

INTRODUÇÃO

Os traumas apresentam grande importância na sociedade contemporânea. Dentre os diversos tipos, o trauma de face destaca-se pela sua importância, uma vez que apresenta repercussões emocionais, funcionais e possibilidade de deformidades permanentes. Além disso, representa 7,4%-8,7% dos atendimentos efetuados na emergência¹.

A grande quantidade de lesões na face deve-se à enorme exposição e à pouca proteção desta região, o que acarreta frequentemente lesões graves².

É fato observado na maioria dos trabalhos sobre o assunto que existe significativa predominância do sexo masculino sobre o feminino, dentre os pacientes portadores de lesões faciais. Alguns autores relatam que a maior parte dos traumas é causada por acidentes de trânsito, agressões físicas de diversas origens e queda³.

Com relação ao tipo de fratura mais acometida, a mandíbula lidera o número de fraturas na face, segundo Hill et al.³, enquanto Schultz⁴ relata ser o nariz.

Trata-se de um trauma de abrangência multidisciplinar, envolvendo principalmente as especialidades de cirurgia geral, oftalmologia, cirurgia plástica, bucomaxilo e neurocirurgia.

A reconstrução nasal é a mais antiga das operações plásticas. Trinta séculos antes da era Cristã já era praticada por sacerdotes, como aparece no papiro de Edwin Smith. Em 600 a.C., Sushruta descreve no livro sagrado dos Hindus a reconstrução do nariz com retalho frontal e geniano⁵.

O retalho frontal foi primeiramente usado no mundo ocidental por Joseph Carpue, na Inglaterra, quando em 1816 publicou relato de dois casos. No século XX, Gillies⁶, Converse e Millard⁷ foram pioneiros nesta modalidade de cirurgia.

RELATO DO CASO

Paciente A.S.O., sexo masculino, 47 anos, procurou o ambulatório da Santa Casa de Campo Grande-MS com queixa de ter sofrido trauma em nariz, por serra elétrica, há quatro anos, apresentando deformidade nasal. Ao exame físico, apresentava alteração em cobertura nasal, com tecido fibroso, afundamento de septo, destruição de ponta nasal e destruição óssea.

Foi realizada em primeira instância, sob anestesia geral, enxertia óssea em nariz, tendo como área doadora a crista ilíaca direita, para corrigir o defeito de estrutura óssea. Após o procedimento, o paciente permaneceu internado por dois dias, recebendo alta no terceiro. Permaneceu em acompanhamento ambulatorial por trinta dias, quando então não retornou mais às consultas.

Após dezessete meses, retornou ao ambulatório de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Campo Grande-MS, queixando-se de alteração da forma nasal. Apresentava, ao exame físico, um nariz com tecido fibroso cicatricial, e o enxerto ósseo revelava uma boa pega (Figura 1).

Optou-se, então, pelo emprego de um retalho médio-frontal para a reconstrução da cobertura nasal. Sob anestesia geral, o retalho foi descolado, baseado na artéria supratroclear direita; a área receptora foi preparada com desbridamento do tecido fibroso, o retalho foi rodado e fixado com fio Mononylon 6.0.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem sofrimento do retalho. Após uma semana, realizou-se enxertia de pele total em área doadora do retalho (região frontal), tendo a pele sido retirada das regiões retroauriculares direita e esquerda. Recebeu alta após dois dias, sendo indicado acompanhamento ambulatorial (Figura 2).

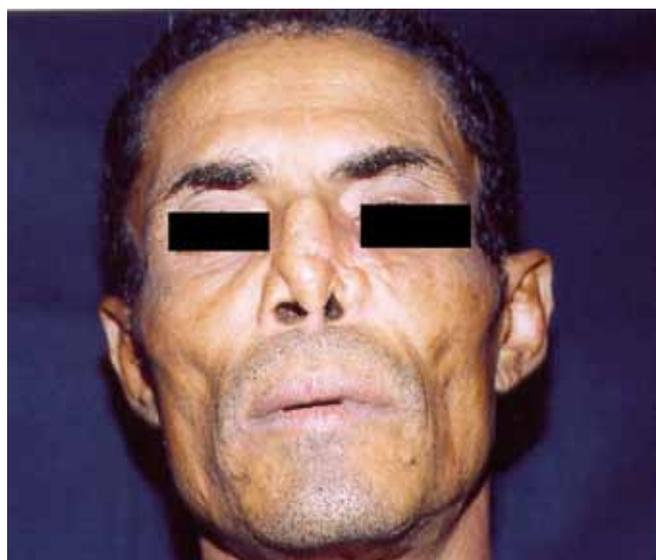


Figura 1 - Pós-enxertia óssea nasal.

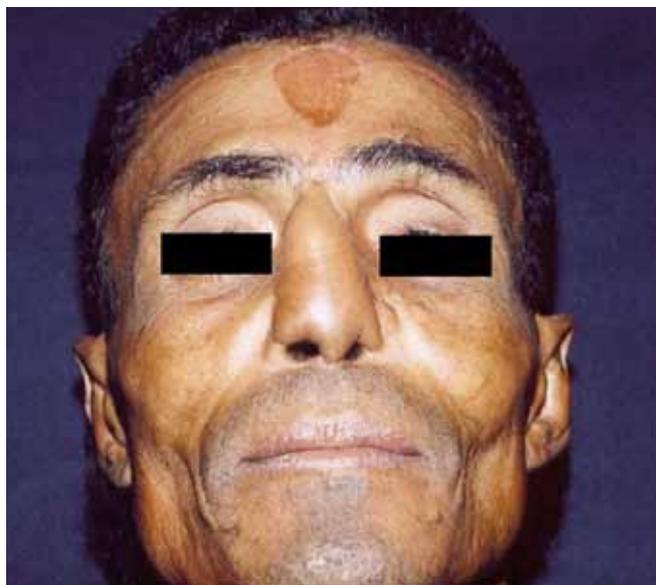


Figura 2 - Pós-operatório de 12 meses.

DISCUSSÃO

Este paciente apresentava um defeito em região nasal, sem integridade das estruturas de suporte e pele, sendo necessária a reconstrução e cobertura cutânea. Considerando-se que o paciente era adulto, com frente ampla e alta, optou-se por realizar a reconstrução a partir de um retalho médio-frontal, após enxertia óssea.

A reconstrução nasal usando enxerto ósseo autógeno foi reportada pela primeira vez em 1864, quando Ollier transferiu um segmento de osso frontal e periósteo na forma de retalho composto. Tessier, em 1982, descreveu o enxerto autógeno de calota craniana para a reconstrução das grandes deformidades nasais. Em 1983, Jackson descreveu a técnica de reconstrução nasal com osso oriundo da calota craniana e sua fixação interna rígida através de incisão coronal⁸.

Outros autores descreveram a técnica de obtenção e uso de enxertos ósseos oriundos da crista ilíaca. Farina et al.⁹ observaram zonas de rarefação óssea inicial e irregularidades na superfície do enxerto ósseo nos primeiros três meses, mas que estas não comprometiam o resultado final.

Garantindo a boa vascularização do retalho médio-frontal por meio da conservação do pedículo vascular, parte de gálea e periósteo, permitiu-se um grande descolamento axial e maleabilidade do seu terço distal, o que facilitou neste caso a reconstrução nasal sem sofrimento vascular.

O retalho foi elevado no plano subcutâneo, na sua porção mais distal, e passado a um plano mais profundo, imediatamente supra-periosteal nas proximidades de seu pedículo, de modo a aumentar a segurança de sua dissecação, segundo descreve McCarthy et al.¹⁰. A dissecação prosseguiu satisfatoriamente, tendo como base a artéria supratroclear direita. A rotação do retalho foi executada sem tensão, adaptando-se muito bem em seu novo leito.

Embora novos retoques cirúrgicos possam ser necessários para dar emagrecimento e suporte ao nariz, o retalho médio-frontal permitiu a reconstrução do defeito, melhorando a

estética e função nasal, não tendo sido necessária nesse caso a liberação do retalho.

Embora descrito que a área doadora pudesse cicatrizar por segunda intenção, sem grandes prejuízos estéticos, optou-se em um terceiro tempo cirúrgico pela realização de enxertia da área frontal, com emprego de pele total proveniente da região retroauricular, com bom resultado estético final.

CONCLUSÃO

O retalho médio-frontal é muito útil para a reconstrução nasal, e tem sido aplicado como primeira escolha nesses casos, além disso, demonstrou segurança e maleabilidade no seu terço distal, permitindo a reconstrução total sem alterações isquêmicas. O enxerto ósseo autógeno pode ser utilizado para reparo do suporte nasal com sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Ong TK, Dudley M. Craniofacial trauma presenting at an adult accident and emergency department with an emphasis on soft tissue injuries. *Injury*. 1999;30(5):357-63.
2. Mackenzie EJ. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. *Epidemiol Rev*. 2000;22(1):112-9.
3. Hill CM, Crosher RF, Carroll MJ, Mason DA. Facial fractures: the results of a prospective four-year study. *J Maxillofac Surg*. 1984;12(6):267-70.
4. Schultz RC. Facial injuries from automobile accidents: a study of 400 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg*. 1967;40(5):415-25.
5. González-Ulloa M. The creation of aesthetic plastic surgery. New York:Springer-Verlag;1985.
6. Gillies HD. Plastic surgery of the face. London:Oxford Medical;1920.
7. Millard DR Jr. Reconstructive rhinoplasty for the lower two-thirds of the nose. *Plast Reconstr Surg*. 1976;57(6):722-8.
8. Jackson IT. Long-term follow-up of cranial bone graft and dorsal nasal augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104(3):882.
9. Farina R, Cury E, Ackel IA. Saddle and boxer's nose. *Aesthetic Plast Surg*. 1983;7(3):171-5.
10. McCarthy JG, Lorenc ZP, Cutting C, Ratchesky M. The median forehead flap revisited: the blood supply. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76(6):866-9.

Correspondência para:

Alcides Martins Arruda
Rua Euclides da Cunha, 488 – Jd. dos Estados – Campo Grande, MS – CEP 79020-230
E-mail: drarruda@terra.com.br