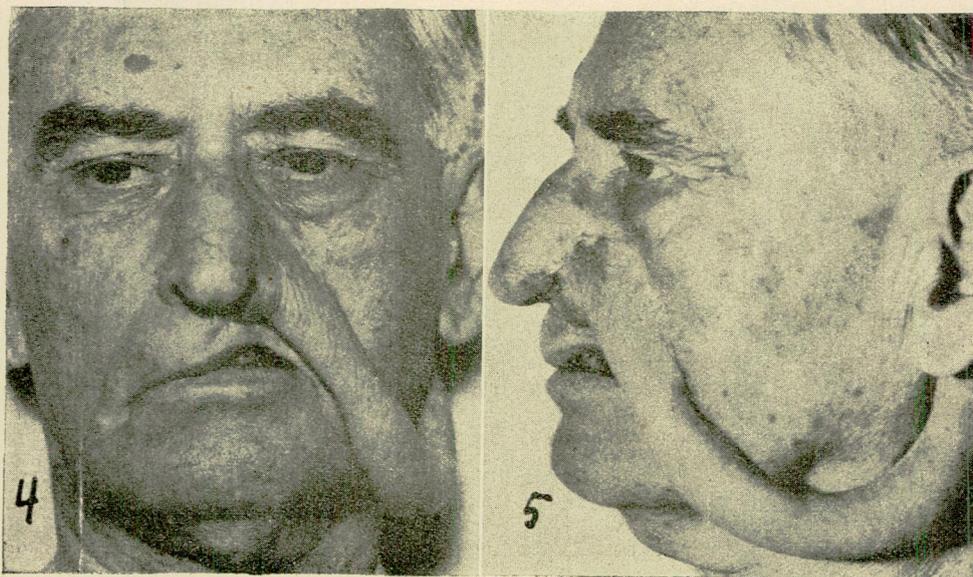
*História* — Quando servia na guarnição de Bagé, em 1927, observou na asa esquerda do nariz leve secreção, produzida sôbre cicatriz antiga, resultante de varicela que tivera na infância. Essa

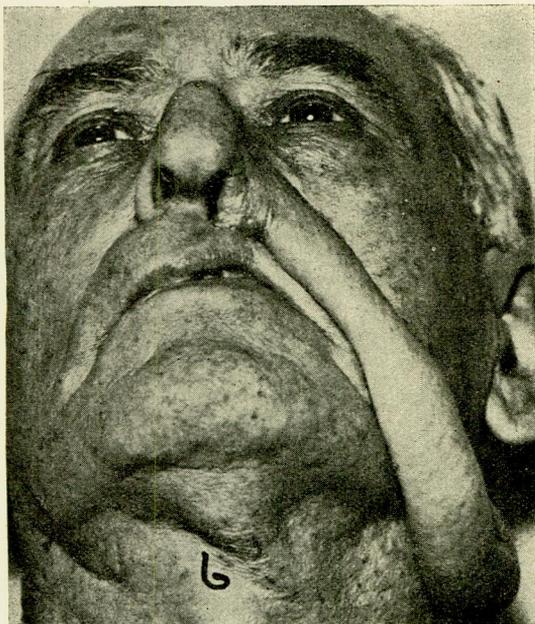
tativa, lhe declarou: isso já é um cancroide. Um ano depois, a lesão persistia ulcerosa, de forma circular e centro mais profundo. Consultou o Dr. Moysés Menezes, em Pôrto Alegre, que lhe aplicou



em outubro de 1928, um tubo de rádioium. Houve forte reação na face dêsse mesmo lado. A cabo de um mês, nada mais restava da primitiva lesão. Seis anos depois, passou a perceber novamente a mesma secreção no local da pequena

cicatriz. Procurou de novo o Dr. Menezes, porque a ferida se alastrára sôbre a face. Fez então outra aplicação de rádioium em abril de 1935. Ficou aparentemente curado por mais 4 anos, quando surgiu de novo a erosão. Daí, o





Prof. E. Rabelo aqui no Rio lhe queimou a ferida com eletrocoagulação, em 1940. Novo período de cura aparente. No fim de 6 meses voltou ao Dr. Rabelo, que retocou um bordo endurecido da ferida: "foi um pontinho que escapou à cauterização anterior".

Quatro anos depois, apareceu no lábio superior, junto à antiga lesão da asa do nariz, um endurecimento dos tecidos. Consultou então o Dr. Mário Kroeff em maio desse mesmo ano, isto é, 1944.

*Exame:* — Grande perda de substância da asa do nariz com bordos ulcerados, invasão do assoalho da narina esquerda e do lábio superior, que apresentava um nódulo do tamanho de uma avelã. Infiltração total mais de uma polegada.

*Biópsia:* — Carcinoma espino-celular.

*Tratamento:* — Radiumterapia, com 3 agulhas de três miligramas, 3 de um e 6 de dois, aplicadas intersticialmente,

umas no couro da asa do nariz, outras na infiltração do lábio superior. Total: 24 miligr. durante 142 horas ou 3.808 milig. horas.

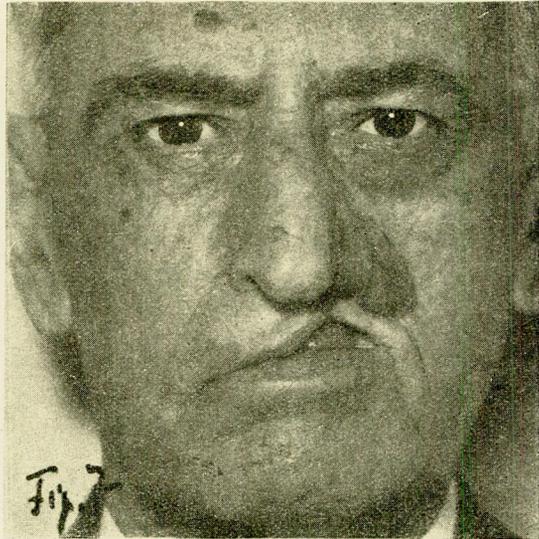
Houve necrose parcial da arcada alveolar desse mesmo lado e perda de 3 dentes, já em mau estado de conservação. A necrose estendeu-se também à parede do seio do maxilar superior. Cicatrização lenta durante 3 meses com eliminação de pequenos sequestros ósseos, resultando daí grande perda de substância, como se vê na figura n. 1.

*Plástica:* — Iniciada após 4 anos de cura clínica, isto é, em julho de 1948. Formação de um tubo cervical, desde a mastóide até à região infra-clavicular, incluindo-se pele, tecido celular e algumas fibras do externo-cleido mastoideu. Fig. 1.

Dois meses depois, preparo da extremidade distal do tubo, com invaginação de uma porção de pele, de modo a formar-se um retalho, com duplo fôrro cutâneo, Fig. 1. Esse duplo fôrro cutâneo adaptar-se-ia à perda de substância da asa do nariz, refazendo-a com revestimento de pele, não só por fora, como também por dentro, na face mucosa, a fim de evitar qualquer repuxamento devido à retração cicatricial.

A futura orla cutânea da asa do nariz, criada com a invaginação e adaptação de duas superfícies cruentas, foi orientada de modo tal, que servisse para formar exatamente essa asa, sem qualquer torção na hora do transplante. Dois pontos transfixantes mantiveram a extremidade da lingueta de pele invaginada.

Em dezembro de 1948, transplante do retalho reparador destacado da região peitoral para o nariz, Figs. 2 e 3. Houve



pequena deiscência da sutura, feita ao bordo da asa do nariz, bem como daquela foi feita ao lábio superior, resultando uma abertura nasal demasiado grande. Para estreitá-la, foi praticado em abril de 1949 um retoque, desdobrando-se da face interna do retalho cutâneo da narina, uma lingueta de pele para poder circunscrever, em ponto menor, a orla da abertura nasal esquerda, como se vê nas figuras 4, 5 e 6.

Operação final em 18 de maio de 1949, com secção do retalho tubular,, tanto em sua extremidade nasal como mastoidéa. Havia boa vascularização, sangrando os vasos com forte jato. Tôdas essas operações plásticas foram praticadas com anestesia local. Resultado final plástico na figura 7. Hoje, maio de 1949, cura clínica permanente da lesão cancerosa, com mais de 5 anos.

### MOSTARDAS NITROGENADAS

As mostardas nitrogenadas estão sendo usadas com finalidade terapêutica desde 1942. De tôdas as mostardas ensaiadas clinicamente, apenas o metil bis-beta cloretil amina é empregado de forma mais ou menos generalizada para o tratamento de certos tipos de linfoma. De modo geral, o metil bis-beta cloretil amina é ineficaz para o tratamento dos carcinomas, exceção feita para o câncer pulmonar, afecção que responde mais ou menos favoravelmente ao tratamento. A mostarda nitrogenada é administrada por via endovenosa em dose de 0,10 a 0,20 miligr. por quilo de pêso do paciente, como dose única máxima. Um curso de tratamento compreende três ou quatro injeções da dose acima, administradas em dias sucessivos. Náuseas e vômitos são acidentes que quase sempre acompanham a terapêutica em questão e não contraindicam a continuação do tratamento. O metil bis-beta cloretil amina é considerado atualmente substância indispensável para o tratamento dos linfomas. Não é, todavia, nem superior nem inferior aos demais agentes terapêuticos. Tem indicações precisas. Atualmente no Serviço Nacional de Câncer um projeto de estudo com essa substância, está sendo levado a efeito.