

SÔBRE UM CASO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA MÃO

pelo **Dr. Irajá Dani Ungaretti**

Assistente voluntário da Cadeira de Clínica infantil e ortopédica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — Assistente da enf 33 da Santa Casa de Misericórdia de P. Alegre — Traumatologista do H. de Pronto Sosorro de P. Alegre — Membro do S.B.O.T.

Apresentando um caso de cirurgia reparadora, é nossa intenção mostrar como agimos em casos semelhantes, qual a orientação e o porque da mesma.

Pretendemos neste trabalho, relatar pormenorizadamente um caso de cirurgia reparadora de uma cicatriz retrátil da mão, do serviço de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, serviço do Professor Cesar Ávila.

CASO

Passemos a historiar o caso que deu origem à estas considerações.

N.S.O., com 13 anos, branco, masculino, filho de L.A.O., brasileiro, natural do Rio Grande do Sul, (Bagé). Veio ao nosso serviço à 1.º de dezembro de 1947.

Conta-nos seu pai o seguinte: "Na idade de 11 meses, quando brincava próximo de um fogareiro elétrico, aconteceu que acidentalmente tocassem com a palma da mão direita na chapa incandescente, queimando assim, a face anterior dos 4.º e 5.º dedos, e parte da região hipotenar. O médico que o atendeu classificou as queimaduras como sendo do 2.º grau e administrou-lhe como tratamento, óleos e pomadas".

"Durante a cicatrização observávamos que o 5.º dedo, aos poucos estava se fletindo".

"Aos 20 dias do acidente, tendo o médico necessidade de ausentar-se, ficou o paciente aos cuidados de um enfermeiro encarregado de fazer os curativos indispensáveis. Esse, notando a flexão anormal que o dedo tomara, procurou desfazê-la por meio da distensão: como o menino chorasse muito, pedimos que não tentasse mais a correção".

"Após um mês, o ferimento já estava completamente cicatrizado e o dedo mantido em flexão por uma brida de cicatrização palmar".

"A criança cresceu bem disposta e nunca nos interessamos em procurar alguém capaz de corrigir aquela mão defeituosa. O único tratamento feito foi a massagem, tentada pela mãe, e aconselhada por pessoas leigas".

EXAME DA REGIÃO DOENTE

Há uma retração dos tegumentos na região hipotenar direita. O 4.º dedo apresenta-se ligeiramente fletido na articulação metacarpofalangiana, enquanto que o 5.º dedo está completamente flexionado, mantido na posição viciosa, por uma brida curta de cor rosa, que une a parte proximal da região anterior da falangeta, à região anterior hipotenofalangiana (Fig. 1).

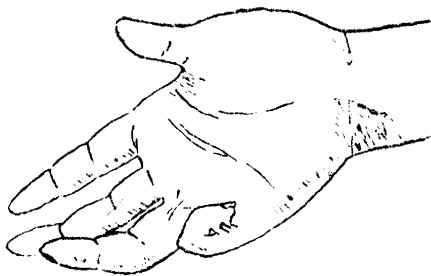


Fig. 1

Existindo ainda uma sindactilia parcial cicatricial, ligando o 4.º e o 5.º dedo, até a metade da região interdigital da primeira falange, com o formato de pequena meia lua.

O 4.º dedo possui seus movimentos sem particularidades, faltando apenas, a possibilidade de estender completamente a articulação metacarpofalangiana, pois a cicatriz frena esse movimento.

O 5.º dedo pode unicamente fazer, em diminuto grau, os movimentos de flexão e extensão da articulação metacarpofalangiana.

Após os exames laboratoriais de nossa rotina: Wassermann, tempo de sangria e coagulação e hemograma, indicamos, como recurso eficiente e reparador das lesões sofridas, a intervenção cirúrgica, já em casos semelhantes, BUNNELL (6) diz o seguinte: "Nosso primeiro procedimento, é fornecer pele nova e corrigir a contração". O mesmo nos aconselham WATSON-JONES (12) e MAY (9).

O ato operatório foi marcado para o dia 11 de dezembro de 1947.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Preparo Pré-operatório.

O paciente foi obrigado 24 horas antes da operação, cortar as unhas e lavar as mãos com água e sabão. Mandamos em seguida escovar a mão e o antebraço, durante 10 minutos, logo após, foram friccionados várias vezes com éter e alcool à 70.º (para desengordurar, desidratar e fazer a antiseptia da pele) e depois Tintura de Merthiolato. Cobriu-se essa região com gases e ataduras esterilizadas.

É nosso costume fazer essa antiseptia pré-operatória, porque, num trabalho muito interessante, BERMAN (4) nos prova que: "A limpeza com escova, água e sabão, elimina rapidamente a flora bacteriana accidental da pele porém, só mais lentamente a flora permanente. Price demonstrou, que mediante uma limpeza com escova durante 8 minutos, a flora bacteriana das mãos e dos braços se reduz de 50%.

O mesmo processo de antiseptia foi feito para a região dorso lombar, pois, poderíamos necessitar dessa região para um eventual enxerto.

ANESTESIA

As 7,30 da manhã, o paciente ingeriu 3 cápsulas de Seconal (0,10) e ao mesmo tempo lhe foi administrado uma ampôla de Novatropina.

A anestesia propriamente dita foi iniciada às 9 horas, com Cloretil e logo a seguir Balsofórmio. As 9,15 teve início o ato cirúrgico, com a pressão arterial de 120 por 70 (Tycos), às 9,30 o anestesilogista suspendeu o Balsofórmio e iniciou Tionembutal gota a gota venoso. As 10 horas tivemos necessidade de mudar a posição do paciente, de decubito dorsal para decubito ventral; a pressão desceu para 110 e 60, foi suspenso o Tionembutal e novamente empregado o Balsofórmio, que durou até o fim da operação, isto é, até às 10,40.

O paciente manteve-se durante toda a anestesia, com sonda traqueal que permaneceu até ½ hora depois de estar deitado em seu leito.

A respiração oscilou sempre ao redor de 30 à 40 movimentos por minuto; o pulso entre 85 à 100 batimentos por minuto.

A pressão arterial era de 120 por 70, quando saiu da sala de operações.

Como posanestésico: uma ampôla de Belacodid de 4 em 4 horas, fez ao todo 3 ampôlas.

Não teve náuseas nem vômitos.

TÉCNICA OPERATÓRIA

O paciente foi colocado em decubito dorsal, com o ombro superior direito em abdução e supinação, repousando a mão sobre uma mesa auxiliar.

Retiramos a atadura e gases esterilizadas, que cobriam a região a operar, colocadas 24 horas antes. Fizemos a antiseptia da ponta dos dedos ao cotovelo com éter, alcool à 70.º e tintura de Merthiolato, isto é, a preparação física e química da pele segundo MAY (9).

Colocados os campos, apoiamos o dorso da mão sobre um coxim de compressas, afim de obtermos uma extensão melhor, tanto da mão como dos dedos.

Ressecamos todo o tecido cicatricial que mantinha o dedo em flexão, até o tecido celular sub-cutâneo. Por dissecação romba, descolamos esse tecido, das partes mais profundas do dedo, desde sua extremidade distal à palma da mão. Encontramos então, os tendões do Flexor digitorum sublimis, que em linguetas, inseria-se nos lados da extremidade superior da segunda falange; entre esse tendão assim bifurcado, conseguimos dissecar um fino tendão de mais ou menos 2 mm. de espessura: era o Flexor digitorum profundus, que ia tomar inserção na 3.ª falange. Seccionamos esse tendão o mais alto possível, e o transfixamos com um fio de seda, afim de ficar reparado.

Fizemos a seguir a capsulotomia da 1.ª articulação interfalangeana, o que nada nos adiantou para desfazer completamente a flexão. Sabíamos perfeitamente segundo BUNNELL (5), que essa excisão dos ligamentos colaterais é muito eficaz para a articulação proximal, sendo porém, moderadamente, para as médias e distais. Como medida terapêutica pouco ou nada nos adiantaria, mas era necessária para

descobrimos as superfícies articulares da 1.^a articulação interfalangeana.

Disenserimos as linguetas do Flexor digitorum sublimis ou perforatus, como alguns anatomistas o chamam (Testut 11, R. von Lanz e W. Wachsmuth in May (9), e o reparamos como o foi o perfurante.

Dêste modo estávamos com a articulação completamente livre, o que nos permitiu luxar a 2.^a falange, e com pequeno sacabocado seccionar sua extremidade cefálica.

Não havia outra alternativa, pois há 12 anos que essa articulação estava em flexão, e assim nessa posição as falanges haviam crescido. Suas superfícies articulares estavam anguladas e impediam a extensão do dedo sem a osteotomia.

Fizemos a regularização dessa articulação, retirando da 1.^a falange apenas a cartilagem articular, mantendo o dedo em flexão moderada. A êsse respeito, BUNNELL (6), que consideramos a maior autoridade em cirurgia da mão, nos diz o seguinte: "a limitação da mobilidade da articulação média e distal dos dedos é difícil de corrigir cirurgicamente, porque os tecidos são muito finos e guardam íntimo contato. Nessa articulação média, a artrodese em ângulo de flexão moderada, junto com o encurtamento do dedo, é um procedimento muitíssimo usado". Mais adiante: "A artroplastia da articulação média será feita somente quando todos os tecidos da vizinhança forem normais".

Ora, sendo BUNNELL tão explícito, não pretendíamos fazer uma artroplastia em articulação média do 5.^o dedo, cujos tecidos de vizinhança estavam lesados.

Suturamos as duas linguetas do tendão perforatus com a extremidade proximal do segmento distal seccionado do tendão perforans. Fizemos essa sutura, usando a técnica de BUNNELL (5), e empregando para isso, BRAILON 00 (Sauvus, Surgical Brailon), o mais fino que possuíamos, montado em agulha fina e curva. O Brailon é um material neutro que nos preenche todos os requisitos para sutura de tendões. BANCROFT AND HUMPHREYS (1) nos diz o seguinte: "O material de sutura de tendões não deve dar a mínima reação local, deve ser forte e fino".

Ressecamos amplamente a cicatriz que cobria parte da região hipotenar até a 4.^a articulação metacarpofalangiana, seguindo o conselho de MAY (9): "Evisão total da cicatriz".

Ficamos dessa maneira com $\frac{3}{4}$ partes da região hipotenar, base do 4.^o dedo e toda a face da flexão do 5.^o dedo, desnudados da pele. Tínhamos necessidade de grande enxerto para cobrir essa lacuna.

Suturamos o tecido celular sub-cutâneo do 5.^o dedo de tal maneira, que incluísse, em forma de bainha, os tendões suturados, o que conseguimos em parte. Para essa sutura também empregamos o Brailon.

Usamos para cobrir a palma da mão e face de flexão do 5.^o dedo, um enxerto bipediculado, pois, havia nos tendões expostos, assim como ligamentos e estruturas ósseas. A êsse respeito BARRETT BROWN e FRANK MCDOWELL (3) dizem que o "pedicle flap" deve ser escolhido sempre que um tendão em bom estado estiver exposto, ou quando há perda de tendão.

Também, BUNNELL (6) nos diz algo semelhante: "Enxertos livres de pele não são suficientes quando, estruturas profundas estiverem envolvidas, e o leito fôr cicatricial ou houver tendões, ligamentos ou ossos expostos. "Mais adiante": Na palma da mão e dos dedos, o enxerto pediculado é muito melhor empregado que o livre. "É semelhante a opinião de MAY (9): "A aplicação de enxerto de pele pode requerer muito tempo numa operação, mas o trabalho total será bem reduzido. O enxerto livre entretanto, pode ser usado somente se os tendões, ossos e articulações não necessitam ser expostos.

Se necessitarem isso, ou uma posterior reconstrução, a transferência de flap é a única escolha".

Desta maneira estava bem claro que deveríamos fazer um enxerto pediculado para cobrir a lesão. Escolhemos a região dorso lombar para nos fornecer tal enxerto.

O antebraço e braço foram despojados dos campos esterilizados e o paciente colocado em decúbito ventral. Retiramos a atadura e gases colocadas na véspera sobre a região dorso lombar, fazendo logo a antisepsia (éter, álcool a 70° e Tintura de Merthiolato), assim como novamente pincelamos com Tintura de Merthiolato, a mão operada, até o cotovelo, sem atingir com o antiséptico o ferimento operatório.

Colocamos os campos de tal maneira, que tivéssemos a região dorso lombar esquerda e a mão operada, descobertas. Sobre o ferimento operatório colocamos gases humedecidas em soro fisiológico morno.

Duas incisões paralelas e do mesmo comprimento foram feitas sobre a região

acima escolhida, tentando incluir entre essas duas linhas, um dos ramos dorsais cutâneos da artéria lumbalis. Essas incisões tinham 10 cm. de comprimento e, afastadas uma da outra 5 cm. Aprofundámos as incisões até o fascio. Descolâmo-lo depois, da pele e tecido celular sub-cutâneo, incluídos entre as duas linhas; obtivemos, dessa maneira, um enxêrto em ponte, bipediculado e não tubular (FOMON 7), dirigindo-se de cima para baixo e de fora para dentro e formando, com a horizontal, um ângulo de mais ou menos 40° .

Suturamos sob a face cruenta da ponte os dois bordos de tecido cutâneo, que se distanciavam uns 5 cm., e que não estavam destacados do fascio. Isso o conseguimos com uns 6 pontos separados, pontos de colchoeiro, verticais, de Mc Millan (Fomon 7), de Sarnoff (Spivak 10) ou de Blair-Donati (FEY, MOCQUOT, OBERLIN, QUÉNU ET TRUFFERT 8), são a nosso ver os melhores pontos para uma sutura que requer certa tensão; a fizemos com Brailon.

Introduzimos, então, de tal forma, a mão sob a ponte, que as foces cruentas ficaram juxtapostas. O enxêrto cobriu inteiramente a região da mão onde faltava o tecido cutâneo.

Suturamos a borda cruenta da falangeta do 5.º dedo com a borda inferior do enxêrto e a borda superior dêste, com o li-



Fig. 2

mite externo da lesão, isto, sôbre uma linha que ia da metade da borda interna da mão, ao terceiro espaço interdigital.

As extremidades do enxêrto foram saturadas, quanto possível, em seu leito.

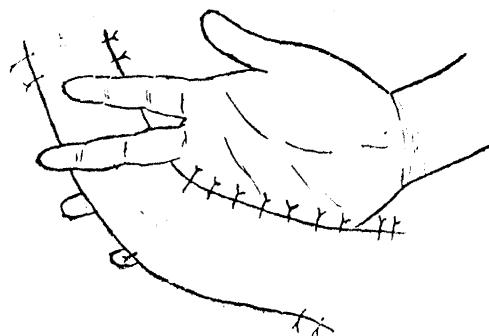


Fig. 3

Colocamos sôbre as suturas, supfanilamida em pó, esterilizada, cobrindo depois com gases vaselinadas, e gases simples, esterilizados. Imobilizamos o membro superior direito do paciente, com ataduras molhadas, em pasta de Unna, que nos fornece um ótimo aparelho de imobilização, para casos semelhantes, e não é tão pesado como o de gesso.

Preferimos essa ponte da região dorso lombar, porque, como queríamos um enxêrto com ótima irrigação sanguínea, e que cobrisse a face anterior da mão, sômente êsse tipo de enxêrto nos iria satisfazer plenamente.

O presente, após o ato operatório, ficou durante 24 horas em decubito ventral.

Fizemos como posoperatório: Penicilina, na dose de 30000 U. O. de 3 em 3 horas.

A temperatura mais elevada, que observamos foi no 2.º dia: $37,2^\circ\text{C}$.

No 3.º dia o paciente se levantou.

No dia 22 de dezembro, 10 dias após a intervenção, fizemos uma janela mais ou menos grande sôbre as ataduras, deixando a mão completamente livre num diâmetro de 20 cm. Retiramos completamente a vaselina, passando éter depois alcool a 70° e finalmente Tintura de Merthiolato, sôbre toda a mão e região dorso lombar adjacente.

Sob anestesia local (infiltração de solução de novocaina a 1%) seccionamos o pedículo inferior do enxêrto, que sangrou ôtimamente. Suturamos a extremidade inferior do leito da ponte, assim como as bordas do pedículo liberado. Curativo com

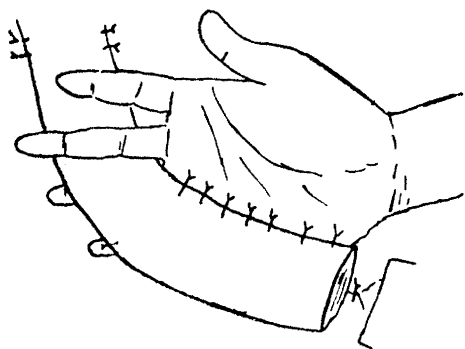


Fig. 4

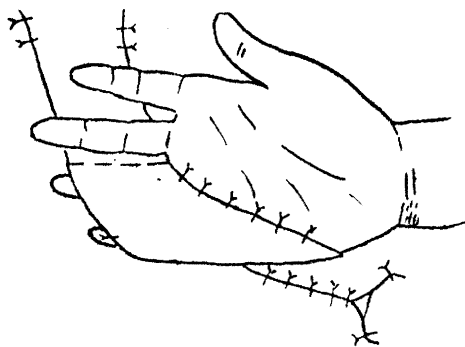


Fig. 5

Sulfanilamida em pó, esterilizada, gases vaselinadas, simples, e ataduras. Continuamos com Penicilina, e a temperatura dessa vez não foi além de 36, 8° C.

No dia 2 de janeiro, retiramos todas as ataduras que imobilizavam o membro operado. Fizemos a antiseptia como sempre, da mão até o cotovelo, do enxerto e da região dorso lombar correspondente.

Infiltramos solução de novocaina a 1% sobre a região a operar. Seccionamos o pedículo superior da ponte, o qual sangrou muito bem.

O leito dessa, na sua porção superior, possuía uma ligeira solução de continuidade, que, após seus bordos serem avivados, o suturamos.

Regularizamos ligeiramente os bordos do enxerto que cobria totalmente a região desnudada da palma da mão e completamos a sutura sobre a lacuna.

Todos os pontos de sutura que havíamos dado na primeira e segunda intervenção, foram retirados. Não observamos a mínima reação local. Penso que o Brailon irá nos dar um grande impulso na cirurgia reparadora, pois, temos observado que esse material não dá a mínima reação, a mínima serosidade, facilitando-nos uma cicatrização perfeita.

Colocada a sulfa e gases vaselinadas sobre a palma da mão e dedos, imobilizamos segundo ZUCCHI (13) com ataduras gessadas (de Gypsona), desde o terço inferior do antebraço às extremidades distais dos 4.º e 5º dedos.

Procuramos deixá-los ligeiramente flectidos, e a região da polpa digital livre. A região tenar, o polegar e os 2º e 3º dedos, ficaram livres do gesso imobilizador.

Durante quatro dias lhe foi administrado penicilina.

Devo salientar que todos nossos atos operatórios, foram feitos sob a "non-touch technique."

No dia 7 de janeiro foi para casa, e voltou no dia 1º de fevereiro. Retiramos o gesso e os pontos. O enxerto tinha pegado

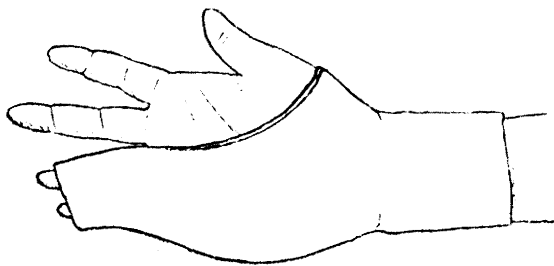


Fig. 6

100%, nenhuma solução de continuidade. O paciente visto novamente em 5 de abril de 1948, movia completamente suas articulações interfalangeanas e metacarpofalangeanas, apresentando apenas ligeira diminuição para a articulação interfalangeana proximal.

CONCLUSÕES

- 1 — A antiseptia 24 horas antes da operação, diminui em 50% as possibilidades de infecção.
- 2 — Retirar completamente a cicatriz retratil, para não termos recidiva.
- 3 — Não tentar a artroplastia de articulação interfalangeana, que é difícil, e talvez não dará tão bom resultado como no caso relatado.
- 4 — Cobrir a falta de pele, com enxerto pediculado da região dorso lombar, toda a vez que essa falta for da face anterior da mão ou dos dedos e as estruturas profundas estiverem lesadas.

- 5 — Nas crianças e nos jovens, o enxerto bipediculado não tubular da região dorso lombar é o ideal para recobrir as soluções de continuidade das regiões palmares. A posição é bem suportada pelo paciente, sem limitações articulares permanentes posteriores.
- 6 — Esse tipo de enxerto requer um prazo de em média apenas 20 dias desde o primeiro ato operatório até o definitivo, o que representa grande vantagem sobre os outros métodos.
- 7 — A sutura com Brailon é ótima tanto para tendões, como para outros elementos.
- 8 — A imobilização com pasta de Unna para o tipo de autoplastia descrita, é melhor que o pesado colete de gesso.
- 9 — Em toda a cirurgia reparadora sempre empregar a "nor touch technique."

Posições fotografadas 4 dias após termos retirado o aparelho gessado (5 de fev. 1948). Vemos que o enxerto pegou 100%.

Fig. 7 — Quando o paciente faz a extensão completa dos dedos, notamos que a segunda articulação interfalangiana do 5.º dedo fica um pouco flectida, mas essa flexão, com o passar dos dias e com os exercícios diminuiu com tendência a desaparecer.

Fig. 8 — Quando em flexão, podemos notar o 5.º dedo acompanhando os demais, fazendo uma flexão quase completa, pois todas suas articulações possuem movimentos. Também aqui, com o correr do tempo e dos movimentos que o paciente foi obrigado a fazer, houve um progresso acentuado para completar o movimento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BANCROFT AND HUMPHREYS — Surgical treatment of the soft tissues. Philadelphia. Ed. J. B. Lippincott Company, 1946.
- 2 — BANCROFT AND MURRAY — Surgical treatment of the motor skeletal system. Philadelphia. Ed. J. B. Lippincott Company — 1945.
- 3 — BARRETT BROWN J. AND MCDOWELL F. — Skin grafting of burns. Philadelphia. Ed. J. B. Lippincott Company — 1943.
- 4 — BERMAN J. K. — El cepillado preoperatório en cirugía abdominal. Anales de Cirugía, version castellana del Annals of Surgery, Vol. 2, nº 5, Mayo 1943. B. Aires Ed. Quillermo Kraft. Ltda.
- 5 — BUNNELL S. — Suturing tendons. Lectures on peace and war Orthopedic surgery. Ann Arbor, Michigan. Ed. Edwards Brothers, Inc. — 1943.
- 6 — BUNNELL S. — Surgery of the hand. Philadelphia. Ed. J. B. Lippincott Company — 1944.
- 7 — FOMON S. — Cirurgia plástica y reparadora. Trad. de Bastos Ansart y Domenech Alsina. B. Aires. Editorial Labor S. A. — 1943.
- 8 — FEY B., MOCQUOT P., OBERLIN S., QUENÚ J. et TRUFFERT — Traité de technique chirurgicale. Paris. Ed. Masson et Cie. 1942-44.
- 9 — MAY H. — Reconstructive and reparative surgery. Philadelphia. Ed. F. A. Davis Company Publishers. — 1947.
- 10 — SPIVAK J. — Técnica quirúrgica en las operaciones abdominales. Trad. Carrera O. G. Mexico. Ed. UTEHA. — 1940.
- 11 — TESTUT L. — Anatomia Humana. Trad. Corominas — Sabater J. y PIERA Villaret A. Barcelona. Ed. Salvat Editores S. A., 1926.
- 12 — WATSON-JONES R. — Fracturas y traumatismos articulares. Trad. Domenech Alsina F. Barcelona — B. Aires. Salvat Editores, S. A. — 1945.
- 13 — ZUCCHI N. V. — La inmovilización enyesada. B. Aires. — Ed. Libreria y Editorial "EL ATE-NEO". — 1945.

CELULITE A COLIBACILO

por Dr. João Dani Uggrossi

Assistente-chefe do Cadernê de Clínicas infantis e pediátricas da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — Assistente de ped. 32 do Santa Casa de Misericórdias de P. Alegre — Triacsiologista de 1.ª de Porto Alegre de P. Alegre — Assistente



Fig. 7



Fig. 8

que em 1931, com o diagnóstico de celulite.

Sempre apresentava febre. Tinha 13 anos, um dia, 13 anos, teve uma infecção sistêmica de febre alta e no ano passado veio para o hospital de novo.

A paciente é mal nutrida, com peso 11 kg. e altura 1,36 m. de altura. As mamas são pequenas, mamas normais, glândulas linfáticas palpáveis, pequenas, raras e indolores. Os dentes regulares, dentes não cariados, ligeiramente desalinhados e descoloridos, com a cor amarelada. Temperatura 38,5°C.

Em 1931, com o diagnóstico de celulite, teve febre alta, com sintomas de infecção sistêmica.

História médica: 1.ª vez, em 1931, com o diagnóstico de celulite, teve febre alta, com sintomas de infecção sistêmica.

No dia 31 de março, tivemos uma febre alta, com sintomas de infecção sistêmica, com o diagnóstico de celulite.

Em 1931, com o diagnóstico de celulite, teve febre alta, com sintomas de infecção sistêmica.