

INDEX BIBLIOGRÁFICO DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
CIRURGIA PLÁSTICA



**VOL. Nº 3**

São Paulo, Brasil  
1986 -1990

## **Índex Bibliográfico**

**Editado por  
Nei Felix de Macedo  
Juarez Moraes Avelar**

**Fundo Editorial da  
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica  
São Paulo -1991  
3ª Edição - Volume 3 - 2000 Exemplares**

## **PREFACIO**

Designado pela presidência da SBCP para editar o Volume 3 do ÍNDEX BIBLIOGRÁFICO, trazemos aos colegas um total de 555 trabalhos coletados e devidamente indexados, sendo 86 para complementar o volume 1, 211 para o volume II e 258 para o volume III. Sabemos que muitos colegas deixaram de enviar o seu material, por razões que desconhecemos. Parabenizamos a participação daqueles que deram a sua contribuição, sem a qual este trabalho não teria sido possível. Lamentamos as omissões de relevantes publicações de colegas de expressivos nomes que não participam desta Edição. Temos a certeza de que, eles teriam enriquecido mais o rol destes trabalhos, tornando mais fácil o acesso para consultas e pesquisas dos que se propõem a desenvolver algum tema alicerçado em experiência de autores brasileiros. Algumas citações ou resumos recebidos, deixaram de ser aproveitados por apresentarem falhas no preenchimento das fichas coletoras dos respectivos materiais, ou já terem sido publicados nas edições anteriores. Contudo apesar do minucioso e árduo quebra cabeças no sentido de colocar na ordem de indexação, esta foi concluída mais rapidamente graças ao uso dos recursos da informática, com programas de Editoração Gráfica, sem os quais teria sido mais difícil, onerosa e lenta a elaboração desta Edição.

Todas as informações enviadas pelos autores foram registradas na íntegra com raras correções de citações incompletas, de Local, Capítulos, Páginas e omissão de Co-Autores, após check up nos originais. Acreditamos que a metodologia coletora de publicações tenha tido falhas e deva ser modificada. Dedico aos Sócios da SBCP, com especial apreço à pessoa do atual Presidente Dr. Juarez Moraes Avelar, que com seu bem sucedido dinamismo e dedicação tem contribuído para o aperfeiçoamento e engrandecimento científico da CIRURGIA PLÁSTICA BRASILEIRA.

Faço menção de agradecimento à colaboração e apoio de minha esposa, e em especial dos filhos o Analista de Sistemas Nysten Andrade de Macedo e da Dra. Nancy de Andrade Macedo, que contribuíram na diagramação e revisão deste trabalho.

**Nei Felix de Macedo**

## MENSAGEM DA PRESIDÊNCIA

A publicação do índice Bibliográfico N° 3 representa mais uma laboriosa etapa administrativa da SBCP. Em minha gestão anterior exibimos ao público de nossa comunidade o volume N° 2, transcrevendo as divulgações científicas de 1978 a 1985. Neste estão registrados os artigos publicados de 1986 a 1990, inclusive numeroso contingente dos remanescentes dos anos anteriores.

Minha meta em editar esta obra não foi outra se não a de oferecer aos sócios da SBCP uma valiosa fonte de consulta, na expectativa de que possa contribuir para o enriquecimento e fortalecimento dos canais científicos de nossa especialidade. Fui capaz de imaginar que esta tarefa não seria singular, mesmo porque de nossa publicação anterior obtivemos o resultado e, simultaneamente, a dimensão dos desafios e dificuldades.

Quando convidei o dinâmico colega Dr. Nei Felix de Macedo para a Comissão a ser criada, recebi algumas críticas alusivas à inutilidade de se editar o Index Bibliográfico, uma vez que nossa Sociedade encontrava-se em processo de informatização. Por aquela ótica, os associados poderiam rapidamente receber toda gama de informações na área científica-biblioteca. Na época, nem me abalei com tais ponderações, pois em minha mente sempre pairou a idéia de que o Index Bibliográfico é elemento de muito fácil manuseio e de acesso prático aos membros de nossa Sociedade. Não importa onde o cirurgião plástico resida, a existência deste livro lhe oferecerá substancial informação sobre as publicações científicas dos colegas brasileiros. A matéria cuidadosamente arquitetada quanto a área técnica da especialidade, como em igual critério quanto ao índice de autores, o leitor pode, rápida e facilmente, atingir a matéria almejada. De posse das informações iniciais, o cirurgião plástico poderá requisitar, tanto na Biblioteca da SBCP, quanto em qualquer outra, a publicação original do artigo em pesquisa, para leitura em todas suas nuances. Portanto, considero investimento de muita importância para os Membros de nossa Sociedade. Assim, a consulta inicial torna-se acessível a todos aqueles que adquirirem os exemplares do Index. Pelo raciocínio lógico, imaginamos que essa tarefa não colide, nem desmerece o fabuloso papel da informatização da Biblioteca da SBCP, bem como das demais do país, em cadeia com todas de âmbito universal.

Objetivando divulgação do valor dos Membros da nossa Sociedade no cenário internacional, serão endereçados exemplares desta obra a todas as Sociedades Nacionais de língua latina.

Alegro-me deixar transcrito nesta mensagem meus agradecimentos ao Dr. Nei Felix de Macedo pelo valoroso trabalho desenvolvido durante o período desta gestão, tanto na recepção do material publicado pelos membros da Sociedade, como igualmente na elaboração da disposição gráfica da obra. Além da sua invulgar colaboração, sua amável família, nas pessoas de sua esposa Maria Thereza de Andrade Macedo e seu filho Nysten Andrade de Macedo, desenvolveram significativa cooperação, quer na digitação, quer na arquitetura de todo material. Portanto, meus agradecimentos são extensivos aos entes familiares queridos do Dr. Nei, por concluírem tão expressiva tarefa.

Volto a referir o que disse em discursos pronunciados em eventos da SBCP, de que nenhum progresso científico na área médica teria significado se os maiores beneficiados não fossem os nossos pacientes. Estes, sim, devem receber em grande dose os efeitos promotores da evolução e do progresso da Medicina. Como consequência deste pensamento, vale enfatizar que a vaidade pessoal de cada médico, na busca de nova metodologia e modernas técnicas, não devem ser superior ao papel humano de nossa profissão. Já que o médico é um ser privilegiado em poder aplicar seus conhecimentos para minimizar as dores e sofrimentos de seus semelhantes, deve fazê-lo com altruísmo, fé e confiança em seu saber. De nada valeria dominar a técnica se o médico não pudesse aplicá-la diretamente para reconstruir, física e psicologicamente, seus irmãos.

Sou portador de fé inquebrantável, de esperanças sem limites e, sobretudo, de humildade bastante para reconhecer que a força, de nossa mente alicerçada na gama de informações médicas deve permanecer aberta para que novas conquistas no cenário da especialidade e da Medicina cheguem até nós, a fim de fortalecer nosso espírito e acalentar nossos sonhos.

Transcrevo, a seguir, minha poesia elaborada na calada da noite, quando minhas inquietudes me fazem despertar do sono repousante de mais um dia de produtivo labor.

### O SABER

POUCO VALERIA SABER SE NÃO PUDESSE TRANSMITIR;

POUCO VALERIA TRANSMITIR SE NÃO PUDESSE CONTRIBUIR;

POUCO VALERIA PARTILHAR SE NÃO PUDESSE SOMAR;

POUCO VALERIA SOMAR SE NÃO PUDESSE MULTIPLICAR;

POUCO VALERIA MULTIPLICAR SE NÃO PUDESSE DIVIDIR;

POUCO VALERIA DIVIDIR SE NÃO PUDESSE DIMINUIR A DOR.

O SOFRIMENTO, A ANSIEDADE, A ESPERA, A ANGUSTIA...

AÍ SIM! VALERIA A PENA SABER, SABENDO SABOREAR

O SABOR PELO SABER.

Juarez Moraes Avelar  
Presidente **S.B.C.P.**  
1991

# SUMARIO

## 1. GENERALIDADES

1.1. Relatos e Orientações	08
1.1. História	11
1.1. Pesquisa e Trabalhos Experimentais	11
1.1. Transplantes	11
1.1. Psiquiatria e Problemas Psicológicos	12
1.1. Mal Formações Congénitas	12
1.1. Tumores	13
1.1. Traumatologia	14
1.1. Livros	15
1.1. Anatomia	16

## 2. CONDUTAS CIRÚRGICAS

2.1. Instrumentos e Técnicas	16
2.2. Transplantes Livres	17
2.3. Transplantes Pediculados	17
2.4. Implantes de Próteses	20
2.5. Anestésias	20
2.6. Microcirurgias	20

### **3. CIRURGIA ESTÉTICA**

3.1. Ritidoplastias	21
3.2. Rinoplastias	22
3.3. Mentoplastias	23
3.4. Orelhas em Abano	23
3.5. Abdominoplastias	25
3.6. Lipodistrofias Pelvi-Crural	25
3.7. Lipodistrofias Braquial	26
3.8. Lipoaspiração	26
3.9. Cirurgias Combinadas	30
3.10. Contorno Corporal	32

### **4. PELE E MUCOSA**

4.1. Patologia e Tratamento	32
4.2. Feridas	32
4.3. Cicatrizes	32
4.4. Queimaduras	33
4.5. Expansores	33

## **5. CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO**

5.1. Geral	34
5.2. Crânio e Couro Cabeludo	34
5.3. Pálpebras e Cavidade Orbitaria	34
5.4. Andar Médio da Face	35
5.5. Mandíbula e Articulação Têmporo Mandibular	35
5.6. Nariz	35
5.7. Cavidade Oral	35
5.8. Lábio e Mento	35
5.9. Orelha Externa	36
5.10. Pescoço	38
5.11. Paralisia Facial	38

## **6. LABIO LEPORINO MAXILAR E PALATO**

6.1. Etiologia, Classificação e Generalidades	38
6.2. Tratamento Cirúrgico	38
6.3. Ortodontia e Próteses	38

## **7. MAMAS**

7.1. Hipomastias e Hipertrofias	38
7.2. Técnica Operatória e Reduções Mamarias	39
7.3. Patologia e Reconstruções	42
7.4. Lipoaspiração	44
7.5. Reconstrução de Areola e Mamilo	44

## **8. EXTREMIDADES**

8.1. Mão - Reparações por Afecções Adquiridas	44
8.2. Deformidades Congénitas	44
8.3. Lesões Tendinosas	44
8.4. Amputações	45
8.5. Depuytren e Mão Reumática	45
8.6. Perna e Pé	45

## **9. GENITO URINÁRIO**

9.1. Hipospádias	45
9.2. Reconstrução de.Pênis	45
9.3. Reconstrução de Escroto	45
9.4. Reconstrução de Órgãos Genitais Femininos	45

## 1. GENERALIDADES

### 1.1. Relatos e Orientações

#### **001 ABOUDIB JR., J.H. – Mamoplastia Redutora. Alterações Provocadas pela Gravidez. J. Brás. Ginec. 99(9):395,1989**

Estudos das alterações provocadas pela gravidez em pacientes que foram submetidas a mamoplastia redutora pela Técnica de Pitanguy. Observou-se uma incidência de 81,81% de lactação normal e índice de 92% de satisfação com resultado.

#### **002 ABOUDIB JR., J.H. - Análise de Resultados Tardios em Mamoplastia Pós-Gravidez. Rev. Soc. Brás. Cir. Plast. 4(1):43, 1989.**

Estudos dos resultados com mais de 3 anos de pós - operatório de pacientes abaixo de 32 anos que engravidaram após realização de mamoplastia pela Técnica de Pitanguy, com índices de 81,81% de lactação normal e 92% de satisfação com resultado. As alterações de tamanho e forma foram semelhantes às sofridas por pacientes não operadas.

#### **003 BRANDÃO, H.J.S.; CHAVES FILHO, L.; PRADOS, O.F. - Incidência de Displasia Mamária (Mamoplastia Fibrocística). I- Em 1.000 biópsias Mamária Consecutivas. II- Em 3.000 Mamas Assintomáticas (Mamoplastias Redutoras). J. Brás. Ginec. Rio de Janeiro. 6:289, 1986.**

#### **004 CARDOSO DE CASTRO, C.; ABOUDIB JR., J.H. - Mamoplastia Redutora na Mulher Jovem. Análise Crítica e Evolutiva a Longo Prazo. J. Brás. Ginec. 96:471,1986.**

Análise de 68 pacientes solteiras operadas entre 15 e 25 anos de idade com 03 anos de pós-operatório, com ênfase na manutenção da normalidade das mamas quanto à forma, consistência e tamanho.

#### **005 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - A Ética da Co-Autoria. Rev. Ass. Med. Brás. 32:183,**

O autor faz alguns comentários sobre o u impróprio da co-autoria, mostrando situações onde se quebra a ética através de citações de co-autor que não participaram efetivamente de um Trabalho Científico, baseando-se apenas na sua condição c Chefe de Serviço, bem como situações onde verdadeiros co-autores não são citados, às vezes pelo próprio desconhecimento de uma condição c co-autoria. Apresenta uma série de orientações para a correta citação de co-autores.

#### **006 D'ASSUMPÇÃO, Honorários Médicos. Clínica Pediátrica. Rio de Janeiro. 10:03,1986.**

O autor tece considerações sobre critérios serem estabelecidos na cobrança de Honorária Médicos, fazendo referência especial a paciente-médico ou dependente de médico, onde normalmente honorários não são cobrados criando situações de constrangimento para ambas as partes. Apresenta a sua posição diante destes casos, com sugestão para melhorar o relacionamento médico paciente diante desta problemática.

#### **007 D'ASSUMPÇÃO, E.A. – Necrose Cutâneas em Cirurgia Plástica e se Provável Relação com o Uso de Cigarros. Rev. Ass Med. Brás. - São Paulo. 32:143,1986.**

O autor apresenta alguns casos de cirurgia estética, onde ocorreram necroses que não foram possíveis ser atribuídas a causas cirúrgicas. Com estas necroses ocorreram em pacientes tabagistas' em situações excepcionais, o autor atribui a tabagismo uma provável responsabilidade pelas mesmas, considerando o efeito deletério sobre circulação de extremidades proporcionadas pelo cigarro. Apresenta então algumas normas para serem seguidas em pacientes tabagistas, buscando evitar tais complicações. Sugere ainda estudos mais apurados no sentido de se definir a ação do uso d cigarros em retalhos e extremidades, no que diz respeito a necroses por deficiência vascular.

#### **008 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Perfil do Trabalho do Cirurgião Plástico Brasileiro. (Um levantamento Estatístico d Movimento Cirúrgico). Rev. Soc. Brás. Cir. Plast, São Paulo, (2) :71,1987.**

O Autor apresenta os resultados de uma pesquisa feita por amostragem, entre cirurgiões plásticos brasileiros, objetivando delinear o perfil do trabalho de um cirurgião plástico especialmente no que diz respeito ao número de cirurgias realizadas em determinado período, estabelecendo com isso os valores médios que podem ser aceitos como casuística significativa para trabalhos científicos. Este levantamento foi motivado pelos números demasiadamente elevados que tem sido apresentados em congressos da especialidade, assustando e desmotivando quem não consegue atingir tão fantásticas estatísticas. Conclui pelo levantamento, que na área de cirurgia estética um número acima de 100 (cem) procedimentos idênticos representa um valor cientificamente respeitável.

**009 D'ASSUMPÇÃO, E. A.- O Médico Diante do Paciente Terminal. Medicina Prática. Rio de Janeiro. 1:105,1987.**

O autor faz uma análise da formação do médico, nos bancos universitários, onde ele recebe uma informação bastante direcionada à prepotência, o que lhe dificulta, na vida profissional, o relacionamento com os chamados pacientes terminais. A morte passa a ser, para o médico, uma derrota, um fracasso. Com isso, ele passa por um processo de ocultamento da morte e até da gravidade da doença, para o paciente. Como a condição de sua própria condição patológica, independe da informação de terceiros, o paciente sofre enormemente por não poder falar de seus medos, de suas angústias, àqueles que negam sua condição de terminalidade. Neste trabalho são analisadas as 5 fases pelas quais passa o paciente terminal, objetivando facilitar ao médico, seu relacionamento e uma melhor compreensão do paciente e também de seus familiares.

**010 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Lipoaspiração: Avaliação dos Resultados pelas 3 Pacientes. Rev. Soc. Brás. Cir. Plást. São Paulo. s 2:94,1987.**

O autor fez um questionário a ser respondido por 200 pacientes submetidas à lipoaspiração e com um pós-operatório de mais de 6 meses, objetivando o conhecer a avaliação dos resultados, do ponto de vista das pacientes. Das respostas obtidas, pode-se ter um perfil bastante significativo, dos efeitos deste procedimento cirúrgico, sendo que 80% das pacientes relatavam estar bastante satisfeitas com os resultados obtidos.

**011 DE LUIZ, A.T.S.; PSILLAKIS, J.M. -Pré Intra e Pós Operatório em Cirurgia Crânio Facial. In: Cirurgia Crânio Maxilo Facial. Psiliakis. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Medsi. 1987,5: 47.**

O Autor tece considerações e explica como deve ser feito o planejamento de uma cirurgia crânio maxilo facial. O exame físico detalhado, a avaliação psicológica, as interconsultas com outras especialidades afins e outros cuidados são expostos. Fala também da organização da sala, da equipe, do material cirúrgico e dos cuidados pós-operatórios peculiares a uma cirurgia crânio maxilo facial.

**012 ELY, J.F. - Cirurgia Plástica no Brasil. Fac-Símile Médico. Sorocaba, SP. 1:35, 1987.**

É realizado um percurso superficial sobre fatos que fazem parte da história da Cirurgia Plástica no Brasil, como o Congresso de Cuba (1956) e os Congressos da IPRS em Londres (1959) e Roma (1967). São relatados eventos nacionais, e a evolução da Cirurgia Brasileira é lembrada nos temas de retalhos, enxertos e cirurgia estética. Por fim são lembradas as perspectivas futuras: "Da observação inteligente nascem os grandes avanços da ciência. Certamente muitas maçãs caíram sobre cabeças menos avisadas antes que Newton partisse deste impacto para formular a teoria da gravidade. Observem, registrem, discutam, tragam suas conclusões para os congressos e publiquem a sua experiência, contribuindo assim para o engrandecimento de nossa especialidade".

**013 FERREIRA, L.M.; RAMOS, R.R.; INOJOSA, F.C. - Agenesia de Vagina: Relato de um caso de dilatação uretral pós-coito. Rev. Paul. Med. São Paulo. 104(4):232,1986.**

Os A.A. relatam um caso de Síndrome de Meyer - Rokitansky - Kuster - Hause, por sua raridade, bem como as conseqüências da não inclusão desta patologia no diagnóstico diferencial das amenorréias primárias.

**014 GRANEMANN, A.S.; BINS ELY, J.; PEREIRA FILHO, OJ. - Dinâmica Numa Clínica de Cirurgia Plástica. Caderno de Resumos V Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC. 1988,144:32.**

Os A.A. apresentam aspectos relativos ao desempenho de uma clínica de cirurgia plástica, o seu dia-a-dia, desde a entrevista médica, onde o paciente apresenta seus problemas e, recebe orientações que podem culminar com o procedimento cirúrgico. São enfocados, também, a importância e desempenho de todos os elementos para que se realize um tratamento correto, seguro e gratificante, para o profissional e o paciente. Observando estes preceitos, foram realizados, em um ano e meio de atividades, centenas de procedimentos que variam desde pequenas cirurgias, cirurgias de médio porte e até procedimentos combinados com outras especialidades.

**015 JAIMOVICH, C.A. - Acidente Nuclear Com Césio 137 - Atuação da Clínica de Cirurgia Plástica. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval. Rio de Janeiro. L-I:73,1988.**

O autor analisa o atendimento de pacientes vítimas de acidentes com material radioativo, abordando procedimento para tratamento das lesões cutâneas, prevenção das complicações e cuidados a serem adotados pela equipe cirúrgica. Enfatiza a necessidade de medições sistemáticas dos níveis de radiação e cuidados especiais no que concerne a luvas, gorros, máscaras, óculos, capote? E campos. O artigo aborda desde as alterações provocados pelo radionuclídeo até as medidas a serem adotadas após as intervenções cirúrgicas.

## 1.2. História

## 1.3. Pesquisa e Trabalhos Experimentais

**016 ANDREWS, J.M.; HADDAD, C.M.; RAMOS, R.R.; MARTINS, D.M.F.S.; FERREIRA, L.M. - Morbilidade e Mortalidade Após Injeção de Silicone Líquido em Seres Humanos. F. Med. (BR). São Paulo. 99(2):69,1989.**

São apresentados estudos clínicos e anátomo patológicos de 5 casos de complicações com o uso de silicone injetável. Em 1 caso há o estudo clínico e após o óbito, o quadro histopatológico. Nos outros há o estudo clínico ou revisão de peças de autópsia em pacientes que se haviam submetido a injeção de silicone líquido em vida.

**017 CARRAMENHA, E.; COSTA, M.A.C.; CARRIQUIRY, C.; VASCONEZ, L.O.; e outros. - An Anatomic Study of the Venous Drainage of the Transverso Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap. Plastic Rec. Surgery. Baltimore, U.S.A. 79:208,1987.**

Estudo em cadáveres descrevendo as veias de parede anterior do abdômen relacionadas ao retalho transversal músculo cutâneo do reto anterior do abdômen. A drenagem venosa do retalho quando usado para reconstrução da mama se faz da porção cutânea do retalho para o sistema venoso epigástrico inferior profundo por meio de perfurantes verticais predominantemente peri-umbilicais. Daí o fluxo se dirige para as veias epigástricas superiores profundas desembocando na veia mamária interna. Para maior segurança ao desenhar o retalho é importante incluir nele as perfurantes peri-umbilicais e afinar o retalho na face profunda preservando a fáscia de Scarpa e o sistema epigástrico superficial.

**018 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Um Perfil d Uso das Drogas entre Estudantes Universitários. F. Médica. Rio de Janeiro. 97:3 1988.**

Através de questionário aplicado em um Universidade de MG, o autor procurou levantar questão da toxicomania entre universitária Encontrou índices bastante elevados de usuários d droga, sejam os eventuais, sejam os dependentes superiores a 30% da amostragem examinada. São apresentadas as diversas causas que podem levar o jovem a dependência das drogas e os fatores que podem ser considerados predisponentes ao vício Este trabalho foi feito durante o período em que autor era o Diretor-Médico da Associação Fazendo Renascer, em Belo Horizonte, de recuperação d toxicômanos e alcoólatras.

**019 FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.MCITOHFI, L.M.B.; HOCHMANN, B.S FALZONI, R.; LAREDO FILHO, J. - Irrigação fásquio- Cutânea da Face Anterior do Antebraço,! Médica. (BR). São Paulo. 94(6):373,1987.**

Os A.A. descrevem as características anatômicas da irrigação fásquio-cutânea da face anterior do antebraço Foram dissecados 3 antebraços, verificando-se a existência de dois sistemas arteriais. Sistema de padrão axial e perfurantes. O método utilizado, os resultado obtidos e a sua aplicação cirúrgica são descritos comentados.

**020 FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M LAREDO FILHO, J. - Retalho Fásquio-Cutâneo de Base Distal: Estudo Anatômico Aplicação Clínica nas Lesões do Terço Inferior d Perna e Tornozelo. Rev. Brás. Ortopedia. São Paulo. 22 (5) :127,1987.**

Os A.A. descrevem o estudo anatômico d irrigação fásquio-culânea do terço inferior da perna realizado em 45 cadáveres. O presente estudo possibilitou a realização do retalho fásquio-cutâneo de base' distal, pediculado nos ramos perfurante septo-fásquio-cutâneos. Este retalho soluciona d A hemiatrofia facial é uma entidade complexa, tanto no quadro clínico, quanto no tratamento. O editor deste livro dedicou grande empenho para transcrever, neste capítulo, abrangente estudo quanto às teorias para explicar a gênese da enfermidade, como também das técnicas disponíveis no cenário. Deixa descrita sua proposição cirúrgica baseada no retalho de gálea, para prover maior vascularização.

#### 1.4. Transplantes

#### 1.5. Psiquiatria e Problemas Psicológicos

**021 AVELAR, J.M.; ANGER, A. - Aspectos Psicológicos do Paciente Infantil em Cirurgia Plástica. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo, Hipócrates. 1988,1(1):3.**

O estudo psicológico do paciente infantil merece e exige atenção do médico sob diversos ângulos. Além da criança apresentar profundas alterações em seu mundo interior, tanto nas deformidades congênitas como traumáticas, os igualmente, requerem análise por parte do cirurgião plástico. Toda vez que uma criança está fisicamente imperfeita, os problemas se refletem nos familiares, especialmente nos pais. O capítulo da, com abrangência e profundidade, as considerações pertinentes ao conhecimento do cirurgião plástico.

**022 AVELAR, J.M. - Posición Actual del Estudio Psicológico en la Cirurgia . In: História Ciência y Arte en Cirurgia . Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. Iª São Paulo. 1990,5(1):44.**

Inegavelmente a aparência física do ser humano está diretamente relacionado com o seu mundo psicológico. O autor descreve esta interrelação localizando os pontos principais para o conhecimento do cirurgião plástico. Não só a análise do quadro psicológico como também suas repercussões no relacionamento médico-paciente.

**023 D'ASSUMPÇÃO, E.A.; D'ASSUMPÇÃO, G.M. - Tanatologia. A Assistência aos Doentes Terminais: Uma Nova Especialidade Médico-Psicológica. F. Médica. Rio de Janeiro. 1, 1989.**

A.A. descrevem o trabalho realizado com pacientes terminais, com profissionais de saúde que com estes pacientes, com os familiares destes pacientes e mesmo com as pessoas que, não tendo qualquer problema imediato com a morte, por temê-la, temem também a vida. Mostram os diversos recursos utilizados neste trabalho e definem a Tanatologia (Tantos-morte) que se constitui hoje, nos Estados Unidos e Europa, como uma nova especialidade médico-psicológica, procurando divulgá-la para implantá-la no Brasil.

**024 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - A Extinção do Indivíduo. Humanidades. Brasília.20:48, 1989,**

O autor tece considerações sobre a questão do indivíduo diante da vida e da morte, seus medos e fantasias e procura demonstrar caminhos para uma aceitação da morte como parte integrante da vida. Com isso, busca dar melhores condições de vida às pessoas, propiciando-lhes meios para melhor lidar com as perdas que ocorrem no dia-a-dia de qualquer ser humano.

#### 1.6. Mal Formações Congênitas

**025 ANDREWS, J.M.; RAMOS, R.R.; FERREIRA, L.M. - Displasia Crânio Metafisária. Tratamento Cirúrgico. Neuro Cir. São Paulo. Seara Med. 2:77,1986.**

Apresentando um caso de uma deformidade rara, de origem genética e diagnosticada como displasia crânio-metáfisária, forma recessiva. Pertence a um grupo de Displasia Óssea Crânio Tubular, no qual a moléstia de Pyle esta incluída.. O tratamento cirúrgico deste caso é apresentado e os autores acreditam ser este o segundo caso na literatura no qual o tratamento cirúrgico foi feito com bons resultados.

**026 AVELAR, J.M. - Síndrome de Ireacher-Collins. In: Juarez M. Avelar, Iª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,8(1):249.**

Trata-se de deformidade congênita comprometimento crânio e face bilateralmente, com quadro clínico de fissura crânio-facial. É patologia grave, complexa, a requerer tratamento multi-disciplinar. Na hipoplasia malar bilateral, cujo tratamento proposto pelo autor consiste em rotação dos retalhos de gálea monopediculados nas artérias temporal superficial, combinado à enxertia óssea. O autor faz, ainda, amplo e completo estudo das formas clínicas, das teorias descritas para explicar a etiopatogenia. Descreve também revisão histórica das várias formas de tratamento.

**027 AVELAR, J.M. - Hemiatrofia Facial -Doença de Parry-Romberg. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. Iª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,9(1):257.**

A hemiatrofia facial é uma entidade complexa, tanto no quadro clínico, quanto no tratamento. O editor deste livro dedicou grande empenho para transcrever, neste capítulo, abrangente estudo quanto às teorias para explicar a gênese da enfermidade, como também das técnicas disponíveis no cenário. Deixa descrita sua proposição cirúrgica baseada no retalho de gálea, para prover maior vascularização.

**028 AVELAR, J.M. - Umbilicoplastia na Infância - Conduta Eclética e Estética. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,1(2):395.**

A patologia na região umbilical é muito diversificada, configurando inestética aparência, queixa principal dos pacientes. O autor emprega sua técnica pessoal na abordagem do problema, proporcionando correção da estrutura aponeurótica e deixando inconspícua cicatriz.

**029 BLOCH, R.J.; PSILLAKIS, J.M. Anomalias Congênicas da Mão. Neonatologia Clínica e Cirúrgica. Atheneu. Rio de Janeiro. 1986,1379.**

As deformidades congênicas constituem um desafio aos cirurgiões, estimulando-os a continuar as pesquisas para obter novos conceitos e métodos para a restauração da função. A complexidade neste campo é gerada pela inexistência de informações referentes aos fatores causadores da maioria das deformidades e a frequência das patologias. Os Autores apresentam a Embriologia, Incidência, Classificação Internacional das Deformidades Congênicas, abordando as patologias mais comuns de cada grupo, fornecendo o quadro clínico e a terapêutica clínica cirúrgica.

**030 ELY, J.E; SOUZA, E.P.; LIMA, V.S.;ROCHA, EP. - Polimastia: A Propósito de Um Caso. Caderno de Resumos do IX Congresso da AMRIGS. Golbert, A. et ali. Porto Alegre, RS. AMRIGS. 1989,103.**

Estimulados pela raridade de ocorrência da anomalia, os autores apresentam um caso de polimastia com mama supranumerária acessória completa, unilateral. São revisados alguns aspectos que envolvem esta malformação, discutindo a origem embriológica, incidência, hereditariedade e os aspectos psicológicos da indicação cirúrgica. A tendência ao desenvolvimento de patologias malignas é um alerta para alterações de forma, como o surgimento de nódulos ou mudança de consistência, que constituem fator determinante para a imediata terapêutica cirúrgica. Segue a descrição do caso e do processo cirúrgico adotado que foi planejado de maneira a deixar o mínimo de cicatrizes visíveis, ao nível do sulco sub-mamária. Concluem que é importante a correção cirúrgica da deformidade, especialmente quando ocorrerem sintomas psicológicos, manifestações fisiológicas e desconforto pela sua forma e localização.

**031 HORIBE, K. . Mal Formação Congênicas da Vagina. Anomalia Urogenitais Congênicas. In: Cirurgia Plástica Reconstructora. Orlando Lodovici, Carlos Albert Salvatore, Gilberto Meneses Gois, Walter Bloise, Ed. São Paulo. Sarvier. 1986. (10):98.**

Apresenta aspectos anátomo patológicos clínicos e métodos de reconstrução.

**032 PINHEIRO CORRÊA, J.P.D.; VERA NETO, C.B. - Fissura Crânio Fácil Rara. Rev. Saúde. Órgão Oficial da Secretaria A Estado do Piauí. Teresina, PI. 02:22,1986.**

Mulato, masculino, cinco anos, portador de fissura crânio facial rara, com associação dos tipos III e XI de Tessier a direita e fissura labial completa a esquerda. Nunca havia sido submetido a qualquer tipo de tratamento, o que acarretará grave deformidade facial. Concomitantemente apresentava má formação nas mãos envolvendo partes moles e estruturas ósseas. Primeiro Tempo Cirúrgico: Redução Cruenta da Pré-Maxila (Tec. Croning.). Três meses após, fecho do lado maior da fissura (a Dir.). No mês seguinte: Tratamento da fissura labial a Esf (Tec. Miliard.) e fecho de coloboma (tálpebra sup. dir. (Tec. Mustarde.). Pós-operatório sem anormalidades boa evolução.

#### 1.7. Tumores

**033 CARDOSO DE CASTRO, C.; ABOUD1 JR., J.H. - Neuro- Fibromatose - Relato de Caso Clínico. Rev. Soe. Brás. Cir. Plástica. 2:5: 1987.**

Apresentação de um caso de neuro-fibromatose, com nódulos dimensionados pelo corpo com um apresentando crescimento anormal com 15x25x15 cm na coxa esquerda. Tratamento cirúrgico e avaliação periódica uma vez que transformação sarcomatosa pode acontecer a 19% dos casos.

**034 FARRAPEIRA, A.B.; CAOXETA, R.M. - Carcinoma Espinocelular de Pele. - Um caso especial. Publ. Técnico Científica do Hosp. das Forças Armadas. Brasília. 1:35,1986.**

Os Autores fazem uma revisão sobre carcinoma espinocelular de pele e apresentam um caso de um paciente jovem que apresentou varias recidivas e metástases regionais, tornando necessária à intervenção de equipe multidisciplinar e o uso de técnicas aliadas, inicialmente realizando ressecção seguido de enxertia, rotação de retalho da vizinhança, de couro cabeludo e tendo sido utilizado no caso retalho mio-cutâneo do grande peitoral, bilateralmente para a reconstrução da face.

**035 FARRAPEIRA, A.B.; SILVA, S.R; CARDOSO, J.B.; CARPANEDA, C.A. -Noevus Lipüinatosus Cutaneus Superficialis. Publ. Tec. Científicas do Hosp. das Forças Armadas. Brasília. 1:123,1986.**

Os Autores apresentam um caso de Naevus Lipomatosus Cutaneus Superficialis, também conhecida como "Naevus de Hoffmann e Zuhelle". Trata-se de uma jovem de 22 anos que apresentava ao nível da região glútea dir. vários nódulos e pápulas, a maioria confluyente de superfície verrucosa de cor semelhante à pele normal atingindo até 1 Cm de elevação em relação à pele circunjacente. Foi realizada retirada cirúrgica de 5 fragmentos elípticos contendo as lesões, com aproximação simples das bordas, sem necessidade de enxertos ou mobilização de retalhos. A confirmação diagnóstica foi dada pelo exame Histológico, onde se encontrou tecido adiposo ectópico no corio que é a característica da patologia.

**036 SADDY, E.M.V; AZULAY, R.D.; CRUZ, A.C.; PAXECO, D.A.; MARX, H.J.A.;SILVA, H.H.O.; ABADIA, I.; SARMENTO, M.R.S.; GOMES, S.E. - Neuro Fibromatose (III). Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro. 1986, 61(1):9.**

Estudamos 11 pacientes portadores de neurofibromatose já previamente diagnosticada: Oito estavam em acompanhamento ambulatorial e 3 foram estudados através de necropsia. Submetemos os oito pacientes, ambulatoriais a exames neurológicos, eletroencefálico eletromio-gráficos, audimétricos e avaliações psicométricas. Procuramos chamar atenção para o paciente como um todo, e não como um simples portador de lesões aparentes. Demos ênfase ao apoio psicológico que deve ser dado ao paciente e a seus familiares. Os nossos achados corresponderam aos da literatura, apenas não encontramos retardo mental nos nossos pacientes.

**037 SADDY, E.M.V.; MARCHIORE, E.;ABADIA, I.; AZULAY, R.D. -Neurofibromatose (IV). - Coluna Vertebral e seu Conteúdo, Tórax e Ossos Longos. Anais Brás. Dermatologia. Rio de Janeiro. 1986,61(2):63.**

Estudamos 11 pacientes portadores de neurofibromatose, já diagnosticada. Seis pacientes pertenciam ao sexo masculino, quatro brancos, quatro pardos e três negros. O mais jovem tinha 17 anos e o mais idoso 53 anos. Submetemos os oito pacientes ambulatoriais a exames clínicos e radiológicos e os três restantes foram estudados através de suas necrópsias. Os nossos achados corresponderam aos da literatura.

**038 SADDY, E.M.V; ABADIA, I.; AZULAY, R.D.; MARCHIORE, E.; ABADIA, I.;YAMANI,R. - Neurofibromatose (V) - Olho e Crânio. Anais Brás. Dermatologia. Rio de Janeiro. 1986,61(3):125.**

Estudamos 11 pacientes portadores de neurofibromatose, já diagnosticada. Seis pacientes pertenciam ao sexo masculino, quatro brancos, quatro pardos e três negros. Os mais jovem tinha 17 anos e o mais idoso 53 anos. Submetemos os oito pacientes ambulatoriais a exames clínicos, oftalmológicos e radiológicos e os três restantes foram estudados através de suas necrópsias. Os nossos achados corresponderam aos da literatura.

#### **1.8. Traumatologia**

**039 ABRAMO, A.C.; VIOLA, J.C. -Aplicações da Cirurgia Plástica nos Traumatismos da Face. Rev. Brás. de Cirurgia. Rio de Janeiro. 77:71,1987.**

A aplicação dos princípios básicos da cirurgia plástica, para correção dos traumatismos da face imediatamente após o mesmo, apresenta a vantagem de poder prevenir a formação de cicatriz residual de aspecto vicioso apresentando a necessidade posterior de novas cirurgias para sua correção.

**040 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Traumas da Face. In: Cirurgia de Urgência. Lázaro da Silva, A. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Medsi. 1986,554.**

O Autor faz uma descrição da propedêutica, terapêutica e cuidados gerais nos traumatismos de face.

**041 FERREIRA, L.M.; NICOLETTI, S J.;HOCHMANN, B.; LAREDO FILHO, J.;ANDREWS, J.M. - Utilização da Fixação Externa de Hoffmann em Retalho Fásquio-Cutâneo Cross-Leg. F. Médica. (BR). São Paulo. 97:95,1988.**

É descrita a utilização da fixação externa de Hoffmann em paciente portador de fratura de tibia associada a grave lesão de partes moles, com grande perda de substância do terço médio e inferior da perna, associada a exposição óssea. A reparação foi realizada através de retalho fásquio-cutâneo da perna contralateral, fixado através do aparelho de Hoffmann. O resultado e os comentários são discutidos, assim como as vantagens do método com relação a outras técnicas de retaliação e imobilização.

**042 FERREIRA, A.C.; FERREIRA, L.M. -Artrodesis de Cadera. Cirurgia Menor. Anais V Congreso Cubano de Ortopedia y Trauma-tologia. 1987.**

#### 1.9. Livros

**043 AVELAR, J.M.; YLLOUZ, Y.G. Lipoaspiração. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986.**

Por se tratar de uma conquista científica que veio revolucionar a cirurgia plástica e trazer soluções a alguns problemas até então com resultados desfavoráveis, a lipoaspiração exige muito conhecimento e preparo do cirurgião para realiza-la corretamente e obter resultados satisfatórios para o médico e paciente. Sentimos a incumbência de relatarmos sua história desde seu aparecimento, bem como a aparelhagem necessária, seleção de pacientes, documentação fotográfica, técnicas, curativos e evolução pós-operatória, pois entendemos que o critério da avaliação pré-operatória, o conhecimento das repercussões metabólicas e seleção dos pacientes constituem base fundamental ao sucesso da cirurgia.

**044 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Os que Partem, Os que Ficam. Belo Horizonte, MG. Ed, O Lutador. 1987.**

Este livro reúne toda a temática dos cursos "Superação do Sofrimento", coordenado e administrado pelo autor, há mais de 5 anos. Nele estão informações e meios para as pessoas superarem seus sofrimentos, especialmente quando estão relacionados a perdas, e destas, a maior delas que é a perda da vida, a morte. São analisadas as causas do medo da morte em nossa sociedade, o processo psicológico vivido pelos pacientes terminais, os recursos utilizáveis pelas pessoas que sofreram uma perda de um ente querido e não conseguiram superar esta perda.

**045 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Conheça a Cirurgia Plástica. São Paulo. Ed. Ícone, 1990.**

O autor faz uma sucinta viagem pela cirurgia plástica, tanto reparadora como estética, mostrando sobretudo para o médico não especialista e para o leigo ávido de informações, o que a cirurgia plástica pode e não pode oferecer, Mostra os cuidados pré e pós-operatórios das cirurgias mais comuns, a época ideal para a correção de defeitos congênitos, as condutas a serem tomadas diante de uma pessoa que sofre uma queimadura. Procura ser um livro informativo porém bastante prático e acessível a quem não conhece desta especialidade.

**046 FARIA, R. – Cirurgia Plástica Urogenital. 1ª Ed. Livraria Editora Santos. SP. 1987,322.**

O Autor estuda sucintamente a embriologia etilogia e patogenia das mal formações congênita da genitália externa masculina e feminina. Descrevi o tratamento das hipospadias (Tec. de Leveuf Wehrbein, etc.) da uretra curta, supra numeraria atrésica, etc. Das hepispadias, da extrofia vesical e demais mal formações congênitas: Fimose, Ectopitesticular, Criptorquidias, etc. Estuda toda a gama; de deformidades adquiridas da genitália masculina e feminina bem como os princípios básicos e geral do tratamento. Estuda clinicamente os quadros de hermafroditismo (disgenesia gonadal) e orientação terapêutica. Aborda as características do Sexo I discorre sobre o transexualismo abordando o perfil psicológico, teorias etiológicas, a sua situação na sequência da initersexualidade e seu tratamento cirúrgico. |

**047 MACEDO, N.R.; PSILIAKIS, J.M.; ELY, J.F. - índice Bibliográfico 2. Soc. Brás. Cirurgia Plástica. Ed. Soe. Brás. Cir. Plast. São Paulo. 1986.**

Os autores fazem um trabalho de pesquisa bibliográfica dando continuidade ao Vol. I, abrangendo o período de 1979 a 1985, registrando seiscentos e cinco trabalhos científicos editados por cirurgiões plásticos brasileiros filiados à SBCP. Nesta edição foram configurados novos capítulos da cirurgia plástica evidenciando os grandes avanços da especialidade na medicina brasileira. Acrescenta um suplemento do Vol I, com publicações que não foram registradas naquele período.

#### 1.10. Anatomia ícone.

**048 AVELAR, J.M.; BOCCHINO, F. -Anatomia da Orelha. In: Cirurgia irurgia plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,2(1):283.**

Mesmo que seja estudo estético, o estudo da erece . anatomia do pavilhão auricular está objetivamente abordado ao bom nível de compreensão e aplicação aos médicos interessados na cirurgia da orelha. A distribuição caprichosa dos relevos, saliências e reentrâncias, fazem do órgão um meio de , identificação individual.

**049 PADOVEZ, J.C. - Anatomia da Mama. In; Cirurgia Plástica da Mama. Liacyr Ribeiro Editora 1ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Medsi. 1989, 2:37.**

É descrita a anatomia da glândula mamaria, dividida em estrutura, desenvolvimento e crescimento, anomalias, irrigação sanguínea, drenagem linfática, inervação, aréola, mamilo e mama masculina. Contem ilustrações

## 2. CONDUtas CIRÚRGICAS

### 2.1. Instrumentos e Técnicas

**050 AVELAR, J.M. - Preparación del Paciente para las Intervenciones In: História Ciência y Arte en Cirurgia Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990,6(1) :50.**

A Cirurgia Plástica requer por parte do profissional cuidadoso preparo de seu paciente antes de conduzi-lo à cirurgia. Sobre esta ótica o autor descreve minuciosamente somente sua rotina de trabalho considerando que seja fundamental importância para o cirurgião plástico. Desde o diálogo, exame físico e uma relação mínima de exames pré-operatório estão descritos.

**051 AVELAR, J.M. - Importância de la Comunicación Fotográfica - Propuesta de Padronización en la Cirurgia Estética. In: Historia Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990,7(1):61.**

A descrição do autor constitui mais um alerta a sua preocupação pessoal com a classe dos cirurgiões plásticos para atentarem à importância da documentação fotográfica de todos os pacientes. Ressalta ainda que as fotografias pré-operatórias devem acompanhar a intervenção para inclusive oferecerem colaboração quanto a detalhes físicos de muito valor. A par disto enfatizar o grande significado para a apreciação do resultado no pós-operatório

**052 CHEFFE, L.O. - O Extrator Vibratil ou Vibro-Extrator: Um Complemento nas Suturas de Mamoplastias e Abdominoplastias. Anais XXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro. Ed. SBCP. 1990,103.**

O autor apresenta complicações de suturas simples para aproximação do tecido subcutâneo. Para evitar tais problemas vem adotando suturas contínuas com náilon monofilamentar números 2-0 e 3-0, subdermica e intradermicamente (duas camadas de sutura). Para a retirada dessas suturas utiliza aparelho vibratili, confeccionado com vibrador para massagens, adaptado para tração dos fios de sutura. O estímulo tátil vibratório diminui a sensibilidade dolorosa (Princípio dos portões medulares para controle da dor) e a vibração facilita a retirada dos fios de sutura.

**053 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Knot-Holding Scissors. Aesth. Plast. Surg. USA. 12:119,1988.**

O autor apresenta um instrumento por ele idealizado, e que reúne numa só peça uma tesoura e uma ponta em platô que permite ao auxiliar de cirurgia, reter o primeiro nó, para que não deslize, até que o cirurgião dê o segundo nó, o qual firmará definitivamente o ponto dado. Em seguida, sem movimento de troca de instrumento, o auxiliar pode cortar o fio, com significativa redução do tempo de cirurgia. Este instrumento pode ser encomendado na firma Richter de São Paulo, que o fabrica.

**054 GONZALAS, R.; SPINA, V. • Enxertia de Gordura Lipo-Aspirada: Detalhes Técnicos e Instrumental. Rev. Brás. Cir. 76:243, 1986.**

Os A. A. apresentam um sistema para enxertia de gordura lipo- aspirada composto de seringa metálica com êmbolo regulável e um frasco coletor. Apresentam detalhes técnicos e alguns parâmetros. Para o sucesso da cirurgia é apresentado follow-up variável em 121 locais com bom resultado.

**055 VALENTI, T.; CHEFFE, L.O. -Principais Fios de Sutura - Revisão. Acta Médica - ATM 88. Porto Alegre, RS. Pont. Univ. Cat. RGS. 16,1988.**

Os A.A. apresentam uma revisão sobre os diversos tipos de fios de sutura.. Abordam aspectos sobre sua classificação, apresentação, propriedades e indicações

## 2.2. Transplantes Livres

**056 GUIMARÃES, A.S.C. - Retalhos. Júlio Hochberg. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Medsi. 1990,39:781.**

O autor apresenta o histórico do retalho inguinocrural, mencionando os autores que o descreveram pela primeira vez, como os autores que o associaram ao osso da crista ilíaca transplantando-o pela técnica microcirúrgica. Descreve em detalhes a anatomia, o planejamento a elevação e a transferência do retalho. Tece considerações sobre a área doadora, e fala das aplicações clínicas e das complicações.. Finaliza com a discussão comparando o retalho descrito com outros que teriam aplicações semelhantes.

## 2.3. Transplantes Pediculados

**057 AVELAR, J.M. - Retalho da Fascia Craniana (Gálea). Anatomia, Planejamento e Aplicação Cirúrgica. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,6(1):314.**

O capítulo descrito exhibe minuciosas considerações anatômicas, atentando às artérias tempot superficial e auricular posterior. O arco de rotação bem como as múltiplas indicações, são apt sentadas detalhadamente. As principais indicações são: Reconstrução auricular primária (ho empregada em casos excepcionais); complexas reconstruções auricular secundária, traumático tratamento de eventuais complicações p reconstrução auricular; correção cirúrgica t severas deformidades crânio-faciais (Treache Coilins, hemiatrofia facial, reconstrução nasal Trata-se de recurso de amplas variedades l aplicação, aprimorando os resultados estéticos reconstrutivos.

**058 AVELAR, J.M. - Empleo de Colgajosi Faseia o Gálea en la Corrección il Contorno Facial - Técnica de Avelar. In: Histori Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez I Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. São Paul Hipócrates. 1990,3(1):343.**

O autor descreve técnica pessoal na qual retalho de Gálea é utilizado para o tratamento ( correção de diversas deformidades crânio-faciai como: Reconstrução Auricular, Síndrome i Treacher-Collins. Hemiatrofia Facial entre outn imperfeições comprometendo o esqueleto osseo partes moles.

**059 CALIXTO, C.A. - Fasciocutaneous Flaps Anátomo Clínical Study. Trans. IX Inter. Congress of Plast. and Reconst. Surg. New Delhi - Índia - Tata Mcraw Hill Publishing Comp. Ltda.1987,136.**

A fisiologia dos retalhos fasciocutâneos definida com a evolução dos retalhos cutâneo musculares e miocutâneos. O estudo anatómico d sistema arterial é realizado em diferentes áreas í corpo. A seguir uma série de 23 retalhi fasciocutâneos, foi realizada em diferentes área d corpo, para tratamento de lesões no terço inferk da perna em 16% e 84% para tratamento di sequelas de queimaduras ao nível das articulaçõe A técnica deste retalho, é descrita com su; vantagens e indicações. A incidência d complicações foi mínima, nesta série, em qu apenas um paciente apresentou sofrimento d terço distai do retalho.

**060 ELY, J.F.; SOUZA, E.R; ROCHA, F.I ELY, P.B. - The Use of the Double Opposite Z Flap with V - Y Advancement in Treating Retracted Scar Tissue. Abstract Book of the XXVII World Congress of the International College of Surgeons. Rosenberg, D. São Paulo. 1990,59.**

Retracted scar tissues located in higly mobile and functionally important cutaneous regions led us to study the best options for treatment. Based on the studies of Blair, Mustardé and Converse to release the epicnathal fold (a double opposite Z-plasty), complemented by modifications described by Hirshowitz, Rousso and Wexier (interpolation of a 5 th flap of healthy skin in the original scar line) aiready used in other áreas, we appiied the double opposite Z with V-Y advancement (Tive flap procedure"). The double opposite Z technique with V-Y advancement proved advantages in treating briddie scar tissue retractions since its substitutes the scar contracture line by several small zig-zag flaps which interrupt the tension line and alongate the scar. The interposition of a fifth flap with V-Y advancement allows the introduction of one wedge of healthy skin between scar tissue segments.

**061** ELY, J.E; SOUZA, E.R; ROCHA, ER; ELY, RB. - Treatment of Deforming Cervical Retractions with Epaulette Flap in one Surgical Procedure. Abstract Book of the XXVII World Congress of the International College of Surgeons. São Paulo. International College Of Surgeons. Brazilian Section. 1990,59.

The epaulette flap has an important place in treating extensive post-burn mentosternal retractions. Described by Mutter in 1842 and divulged by Iturraspe in 1951, Ely in 1965, Jabalezin 1971, and Arrufe in 1978, the flap is traced on the shoulders up to the deltoid region, and its pedicle lies close to the neck. It presents the advantage of taking skin similar to that of the cervical region, and interrupting the longitudinal retraction line. The main disadvantages are a new scar on the shoulders and some lack of definition of the cervical-mentonian angle. Based on the results it is concluded that this technique is an interesting option in the armamentarium for cervical retractions, especially taking into account its applicability at any surgical center without need for special facilities and instruments.

**062** FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J. Retalho Fásquio-Cutâneo de Pedículo Distal em Perdas de Substância do Terço Inferior da Perna. Anais do V Ortra - Atualização em Ortopedia e Traumatologia. 1986.

**063** FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J. Retalho Fásquio-Cutâneo em Perdas de Substância do Terço Superior e Médio da Perna. Anais do V Ortra -Atualização em Ortopedia e Traumatologia. 1986.

**064** FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J. - Retalho Faseio. Anais XXV Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia. Fortaleza, CE. 1986.

**065** FERREIRA, L.M.; RAMOS, R.R. -Retalho Faseio-Cutâneo Axial na Reparação das Perdas de Substância da Perna. Anais XXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Belo Horizonte, MG. 1986.

**066** FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; YOKO, L.M. - Retalho Fásquio-Cutâneo de Pedículo Distal para Lesões do Terço Inferior da Perna: Estudo Anatômico e Clínico. Anais do XXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Belo Horizonte, MG. 1986.

**067** FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J. Colgajo Fásquio-Cutâneo Axial em La Perdida de Substância de La Pierna. Anais V Congreso Cubano de Ortopedia y Traumatologia. 1987.

**068** FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J.- Retalho Fásquio-Cutâneo de Base Distal: Estudo Anatômico e Aplicação Clínica nas Lesões do Terço Inferior da Perna e Tornozelo. Anais V Congreso Cubano de Ortopedia e Traumatologia. 1987.

**069** FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J. - Irrigacion Fásquio-Cutânea de La Cara Anterior Dei Antebraço: Estúdio Anatômico y Aplicacion Clínica. Anais V Congreso Cubano de Ortopedia y Traumatologia. 1987.

**070** FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J. - Reparação do Terço Distal da Perna. F. Médica. São Paulo. 92(5):317,1986.

Foram realizados 6 retalhos fásquio-cutâneos de base distal pediculados nas perfurantes septo-fásquio-cutâneos de circulação inversa através da artéria tibial posterior, em 6 pacientes portadores de perda de substância do terço antero-distal da perna associados à osteomielite.

**071 FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J.; RAMOS, R.R. -Retalho Fascio-Cutâneo Axial na Reparação das Perdas de Substância da Perna. F. Médica. São Paulo. 93(4):261,1986.**

Os A.A. descrevem 7 retalhos fasciocutâneos pediculados na denominada artéria crural superficial, para cobertura das perdas de substâncias associadas a fraturas, pseudoartrose e osteomielite do terço superior e médio da perna. A técnica cirúrgica e as vantagens destes retalhos fásocio-cutâneos são descritas e comentadas.

**072 FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; RAMOS, R.R.; LAREDO FILHO, J. -Reparação de Lesões Axilares com Retalho Fásocio-cutâneo Tóraco-Dorsal: Relato de Um Caso. F. Médica. São Paulo. 93(4):247,1986.**

Os autores descrevem a utilização de um retalho fásocio-cutâneo toraco-dorsal pediculado no ramo superficial da artéria tóraco-dorsal e da artéria para escapular, para reparação de uma brida axilar pós-queimadura.

**073 FERREIRA, L.M.; HOCHMANN, B.S.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J.;FALZONI, R. - Fasciíte Necrotizante de Joelho e Coxa. Reparação com Retalho Fásocio-Cutâneo. F. Médica. São Paulo. 94(6):377,1987.**

É relatado 1 caso de paciente vítima de acidente motociclístico, onde sofreu trauma no joelho E., evoluindo para fasciíte necrotizante em quase todo o membro inferior. São descritas a conduta terapêutica realizada e a reparação da perda de substância através de retalho fásocio-cutâneo.

**074 FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J. - Retalho Fásocio-Cutâneo Supra-Clavicular: Estudo Anatômico e Aplicação Clínica. F. Médica. São Paulo. 95(5):303, 1987.**

É descrito um retalho fásocio-cutâneo supra clavicular para a reparação da perda de substância pós ressecção da região cervical. As características anatômicas da circulação deste retalho e a sua aplicação são descritas e comentadas.

**075 FERREIRA, L.M.; HOCHMANN, B.S.; ANDREWS, J.M. - Fasciíte Necrotizante de Joelho e Coxa. Reparação com Retalho Fásocio-Cutâneo. Anais V Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC. 1988.**

**076 FERREIRA, L.M.; HOCHMANN, B.S.; ANDREWS, J.M. - Utilização da Fixação Externa de Hoffmann com Retalho Fascio Cutâneo Cross-Leg. Anais V Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC 1988.**

**077 MARCHINI, F.B.; FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M. - Reparação de Lesões Axilares com Retalho Fásocio-Cutâneo Tóraco Dorsal: Relato de um caso. Anais XXIII Congress Brasileiro de Cirurgia Plástica. Belo Horizonte MG. 1986.**

**078 RAMOS, R.R.; ANDREWS, J.M, LAREDO FILHO, J.; FERREIRA, L.M. Uso do Retalho Músculo-Cutâneo do Músculo Gastrocnêmio nas Fraturas Expostas da Perna e do Pé. Folha Médica. São Paulo. 94(3):125,1987.**

Os A.A. apresentam 11 pacientes portadores de 12 fraturas expostas tratadas pela técnica do retalho músculo-cutâneo do músculo gastrocnêmio Descrevem a técnica e suas vantagens frente aos resultados obtidos.

**079 RAMOS, R.R.; ANDREWS, J.M LAREDO FILHO, J.; FERREIRA, L.M. Complicação Infecciosa Grave em Retalho Músculo Cutâneo Apresentação de Um Caso Folha Médica. São Paulo. 94(31):143,1987.**

Os A.A. apresentam o caso de um paciente diabético portador de osteomielite crônica de tíbia Submetido à sanerização e rotação do retalho músculo-cutâneo do gastrocnêmio e que no pós operatório apresentou complicação infecciosa grave. Descrevem o tratamento empregado e evolução do caso.

**080 RZESZETKOWSKI, B.S.; FERREIRA L.M.; CHOIFI, L.M.; FALZONI, R. Retalho Fásocio-Cutâneo do Antebraço para as Lesões do Cotovelo: Estudo Anatômico. Anais XXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica Belo Horizonte, MG. 1986.**

**081 SOUZA, E.E; MORO, RA.; SORRENTINO, M.; ELY, J.F. - Retalho Miocutâneo de Glúteo Máximo: Aplicação Clínica nas Úlceras de Pressão Sacras e Isquiáticas. Rev. Soe. Brás. Cir. Plast. São Paulo. 3:49,1988.**

Este trabalho descreve o emprego do retalho miocutâneo de Glúteo Máximo no tratamento das úlceras de pressão sacra e isquiáticas. São apresentadas as bases anatómicas, variações no emprego deste trabalho, abordados detalhes de técnica cirúrgica, cuidados pré e pós-operatórios. São avaliados os resultados de 14 casos, ênfase dada aos cuidados de prevenção das úlceras de pressão, antes e após a cirurgia reparadora.

**082 TEIXEIRA AGUIAR, A.C. – Plexo Braquial: Abordagem Cirúrgica, Retalhos Anatómicos.. Rev. Brás. de Ortopedia. 21:06, 1986.**

O autor procura mostrar os 10 principais pontos anatómicos para abordagem cirúrgica do plexo braquial. O material de trabalho consiste de oito dissecções anatómicas. Procura explicar, através de referências anatómicas pesquisadas, os achados anátomo patológicos, assim como as condutas cirúrgicas empregadas no tratamento das lesões i traumáticas do plexo braquial.

#### **2.4. Implantes de Prótese**

#### **2.5. Anestesia**

**083 MAGALHÃES, H.H.; AVELAR, J.M. - Anestésias en las Intervenciones Estéti-' cãs. In: História, Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. 1<sup>a</sup>, Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990,8(1):67.**

1 Os A.A. descrevem a conduta anestésica em cirurgia estéticas dando ênfase à avaliação pré-ope-ratória, pré-anestésico, anestesia propriamente dita e acompanhamento nos pós-operatório. A imensa maioria dos procedimentos em cirurgia estética são realizados com sedação associada à anestesia local. Por esta ótica a participação e atuação do anestesista revestem-se de imenso significado para a segurança do ato operatório.

**084 SALDANHA, O.R.; CAVALCANTI, M.A.; BERNARDES, A.B. Mastoplastia com Bloqueio Intercostal. Rev. Brás.Cir. Plast. 3:68,1988.**

Os A.A. apresentam um estudo de 40 casos operados de mastoplastia (mastopexia de aumento e de redução) com bloqueio intercostal. Mostram a importância de uma boa sedação assistida pelo anestesista, para melhor execução da técnica e segurança do paciente. Relatam a experiência em quase todas as mamoplastias. comentam a facilidade na execução do bloqueio, segurança na eficácia, menor risco anestésico e tempo de hospitalização reduzido.

#### **2.6. Microcirurgias**

**085 BINS ELY, J. - Lê "Manchon Veineux" Dans La Reparation Dês Nerfs Périfhériques. Resumedes coiiinunications dans la tournées de printemps. (Société Française de Chirurgie Plastique e Reconstructive). Bruxelles, Belgique. 60:59,1986.**

Lês auteurs décrivent une thecnique de réparation nerveuse basée sur l'utilisation d'un segment ("enveloppe veineuse") de veine pour assurer la contention et l'isolation du nerf sectionné. L'utilisation d'un segment veineux ("enveloppe veineuse") permet de realiser une réparation sans matériel de suture synthétique et une anastomose de dimension moins étendue qu'avec lês autres techniques (suture épineurale, interfasciculaire et périneurale). Lê pouvoir d'isolation de cê névrome par la veine est considérable et ceci même pour dês névromes terminaux.

**086 BINS ELY, J.; CALTEAUX, N.; AYRES, C.V; LEMOS, E.L.; CAPANELLA, E.L.; MARCHIORI, R.C. - Utilização do "Envelope Venoso" nas Reparações Micro-Cirúrgicas com Perdas de Substância em Nervos Periféricos.. Revista de Ciências da Saúde (UFSC). Florianópolis, SC. 7:177,1988.**

Os A.A. apresentam a técnica do "Envelope Venoso" sendo utilizado em 2 diferentes situações: traumas nervo-periféricos "sem perda de substância" e "com perda de substância". Os objetivos da neuroanastomose são dar melhores condições possíveis à fibra para que o crescimento do axônio e da mielina não sejam freados por interferência de tecidos vizinhos e nem por corpos estranhos (pontos). Com o "Envelope Venoso" foram obtidos resultados que satisfazem ambos. Na 1<sup>a</sup> parte "sem perda de substância" o segmento venoso envolve 2 cotos sendo desnecessário utilizar pontos na coaptação. Na 2<sup>a</sup> parte "com perda de substância" o segmento de veia substitui o tradicional enxerto de nervo devendo ultrapassar um pouco cada coto servindo apenas como "orientador axonal".

**087 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S.; PEREIRA FILHO, OJ. - Microcirurgia Tubária. Anais XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Blumenau, SC. 174:112,1989.**

Os A.A. fazem uma apresentação de casos, constituídos por mulheres em idade fértil, porém, haviam todas se submetido à ligadura tubária. Desta forma, indicou-se a recanalização tubária, após ampla anamnese levantando os motivos que justificassem tal procedimento. O tempo decorrido do procedimento inicial (ligadura) até a recanalização também foi levado em consideração nos resultados tardios. Deste modo se faz uma análise, quanto aos aspectos psicológicos, tendência atual no comportamento da sociedade bem como a atuação da cirurgia plástica neste campo micro-cirúrgico.

**088 TEIXEIRA AGUIAR, A.C.; VUONO, E.; LOURES, G.; CAVALCANTE, L.; MEIRELES, M.; CANONGIA, P.M. - Microcirurgia nas Lesões Complexas dos Membros. Nota Prévia. Medicina de Hoje. 7:446,1981**

### **3. CIRURGIA ESTÉTICA**

#### **3.1. Ritidoplastias**

**089 ABOUDIB JR., J.H.; GATTORNO, M.; CUPELLO, A.M. Ritidoplastias. Opções Técnicas. Rev. Brás. Cir. Rio de Janeiro. 76(5):307,1986.**

Os autores descrevem sua conduta para o tratamento das diversas deformidades faciais, analisando as possíveis indicações de diferentes tipos de procedimentos auxiliares a ritidectomia, principalmente quanto a região cérvico facial.

**090 AVELAR, J.M. Reverse Lower Blefaroplasty: New Approach. Aest. Plast. Surg. São Paulo. 12:42,1988.**

O autor descreve sua nova técnica para o tratamento da pálpebra inferior. A ressecção cutânea é extensa deixando imperceptível cicatriz no sulco pálpebra malar.

**091 AVELAR, J.M. - Creation of a Natura Tragus in Rhytidoplasty. Annals of the International Symposium Recent Advances in Plastic Surgery. São Paulo. 1989.**

O autor preconiza sistematização técnica para recriar o tragus configurando-lhe aspectos naturais ao resultado estético. Cria um retalho cutâneo o qual é desengordurado e suturado à cartilagem do tragus.

**092 AVELAR, J.M. - Recientes Adelantos Quirúrgicos en las Ritidoplastia J Cervico-Faciales. In: Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez M. Avelar & Ernesto I Malbec. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990 3(1):294.**

O autor descreve as mais avançadas técnica para complementar as ritidoplastias cérvico facial Lembra a importância da indicação precisa deste avanço, onde divide didaticamente o tratamento para as rugas fronto-glabeles, lipectomia sub-mandibular e sub-mentoneana, tratamento do platismo do SMAS, lipoaspiração, expansão tissular rápida intra-operatório e ritidoplastia sub periostal.

**093 AVELAR, J.M. - Princípios Fundamentais en las Ritidoplastias. In: Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez M Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. São Pauk Hipócrates. 1990,2(1):281.**

É fora de dúvida que a Ritidoplastia é um dos principais procedimentos de cirurgia estética, requer do profissional todo o empenho para obter resultado natural sem deixar estigma cirúrgicos. Descreve sua metodização ressaltando todos os detalhes trans-operatórios.

**094 CARDOSO DE CASTRO, C. - Conceito Atual da Ritidoplastia Cérvico-Facia Rev. Soc. Brás. Cir. Plast. São Paulo. 1(1):49,19**

Os resultados das cirurgias para rejuvenescimento facial melhoraram muito nos últimos anos, no que se refere a qualidade naturalidade e durações. Para cada paciente existe uma cirurgia indicada, nunca se devendo realizar um procedimento maior que o necessário evitando-se extrapolar os limites de cada um. O bom censo no pré-operatório vai levar a opção de um procedimento adequado quanto a indicação e técnica.

**095 CARDOSO DE CASTRO, C. - The Role of the Superficial Muscle Aponeurotic System in the Face Lift. *Annals of Plastic Surgery*. 1986,16(4):279.**

Um estudo de 10 pacientes submetidos a dissecação unilateral do sistema músculo aponeurótico superficial da face (S.M.A.S.), é discutido. De acordo com os diferentes resultados obtidos no pós-operatório, as pacientes foram classificadas em 3 grupos com ações e valor do tratamento do S.M.A.S. No Face Lift, são discutidos, baseados nos resultados obtidos.

**096 CARDOSO DE CASTRO, C. – Lifting Cervical. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. 1986,31:174.**

Amplio estudo sobre as técnicas para tratamento das deformidades cervicais.

**097 CARDOSO DE CASTRO, C. – Cirurgias Complementares do Rejuvenescimento Facial. In: *Cirurgia Plástica Reparadora e Estética*. Méiega, S.M.; Zanini, S.A. e Psiliakis. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Médico Científica. 1988, 595.**

Apresentação de maneira didática dos procedimentos sobre as estruturas profundas, músculos, platismas e lipectomias faciais.

**098 CHEFFE, L.O. - Rhytidoplasty in the nho para "Pseudo-Obese" Patient: A Group with estigma Specific Characteristics and Management. *Rev. .ssaltando Soe. Brás. Cir. Plast.* 4:75,1989.**

O autor denomina "pseudo-obesos" um grupo de pacientes que perdem as características de obesidade ocasionada por grande flacidez, com a ritidoplastia ampliada e associada. Nesses pacientes utiliza descolamentos extensos, para gordurosas submentonianas e cervicais, mito nos gordurosos faciais, lipoaspirações faciais e mialidade do platisma. Destaca manobra existe de introdução das mãos sob a pele cervical descolada para verificar a simetria de pressário descolamento, eliminar bridas e fazer manobra de , q expansão cutânea rápida transoperatória. Cita casuística de pacientes "pseudo-obesos" e apresenta resultados.

**099 CHEFFE, L.O. - Rhytidoplasty in the "Pseudo-Obese" Patient: A Group with Specific Characteristics and Management. *Aesthetic Plastic Surgery*. New York. 79,1990.**

The author calls "pseudo-obese" a group of patients that looks obese since they have flaccid faces, deep nasolabial sulcus, prominent nasogenian region and large cervicofacial flaccidity, that are not resolved by a classic rhytidoplasty alone. For these patients the Author has appiiied standard group of procedures, including: 1) Dextensive undermining; 2) facial liposuction associated to fat injection; 3) submentonian and cervical lypectomy by curettage bellow the undermined skin; 4) traction on m.platisma. Associated procedures are also used. Special emphasis is placed on a surgical maneuver of introducing the hands beneath the undermined cervicofacial skin ("prayers manoever").

### 3.2. Rinoplastias

**100 AVELAR, J.M. - Princípios Básicos y Fundamentales en Rinoplastia. In: *Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estética*. Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990,16(1):236.**

O autor descreve sua sistematização para rinoplastia redutora. Focaliza desde o exame físico, planejamento cirúrgico, anestesia e cuidados pós-operatórios. O equilíbrio dorso-ponta constitui a principal estrela de toda constelação de valores técnicos imprescindíveis na obtenção de bons resultados estéticos.

**101 CALDEIRA, A.M.L.; NIÉVES, P.A. -Correção das Deformidades Estéticas Nasais e dos Desvios Septais em Tempo Único. *F. Médica*. Rio de Janeiro. 101:175,1990.**

O papel do septo nas rinoplastias tem sido sempre motivo de debate. A dificuldade provém da falta de definição no que se refere à realização de cirurgias septais, isoladas ou combinadas com uma cirurgia de rinoplastia.

**102 ELY, J.F. - Abordaje de Los Cartilagos Alares e Rinoplastia. Libro Resumen, VII Congreso Iberolatinoamericano de Cirurgia Plástica. Melani, C.S. et ali. Cartagena. SCCP, FILACP, IPRS. 1988,155.**

En el estudio anatómico prévio de los cartílagos alares determinamos su dimensión, espesor y forma. Dos aspectos importantes: La distancia del borde cutáneo y los ángulos del segmento intermediário de sheen. Más que el tamaño absoluto, es importante su volumen relativo, en relación a los otros segmentos de la nariz, para planear la modificación deseada. El abordaje intercartilaginoso es más fácil para remover apenas un filete de la porción cefálica. Sin embargo, una gran escisión de la mucosa puede traer riesgo a la función de la válvula nasal, La incisión intra-alar proporciona un acceso directo a las escisiones del cartilago alar, y es la más usada por nosotros. La incisión marginal permite la corrección de la margem caudal de los cartilagos alares y una vista directa de los vértices de la zona de transición. El abordaje externo, con sección transversa de la piel columelar, es reservada para los casos con gran hipertrofia a asimetría. El injerto de cartilago sirve para complementar la reducción y proyectar el punto elegido. Ejemplos de las diferentes técnicas son enseñados.

**103 ELY, J.F. - Rinoplastia. Caderno de Resumos V Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC. Ed. Artgraf. 1988,107.**

Foi Joseph, de Berlim, quem popularizou a rinoplastia no início do século. Sua forma de analisar o nariz em três áreas básicas é muito didática e facilita o planejamento das transformações. A correção da parte óssea, das cartilagens quadrangulares e do lóbulo nasal é planejada e executada de forma coordenada, visando a dar um aspecto natural e em harmonia com o conjunto facial. São abordadas as osteotomias e as ressecções de cartilagens, dando ênfase à preservação do forro mucoso e da rima anterior das cartilagens alares. A abordagem extramucosa é discutida juntamente com a correção dos defeitos septais. A função respiratória é assegurada com a preservação das válvulas. O tratamento das cartilagens alares é feito sob medida para cada caso: abordagem intercartilaginosa, intra-alar ou marginal, de acordo com o problema específico a ser tratado. É discutida a exposição a céu aberto, com suas vantagens e problemas. Para finalizar, quatro pontos cardiais para prevenir sequelas.

**104 ELY, J.F. - Rinoplastia Estética. In:Cirurgia Plástica Reparadora e Estética. Méiega, J.M.; Zanini, S.A.; Psilakis, J.M. Rio de Janeiro. Ed. Medie. 1988,619.**

São expressados alguns conceitos sobre rinoplastia, fruto da observação pessoal e da arte de grandes mestres da rinoplastia desta segunda metade do século, tais como Aufrich, Converse Rees, Safian e tantos outros. Alguns pontos de vista; comuns a todos eles: a) A rinoplastia é uma das mais difíceis operações plásticas. É possível obter resultados em alguns casos, porém é muito difícil obter sempre excelentes resultados, b) Não há uma rinoplastia padrão que sirva para todos os casos, É importante analisar cada caso e planejá-lo só medida, c) Em matéria de ressecção, é preferível errar por deixar de retirar tecidos do que por remover em excesso. São realizadas considerações sobre anatomia, fisiologia, planejamento cirurgia preparo pré-operatório, técnica cirúrgica cuidados pós-operatórios, resultados e suas limitações e às complicações. E dada ênfase classificação de Joseph para as alterações do peri nasal, em três áreas distintas: I. Ossos nasais, I Cartilagens laterais, III. Lóbulo nasal.

### 3.3. Mentoplastias

**105 ELY, J.F. - Mentoplastias en Progênia Microgênia - Texto de Cirurgia Plástica Reconstitutiva y Estética. - Coftman, F. Barcelona - Ed. Salvat. 1986,7 (I) :589.**

Na introdução o autor revê os parâmetros de perfil facial a partir da linha horizontal de Frank e a glabella mentoniana. A progênia é abordada com novos recursos de osteotomias curvilineas com brocas a jato, de corte lateral nas quais segmento ósseo semi-lunar pode ser reinsertado. Para as pequenas microgênias prefere a incisão submental assimétrica com implantação de próta de polisoxane ou enxerto ósseo. Nos casos mais avançados emprega o enxerto de asa de ilíaco introduzido por via endoral, 2 cm acima do sulco gengivo labial. O tratamento é ilustrado com desenhos e fotografia dos casos.

### 3.4. Orelhas em Abano

**106 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A. e PEREIRA FILHO, O.J. - Orelha e Abano (Revisão de 100 Casos). Anais XXV Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro. 1990,208:148.**

Os A.A. apresentam mais de 100 casos (125) de orelha em abano operados nos últimos 10 anos. Três diferentes técnicas empregadas são discutidas nos aspectos técnicos, ressaltando-se a importância da confecção da Antihélice e Cruz, bem como agudização do ângulo escafo-conchal, valendo-se dos procedimentos já conhecidos, como, Mustardé, Furnas, variantes que, surgidas nos mais diferentes casos, enriquecem a experiência dos autores, à qual procuram transmitir. Os aspectos psicossocial e resultados propriamente ditos são discutidos. Satisfação, de um lado, do paciente e, de outro, do médico são também abordados.

**107** CARPANEDA, CA.; FARRAPEIRA, A.B.; CUNHA, FI.; CAIXETA, R.M. Orelha em Abano. Tratamento Lateral por Via Medial Publ, Tec. Cient. Hosp. Forças Armadas. Brasília, DF. I(3):207,1986.

Os autores apresentam técnica para tratamento da orelha em abano, onde a diminuição da resistência cartilaginosa é feita por incisões longitudinais subtotais, na face lateral da orelha com via de acesso pela face media. Chamam a atenção para detalhes anatómicos que devem ser obtidos, bem como para a perfeita harmonia entre as várias circunvoluções da orelha e para isto contemplam o tratamento quando necessário, da hélix; concha, lóbulo e antitragus.

**108** ELY, J.F. - Small Incision Otoplasty for Promient Ears. Aesth. Plast. Surg. New York.12:63,1988.

A 5 cm incision and an elliptical skin excision are part of almost all surgical techniques designed to correct prominent ears. It is proposed that two 0.5 cm incisions be used that give access to the lateral surface of the auricular cartilage, which is thinned with a rasp along the antihélix and concha. The skin is not removed at all. Results obtained are presented.

**109** ELY, J.F. - Small Incision Otoplasty for Prominent Ears. Free papers printed in XXVI Congress International College of ons. Montorsi, M. & Granelli, P. Bologna. Ed. iuzzi. 1988,12:167.

Almost all the techniques designed for correction of prominent ears, developed during the last hundred years have one common detail: an on of five centimeters and the excision of an of skin in the post-auricular area. The author proposes a new approach with one incision of 0,5 centimeters near the tail of the helix, and no skin resection at all. Auricle reshaping is obtained rasping the anterior surface of auricular cartilage. The rasp is introduced throughout a tunnel dissected from the "fissura intertragushelicine" up to the upper end of the antihélix. Similar maneuver is employed to reduce the concha if necessary. The technique and results are presented.

**110** ELY, J.F. - Prominent Ears. Correction Without Skin Resection. ABSTRACTS -Xth International Congress ISAPS. Nicolle, F.V. Zurich. 1989,121.

In the surgical correction of prominent ears, among the hundreds of techniques developed during the last hundred years, almost ali of them have one aspect in common: A large incision of five centimeters with resection of postauricular skin. the author shows a new surgical approach: A very small incision of 0,5 cm in the postauricular área is sufficient to treat both the lack of the antihelical fold and the excess of conchal prominence. the antihelical pocket is undermined with a Freer elevator. Previously marked área is rasped in order to weaken the catilage and to enhance its folding into desired position. A tunnel is undermined in the anterior surface of the concha and the rasping of that arca provokes the reduetion of conchal prominence to the desired levei. No skin resection at ali. In order to immobilize the cartilage into the desired shapc, mastress sutures are applied parallel to the helix, and ticd over poliethylene foan. In this new version, now presented, only one postauricular incision is necessary.

**111** ELY, J.F. Otoplasty With Skin Preservation. Abstracts The Fifth Congress of the Asian Pacific Section of the IPRS. Iskeceli, O. Istanbul. IPRS. 1989,169.

A 5 cm incision and an elliptical skin excision are part of almost ali surgical techniques designed to correct prominent ears. It is proposed that one 0,5 cm incision be used that give access to the lateral surface of the auricular cartilage, which is thinned with a rasp along the antihélix and concha. The skin is not removed at ali. Results: The antihélix fold is more "natural" compared with the result of methods that cut the cartilage, which sometimes may leave visible edges. Bcsides, this techniqe provides a good shape with a minimum of scarring. The retroauricular skin is preserved and may be used as a source for skin grafts in future reconstruetive surgery.

**112 ELY, J.F. Otoplasty Without Skin Resection. Abstracts - Joint Symposium of the Plastic Surgery Educational Foundation and the Hungarion Surgical Society Plastic Surgery Section. Eriksson, E. Budapest. PSEF. 1989, 67.**

A 5 cm incision and an elliptical skin excision are part of almost all surgical techniques designed to correct prominent ears. It is proposed that one 0,5 cm incision be used that give access to the lateral surface of the auricular cartilage, which is thinned with a rasp along the antihelix and concha. The skin is not removed at all. The antihelix fold is more "natural" compared with the result of methods that cut the cartilage, which sometimes may leave visible edges. Besides, this technique provides a good shape with a minimum of scarring. The retroauricular skin is preserved and may be used as a source for skin grafts in future reconstructive surgery.

**113 ELY, J.F. - Otoplasty with a Very Small Incision and no Skin Resection. Abstracts. The 23rd Annual Aesthetic Meeting, ASAPS. Cunningham, B.L. Chicago. ASAPS. 1990, 36.**

Prominent ears are the most frequent congenital defect of the auricle. Since Edward Ely presented his first approach in 1881, many techniques have been designed for its correction, most of them include resection of a 5 cm elliptical skin pattern at the medial side of the auricle. Three main points of a renewed operative technique are presented: 1) A very small incision - 0,5 cm - is sufficient for all surgical work needed; 2) No skin resection is made;

3) The correction of auricular cartilage may be obtained by rasping its outer surface. The antihelix fold is more "natural" compared with the result of methods that cut the cartilage, which sometimes may leave visible edges. Besides, this technique provides a good shape with a minimum of scarring. The retroauricular skin is preserved and may be used as a source for skin grafts in future reconstructive surgery.

### 3.5. Abdominoplastias

**114 AVELAR, J.M. - Principípios Básicos y Fundamentales en Abdominoplastias. In: Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990,2(1):609.**

O autor descreve a riqueza histórica das técnicas de abdominoplastias para onfaloplastia está detalhadamente exposta, constituindo-se em mais uma opção cirúrgica. Descreve ainda sobre as complicações possíveis de ocorrer nessa modalidade operatória.

**115 BAROUDI, R.; CARVALHO, C. Abdominoplasty. In: The Art of Aesthetic Plastic Surgery. Lewis Jr. J.R., Little, Brown, Co Boston. 1989,1009.**

Os A.A. estudam os procedimentos (cirurgia) para a plástica estética do abdômen. Fazem avaliações clínicas dos diversos tipos de problema e suas indicações específicas, empregam basicamente a incisão transversal baixa e raramente as incisões tipo vertical combinada com a transversal. Apresentam ainda detalhes técnicos sobre a plástica do umbigo e a abdominoplastia reversa combinada com a plástica mamária.

**116 BAROUDI, R.; CARVALHO, C. Complicações of Abdominoplasties, I Lewis Jr., J.R. - The Art of Aesthetic Plastic Surgery. Little, Brown, Co. Boston. 1033,1989.**

Os A.A. apresentam treze tipos mais frequentes de complicações que possam ocorrer no decorrer de uma abdominoplastia convencional. Estuda cada um desses problemas e suas soluções.

**117 CARDOSO DE CASTRO, C.; BRANCO CUPELLO, A.M.; CINTRA, H.P.L. Experiência e Avaliação de Abdominoplastias e Incisões Reduzidas. Rev. Brás. Cir. Rio de Janeiro 77:25,1987.**

Os autores analisam a abdominoplastia realizada através de incisões reduzidas, observam suas indicações, benefícios e limitações. Manutenção sem ocorrer a elevação do monte de Vênus, o tratamento da diástase dos rém abdominais através da redução de cicatrizes e a incisão do umbigo, são algumas das vantagens da técnica frente à abdominoplastia clássica.

**118 CARDOSO DE CASTRO, C. - Limit Incisions in Abdominoplasty. Annals Plastic Surgery. 1987,19:436. Plástica de abdome com incisões tipo Pfannenstiel.**

### 3.6. Lipodistrofias Pelvi-Crural

**119 ELY, J.F. - Medial Thigh Lift. Aesthetic Plastic Surgery. Gonzalez-Ulloa, I Meyer, R.; Smith, J.W. & Zaoli, G. 1ª Ed. Pado Ed. Piccin. 1988,5:261.**

Flaccidity in the inner part of the thighs is rather frequent in women over the age of 40, and causes friction and swaying of the hanging tissues. This becomes even more disagreeable when it is exposed in very brief swimsuits. Ample, almost circumferential excision is most often indicated when this flaccidity is associated with trochanteric lipodystrophy, but the correction of this defect can also be limited to the medial half of the thigh, thus rendering postoperative scars less visible. Obviously the patient must be informed of the disadvantages of surgery, which produces a more or less visible line on the site of the incision. An attempt is made to conceal it by placing it in the natural skin folds. Besides the usual attention to the precision and symmetry of incision special care is taken to ensure that the lines do not appear outside the bikini.

### 3.7. Lipodistrofias Braquial

**120 BAROUDI, R. Dermolipectomia Braquial. Coiffaman, F.- Texto de Cirurgia Plástica, Reconstructiva y Estética. Salvat. Barcelona. 1986,1252.**

Esse capítulo estuda as alterações estéticas do braço relativas as lipodistrofias combinadas ou não, com flacidez de pele. Apresenta técnicas cirúrgicas cuja finalidade é de obter um novo contorno braquial melhorando o turgor da pele e eliminando OS excessos de gordura localizada. Detalhes sobre a ÇBalidade e o posicionamento das cicatrizes são tthbém avaliados neste estudo.

**121 BAROUDI, R. - Dermolipectomy of the Upper Arm. Aest. Plast. Surg. Abdominoplasty, Torsoplasty Extremities, Liposuction. Piccin Nuova Livraria. Padova. (5), 1988.**

Esse capítulo estuda as alterações estéticas do relativas as lipodistrofias combinadas ou não flacidez de pele. Apresenta técnicas cirúrgicas finalidade é de obter um novo contorno braquial melhorando o turgor da pele e eliminando os excessos de gordura localizada. Detalhes sobre a e o posicionamento das cicatrizes são também avaliados neste estudo.

### 3.8. Lipoaspiração

**122 AVELAR, J.M.; D'ASSUMPÇÃO, E.A.; ILLOUZ, Y. Complicações em lipoaspiração. Profilaxia e Tratamento. In: Lipoaspiração - Juarez Avelar & Yves G. Illouz, 1" Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,19(I):110.**

Mostramos alguns casos insatisfatórios no que diz respeito a evolução pós-op. e citamos as complicações que ocorrem em nosso trabalho, assim como a conduta a ser tomada. Lembramos que é mais importante evitar as complicações do que procurar soluções posteriormente. A seleção dos casos, a indicação precisa e a cirurgia realizada no plano e profundidade corretos são os melhores caminhos para se obter bons resultados.

**123 AVELAR, J.M. - Curativo Pós-Operatório. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz, 1« Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,23(I):130.**

Em qualquer especialidade o curativo pós-op. é um procedimento muito importante, entretanto na lipoaspiração é vital, pois esta técnica cria inúmeros túneis exigindo imobilização rigorosa da região lipoaspirada. O curativo compressivo evita o deslizamento das superfícies cruentas, diminui a dor local, além de auxiliar na modelagem desejada. Aconselhamos o uso das faixas elásticas e citamos as opções de curativos nas diversas regiões do corpo.

**124 AVELAR, J.M. Lipoaspiração das Regiões Submentoniana e Sub-mandibular. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986, 24(1):139.**

Enfatizamos a grande importância do ângulo cervico-mandibular, principal elemento anatómico da região e notamos que o acúmulo adiposo determina o seu apagamento além de ser principal queixa dos pacientes. Salientamos também a importância da seleção de paciente para aplicação correta desta técnica com resultado favorável.

**125 AVELAR, J.M. Lipoaspiração Associada a Mastoplastia Redutora. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1<sup>o</sup> Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,25(1):148.**

Neste capítulo mostra-se a possibilidade de se realizar a lipoaspiração como complemento cirúrgico nas mastoplastias redutoras, com a finalidade de remover o tecido adiposo situado difusamente na mama, nos polos axilares e mediais. Descreve-se a técnica, a seleção de pacientes, assim como a necessidade do curativo com faixas elásticas e seu resultado em oito pacientes.

**126 AVELAR, J.M. - Lipoaspiração no Tratamento de Ginecomastias. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1<sup>o</sup> Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,26(1):153.**

O autor expõe a simplicidade cirúrgica que veio substituir os amplos descolamentos do pânículo das regiões mamárias normalmente realizados nas ressecções tradicionais. A cirurgia deve ser conduzida, primeiramente em uma das mamas, tendo esta como referência para executar a outra. Deve-se fazer o curativo com faixas elásticas efetuando uma ligeira compressão homogênea.

**127 AVELAR, J.M. - Lipoaspiração da Parede Abdominal. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1<sup>a</sup> Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,27(1):157.**

O autor descreve a técnica de lipoaspiração no tratamento de adiposidade abdominal. Focaliza a importância da seleção dos pacientes e indicação da cirurgia, analisando o acúmulo de adiposidade cutânea e a flacidez muscular. As indicações cirúrgicas empregadas dividem-se em três grupos: Lipoaspiração Isolada, Lipoaspiração associada a ressecção cutânea e infraumbilical e Lipoaspiração associada a abdominoplastia convencional.

**128 AVELAR, J.M. - Lipoaspiração do Dorso. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1<sup>a</sup> Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,28(1):177.**

Antes da lipoaspiração o dorso era uma área de desafio do ponto de vista estético, pois pelos métodos convencionais os resultados eram desagradáveis. Através desta técnica encontramos a possibilidade de tratamento com incisões pequenas e remoção de volumosa massa adiposa. O autor abrange as várias regiões do dorso e nossa conduta em cada uma delas. Recomendamos o uso de curativo com faixas elásticas. Citamos a lipoaspiração na obesidade.

**129 AVELAR, J.M. - Preparo do Paciente para Lipoaspiração. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1<sup>a</sup> Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,11(1):63.**

O artigo se refere a análise objetiva do quadro físico do paciente demonstrando a importância do exame pré-op. Após a conquista científica da lipoaspiração o exame físico passou a exigir:

acurada observação nas diversas regiões do corpo para detectar as simetrias e desequilíbrios a diversos segmentos. Os pinçamentos bidigitais de Illouz é de maior importância para avaliar a espessura do pânículo. Sendo importante mostrar ao paciente suas deformidades como também possibilidades de resultados. O planejamento cirúrgico deve ser escrito detalhadamente em ficha apropriada para evitar problemas futuros. Apresenta modelos de fichas personalizadas para exames pré-op., parecer clínico assim como ficha para internação.

**130 AVELAR, J.M. - Introdução do Estudo Semiólogia Estética do Corpo, I Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,12(1):73.**

Os autores relatam a importância da análise completa da avaliação no exame pré-op. saber ouvir as queixas do paciente com o intuito de captar todos os dados para poder elaborar um plano cirúrgico sem prejuízo da técnica. Sendo preciso dispensar muita atenção ao "falso culote" fazem exame do corpo estático e dinâmico, bem como para as adiposidades ao nível do joelho e pernas,

**131 AVELAR, J.M. Padronização Fotográfica como Método de Documentação Científica. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1<sup>a</sup> Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates 1986,13(1):80.**

Ressaltamos a importância da documentação fotográfica para a análise de resultados, assim como para o arquivo médico. Deixamos registrado e alerta procurando estabelecer padronização para fotografar os diversos segmentos do corpo.

**132 AVELAR, J.M. - Importância da Posição do Paciente na Mesa Operatória. Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz, Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,14(1):87.**

A escolha da posição do paciente para a cirurgia de lipoaspiração deve ser analisada para atender às necessidades técnicas de cada uma. Neste capítulo citamos várias cirurgias combinadas ou não e a posição que julgamos mais adequada. Ressaltamos também a importância da marcação das regiões serem lipoaspiradas com o paciente em pé.

**133 AVELAR J.M. – Fisioterapia e Estudo Metabólico da liporaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1ª – Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,10(1):58.**

O autor apresenta estudo laboratorial comparativo entre pacientes submetidos a cirurgia estética clássica e outros a lipoaspiração. Os achados estão expressos em tabelas que exibem resultados muito semelhantes entre os dois grupos de pacientes.

**134 AVELAR, J.M. - Anatomia Cirúrgica e Distribuição do Tecido Celular no Organismo Humano. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,09(1):45.**

Devido a atuação direta da lipoaspiração no tecido celular subcutâneo, sentimo-nos motivados a conhecer melhor o segmento do panículo subcutâneo. Para tal realizamos várias disseções em cadáveres de diferentes biotipos e graus de adiposidade, tanto localizada quanto difusa. Mostramos as camadas areolar e lamelar separada pela fascia superficial. O número de células adiposas da lamelar é responsável pela hipertrofia de espessura do panículo adiposo. Nas regiões de pele espessa e firme há maior desenvolvimento da areolar. O inverso ocorre em regiões de pele fina e macia, onde a lamelar é mais espessa.. Assim as indicação e contra-indicações da lipoaspiração podem ser orientadas de acordo com a distribuição de tecido adiposo.

**135 AVELAR, J.M.; D'ASSUMPCÃO, GOMES, A.L. - Aparelhagem de lipoaspiração. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986, 06 (1): 32.**

Os autores descrevem a importância da escolha aparelho bomba e das cânulas sendo que estas, devem ser conhecidas, a forma, o diâmetro interno e externo, o formato, os orifícios e a forma da ponta de penetração para ter boa qualidade final das lipoaspirações.

**136 AVELAR, J.M. - Terminologia e Nomenclatura In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,06(1):32.**

Por se tratar de uma técnica nova e já apresentar variada terminologia, procuramos introduzir uma que julgamos adequada ao ato cirúrgico. Varias denominações são citadas e analisadas, Relatamos ainda pesquisa em vinte pacientes submetidos a lipoaspiração de várias regiões do corpo mediante infiltração de Illouz apenas no lado esquerdo. A análise e conclusões para os casos de maior volume a ser aspirado, o uso de infiltração hipotônica traz enorme benefício poupando o paciente de transfusão per-operatória.

**137 AVELAR, J.M. - Perdi Psicológico do Paciente. Introdução ao Estudo. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1986,02 (I) :08.**

Este trabalho é de interesse para cirurgiões plásticos, principalmente para os mais jovens, pois orienta toda a árdua tarefa desde a primeira consulta até a última parte que é o ato operatório. A investigação clínica sobre a adiposidade, a ficha médica completa e análise psicológica são descritos, objetivando bom entendimento pré-op. das pretensões e anseios do paciente. Ao cirurgião cabe pesquisar com cuidado o significado do sinal ou sintoma para dimensionar com bom senso o alcance da cirurgia dentro das limitações técnicas e conhecimento profissional.

**138 AVELAR, J.M.; - Lipoaspiração. Nova e Valiosa Contribuição a Abdomino-plastia. Ressecção Cutânea Infra-umbilical com Seccionamento do Pedículo do Umbigo. Rev. Brás. de Cirurgia. São Paulo. 76:221,1986.**

O autor descreve técnica cirúrgica de abdominoplastia em biquini associada a lipoaspiração. Apresenta detalhadamente o seccionamento do pedículo umbilical e reimplantação, a seleção dos pacientes e indicação cirúrgica.

**139 AVELAR, J.M. - Regional Distribution and Behaviour of the Subcutaneous Tissue Concerning Selection and Indication for Liposuction. Aest. Plast. Surg. 13:155,1989.**

O autor descreve minucioso estudo da anatomia do tecido celular subcutâneo diretamente relacionado à lipoaspiração. O trabalho foi premiado pela Sociedade Internacional de Cirurgia Estética como o melhor artigo científico no período de dois anos.

**140 AVELAR, J.M. - Importância de la Liposución en la Cirurgia Plástica Estética. In: Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez M. Avelar & Ernesto R Malbec. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990,1(1):635.**

O autor descreve a nova modalidade cirúrgica dando especial ênfase ao exame físico, ressaltando o rigor na indicação para aprimorada técnica operatória. O estudo da camada celular subcutânea está minuciosamente demonstrado, constituindo-se de fundamental valor para a cirurgia.

**141 BAROUDI, R. - Cuidados Pós-Operatórios, Locais e Sistêmicos, para Lipoaspiração. In: Lipoaspiração. Avelar, J.M.; Illouz, Y.G. - São Paulo. Hipócrates. 1986,103.**

O autor faz um estudo sobre os cuidados locais e sistêmicos após lipoaspiração a partir do final da cirurgia até o final do segundo mês do pós-operatório. Cuidados sobre curativos, mobilização do paciente, retorno às atividades sociais e profissionais, são todas avaliadas nos seus principais aspectos.

**142 BAROUDI, R. - Região Glúteo-Trocantérica Lipoaspiração como Redução Modeladora. In: Lipoaspiração. Avelar, J.M.; Illouz, Y.G., Rio de Janeiro. Ed. Hipócrates. 1986, 187.**

O autor faz um estudo sobre as alterações de forma e volume da região glútea e trocanteriana. Segue-se, um estudo das indicações da lipoaspiração dessas áreas, aspectos técnicos, vias de acesso além dos cuidados gerais e locais, trans e pós-operatórios. Ilustrações e esquemas complementam o trabalho.

**143 CARDOSO DE CASTRO, C. Lipoaspiração. Considerações Pessoais em Torno de 120 Casos. Rev. Brás. Cirurgia. 78:331,1988.**

Avaliação dos resultados, indicações e contra- indicações.

**144 CHEFFE, L.O.; YANEZ, C.A.R. - Vibrolipoaspiração: Experiência Clínica e Resultados Comparativos com Novo Método de Modelagem Gordurosa. Anais XXVI Congres» Brasileiro de Cirurgia Plástica. Blumenau, SI 1889.;**

É apresentada experiência com nova técnica de modelagem criada pelo co-autor, o novo sistema associa novo desenho de cânula a uma unidade vibratória eletromecânica, introduzindo efeito divulsivo. Foram operados pelo Autor de fevereiro a junho de 1989, 36 pacientes, com vibrolipoaspiração isolada ou associada lipoaspiração tradicional para efeito comparativo. São apresentados os resultados da avaliação B estágios pré, trans e pós-operatório comparativamente ao método tradicional. característica mais marcante do novo método foi menor emprego de força física pelo cirurgião

**145 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Técnica Lipoaspiração dos Membros Inferior In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouzi 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates 1986,31(1):2**

O autor descreve a técnica por ele utilizada em suas correções de acúmulos adiposos nos membros inferiores, referindo-se ao exame, marcação prévia anestesia, instrumental e ato cirúrgica propriamente dito bem como cuidado pós-operatórios.

**146 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Metodologia para as Lipoaspirações. Arquivo Brasileiro de Medicina. Rio Janeiro. 60:67,1986.**

O autor descreve a metodologia que utiliza em suas lipoaspirações, tanto no que diz respeito ao exame do paciente quanto na escolha de equipamento e sua utilização para obtenção de melhores resultados.

**147 SOUZA PINTO, E.B.; FERRAZ IALMEIDA, A.E.; GUERRA, E FERREIRA, S.M. - Critério no Tratamento Segmento Gluteo-Troncantérico na Lipoaspiração In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Yves G. Illouz 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates 1986,30(I):201**

A área gluteo-troncantérica talvez seja a mais comumente tratada pela lipoaspiração concorrendo em freqüencia com a região abdominal. Os culotes exagerados ou nadeegas; disformes interferem no psiquismo do paciente. Esse tratamento requer uma visão global do corpo procurando equilíbrio de forma e proporção. Talvez o ponto mais importante na lipoaspiração seja nunca destruir a armação que sabiamente a natureza construiu. O cirurgião deve estudar cada caso planejando detalhadamente a cirurgia. Deve ter cuidado com a quantidade aspirada pois o excesso pode causar problemas no pós-operatório. O importante é o contorno obtido. Do relacionamento entre o cirurgião e o paciente é que devem sair as idéias do modelo ideal que o paciente tem em mente; milagres não devem ser tentados e cabe a nós alertá-los.

**148 SOUZA PINTO, E. - Indicação e Seleção dos Pacientes à Lipoaspiração. In: Lipoaspiração. Juarez Avelar & Illouz, 1ª Ed. - S.P.Hipócrates. 1986,16(1) :99.**

A popularização de Illouz tem trazido ao consultório do cirurgião plástico, diversos tipos de pacientes com diferentes necessidades cirúrgicas, buscando na nova técnica a cura de diversos distúrbios corporais. Cabe ao cirurgião plástico experiente, o aconselhamento a estes pacientes, procurando dentro do bom senso cirúrgico a melhor indicação e seleção, para o tratamento dos males que os afligem.

### **3.9. Cirurgias Combinadas**

**149 AVELAR, J.M. - Cirurgias Estética Combinadas. In: Historia, Ciência y Arte en Cirugía Estética. Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990, 4 (1) 316.**

O autor descreve as indicações para se realizar cirurgias combinadas. Suas vantagens e desvantagens. A distribuição da equipe bem como seus instrumentos de trabalho na sala para melhor aproveitamento espacial. Enfatiza a necessidade de equipe cirúrgica bem treinada para enfrentar possíveis combinações.

**150 BAROUDI, R. Perfiloplastias: Recursos Técnicos Associados, Coiffaman, F. - Texto de Cirurgia Plástica, Reconstructiva y Estética. Barcelona. Salvat. 1986, 593.**

O Capítulo é estudado no sentido de mostrar os recursos atuais onde a rino e mentoplastia são as realizadas num único tempo. Apresenta ainda estudo sobre as proporções faciais os ângulos ao perfil no sentido de obter uma avaliação minuciosa que ofereça condições cirúrgicas mais precisas.

**151 BAROUDI, R. - Torsoplasty. Abdominoplasty, Torsoplasty, Extremities, Liposuction. Aest. Plast. Surg. Padova. Piccin Nuova Livraria. (5), 1988.**

O autor faz um estudo sobre cirurgias combinadas de mamas e abdômen, abdominoplastia reversa combinada com mamoplastia, cirurgia das lipodistrofias de coxa e nádegas e cirurgia combinada de abdômen, coxa e nádegas. Detalhes que ilustram cada procedimento são apresentados. Avaliações pós-operatórias a médio e longo prazo assim como complicações são também estudadas e ilustradas.

**152 BAROUDI, R. - Lipoplasty Combined with Conventional Surgery. In: Hetter, G.(Ed.). Lipoplasty 2nd Edition. Little, Brown. Boston. 1990,357.**

Este capítulo apresenta um estudo da combinação da lipoplastia e da cirurgia tradicional realizadas num único ou em tempos cirúrgicos separados na tentativa de se obter a melhora do contorno corporal. Apresenta ainda uma classificação sobre o turgor da pele para sistematizar a indicação da lipoaspiração da cirurgia ou de ambos. Extensa indicação fotográfica completa o trabalho.

**153 BAROUDI, R. - Flankplasty. In: Hetter, G. (Ed). Lipoplasty 2nd Edition. Little, Brown. 1990,399.**

O autor apresenta a flanco plastia isolada como tratamento específico das deformidades que acometem esta região decorrente de depósito de gordura, flacidez pura de pele ou a combinação de ambos os problemas. Desenvolve um tipo de incisão sob a forma de um extenso fuso que acompanha a linha que une as espinhas ilíacas anteriores e posteriores. Obtém com isso uma efetiva modelagem do contorno corporal. Estuda ainda neste capítulo outras modalidades cirúrgicas que combina com abdômen, coxas e nádegas.

**154 BAROUDI, R. - Body Countor Surgery. In: Grabb, W.C. and Smith, J.W. (Ed). Plastic Surgery, Fourth Edition. Little, Brown. Boston. 1990.**

O autor faz um estudo sobre a cirurgia do contorno corporal onde são envolvidos mamas, abdômen, nádegas, coxas e flancos. Cada região é avaliada sob o ponto de vista clínico e seus aspectos de depósitos de gordura e flacidez de pele. Apresenta os principais procedimentos normalmente utilizados para a melhoria estética dessa área. Desenvolve o conceito de serem estas cirurgias consideradas um programa de vários tempos operatórios para se obter um resultado final de boa qualidade. A combinação de cirurgia com lipoaspiração é posicionada como destaque para se obter o melhor resultado.

**155 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S.; PEREIRA FILHO, OJ. - Lifting Facial Associado a Procedimentos Complementares (200 Casos). Resumos XXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro. 1990,208:43.**

Os A.A. apresentam um estudo retrospectivo de 10 anos de, aproximadamente 519 casos de lifting facial que são avaliados com segmento fotográfico pré e pós-operatório. De relevante interesse foram os procedimentos complementares associados ao lifting (200) para se obter um grau maior de harmonia facial. Assim, rinoplastias de dorso ou ponta, peeling perilabial, blefaropigmentação, tratamento de lóbulo de orelha, injeção de gordura sulco naso-geniano, orelha em abano promovem ampla discussão nas indicações associadas ao lifting tradicional. São discutidos também aspectos relacionados a complicações e satisfação médico-paciente.

**156 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S.; PEREIRA FILHO, OJ. - Rinomanto. plastia: Avaliação de 16 Casos. Resumo XXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro. 1990,208:61.**

Os A.A. apresentam um trabalho cuja finalidade é o estudo da harmonização na perfiloplastia mento-nasal. São avaliados 16 casos. O propósito da apresentação é a discussão de técnicas operatórias empregadas e a avaliação dos resultados obtidos em nossa casuística. Num estudo retrospectivo de 8 anos foram realizados 16 casos de perfiloplastia naso-mentoniana, sendo 2 associados com lifting-facial. Nos casos de hipomentonismo foram utilizadas próteses confeccionadas a partir de tela de marlex no transoperatório. Tratando-se de procedimentos sem muita complexidade no seu todo, mas com ótimo efeito visual e que contribui favoravelmente para um balanceamento harmônico da face, nota-se que os resultados são altamente gratificantes.

**157 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S PEREIRA FILHO, OJ. - Harmonização na Perfiloplastia Mento Nasal. Arq. Cat. Mel Florianópolis, SC. 19(1):19,1990.**

Os A.A. apresentam um estudo retrospectivo de 8 casos sobre a harmonia do perfil facial com especial atenção ao nariz e queixo. São apresentados 16 casos onde a rinomegalia associada a hipermentonismo (perfil de bispo) ou hipomentonismo (perfil de pássaro). No tratamento da rinomegalia são utilizadas técnicas convencionais, no hipermentonismo ressecções ósseas a céu aberto por via bucal e, no hipomentonismo são utilizados implantes confeccionados com tela de Marlex no por-operatório. Na avaliação pré-operatória é feito estudo dos ângulos fronto nasal (ideal é mais ou menos 35 graus) e columelo-labial (no homem ideal é de 90-100 graus e na mulher 95-100 graus).

**158 CARDOSO DE CASTRO, C. – Analysis of 60 Cases of Simultaneous Mammary plasty and Abdominoplasty. Aest. Plast. Surg 14:35,1990.**

Estudo e orientação para a realização de plástica simultânea de mamas e abdome.

**159 D'ASSUMPCÃO, E.A. – Quimioabrasão Facial Simplificada. Rev. Soc. Brás. Cir. Plást. São Paulo. 3:11, 1988.**

São feitas considerações sobre a importância as indicações da quimioabrasão facial, como complementação da ritidoplastia ou como tratamento primário de rugas finas. Em seguida apresentada a sistematização utilizada pelo autor, a partir do trabalho publicado por Cheffe, L.O. (1976), com algumas modificações introduzidas pelo autor. Alguns casos são apresentados mostrando o efeito positivo do procedimento.

**160 SILVA, D.L.; FOGAÇA, F.C. WAINSTEIN, S.B.; DAMIANI, S CHEFFE, L.O. - Cirurgia do Rejuvenescimento Facial: Conceitos Atuais. Acta Médica Lerner, L. Porto Alegre, RS. 46,1990.**

Os A.A. apresentam conceitos atuais na cirurgia do rejuvenescimento facial, abrangendo tratamento global das estruturas cervico-fronto-faciais. São descritas as técnicas adotadas pelo autor sênior para tratamento das rugas frontais, da flacidez e rugas faciais, flacidez adiposidades cervicais. Também são citados processos complementares para aprimoramento dos resultados, como correção do lábio senil, abrasão cutânea (peeling químico), lipoaspirações e lipoinjeções e outros procedimentos. São discutidas técnicas e apresentados resultados.

### 3.10. Contorno Corporal

**161 BAROUDI, R. - Modelagem Corporal Total. Abdome, Mamas, Nádegas, Coxas e Trocantéricas. In: Cirurgia Plástica. Melega, J.C.; Zanini, S.A.; Psillakis, J.R.B. Rio de Janeiro. Ed. Médica Científica. 1988,825.**

O autor faz um estudo da chamada cirurgia do contorno corporal onde faz avaliações sobre os aspectos técnicos das distrofias comumente observadas nas regiões do abdômen, flancos, coxas e nádegas. Apresenta técnicas cirúrgicas para cada região isoladamente ou combinadas entre si de acordo com o problema específico. Desenvolve o conceito de serem estas cirurgias um programa operatório a ser realizado em vários tempos cirúrgicos.

**162 BAROUDI, R. - Body Contour Surgery. Clin. Plast. Surg. 16:263,1989.**

O autor faz um estudo sobre os problemas estéticos do contorno corporal relativos as lipodistrofias localizadas no tronco e nas coxas, assim como os problemas de flacidez, combinada ou não com os depósitos de gordura. Apresentam uma classificação sobre gordura e turgor da pele, divide em quatro grupos distintos de problemas cujas soluções são efetuadas através da lipoaspiração: cirurgia e da combinação desses dois procedimentos procura desenvolver o conceito de programa operatório para a solução destes problemas onde as pacientes são conscientizadas da necessidade de dois ou mais tempos operatórios. Apresenta detalhes técnicos sobre as cirurgias do abdômen, flancos, nádegas e coxas, realizadas num único tempo cirúrgico ou em tempos separados vantagens e as desvantagens destes procedimentos.

**163 CALDEIRA, A.M.L.; NIÉVES, P.A.; LIMA, A.O. Cirurgia do Contorno Corporal: 2ª Parte. Reflexões sobre um novo enfoque da Cirurgia Plástica do Abdome. Rev. Bras. Cir. Rio de Janeiro. Ed. Cidade Científica. 80(3);169,1990.**

São descritos podem ser empregados para a correção das deformidades abdominais e sua associações ao tratamento de outras áreas vizinhas. Ao mesmo tempo tecem comentários sobre cada procedimento, os pacientes submetidos aos mesmos, salientando as vantagens e desvantagens de cada método e mostrando os resultados.

### 4. PELE E MUCOSA

#### 4.1. Patologia e Tratamento

**164 JAIMOVICH, C.A.; DRUMMOND, M. -Xeroderma Pigmentoso. Ars Curandi Dermatologia. Rio de Janeiro. 2:17,1986.**

Os A.A. apresentam um caso de xeroderma pigmentoso que mostra as lesões características da patologia e particularmente um extenso comprometimento da região nasal. Discutem ainda a conduta terapêutica a ser tomada.

#### 4.2. Feridas

**165 BINS ELY, J.; DE CONINCK, A. HELOU; S. Mal Perfurante Plantar. Caderno de Resumo V Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC. 114:11,1988.**

Os A.A. apresentam 2 casos de mal perforante plantar. Ambos os pacientes já tinham sido tratados por diferentes técnicas paliativas, com a injeção de contraste radiopaco sob dissecação microscópica do epinervo tibial posterior (neurografia) foi constatada a compressão a nível do canal tarsiano. A neurolise interfascicular associada a uma simpatectomia periarterial permitiu a cura com um simples enxerto de pele em ambos os casos.

#### 4.3. Cicatrizes

**166 ELY, J.F. - Secuelas de Quemaduras Comprometiendo la Region Cervical. Tórax y Axila. Libro Resumen, VII Congreso Iberoamericano de Cirurgia Plástica. Melani, C.S. et ali. Cartagena. SCCP, FILACP, IPRS. 1988,46.**

Las quemaduras profundas de la región cervical y de la axila producen con cierta frecuencia retracciones, aun si son injertadas precozmente. Las retracciones en brida propician el empleo de colgajos por interpolación. La zetaplastia y el colgajo en charretera son muy frecuentemente empleados por nosotros. Sin embargo si la retracción de los tejidos ocurre en todas las direcciones es imprescindible el uso de injerto de piel, sea para preparación o complementación de los colgajos. Son presentados varios casos con esta compleja combinación de retracciones, comprometiéndolo el cuello, el tórax (también mamas) y el miembro superior (axila y codo): Para este tipo de problemas empleamos injertos y una combinación de colgajos por rotación, interpolación y avanzamiento. Los resultados funcionales obtenidos son satisfactorios, pero las cicatrices siguen visibles y el resultado estético no es perfecto.

#### 4.4. Queimaduras

**167 BINS ELY, J.; PEREIRA FILHO, O J.; GRANEMANN, A.S. - Queimadura: O que Precisamos Saber. Caderno de Resumos IV Jornada Sul Brasileira de Cirurgia. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Florianópolis, SC. 1987,160:50A.**

Os A.A. apresentam um enfoque do paciente queimado dando ênfase aos aspectos etiopatogênicos, fisiopatológicos e preventivos desta entidade. Mostrando de uma forma didática é de grande importância, sobretudo aos profissionais fora da área específica da cirurgia plástica, pois lhe orienta de uma forma simples e prática a tratar o paciente queimado de uma forma adequada, procurando, acima de tudo, corrigir os distúrbios imediatos que podem ameaçar a vida e prevenir as sequelas, fator este, presente em maior ou menor escala a todo tipo de queimadura, cujo reflexo pessoal e social podem ser enormes.

**168 CHEM, R.C. - Queimaduras. In Queimaduras. Práticas Pediátricas de Urgência. Fiori, R.M.; Pitrez, J.L.B.; Galvão, N.M. 3ª Ed. Rio Janeiro. Ed. Médica Científica. 1986, (14):401.**

Sabe-se que cerca de 50% dos queimados tem menos de 15 anos de idade e que 70% tem menos de 5 anos. O trabalho estabelece a conduta na sala de emergência, avaliação da área queimada e da profundidade da queimadura e o tratamento das queimaduras em crianças.

**169 D'ASSUMPÇÃO, E.A.; LEÃO, C.E.G. - Queimaduras. Manual de Urgência em Pronto Socorro. Erazo, G.A.C. & PIRES, M.T.B. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Medsi. 1990,4(1):55.**

Os A.A. fazem uma apresentação didática do atendimento do queimado, especialmente na fase aguda e sub-aguda, objetivando favorecer a implantação de uma unidade de emergência no atendimento destes pacientes.

**170 GONELLA, H.A. - Queimaduras Sistematização Terapêutica e Pediatria. Schmidt, B.J. 2ª Ed. Rio Janeiro, 198 (192):373,**

O autor discorre sobre o atendimento com urgência em crianças queimadas. Relata reposição do volume circulante, medicação cuidados locais da queimadura na fase aguda.

**171 SILVA, S.C.; SILVA JR.S.C. Queimaduras: Tratamento Local. Histi rico. Objetivos Básicos. In: Cirurgia Plástica Reparadora e Estética. Méiega, J.M.; Zanini, S.A Psiliakis, J.M.. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Medi 1988,28:209.**

Tratamento local imediato das queimaduras térmicas. Método de oclusão. Método de exposição. Estudo comparativo. Escarotomia Tratamento local tardio. Prevenção e controle de infecção, tratamento tópico por antibacterianos Eliminação precoce das escaras por medicamentos (enzimas, açúcar) e por cirurgia. Enxertos de pele Curativos biológicos. Pele sintética. Queimaduras em zonas especiais, em idades extremas, complexas e crônicas.

**172 SOTO NOGUEIRA, AJ.; JAIMOVIC C.A.; LINS, D.S.M.R.; MEDEIRO JÚNIOR, R.; NOGUEIRA, C.F. - Intoxicação por Fumaça. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval Rio de Janeiro. LI-1:151,1990.**

Os autores destacam a importância da intoxicação pela fumaça na gênese da mortalidade e morbidade do paciente queimado. Analisam sua composição, descrevem a fisiopatologia ( agressão pulmonar, enumeram os principais sinais e sintomas e exames para a conclusão diagnóstica expõem as principais diretrizes para o tratamento

#### 4.5. Espansores

**173 MEDEIROS JÚNIOR, R.; JAIMOVICH C.A.; SOTO NOGUEIRA, A J.; SOUZA M.G.P.P; NOGUEIRA, C.F.- Espansores Cutâneos Técnicas Alternativas de Reconstrução. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval. Rio de Janeiro. LI - I;51,1990.**

Os A.A. analisam o problema da cobertura de extensas perdas cutâneas pós-traumáticas ou após grandes procedimentos cirúrgicos. Através da observação da capacidade elástica da pele torna-se possível por intermédio do uso dos expansores, cobrir grandes áreas com relativamente pouca pele doadora. É realçada a importância de dois procedimentos distintos de expansão. Os enxertos em malha (mesh skin graft) e os expansores de silicone (tissue expanders) dentro da rotina da Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital Naval Marcílio Dias.

**174 PADOVEZ, J.C. - Expansores Cutâneos. Nova Técnica para Ressecções Cutâneas. Boletim do Centro de Estudos do Hospital Austa. São José do Rio Preto, SP. 3:5, 1988.**

São discutidos neste artigo: Princípios da elasticidade da pele, objetivos e histórico da cirurgia, bem como indicações e técnica cirúrgica. Contém fotos.

**175 TAVARES FILHO, J.M.; GOMES, J.G.V Tratamento das Sequelas de queimadura da Face com uso de Expansores de Tecido. In: (Cirurgia Plástica na Infância. Avelar, J.M. São Paulo. Ed. Hipocrates. 1989,11:611.**

Os A.A demonstram o uso de expansores cutâneos na face e região cervical que proporciona quantidade de pele com cor, textura e caracteres semelhantes à área receptora num curto espaço de tempo. O planejamento na escolha e colocação do expansor é muito importante. Descrevem ainda sobre as infiltrações no momento da retirada da prótese, assim como na possibilidade de reexpansores.

## **5. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

### **5.1. Geral**

### **5.2. Crânio e Couro Cabeludo**

**176 ANDREW, J.M.; RAMOS, R.R.; FERREIRA, L.M. - Displasia Crânio Metafisária. Tratamento Cirúrgico. Seara Médica Neuro-Cirúrgica. São Paulo. 15:77,1986.**

É apresentado um caso de uma deformidade facial rara de origem genética e diagnosticada como Displasia Crânio-metafisária, forma recessiva. Pertence a um grupo geral de Displasias Óssea Crânio-Túbulares no qual a moléstia de Pyle está incluída. O tratamento cirúrgico deste caso é apresentado e os autores acreditam ser o segundo na literatura no qual o tratamento foi feito com bons resultados.

### **5.3. Pálpebras e Cavidades Orbitaria**

**177 AVELAR, J.M. - Blefaroplastia Inferior Reverso. In: História, Ciência y Arte en Cirurgia Estética. 1ª Ed. São Paulo. Hipocrates. 1990,2(1):393.**

O autor descreve nova técnica para blefaroplastia inferior. A cirurgia esta indicada no tratamento de diversas deformidades: Adiposidades subcutânea fora das bolsas palpebrais, xantelasma, hiperpigmentação cutânea, lesões malignas e via de acesso ao esqueleto ósseo da órbita.

**178 PITANGÜY, I.; LESSA, S.; POHE, T. Ocidentalização. Rev. Brás. Cirurgia. Rio de Janeiro. 76:351,1986.**

Os autores apresentam um sistematização para o tratamento dos olhos orientais, analisando suas características anatômicas Fundamentais e discutindo as diversas técnicas cirúrgicas empregadas para a sua correção.

**179 SEBASTIÁ, R.; LESSA, S. – Tratamento da Ptose Pálpebra Congénita.. Rev. Brás. Cirurgia. Rio de Janeiro. 76:165,1986.**

O exame rigoroso da ação muscular é imprescindível para a escolha da técnica cirúrgica no tratamento da ptose palpebral congénita. Nos casos de ação muscular preservada, utilizamos técnicas de encurtamento do elevador, e de encurtamento palpebral, dependendo do grau da função muscular. Na ação nula, empregamos a suspensão frontal. Os resultados foram considerados bons em cerca de 75% dos casos principalmente nas ptoses discretas e moderadas. As ptoses severas com ação mínima do elevador, tratadas com encurtamento palpebral. Consideramos o tratamento da ptose palpebral congénita bastante complexo, cujo bom resultado depende fundamentalmente de um exame pré-operatório minucioso e da escolha da técnica empregada.

#### 5.4. Andar Médio da Face

#### 5.5. Mandíbula e Articulação Têmporo Mandibular

**180 RAMOS, R.R.; FERREIRA, L.M.; LAREDO FILHO, J.; INOJOSA, F.C.; ANDREWS, J.M. - Osteomielite de Mandíbula por Actinomicose Cérvico Facial Associada a Picno Disostose. F. Médica. 100:19,1990.**

É apresentado 1 caso de paciente portadora de picno disostose que apresentou osteomielite de mandíbula. São comentadas as dificuldades de um diagnóstico preciso da etiologia da osteomielite que no caso presente foi actinomicose. É enfatizada a necessidade da realização da cultura de secreção e exame histo-patológico foi fragmento ósseo retirados.

#### 5.6. Nariz

**181 ABOUDIB JR., J.H. - Reconstrução Nasal com Retalho Frontal. Rev. Brás. Cir. 77(4):231,1987.**

Apresentação da evolução histórica da reconstrução nasal, com descrição de 5 casos em que foi utilizado o retalho frontal, associado ou não a outros procedimentos cirúrgicos.

**182 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S.; PEREIRA FILHO, OJ. - Reconstrução Total de Nariz. Caderno de Resumos IV Jornada Sul Brasileira de cirurgia. Colégio Brasileiro dos Cirurgiões. Florianópolis, SC. 160:66A, 1987.**

Os A.A. relatam que a escolha da técnica adequada para a reconstrução total de nariz depende de cada caso em particular. São fatores de importância, a altura da testa, a idade do paciente e as condições locais da pele da região frontal. Sempre que possível, deve-se dar importância aos retalhos à distância. O retalho em escalpe de Converse foi usado para reconstrução total de nariz com autotransplante prévia da porção a ser transferida e com inclusão de cartilagem de orelha para sustentação do dorso, na fase de liberação do retalho. A autotransplante foi estimulada com o garroteamento do pedículo do retalho, duas vezes ao dia, por tempo progressivo, do décimo ao décimo sétimo dia.

**183 NAVA NETO, J. - Reconstrução Funcional do Nariz. HFA - Publ. Tec. Cient. Brasília, DF. 3(3):233,1988.**

As técnicas de reparação nasal tem se tornai mais numerosas e requintadas. É apresentado um caso de deformidade traumática do nariz, reparação através de enxertos livre de pele, cartilagem e ossos. O paciente é submetido à anestesia geral, infiltração do nariz com solução de xilocaína 0,5%; incisando os vestíbulos nasais, desloca-se pele do dorso nasal, e modelam-se as estruturas rígidas para receberem o enxerto ósseo. O nariz preparado para receber os três enxertos programados, obtidos da crista ilíaca, pavilhão auricular e face lateral da coxa. Após conclusão da técnica cirúrgica, o nariz é recoberto com curativo gessado. Com a utilização de uma combinação planejada de enxertos, é possível devolver ao paciente uma boa respiração nasal, ensejam melhoria gradativa das alterações funcionais que apresentava. Do ponto de vista estético, o nariz torna-se mais alargado e de ponta bulbosa, se irregularidades e ou assimetrias.

**184 D' ASSÛMPÇÃO, E.A. - Traumas de Nariz. Cirurgia de Urgência. Lázaro da Silva, A. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Medsi 1986,556.**

O autor descreve os traumas de nariz, tanto nas partes moles como de seu esqueleto ósteo-cartilaginoso, indicando a propedêutica adequada e tratamento a ser instituído em cada situação.

#### 5.7. Cavidade Oral.

**185 GALVÃO, M.S.L. - Choosing the Appropriate Reconstruction in Oral Cancer. Transaction of the IX International Congress of Plastic & Reconstructive Surgery. RJ. Maneksha Ed. Tata Mcraw-Hill Publishing Company Limited. New Delhi. India. 1987, (22):546.**

The author presents his experience in the surgical treatment of advanced facial tumours and the repair of major defects caused by cranio-facial resection. The righth flap to repair each defect is presented repair, using the latissimus dorsi rectoabdominis, scapular and omental flaps. Pre-fabrication and transplanting of facial aesthetic units to reconstruct the nose, lips, ears and hemiface, are shown as well as the advantages and disadvantages of this new technique.

#### 5.8. Lábio e Mento

**186 ELY, J.F. - Mentoplastias en Progenia y Microgenia. Texto de Cirurgia Plástica, Reconstructiva y Estética. Coiffman, F. Barcelona. Ed. Salva T. 1986,VII(1):589.**

Na introdução o autor revê os parâmetros do perfil facial a partir da linha horizontal de Frankfurt, e a glabellar, mentoniana. A progenia é abordada com novos recursos de osteotomias curvilíneas com brocas a jato de corte lateral, nas quais o segmento ósseo semilunar pode ser reenxertado. Para as pequenas microgenias prefere a incisão submental assimétrica com implantação de prótese de polioxane ou enxerto ósseo. Nos casos mais pronunciados, emprega enxerto da asa de ilíaco, introduzindo por via endoral, 2 cm acima do sulco gengivo-labial. O trabalho é ilustrado com desenhos e fotografias dos casos.

**187 FONSECA, J.L. - Aesthetic Reduction of the Upper Lip. Transactions of the IX Internacional Congress of Plastic & Reconstructive Surgery. RJ. Maneksha. Ed. Tata Mcraw-Hill Publishing Company Limited. New Delhi. Índia. 1987,206.**

O lábio superior dado a sua anatomia de superfície e morfologia não deve ter mais de dois centímetros de largura. Baseado neste fato propomos uma incisão na parte mais alta do lábio superior similar a letra "M", que se estende dentro do vestibulo nasal objetivando uma real redução da altura labial, bem como a restauração de sua concavidade natural, através de uma cicatriz quebrada posicionada em área de pouca evidência e que tende a desaparecer em pouco tempo de Pós operatório. Os melhores resultados obtidos foram nos pacientes que apresentam base nasal larga, tais como os negroides e orientais.

#### 5.9. Orelha Externa

**188 AVELAR, J.M. Importance of Ear Reconstruction for the Aesthetic Balance of the facial countour. Aesthetic Plastic Surgery. 10:147,1986.**

The author describes the importance of the ear, when reinstating the harmony of facial contour. He studied 146 cases of congenital deformations of the auricle and proposed a classification of four groups: Anotia, Microtia, Macrotia, and Prominent ear. Associated malformations of the face and skull structures in conjunction with disgenesis of the pinna are emphasized. Created of the natural position to replace the rib. The technique of reconstruction is described.

**189 AVELAR, J.M. - Deformidade Congénitas do Pavilhão Auricular. Experiência em 138 casos de Reconstrução da Orelha. Rev. Soc. Brás. Cirurgia Plástica. São Paulo. 1:28,1986.**

O autor analisa 138 casos de disgenesias auriculares e propõe uma classificação em quatro grupos: Anotia, Microtia, Macrotia, e Orelha em Abano. As deformidades associadas são relatadas igualmente às alterações funcionais da audição. A técnica cirúrgica é descrita, dando ênfase a criação do arcabouço auricular. O retalho de fascia temporal não é utilizado na cirurgia primária. O retalho do fascia pediculado pela artéria auricular posterior dá suprimento circulatório à nova orelha.

**190 AVELAR, J.M. - A New Technique for Reconstruction of the Auricle in Acquired Deformities. Annals of Plastic Surgery. São Paulo. 18:454,1987.**

O autor descreve sua técnica pessoal para reconstrução de orelha nas deformidades adquiridas. O procedimento está fundamentado em descolamento cutâneo em túnel para inclusão do neo-arcabouço cartilaginoso.

**191 AVELAR, J.M.; BOCCHINO, F. -Embriologia da Orelha. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,1(1):279.**

Embora o estudo da gênese auricular seja árido e difícil para a compreensão do fenômeno normal, a descrição exibida é transmitida com simplicidade para entender as múltiplas formas clínicas, inclusive envolvendo regiões vizinhas.

**192 AVELAR, J.M. - Modelagem do Arcabouço Auricular nas Reconstruções da Orelha. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989, 3(1):287.**

Em 1920, Gilies foi o primeiro autor a demonstrar importância em substituir o arcabouço cartilaginoso nas reconstruções auriculares. Diversos materiais orgânicos (autogenos, homólogos e heterólogos) e outros inorgânicos. O autor descreve minuciosamente sua conceituação técnica na escultura do arcabouço, servindo-se do 8º ou 9º arco costal, podendo ser criada num único bloco. A qualidade estética da cirurgia depende fundamentalmente do esqueleto cartilaginoso criado.

**193 AVELAR, J.M. - Reconstrução Auricular Primária. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar, 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,4(1):291.**

O autor descreve objetivamente sua técnica, que pode ser realizada em um ou dois tempos cirúrgicos. O descolamento cutâneo é realizado somente na região da futura hélix e anti-hélix, preservando integralmente a futura cavidade conchal. Nas agenesias, esse detalhe é da maior importância, pois, além de projetar a hélix e anti-hélix, cria ampla cavidade conchal que é de maior importância estética.

**194 AVELAR, J.M. - Reconstrução do Polo Superior da Orelha. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócritas. 1989,8(1)^31.**

As anomalias que envolvem o pólo superior da orelha exigem enorme empenho do cirurgião para obter boa harmonia com o segmento auricular já existente. Por esse motivo, o autor descreve numerosas técnicas para enriquecer o conhecimento do leitor. A par, descreve suas condutas pessoais, as quais têm proporcionado compensadores resultados.

**195 AVELAR, J.M. - Reconstrução do Lóbulo Auricular. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,9(1):338.**

A reconstrução do lóbulo auricular é espinhosa tarefa no capítulo de reconstrução da orelha. O tema aqui exposto reflete abrangente revisão na literatura, para facilitar o aprendizado do leitor. O autor expõe duas possibilidades técnicas de seu uso pessoal como complemento da matéria.

**190 AVELAR, J.M. - Reconstrução Auricular Pós-Traumática. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª ED. São Paulo. Hipócrates. 1989,10(1):343.**

As deformidades auriculares decorrentes do trauma exibem enorme variedade de formas clínicas, a exigir do cirurgião orientado raciocínio no diagnóstico, notadamente no planejamento cirúrgico. A matéria aqui descrita abrange am]l] revisão da literatura, além de inserir as condut pessoais do autor.

**197 AVELAR, J.M. • Reconstrução Auricular Pós-Queimadura. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª ED. São Paulo Hipócrates. 1989,11(1):351.**

O trauma orgânico causado pela queimadura imprevisível. O pavilhão auricular paga enormes tributo pelos agentes térmicos. Por tudo isso, autor dedicou muito empenho na descrição da gênese das mutilações causadas pelas elevadas temperaturas, propondo, inclusive, abordagem pessoal na reconstrução do órgão,

**198 AVELAR, J.M. Reconstrução Secundária da orelha. In: Cirurgia na Infância. Juarez M. Avelar, 1ª Ed. São Paulo Hipócrates. 1989,12(1):358.**

Reconstrução auricular secundária é tarefa ainda mais difícil nesse campo, pois o tecido cicatricial decorrente de cirurgias anteriores constitui enorme barreira ao descolamento cutâneo. A criação de retalhos, que é de fundamental valor nesta área, torna-se difícil etapa comprometendo inclusive, sua vascularização. autor descreve grande número de formas clínicas, propõe soluções e adverte para os cuidados trans e pós operatórios. O retalho da gálea pode ser empregado em casos muito complexos, contudo, imensa maioria dos casos pode ser solucionada servindo-se de retalhos locais.

**199 AVELAR, J.M. - Complicações e Reconstrução Auricular. In: Cirurg Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. Si Paulo. Hipócrates. 1989,13(1):364.**

Um dos problemas mais temidos na reconstrução auricular é a complicação pós-operatória. Por este motivo, o autor descreve objetivamente possíveis causas de complicações sobretudo, metodologia para evitá-las. Das comuns, necrose cutânea, podendo levar a infecções secundária com condrite seguida da perda parcial ou total do arcabouço cartilaginoso.

**200 AVELAR, J.M. - Principios Fundantó tales en la Reconstrucción de la Orej In: Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estétíl Juarez M. Avelar & Ernesto R Malbec. Iª Ed. Si Paulo. Hipócrates. 1990,8(1):449.**

O tema de reconstrução da orelha é reconhecido mundialmente como um dos mais difíceis em cirurgia plástica. O autor descreve os vários tipos de deformidades com seu respectivo tratamento, dando especial enfoque para a preparação do arcabouço auricular por sua técnica pessoal.

## 5.10. Pescoço

## 5.11. Paralisia Facial

## 6. LÁBIO LEPORINO, MAXILAR E PÁLATO

### 6.1. Etiologia, Classificação e Generalidades.

### 6.2. Tratamento Cirúrgico

**201 CHICRALLA, A. - Técnica de Miliard Modificada no Tratamento do Lábio Leporino Unilateral, 17 Anos de Experiência. Rev. Col. Brás. de Cirurgiões. Rio de Janeiro. 13:73,**

O autor dá ênfase aos traços das incisões tanto na vertente medial, quanto na lateral, baseada na modificação da técnica de Millard. Algumas táticas outras são mencionadas além das incisões, embora as estatísticas sejam relativamente pequenas mas os resultados estão sendo altamente compensadores, razão pela qual nas fendas unilaterais é a sua técnica de eleição. Sendo utilizada também em correções secundárias. A rinoplastia quando se impõe é feita em outro tempo cirúrgico.

### 6.3. Ortodontia e Próteses

## 7. MAMAS

### 7.1. Hipomastias e Hipertrofias

**202 AVELAR, J.M.; PAOLIELLO JR., H.R. -Posición Actual de las Inclusiones y Colgajos en las Mastoplastias. In: Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990,4(1) :582.**

Apesar dos avanços em muitas áreas da cirurgia plástica, o tratamento cirúrgico das Hipomastias ainda requer o emprego da prótese de silicone. Os autores descrevem as diversas vias de acesso dando preferência à incisão trans-aréolar peri-mamilar. Descrevem ainda as vantagens de retalhos glandulares das ptoses mamárias.

**203 BAROUDI, R. - Introdução. In: Atualização em Cirurgia Plástica. Aymar Sperly. 1:15,1989.**

No capítulo de introdução o autor estuda a mama nos aspectos mais diversos. Inicia com os tipos de alterações morfológicas mais frequentes de forma, volume e simetria. Passa em seguida ao estudo das indicações e contra indicações desses tipos morfológicos, desde as amastias até as gigantomastias. Finaliza o capítulo com comentários que procuram explicar os aspectos pouco previsíveis que se obtém a longo prazo face as características estruturais inerente as do próprio tecido mamário.

**204 BAROUDI, R. - Preoperative Evaluation for Breast Surgery. In: Aesthetic Surgery of Breast. Georgiade, N.G.; Georgiade, G.S. and Riefkohl, R. Saunders, Philadelphia. 1990,23.**

O autor estuda as alterações morfológicas que a mama sofre durante a vida da mulher. Apresenta uma classificação dos diversos tipos de mamas em função da forma e volume. Desenvolve conceitos sobre quando dizer sim e quando dizer não para uma cirurgia de mama nos seus diversos tipos. Faz comentário importantes relativos as causas pelas quais as mamas apresentam aspectos pouco previsíveis no pós-operatório a longo prazo.

**205 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S.; PEREIRA FILHO, OJ. - Manobras na Profilaxia e Tratamento das Contraturas Capsulares Mamarias. Resumo XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Blumenau, SC. 1989,174:53.**

Os A.A. efetuaram uma análise, de 50 casos de mamoplastia de aumento operadas entre 1980 e 1989. Desta forma, procura-se objetivar indicações nos casos de atrofia, hipertrofias, bem como, leves ptoses, displasias amplas associadas com mastectomias subcutâneas ou atrofia na região mamaria secundárias. Procura-se evidenciar também o perfil psicológico do paciente que se submeterá a tal procedimento. Na rotina operatória, é salientada, bem como, vias de acesso a localização da prótese, i.e., ante ou retropeitoral. Quanto ao follow-up dos pacientes, reforça-se a ideia da automassagem regular realizada seguidamente, com a finalidade de mobilizar a prótese em seu nicho e, desta forma, reduzir a contratatura capsular. Quanto á conduta nas contraturas sintomáticas (segundo classificação de Backer) enfatiza-se a atuação parcial nas mesmas, com intuito apenas de ampliar a loja intramamária. Todavia, correlaciona-se alguns casos em que a retirada da prótese com mastopexia pode mostrar bons resultados sob o ponto de vista estético-funcional.

**206 FELÍCIO, Y. - Mamoplastia de Reduccion Con Solo una Incision Peri-Aureolar. Cirurgia Plástica Ibero-latino Americana. Espanha. 3:245,1986.**

Es admitido por todos, que las cicatrices consecutivas a mastoplastias de reducción son visibles, algunas veces incluso en exceso y muy extensas. Buscando una técnica que deje las menos cicatrices posibles así como lo menos visible que se pueda, la autora experimento en el cadáver para hacer una resección através de una vía de entrada peri-areolar. Emplea una técnica que ofrece las siguientes ventajas: 1) Es menos agresiva, a la vez que conserva gran número de lóbulos mamarios centrales, arterias y nervios dando lugar a una recuperación rápida de la sensibilidad areolar, 2) Puede ser realizada con anestesia local, 3) El material necesario para la operación es mínimo, 4) El tiempo de la operación es también menor, 5) Deja solo una cicatriz periareolar, poço visible y as veces casi desaparece.

**207 JAIMOVICH, C.A. - Ginecomastia. In: Cirurgia Plástica na Infância. Avelar, J. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Hipócrates. 1989,6(2):437.**

O autor analisa detalhadamente o quadro clínico desta entidade nosológica, dando especial ênfase às repercussões psicológicas provocadas pelo problema. Aborda a classificação dos diversos tipos de ginecomastias, descrevendo com minúcia o tratamento cirúrgico com as suas principais variantes. Os resultados cirúrgicos e os eventuais insucessos pós-operatórios são criteriosamente avaliados. O trabalho representa uma abordagem eclética e abrangente sobre as ginecomastias.

**208 RODRIGUES NETO, J.N.; MATOS, S.P.S. - Síndrome de Poland. HFA-Publ. Têc. Cient. Brasília, DF. 3(2):137,1988.**

A Síndrome de Poland descrita em 1841, consiste de anomalias hipoplásicas de diversos graus, envolvendo principalmente os músculos peitorais, a mama e o membro superior ipsilateral, sem outras repercussões funcionais. Os autores descrevem três casos de pacientes portadores da síndrome, os quais foram tratados cirurgicamente, através de prótese de silicone em dois casos mamoplastia em um paciente, todos com bom resultados.

## 7.2. Técnica Operatória e Redução Mamárias;

**209 AMARAL, P.R.B.; SILVA, S.L.; AVELAR J.M.; LEMOS, P. - Mamoplastia, aspectos importantes para o ginecologista. Femina. Rev. da Fed. Brás. da Soc. Gin. Obst. Jean Claude Nahoun Rio de Janeiro. Ed. Elea-Proj. Graf. Edit. 1986 (14):144.**

**210 AVELAR, J.M. - Princípios Fundamentais em las Mastoplastias. In: Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estética. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1990, 9(1):530.**

O tema é abordado em seus vários aspectos como ressalta o valor do exame físico, e diagnóstico preciso, indicação de tratamento das hipertrofias mamárias. A técnica cirúrgica utilizada é apresentada detalhadamente assim como o resulta obtido e as complicações possíveis de ocorrer.

**211 AVELAR, J.M.; GAMEIRO, C.A, Nuevos Conceptos en la Mastoplastia In: Historia, Ciência y Arte en Cirurgia Estética Juarez M. Avelar & Ernesto F. Malbec. 1ª Ed. S Paulo. Hipócrates. 1990,10(1):550.**

Os A.A. apresentam detalhada revisão histórica das técnicas sobre maneira para enriquecer a comunidade científica. Nessa evolução houve redução da extensão das cicatrizes preservando forma e função.

**212 BAROUDI, R. - Mamoplastias Secundárias - Problemas nas Mamoplastias Redutoras. In: Cirurgia Plástica da Mma. Ribeiro, R., Medsi. 1989,267.**

O autor faz um estudo dos principais tipos de problemas que ocorrem nas mamoplastias estéticas. Cada tipo de complicação é avaliada em seus detalhes onde mostra as possíveis soluções e procedimentos de como evitá-las. Apresenta comentários sobre conceitos de qualidade de resultados, significado de intercorrência e complicações assim como avaliações dos aspectos emocionais das pacientes. Finaliza com um estudo sobre os envoltimentos médico legais que possam ocorrer diante dessas complicações.

**213 BARUDI, R. - Mastoplastia Redutora. In: Atualização em Cirurgia Plástica - Mama. Aymar Sperly. 1989, II(I):39.**

Compreende um estudo sobre a forma de perguntas e respostas onde participam especialistas que respondem a um questionário de dezoito perguntas. Todos eles são questionados sobre os problemas e soluções inerentes a mastoplastia redutora onde se busca uma avaliação conclusiva sobre a melhor conduta a ser aplicada, para se obter o melhor resultado possível.

**214 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S.; PEREIRA FILHO, OJ. - Mamoplastia: Revisão de 500 Casos. Caderno de Resumo IV Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Florianópolis, SC.1987,160:56A.**

Os A.A. apresentam um estudo retrospectivo correlacionar aspectos técnicos e situações correlatas nas 501 mamoplastias realizadas no Hospital da Caridade, Maternidade Carlos Corrêa e Clínica Jane de Cirurgia Plástica entre os anos de 1980 e 1986. Nesta revisão ficou evidenciado que entre as duas principais técnicas utilizadas pelos autores, ou seja, a de ARIË - PITANGUY e DUFOURMENTEL - MOULY, a segunda veio sendo cada vez mais utilizada nas Sai mamoplastias, com intuito não só de mastopexia, mas também, naquelas do tipo redutoras, com excisão de tecido mamário até de 1 Kg. rico em gordura, não só pela redução do tempo cirúrgico mas, também pela satisfação do paciente ao reduzir e tornar menos aparente a cicatriz mamaria. Elas foram associadas a outras cirurgias em torno de 55%. O índice geral de complicações foi de 3,8% com 2% para os hematomas e 0,4% para os casos de infecção. Todos os anatomopatológicos não demonstraram malignidade.

**215 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S.; PEREIRA FILHO, OJ. - Mamoplastia: Revisão de 501 Casos. Arq. Cat. Med. Florianópolis, SC. 17(1):29,1988.**

Os A.A. apresentam um estudo retrospectivo de 501 casos de mamoplastias operadas no período de 1980 a 1986 procurando correlacionar os aspectos das duas principais técnicas utilizadas PITANGUY (A.P.) e DUFOURMENTEL-at MOULY MODIFICADA (D.M.) e aperfeiçoada nacionais como Horibe et al., Peixoto, Bozola et al. Os aspectos tocantes às aplicações dos diversos procedimentos são discutidos amplamente.

**216 CARDOSO DE CASTRO, C. -Mamoplastia Redutora na Mulher Jovem - Análise Crítica e Evolutiva a Longo Prazo. Rev. Brás. Ginecologia. 96:471,1986.**

O autor avalia os resultados da mamoplastia a longo prazo, observando alterações com gravidez, satisfação a longo prazo, alterações de sensibilidade.

**217 CARDOSO DE CASTRO, C. Mamoplastia Secundária. Rev. Soc. Brás. Cir.Plást. 2:110,1987.**

Abordagem dos aspectos que envolvem as mamoplastias secundária. Volume, forma, cicatrizes e como tratar.

**218 CHEFFE, L.O. - Ptose Mamaria: Tratamento Cirúrgico com Retalho Infero-lateral. Anais XXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro. 1990, 46.**

O autor apresenta tratamento de ptose mamaria com retalho formado pela porção infero-lateral mamaria, com pedículo medial. Esse retalho sofre cambalhota e é fixado à aponeurose do m grande peitoral, à altura do 3º espaço intercostal, sob a glândula mamária descolada. A técnica aplica-se a incisões externas em "T" ou em "I". As vantagens são o preenchimento pleno do polo superior e firmeza mamaria excepcional. O retalho foi empregado em 42 pacientes, desde janeiro de 1989, com complicações mínimas e ótimos resultados.

**219 CHIARI JR., A. - "L" Mamoplasty - A New Approach. Annals of the International Symposium. RAPS/90. Recent Advance in Plastic Surgery. 1990,99.**

The author describes on "L" mammaplasty technique with markings based on chest width, as well as on the anterior axillary and midsternal lines. With a design which allows the surgeon to remove more skin, the described technique can be indicated for minor, moderate and large hypertrophies, as well as for ptotic and asymmetric breasts. The results exhibit nicely shaped breasts, with small, well positioned and undistorted scars.

**220 DE ALMEIDA, A.R.H. - A New Pattern for Scar Lateralization in Mastopexies and Moderate Reductions. Transaction of the IX Intern. Congress of Plast. and Reconst. Surg. New Delhi. Índia. Tatá Macraw-Hill Publishing Company Limited. 1987,01(13):320.**

Our method consist in marking the breast using a pattern created by us. The Pattern is just a guide to eliminate, through its convex lines, the medial scar of conventional techniques. The pattern is 13 cm in length and 9 cm in width, becoming thinner and ending in an 80 angle at its furthest extremity.

**221 ELY, J.F. • Evolução da Técnica de Reconstrução Mamaria. Alternativas Diagnosticas e Terapêuticas no Câncer de Mama. Montoro, A.F. et all. São Paulo. Ed. BRADEPCA Coedição CNPq. 1987,5 (5) :296.**

Neste capítulo é feita uma avaliação dos trabalhos que deram base e origem para o atual desenvolvimento da reconstrução mamaria pós-mastectomia. Os retalhos tubulares eram formados no abdómen inferior, a mesma zona doadora dos atuais retalhos miocutâneos de reto abdominal, o problema principal era a morosidade e elevado número de tempos cirúrgicos, a divisão mamaria trouxe novos requintes técnicos, e também o problema de risco adicional inerente ao aproveitamento da mama oposta. Atualmente podemos sintetizar a situação da seguinte forma: 1- A mastectomia modificada (Patey), com preservação do músculo grande peitoral, facilita enormemente a reconstrução e reacende a importância dos retalhos locais mais prótese submuscular. 2- Os processos históricos de reconstrução por retalhos tubulares e divisão da mama oposta tiveram seu papel no desenvolvimento das novas técnicas na reconstrução mamaria. 3- Os retalhos miocutâneos aportam novas soluções e certamente vieram substituir os prolongados processos de reparação por retalhos a distância, em múltiplos tempos cirúrgicos.

**222 ELY, J.F. - Breast Reduction. Choice of Procedure. Abstracts Book. IX Congress of the International Society of Aesthetic Surgery. Aston, S J. New York. ISAPS. 1987,162.**

After 400 cases of breast reduction, the author estimates that the best results are obtained by a proper choice of technique according to the characteristics of the patient. Until now, no panacea was available. Whenever feasible the size of the incision, and consequently, of the scar must be reduced. However, there are situations in which large incision leads to a better form. Some examples are presented. Moderated hypertrophies may be treated by Arie's technique that leaves a suture line vertical to the submammary fold. Some new maneuvers reintroduced that old procedure into new light. For example, a way to avoid a visible scar below the submammary fold is to start the incision 2 cm above that line. The principle stated by Tom Rees for rhinoplasty stands for reduction mammoplasties as well: "To obtain the required results in different types of deformities the surgeon must have mastery of several different techniques in his armamentarium".

**223 FELÍCIO, Y. - Reduction Mammoplasty with one Areole Scar. - Transaction of the IX Intern. Congress of Plast. and Reconst. Surg. New Delhi. Índia. Tatá Macraw-Hill Publishing Company Limited. 1987,01:569.**

The extension of scars is the major defect in reduction mammoplasty a point that coincides with the opinion of patients. This procedure results in only one scar in the areole. The breast receives two incisions: One on the periphery of areole and another around the folds, through the skin and mammary tissue, deepening to the aponeurosis;

Advantages: Surgery less aggressive than the other techniques already in use, area affected is smaller less line is used because fewer sutures are necessary. Principally-it leaves only one scar in the areole which is very acceptable to the surgeon and the patient and many times unnoticed by the companion of the client.

**224 GALVÃO, M.S.L. - A Simple Method Marking Mammoplasty without Medial Scar. Transaction of the IX Intern. Congress Plast. and Reconst. Surg. New Delhi. Índia. Ti Macraw-Hill Publishing Company Limited. U 01(21):524.**

The author describes a technique for marking mammoplasty without medial scar initial outlining points, A, B and C as previously published. From point A the new nipple position is marked at point a' (distance A to A = 2 cm). From points B and C two curved lines are drawn to the mid of inframammary fold at point D. Finally, points E is drawn pushing point B towards point D when a "dog ear" is shown in the lateral aspect of the breast.

The technique is suitable for correcting mild and moderate degrees of breast hypertrophy the final scar being an L shaped one. A variation of the technique is used to correct ptotic breast when an inferior dermofat pedicle based superiorly is placed under the breast to improve its final breast shape and to produce a lasting result.

**225 GRANEMANN, A.S.; BINS ELY, J.; PEREIRA FILHO, O.J. - Mamoplastia '(Revisão de 800 Casos). Resumos XXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro. 1990,208:80.**

Os A.A. apresentam um estudo retrospectivo de mais de 800 casos (1125) operados por diferentes técnicas e patologias. O maior número de casos operados foi no tratamento de hipertrofias nos diferentes graus, seguido de ptoses, assimetrias, hipomastias e amastias. A comparação entre as técnicas em "L", Ariê-Pitanguy, vertical e periarcolar é apresentada. Ampla discussão é realizada, sobretudo, no tocante ao aspecto estético-funcional obtido com a redução cicatricial através das diferentes técnicas, bem como, prevenção e tratamento das complicações.

**226 KEPPKE, E.M.; MATTA, S. - Mastoplastia Redutora. In: Cirurgia Plástica Reparadora e Estética. Méiega, J.M.; Zanini, S.A.; Psilakis, J.M., Rio de Janeiro. Ed. Medsi, 1988,70:729.**

**227 MACEDO, N.F. - Ptose Mamaria. In: Cirurgia Plástica Reparadora e Estética. Méiega, J.M.; Zanini, S.A.; Psilakis, J.M., Rio de Janeiro. 1988,72:763.**

Pela exposição da literatura médica conclui-se que a correção da ptose ainda não oferece uma solução ideal. Muitas técnicas engenhosas foram e continuam sendo elaboradas. Contudo nenhuma oferece um resultado eficaz para problemáticas fundamentais como: cicatrizes e forma permanente do cone mamário operado.

**228 TOSTES, R. - Contribuição Técnica ao Estudo da Mastoplastia. Rev. Brás. Cir., Rio de Janeiro. 76(05):291,1986.**

Retalho dermo glandular de pedículo superior e infra-arcular, para os casos de ptoses com hipoplasia moderada e nas ptoses acentuadas com hipoplasias mamárias. A técnica tem como objetivos reconstruir a mama com material do próprio organismo e sempre que possível evitar a utilização de próteses. Estas após utilização em cirurgia tem demonstrado apresentar certas complicações dentre as quais a de maior incidência constituem as retrações capsulares. Constitui desta forma um método alternativo para aqueles pacientes que se recusam a se submeter a inclusão de prótese de silicone.

### 7.3. Patologia e Reconstruções

**229 AVELAR, J.M. - Assimetria Mamaria. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989, 3(2):413.**

O tema "Assimetria Mamaria" tem a maior importância no estudo da patologia da cirurgia estética da mama. Embora o tratamento cirúrgico recomendado seja após a puberdade, com muita frequência o problema surge desde a infância. A assimetria nem sempre é só de volume de glândula, mas também de estruturas cutâneas e da placa areolomamilar. O autor aborda a diversificada patologia enfatizando a idade apropriada para a cirurgia.

**230 AVELAR, J.M. - Reconstrução Mamaria Pós-Queimadura. In: Cirurgia Plástica na Infância. Juarez M. Avelar. 1ª Ed. São Paulo. Hipócrates. 1989,4(2):419.**

O estudo da queimadura está diretamente relacionado com a atividade do cirurgião plástico. Além de grande desafio, constitui contínua barreira a encontrar satisfatória solução ou problema. Reconstrução da mama pós-queimadura está descrita com objetividade, realçando-se a importância na preservação do "broto" mamário., recomendando-se a reconstrução após o completo desenvolvimento físico, embora a imensa maioria dos casos ocorram na infância.

**231 BAROUDI, R. - Mastectomia Subcutânea. In: Atualização em Cirurgia Plástica Mamaria. Aymar Sperly. 1989, VI(I):123.**

Compreende um capítulo onde participam doze especialistas que respondem a doze perguntas sobre reconstrução mamaria pós-mastectomia subcutânea. Este questionário é respondido por todos os especialistas no sentido de se obter um consenso para a melhor conduta clínica e cirúrgica a ser dada às pacientes que necessitam este tipo de tratamento.

**232 BAROUDI, R.; PINOTTI, J.A.; COSTA, M.S.; TEIXEIRA, L.C.; KEPPKE, E.M.; GABIATTI, J.R.E. - Localization of Benig Breast Diseases and Proposal of a New Approach for Aesthetic Breast Reduction. Publicado na Breast Disease. 1:295,1989.**

Os A.A. fazem um estudo estatístico dos tumores benignos da mama tratados basicamente pela quadrantectomia. Comprovam ser o tratamento eficaz e conservador. O trabalho é complementando com o tratamento cirúrgico estético da mama realizado no mesmo tempo operatório. Ilustrações clínicas e gráficas complementam o estudo.

**233 ELY, J.F. - Gynecomastia. Aesthetical Surgery of the Breast. Georgiade, N.G.;Georgiade, G.S.; Riefkohl, R. Philadelphia. W.B.Saunders. 1990,47:657.**

Neste capítulo sobre o tratamento cirúrgico de ginecomastia é feita referência à técnica pessoal do "triplo V" indicada em casos de grande volume a ser ressecado em aréolas pequenas. Outras opções terapêuticas também são relatadas.

**234 JAIMOVICH, C.A. - Mastectomia Sub-Cutânea. In: Atualização em Cirurgia Plástica Mamária. Sperli, A. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Inst. Brás. Livro Científico. 1989, VI(1):123.**

Neste painel, onde participam doze experientes profissionais, aborda-se o controvertido tema "Mastectomia Sub-cutânea", ficando explicitadas as condutas de cada um e sua filosofia sobre o problema.

**235 KEPPKE, E.M. - Radical Mastectomy with Immediate Reconstructive of The Breast. An information Manual on some problems of the Breast. Fogsí. Published by the Breast Committee of Federation of Obstetrics and Gynaecological Societies of India. 33,1986.**

**236 KEPPKE, E.M. - Tratamento Cirúrgico Conservador do Câncer de Mama. Rev. Ass. Med. Brasil. 32(5):89,1986.**

**237 KEPPKE, E.M. - Comprehensive Therapy of Breast Cancer Conservative and Radical Approaches combined with Reconstruction of the Breast. 2(1):21,1987.**

**238 KEPPKE, E.M.- Reconstrução Mamaria Imediata com uso de Retalho Miocutâneo Reto Abdominal. In: Alternativas Diagnosticas e Terapêuticas no Câncer da Mal Antônio franco Mотор. São Paulo. Ed. Brapdeca Coedição CNPq. 1987,310.**

**239 KEPPKE, E.M. - Análise Crítica Novas Modalidades Terapêuticas do Câncer da Mama. In: Oncologia Ginecológica e Mama. Ed. Unicamp (Série Saúde da Mulhe 1988, (3):310.**

**240 KEPPKE, E.M. - Reconstruções Mamárias Imediatas. In: Cirurgia Plástica da Mama. Liacyr Ribeiro. Rio de Janeiro. Ed. Medsi 1989,4:75.**

**241 KEPPKE, E.M. - Brusterhaltende Krebschirurgie unter Plastisch. Rekonstruktiven Gesichtspunkten. Acta Chirurgica Austriaca. 21 Jahrgang Helf 5/1989, 273.**

**242 KEPPKE, E.M. - Reconstrução Mamária Pós-Mastectomia. In: Tratado de Ginecologia. Ed. Roca. 1989, (1):1483.**

**243 KEPPKE, E.M. Primare Rekonstruktion in der Brusterhaltenden Krebschirurgie. J.A. Barth, Leipzig. Zent. I Ginakol. 1990,411.**

**244 OLIVEIRA JR., M.M. - M-VPlastia Mamilar. Rev. Brás. Cir. Rio de Janeiro 76:5,1986.**

Desenvolve o autor técnica redutora para os mamilos hipertróficos. A sua concepção se baseia na bipartição mamilar dentro de uma forma que denominou M-Vplástica. Da observação das figuras com que esquematiza esta técnica poderá advir alguma compreensão do seu mecanismo auto-plástico. Utilizando-se do recurso circuncisional na base de implantação do mamilo, com as respectivas cunhas de descarga nos polos intra-areolares, propõe sua diminuição nas duas dimensões afetas inicialmente. Apresentando caso algo incomum na clínica especializada, por se tratar de hipertrofia mamilar masculina acompanhada de discreta ginecomastia (ausência total clinicamente) demonstrará com que facilidade é mantida a projeção e conificação da papila mamaria assim tratada.

**245 PADOVEZ, J.C.; VEIGA FILHO, J.; MAEGAWA, R.N. - Reconstrução Mamária Pós Mastectomia: Evolução nos últimos 10 anos. Boletim do centro de Estudos Hospital Austa, São José do Rio Preto, SP. 1:5,1987.**

Os A.A. fazem referências às técnicas empregadas em reconstrução mamária antes do final dos anos 70, em seguida descreve as utilizadas durante a última década e conclui pela que tem, usado atualmente, que é o retalho miocutâneo de abdome inferior com músculo reto abdominal, baseado na artéria epigástrica superior. Contém ilustrações e fotos.

**246 SEPULCRI, V.A.A.; FIGUEIREDO, J.S.; ALMEIDA, K.G. - Achados Histopatológicos em Mamoplastia Redutora: Estudo em 450 Casos. Anais XXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro. 1990.**

Os A.A. analisam suas experiências em torno de 450 pacientes submetidas a mamoplastia redutora com exame histopatológico no período compreendido entre janeiro de 1982 a maio de 1990, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Teresópolis. Salientam o fato das pacientes encontrarem-se assintomáticas. Analisam as diferentes lesões encontradas, sua incidência e tecem comentários sobre a técnica cirúrgica empregada.

#### **7.4 Lipoaspiração**

#### **7.5. Reconstrução de Aréola e Mamilo**

**247 SALEMA, R.; ABOUDIB JR.; J.H. - Convergent Nipple-Areolar Complexes Corrected by Inferior Curved Pedicle Technique. Annals of Plastic Surgery. 19 (6), 1987.**

Descrição de um caso de mamoplastia seguida de aréolas convergentes, corrigida com mamoplastia. Utilizou um pedículo inferior curvo para reposicionamento do complexo aréolo mamilar.

### **8. EXTREMIDADES**

#### **8.1. Mão – Reparações por Afecções Adquiridas.**

**248 DE ALMEIDA, A.R.H. – Retalhos Digito-palmares de Liberação Precoce. Rev. Brás. Cir. Rio de Janeiro. 76:273,1986.**

O autor apresenta uma nova opção para o tratamento das perdas de substância de ponta de dedo, na qual emprega retalhos digito-palmares das regiões tenariana e hipotenar, homolateral a lesão, que são seccionadas com 72-96 horas. Esses retalhos, devido ao curto espaço de tempo de autonomização, são empregados para o I - II - III IV - V dedos da mão. Faz também um comentário comparando as técnicas já existentes e 33 casos são relatados.

**249 ELY, J.F. Hand Wrinkles. Aest. Plast. Surg. 1988,5:275.**

Since surgery for facial rejuvenation has become increasingly frequent, a contrast has often been noted between the young face and the aging hands. Some patients who were enthusiastic about the affect achieved on their faces have requested that the same be done for their hands. There are, however, some problems which must be clearly explained to the patient: 1- Scar on the hands are more visible than on the face; 2- A certain amount of excess skin which appears on the dorsum of the outstretched hands is needed to be able to flex the fingers; 3- Skin abrasion, used to remove brown spots and surface wrinkles, may cause disagreeable changes in the color of the skin (dyschromia). Once they have been made aware of the real possibilities of improvement and of the possible disadvantages of surgery, some patients give up and others choose surgery, but no longer harbor any illusory expectations as to its outcome.

**250 MIURA, O.; OLIVEIRA, M.C.; BOZOLA, A.R.; SANCHES, VM.; D'ANDREA, S.; KURIMORI, N.S.; CHAEM, L.H.T. - Utilização de Enxerto de Veia no Reimplante de Polegar. Rev. Brás. Cir. Plast. 1:44, 1986.**

Os A.A. apresentam casos clínicos de amputação traumática de polegar (laceração e avulsão), submetidos ao reimplante de enxerto de veia para reparar lesões vasculares extensas.

#### **8.2. Deformidades Congênitas**

#### **8.3. Lesões Tendinosas**

**251 PERNET, A. - Lesões Recentes dos Tendões. Separata da Rev. Brás. de Ortopedia. Rio de Janeiro. 21:23,1986.**

Nossa experiência em concordância com os melhores especialistas nacionais e internacionais, indica a grande superioridade da sutura primária retardada. Sendo indispensável fazer a reconstituição das bainhas, a reconstrução autógena ou com material sintético da polia média, o emprego das técnicas de suturas de Mason e Brunelli e uso do ponto elástico distal tipo Atasoy-kleinert, para mobilização passiva protegida. Os enxertos tendinosos com indicação muito limitada, foram utilizados como segundo estágio operatório nas lesões complicadas. Contamos sempre com o apoio da tela gessada removível, pelo período de 21 dias, senão houver associação da lesão de nervos, quando então chegamos ao trigésimo dia de imobilização pós-operatória. Em qualquer caso é relevante ter bom conhecimento da anatomia topográfica normal, da anatomia patológica regional, da nutrição, do mecanismo de deslizamento e dos princípios de biomecânica, além de prática de operação atraumática, com mobilização passiva e ativa protegidas, para que sejam conseguidos melhores resultados funcionais. Nos casos complicados, a indicação da técnica de Hunter ou de Paneva-Holevich em estágio, tem nos dado muito bons resultados.

#### **8.4. Amputações**

#### **8.5. Depuytren e Mão Reumática**

#### **8.6. Perna e Pé**

**252 FELÍCIO, Y.; CRUZ, T.V. - Implante de Panturrilha. Anais do XV Congresso Brás. de Ortopedia e Traumatologia. - Fortaleza -CE. 1ª Ed. 1986.**

Com a evolução e aprimoramento constante da cirurgia plástica, somos procurados a solucionar problemas da silhueta corporal. O implante de panturrilha veio preencher esta lacuna. A via de acesso será de 4 cm na prega poplitéa, dissecação que vai até a aponeurose do músculo gêmeo interno aproximadamente 20 cm. A prótese é introduzida e deslizada ao longo da loja confeccionada. Suturas mediante Dexon em três planos. Curativos com ataduras de Crepom não compressivo, de ambulação após 24 H. Prevenir a formação da cápsula contratural. A finalidade do procedimento tanto se faz na Cirurgia Estética como na Reparadora, na reconstrução de tecidos md perdidos nesta área e associado ao implante tornozelo, idealizado pela autora.

**253 FERREIRA, L.M.; ANDREWS, J.M LAREDO FILHO, J.; RAMOS, R.R Reparação do Terço Distal da Perna. Folha Médica. São Paulo. 92(5) 317,1986.**

Foram realizados seis retalhos fáscios cutâneos de base distal pediculados nas perfurantes Septo-Fáscio-Cutâneos de circulação inversa através da artéria tibial posterior, em seis pacientes portadores de perda de substância do terço Antero-Distal da perna, associados a osteomielitis.

### **9. GENITO URINÁRIO**

#### **9.1. Hipospadias**

#### **9.2. Reconstrução de Penis**

#### **9.3. Reconstrução de Escroto**

**254 ABOUDIB JR., J.H.; WIGIDEROWITZ C.A.; CARDOSO DE CASTRO, C. Síndrome de Fournier. Rev. Brás. Cir.. Rio DE Janeiro. 76(1):7,1986.**

O trabalho versa sobre a descrição de dois casos de síndrome de Fournier, abrangendo desde a fase aguda até a cura final pela reconstrução da bolsa escrotal. Além da análise objetiva das técnicas cirúrgicas utilizadas para cada caso é apresentada revisão da literatura sobre o tema.

**255 ABOUDIB JR., J.H. – Síndrome de Fournier. In: Cirurgia Plástica na Infância.. Avelar, J.M. 1ª Ed. São Paulo, Ed. Hipocrates. 1989,6(2):492.**

Capítulo descrevendo quadro clínico, bacteriologia, patologia, tratamento clínico e cirúrgico da Síndrome de Fournier. Detalha opções técnicas para a reconstrução da bolsa escrotal.

**256 SANCHEZ, J J.; ALMEIDA, S.G. CARRASCO, J.C.S. - Alternativas Cirúrgicas no Tratamento da Síndrome de Fournier: Relato de três Casos. Rev. Brás, Cir. 78(2):111,1988.**

São relatados três casos da Síndrome de Fournier, com níveis diferentes de perda da bolsa escrotal. Apresenta-se a técnica cirúrgica utilizada em cada caso e sugere-se princípios básicos a serem observados na abordagem da doença.

#### **9.4. Reconstrução de Órgãos Genitais Femininos**

**257 FERREIRA, L.M.; RAMOS, R.R.;INOJOSA, F.C. - Agenesia de Vagina: Correção Cirúrgica. Clínica Médica. Rio de Janeiro. 04(07):54,1986.**

Os autores apresentam 14 casos de agenesia de vagina, sendo 13 casos tratados pela técnica de Mac Indoe e pela técnica de Frank. É dada ênfase ao tipo de molde utilizado em nosso Serviço, pelas vantagens sobre os demais moldes utilizados. São descritos os detalhes da técnica cirúrgica, seus resultados e complicações.

**258 GONELLA, H.A.; MODENA, M.A.D. -Reconstrução de Vagina. Jor. Brás. Ginec. 96(01):26,1986.**

Os autores relatam dois casos de ausência congênita e adquirida de vagina. Revisam a literatura e os aspectos diagnósticos desta mal formação. Relatam os aspectos histológicos e pós-op. de 4 anos e neocolpoplastia através do método de Mac Indoe e introduzem uma nova técnica de fixação do enxerto de pele.

# SUMARIO

## 1. GENERALIDADES

1.1. Relatos e Orientações	51
1.2. História	52
1.3. Pesquisa e Trabalhos Experimentais	52
1.4. Transplantes	54
1.5. Psiquiatria e Problemas Psicológicos	54
1.6. Mal Formações Congénitas	54
1.7. Tumores	55
1.8. Traumatologia	55
1.9. Livros	56
1.10. Anatomia	56

## 2. CONDUTAS CIRÚRGICAS

2.1. Instrumentos e Técnicas	56
2.2. Transplantes Livres	57
2.3. Transplantes Pediculados	57
2.4. Implantes de Próteses	58
2.5. Anestésias	58
2.6. Microcirurgias	58

### **3. CIRURGIA ESTÉTICA**

3.1. Ritidoplastias	61
3.2. Rinoplastias	62
3.3. Mentoplastias	64
3.4. Orelhas em Abano	64
3.5. Abdominoplastias	64
3.6. Lipodistrofias Pelvi-Crural	64
3.7. Lipodistrofias Braquial	64
3.8. Lipoaspiração	64
3.9. Cirurgias Combinadas	65
3.10. Contorno Corporal	65

### **4. PELE E MUCOSA**

4.1. Patologia e Tratamento	65
4.2. Feridas	67
4.3. Cicatrizes	67
4.4. Queimaduras	67
4.5. Expansores	69

## **5. CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO**

5.1. Geral	69
5.2. Crânio e Couro Cabeludo	69
5.3. Pálpebras e Cavidade Orbitaria	69
5.4. Andar Médio da Face	70
5.5. Mandíbula e Articulação Têmporo Mandibular	71
5.6. Nariz	71
5.7. Cavidade Oral	71
5.8. Lábio e Mento	71
5.9. Orelha Externa	71
5.10. Pescoço	72
5.11. Paralisia Facial	72

## **6. LABIO LEPORINO MAXILAR E PALATO**

6.1. Etiologia, Classificação e Generalidades	72
6.2. Tratamento Cirúrgico	72
6.3. Ortodontia e Próteses	72

## **7. MAMAS**

7.1. Hipomastias e Hipertrofias	73
7.2. Técnica Operatória e Reduções Mamarias	73
7.3. Patologia e Reconstruções	76
7.4. Lipoaspiração	78
7.5. Reconstrução de Areola e Mamilo	78

## **8. EXTREMIDADES**

8.1. Mão - Reparações por Afecções Adquiridas	78
8.2. Deformidades Congénitas	79
8.3. Lesões Tendinosas	79
8.4. Amputações	79
8.5. Depuytren e Mão Reumática	79
8.6. Perna e Pé	79

## **9. GENITO URINÁRIO**

9.1. Hipospádias	80
9.2. Reconstrução de Pênis	80
9.3. Reconstrução de Escroto	80
9.4. Reconstrução de Órgãos Genitais Femininos	80

## 1. GENERALIDADES

### 1.1. Relatos e Orientações

**001 ANDY, R.; BERTOCCO, R.; KOBUTI, LM.; CUNHA, R.; NESER.A. - Doença de Crohn Primária do Reto. Rev. Assoc. Médica Brás.-SP. 25(9):314,1979.**

Os A.A. apresentam um caso da doença de Crohn de localização retal sem o acometimento concomitante de outra região do tubo digestivo. Tecem considerações sobre a doença, de forma sumária, quanto aos seus aspectos etiopatogênicos, clínicos radiológicos, endoscópicos, histológicos e terapêuticos. Citam suas eventuais complicações e seu diagnóstico diferencial com outras patologias.

**002 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Má Prática. Rev. Ass. Médica de MG. Belo Horizonte. 36:31,1985.**

O autor faz uma revisão do que significa má prática, analisando seus diversos componentes jurídicos e dando algumas normas de conduta diante de um fato acontecido.

**003 ELY, J.F. - Metodização de um Banco de Dados para Arquivo de Cirurgia Plástica Mamaria. Anais XXII Congresso Brás. de Cirurgia Plástica. Hochberg, J. - Ed. Aplub. Gramado, RS. 1985, (01):03.**

Tomando por base um arquivo de 10.000 fichas de Cirurgia Plástica já classificado pelo sistema binário baseado no Standard of Disease and Operations da A.M.A.R., o autor utilizou um banco de dados relacional de micro computador (DBASE II) para acessar os casos por 22 campos diferentes na área das mamoplastias. Estabeleceu um código específico para cada técnica cirúrgica empregada, bem como assinala a documentação de fotos e slides pré e pós operatórios para cada caso. Exemplifica novas possibilidades de rápida identificação e verificação do conteúdo dos arquivos com amostras deste banco de dados.

**004 ELPO, V. - Análise e Controle da Infecção Hospitalar em um Serviço de Cirurgia Plástica durante o ano de 1981. Arq. Cat. Med.- Ed. Artgraf. Florianópolis, SC. 13:111,1984.**

A infecção hospitalar constitui hoje um dos principais problemas do uso abusivo de antibióticos e quimioterápicos, com o aparecimento cada vez mais frequente de cepas resistentes. Fizemos uma revisão sobre infecção hospitalar, antibiótico terapia, cirurgia e dados laboratoriais de todos os pacientes manipulados pelo serviço de Cirurgia Plástica de um Hospital Geral, durante o ano de 1981, e comparamos com o ano de 1980. Revisamos também a literatura e procuramos demonstrar quais os agentes infecciosos mais comuns, bem como os agentes terapêuticos mais eficazes. Cabe aos administradores e aos profissionais da área de saúde, uma ação eficaz e conjunta no sentido de revisão das técnicas hospitalares.

**005 IBÁNEZ, S.F.R. - Medicina Azteca. Rev. A.M.R.I.G.S. - Porto Alegre, RS. 28(2):180,1984.**

**006 MARIANE, U.; SOUZA, L.C.M. - Ineficácia do Uso do Mercúrio Cromo no Tratamento da Área Doadora do Enxerto de Pele. Rev. Assoc. Médica Brás. 25:05,1979.**

O A.A. através de estudo clínico mostram a ineficácia do uso do mercúrio cromo, tanto como antisséptico, quanto como secativo no tratamento de áreas doadoras do enxerto de pele. Encontraram no estudo comparativo feito, maior número de infecção local nas áreas doadoras tratadas com mercúrio cromo do que nas não tratadas.

### 1.2. História

### 1.3. Pesquisa e Trabalhos Experimentais

**007 ABOUDIB JR., J.H. - Extensive Cervical and Lower Face Lipectomy: It's Importance and Anatomical Basis. Annals of Plastic Surgery. 4,1980.**

Descrição de técnica de ritidoplastia que se fundamenta em estudos anatômicos de 50 cadáveres e sua aplicação para lipectomia do 1/3 inferior da face.

**008 ABOUDIB JR., J.H. - Lipectomia Alargada do Terço Inferior da Face: Fundamentos Anatômicos. Rev. Col. Brás. Cirurgiões. 7,1980**

Descrição de técnica suplementar de ritidoplastias que se fundamentam em estudos anatômicos de dissecação em 50 cadáveres. O método consiste na remoção ampla do tecido adiposo no 1/3 inferior da face.

**009 BINS ELY, J. - Le Lambeau Thoraco-Dorsal: Anatomie et Applications Cliniques. Abstracts - Congres Belge de Chirurgie. Bruxelles, Belgique. 1982,52:42.**

Os A.A. demonstram o interesse do retalho do músculo grande dorsal não só como retalho miocutâneo mas também como zona doadora para retalhos livres microcirúrgicos. Dois grandes retalhos podem ser confiáveis e de boa espessura a este nível. O 1º baseado no ramo cutâneo da artéria tóraco-dorsal que é fino e essencialmente cutâneo recomendado para a face. O 2º baseado na artéria do músculo grande dorsal. Vinte cadáveres frescos foram dissecados mostrando a constância anatômica dos pedículos vasculares.

**010 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S. - Nervo Periférico. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985, 706:620.**

Os A.A. apresentam uma pesquisa laboratorial onde são estudados o nervo periférico normal (epinervo, perinervo e endonervo são discutidos separadamente) e diferentes métodos de anastomoses nervosas. Foram utilizados cães sendo o ciático poplíteo externo o nervo usado para intervenções microcirúrgicas para comparação de 4 diferentes técnicas. As suturas epineural, interfascicular, perineural foram confrontadas com o "Envelope Venoso" que, com a ausência de pontos cirúrgicos na coaptação dos cotos nervosos facilitou o crescimento axonal, assim como isolou a anastomose dos tecidos vizinhos permitindo obter resultados tão bons quanto os das técnicas tradicionais.

**011 CARRIQUIRY, C.; COSTA, M.A.C.; VASCONEZ, L.O. - An Anatomic Study of the Septocutaneous Vessels of the Leg. Plast. Rec. Surg. - Baltimore, USA. 76:354,1985.**

Estudo feito em cadáveres demonstrando um terceiro sistema de irrigação da pele das pernas: os vasos septocutâneos. Estes vasos saem diretamente das artérias tibial posterior, libial anterior e peroneira, correm ao longo do septo intermuscular, transfixam a faseia crural e se ramificam radicalmente no subcutâneo acima da faseia. Os vasos septocutâneos irrigam territórios definidos) pele. São fontes importantes na circulação cutâto e constituem as bases para vários retalli fasciocutâneos da perna.

**012 CHEM, R.C.; PERIN E.C., MARACAJÁ, E.F.- Estudo da Revascularização de Retalhos em Ratos. Rev.da A.M.R.I.G.S. - Porto Alegre, RS. 26:22,1982.**

Os A.A. com base num estudo de randomização de retalhos que comprova que nestes animais, o tempo de formação do pedículo secundário é de aproximadamente 9 dias acreditam poder presumir que no homem, este tempo seja menor do até então utilizado.

**013 CHEM, R.C. - Estudo Comparativo em Ratos de Diferentes Técnicas de Reaproximação de Nervo Ciático Completamete Seccionado: Macrocirúrgico e Microcirúrgico Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, RS. 1983.**

Este trabalho apresenta uma comparação entre diferentes técnicas de reaproximação de cabos nervosos completamente seccionados, em ratos. Na fase A do trabalho, avaliou-se a distância percorrida pelo axônio em regeneração. Na fase B foram feitos experimentos com técnicas de reaproximação. Após o estudo histológico chegou-se a conclusão que a epiperineurragia superficial associada a perineurrafia profunda foi a técnica que desencadeou melhores resultados.

**014 FERNÁNDEZ, L.B.; MÉLEGA, J. M. PRATES, J.C. - Parâmetros Anatômicos para Reinserção do Ligamento Palpebral Medial. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, IV(1):221.**

Estudo antômico realizado em 48 cadáveres conservados do Laboratório de Anatomia da Escola Paulista de Medicina, procura-se estabelecer medidas para que a reinserção do L.P.M. nas deformidades congênitas e adquiridas do canto medial da órbita se faça com maior segurança. São apresentados os resultados obtidos, submetidos a tratamento estatístico, correlacionados com os da literatura e oferecidas as medidas para localização anatômica do L.P.M. nas cirurgias de reinserção.

**015 FERREIRA, L.M. - Contribuição ao Estudo da Irrigação Fascio Cutânea da Perna. Tese de Doutorado. Escola Paulista de Medicina, SP. 1985.**

A autora descreve minuciosamente todos os detalhes anatômicos da irrigação fasciocutânea da região posterior da perna. Relata a literatura encontrada nas obras gerais e artigos especiais pertinentes ao tema e a metodologia utilizada para a dissecação anatômica e para a análise estatística. Os resultados obtidos pela dissecação de 45 cadáveres (90 pernas) são descritos, ilustrados e divididos em tópicos didáticos. Da mesma forma, a discussão obedece os mesmos tópicos, tendo comentários sobre os resultados e comparados com os dados encontrados na literatura. Finalizando, a autora apresenta as conclusões que possibilitaram a contribuir ao estudo da irrigação fasciocutânea posterior da perna e a aplicação prática dos retalhos fasciocutâneos.

**016 GONELLA, H.A. . Contribuição ao Estudo do Músculo Grácil: Anatomia, Enervação, Vascularização e Território Vascular. Tese de Doutorado. Sorocaba, SP. Fac. Med. da PUCSP 1985.**

O autor estuda o músculo grácil em 38 cadáveres a fresco (27 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, 26 brancos e 12 não brancos). O estudo abrange anatomia, compreendendo: situação, forma, origem e inserção, ação e variação; enervação com o número de fascículos e a origem no plexo lombar; vascularização, com o modelo circulatório, pedículo vascular dominante e pedículos secundários; o território vascular do músculo grácil é aquilatado. São ressaltados os aspectos práticos da presente pesquisa.

**017 OLIVEIRA JR., M.M. - Zowplastia. Rev. Brás. de Cirurgia. 75:411,1985.**

O autor apresenta sua técnica como uma conduta sistemática para todas aquelas lesões provenientes de uma excisão cirúrgica circular, e onde por uma metodologia nova e própria se introduzirá um processo clássico em cirurgia plástica. A Zetaplastia, em círculo com o fito de reparar aquela perda circular. Faz suas observações críticas aos resultados obtidos na abordagem da lesão circular, acreditando serem eles mais vantajosos com a Zowplastia, apresentando suas demonstrações in vitro e in vivo.

**018 PIANA, D.F. - Quimioterapia Arterial Seletiva como Terapia Coadjuvante em Carcinoma Epidermoide da Face. Anais I Jornada Sul Brás. de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC. 327,1984.**

Um método de administração de baixas doses de bleomicina por via arterial seletiva para o local da lesão, induzindo altas concentrações locais, visando necrose tumoral parcial, bloqueio da permeabilidade vascular e tissular peritumoral, visando propiciar possível desenvolvimento de defesa específica pela reação orgânica contra o material desvitalizado do tumor e maior segurança contra a difusão de células tumorais durante a excisão cirúrgica da lesão.

**019 PIANA, D.F. - A Identificação do paciente com Risco Através dos Testes Cutâneos de Hipersensibilidade Retardada em Cirurgia Estética. Anais XXII Congr. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 01:13,1985.**

Neste trabalho é apresentada a experiência obtida com 61 pacientes submetidos a testes de hipersemsibilidade cutânea retardada (celular), como parte dos testes clínico laboratoriais pré-op. em Cirurgia Estética e são feitas considerações quanto aos cuidados possíveis para a redução das complicações infecciosas pós-op. em pacientes que apresentarem deficiências imunitárias.

**020 SAMPAIO, S.B.; PAGLIARELLI, P.R.S. -Implante de Colágeno na Derme de Coelhos: Alterações Histológicas Preliminares. Anais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 33ª Reunião Anual. 1981, 591.**

Observação histológica de 4 a 15 dias de pós-inclusão de colágeno de boi liofilizado em derme de coelho.

**021 SOUZA, L.C.M.; SILVEIRA, E.M.; BUNAN, E. Lesões da Região Parótida Massetéica. Experiência Clínico Cirúrgica. Rev. Ass. Paulista de Odontologia, SP. 06:40,1984.**

Pacientes diagnosticados e tratados de patologias diversas que acometem a região Parótida Massetéica, são discutidos com relação ao diagnóstico tratamento c prognóstico.

**022 SOUZA, L.C.M.; AGUIAR, A.F; VALLE, E.C.N.; BRUNETTI, C.; BEHMER, O.A.; LODOVICI, O. - Atividade Condrogênica de Enxerto e Retalho de Pericôndrio, Formação da Cartilagem Plana e Moldada: Estudo Experimental. Rev. Ass. Hosp. das Clínicas Fac. Med. SP. 30:114,1981.**

Os A.A. pesquisaram a formação de cartilagem por Pericôndrio livre sob a forma de enxerto e retalho, num período que se estendeu até 150 dias. Foi observada a formação de cartilagem em praticamente todos os experimentos. Após o 70º dia, além do tecido cartilaginoso, foi constatada através de microscopia ótica, presença de tecido ósseo principalmente nas formas de enxerto de pericôndrio.

**023 SOUZA, L.C.M.; ANDERSON JR., M.; GEORGIADIS, N. - Modelo para Estudo das Propriedades de Músculo Liso do Tecido de Granulação. Rev. Ass. Méd. Brás. 22,1981.**

Os A.A. comprovam as propriedades do tecido de granulação de ratos, de contrair e relaxar quando em presença de drogas musculotrópicas e estímulo elétrico. Através de um aparato que registra contrações isométricas, elas conseguem quantificar as reações de tecidos de granulações às drogas papaverina e angiotensina de diferentes idades, conseguindo portanto um modelo de respostas destes tecidos.

**024 SOUZA, L.C.M.; LEMOS, P.C.R; SPINA, V. - Fibroblastos Modificados em el Tejido de Granulacion y Cicatriz de Ratonos. Rev. Ibero Lat. Am. de Cirurgia Plástica. 06:19, 1980.**

Os A.A. pesquisaram em tecido de granulação de ratos através de microscopia eletrônica, a presença de fibroblastos modificados (Miofibroblastos) e que seriam responsáveis pela contração do tecido de granulação. Neste modelo de pesquisa encontraram Miofibroblastos no tecido de granulação, contudo, em número menor do que fibroblastos normais.

**025 VITERBO, F. - Desnervação: Contribuição ao Estudo Morfológico e Histo-enzimológico do Músculo Grácil do Cão (Canis Familiaris). Tese de Mestrado. Fac. Med. UNESP, Botucatu, SP. 108,1984.**

Trabalho experimental em cães submetendo as fibras do músculo gracilis a desnervação estudando as alterações determinadas por tal procedimento. Realizou-se estudo histoenzimológico com NADH-DIAFORASE e SDH e histológico com HE. O número de fibras por campo microscópico e a planimetria das áreas das fibras revelaram-se métodos sensíveis para detectar evolução das alterações musculares provocadas pela desnervação. Considerando que a contagem das fibras por campo microscópico oferece vantagens evidentes pela simplicidade de execução propomos a utilização preferencial deste método no estudo da evolução das alterações musculares decorrentes da desnervação. Não encontramos na literatura referência ao uso da contagem do número de fibras por campo microscópico para estudos da evolução das alterações musculares provocadas pela desnervação.

#### 1.4. Transplantes

#### 1.5.- Psiquiatria e Problemas Psicológicos

**026 D'ASSUMPÇÃO, E.A.; D'ASSUMPÇÃO G.M.; BESSA, H.A. - Morte e Suicídio uma abordagem multidisciplinar. In: Evaldo D'Assumpção. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes.1984.**

O livro se constitui numa coletânea de trabalhos apresentados durante o I Congresso Internacional de Tanatologia e Prevenção do Suicídio, realizado em Belo Horizonte, MG, em setembro de 1981. Ali são abordados diferentes aspectos relacionados com a morte e com o suicídio.

#### 1.6. Mal Formações Congênitas

**027 BAROUDI, R. - Malformações Congênitas. In: Cirurgia Plástica. Sucena, R.C. Rio de Janeiro. Ed. Roca. 1982, XIX(I):185.**

O autor faz um estudo na embriologia da face buscando com isso interpretar e ilustrar a nível didático as principais malformações congênitas que ocorrem na clínica mais frequente.

**028 ELPO, V.; PEREIRA, J.V.S.; NEVES, Analise e Correção Cirúrgica de Dois Casos de Agenesia de Peitoral Maior. Arq. Cat. Med. Florianópolis, SC. Ed. Artgraf. 13:47,1984.**

O propósito é mostrar mais uma utilidade do músculo latissimus Dorsi, com seu retalho pediculado. Em dois pacientes, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, agenesia do músculo grande peitoral, são realizadas cirurgias com a finalidade de corrigir a depressão. É salientado o uso anterior de próteses de silicone para correção da depressão, através de levantamento bibliográfico. O retalho nas circunstâncias dos pacientes operados não foi acompanhado da ilha de pele. Houve uma evolução técnica do primeiro para o segundo paciente, pois foram suprimidas as cicatrizes anteriores. É feita uma revisão da anatomia dos dois músculos interessados através, revisão e dissecação de cadáver.

**029 FELÍCIO, Y; TÁVORA CRUZ, V; PENAFORTE, L. - Congenital Ptosis of the Eyelid. Transation VIII Inter. Congress of Plastic Surgery. I Ed. - Montreal, Canadá. Ed. Bruce Williams. 1983,774.**

The author surveys various surgicals techniques for correction of congenital ptosis of the eyelid. She emphasizes the procedure of levator shortening wich is indicated in 80% of ali cases. The surgical procedure is shown in a seven year oíd patient with this technique. The cutaneous approach is the method of choise in most cases of severe ptosis.

**030 GONELLA, H.A.; STECCA, J.; FERRO, M.C.; MENDES JR., J. - Fístula Congêita do Lábio Inferior. Rev. Brás. Cir. 75(42):281,1985.**

Os A.A. apresentam dois casos de fístula congênita de lábio inferior. Estudam a hereditariedade, associação com a fissura lábio palatina, aspectos histológicos e tratamento.

**031 PINHEIRO CORREIA, J.P.D. – Fissura Crâneo Facial Rara. Anais XXI Cong. Brás. de Cirurgia Plástica, RJ. 1984.**

Mulato masculino 5 anos portador de fissura crâneo facial rara com associação dos tipos III e XI de TESSIER a direita e fissura labial completa a esquerda. Nunca havia sido submetido a qualquer tipo de tratamento o que acarretava grave deformidade facial. Concomitantemente apresentava má formação nas mãos e pés, envolvendo partes moles e estruturas ósseas. Primeiro tempo cirúrgico: Redução cruenta da pré-maxila (Técnica de Cronin). Três meses após, feito o fechamento do lido maior da fissura (a direita). No mês seguinte tratamento da fissura labial a esquerda (Téc. de Miliard) e fechamento do coloboma de pálpebra superior direita (Téc. de Mustard). Pós-op. sem anormalidades. Boa evolução

**032 VIANNA, R.R. - Mal Formações Congênitas e Evolutivas dos Maxilares. In: Cirurgia Plástica. Raul Couto Sucena. I Ed. SP. Ed. Roca. 1982, XCVIII(02):1003.**

Considerando as mal formações congênitas e evolutivas dos maxilares sob o ponto de vista de sua correção e reabilitação que se processa geralmente através de método cirúrgico, são subdivididos de maneiras diferentes através das mais variadas classificações, sendo que Converse e Obwegeser são os autores das mais conhecidas. O autor procurou fazer uma classificação das mal formações maxilares, aproveitando elementos destas mencionadas classificações. Assim elas seriam classificadas primeiramente em: 1) Mal formações originárias do primórdio da embriogênese do feto. 2) Mal formações congênitas. 3) Mal formações adquiridas.

#### 1.7. Tumores

**033 GOLCMAN, B. - Tumores dos Lábios. In: Cirurgia Plástica. Raul Couto Sucena. Ed. Roca, SP. 1982, LVIII(01):571.**

**034 IBÁÑES, S.F.R.; LEITZKE, L.; UFLAKER, R. - Hemangiomas. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, III (1):149.**

Apresenta-se um roteiro básico para melhor avaliação dos pacientes, assim como uma nova classificação, baseada na de Thompson, acrescentando-se as síndromes e anomalias congênitas importantes para melhor caracterizarem-se o quadro clínico e a melhor terapêutica.

#### 1.8. Traumatologia

**035 CHAVES FILHO, L. - Trauma de Pele. In: Cirurgia de Urgência. Silva, A.L. I Ed. Belo Horizonte, MG. Ed. Medsi. 1985, 09(2):1232.**

**036 CHAVES FILHO, L. - Trauma de Face. In: Cirurgia de Urgência. Silva, A.L. I Ed. Belo Horizonte, MG. Ed. Medsi. 1985,09(2):1232.**

O autor estuda a fisiopatologia dos traumatismos das partes moles, enfatizando as técnicas de sutura, cuidados pós-op. e amadurecimento das cicatrizes.

**037 SOUZA, L.C.M.; SILVEIRA M.E., FISCHMAN, R.; DE VITA JR., J. -Fratura dos Ossos da Face. Análise de 450 Casos. Rev. Assoc. Paulista Cirurgiões Dentistas. 37:256, 1983.**

Os A.A. apresentam sua experiência no tratamento de 450 pacientes com fraturas diversas da face.

**038 SOUZA, L.C.M.; SILVEIRA, M.E.; DE VITA JR., J. - Análise de 455 Casos de Fratura de Ossos da Face. Rev. Coleg. Brás. Cirurgiões. 12:33,1984.**

Os A.A. apresentam sua experiência no tratamento de 455 casos de fratura dos Ossos da Face. Nesta estatística encontraram como estrutura mais frequentemente atingida na face, o nariz, seguida do complexo zigomático e da mandíbula.

**039 SOUZA, L.C.M.; ANTONINI, R.A. -Fraturas Complexas da Face. Rev. Arq. Brás. de Neurocirurgia. 05:37,1985.**

Os A.A. mostram sua experiência no tratamento de 10 pacientes com fraturas complexas da face e que foram por eles tratados cirurgicamente.

**040 TELES, JJ.; ELPO, V. Cirurgia Reconstructora nos Hospitais de Traumatologia. Arquivos Catarinenses de Medicina. Florianópolis, SC. 1985,14:115.**

A Cirurgia Plástica Reconstructora em Hospitais de Traumatologia tem auxiliado a resolver problemas, evitando amputações e outras mutilações. As principais indicações de aluação são a exposição óssea e lendinosa, a ostcomiclite, a perda de substância músculo cutânea e óssea com solução de continuidade, as escaras de decúbito e outras menores. Existem várias opções de tratamento, variando conforme cada caso, sendo que o paciente deve ser examinado dentro de um contexto global e de equipe.

#### 1.9. Livros

**041 ABRAM O, A.C. - Resumo Comentado do Livro: "CIRURGIA PLÁSTICA". Anais Paulista Medicina e Cirurgia. 1983,110:40.**

O autor apresenta comentário do livro ressaltando a sua importância como um elemento a mais no arsenal de consulta dos cirurgiões Plásticos em seus trabalhos na área de pesquisa médica assim como uma diretriz para os mais novos, que se dirigem a esta especialidade médica.

**042 PERNET, A. - O Polegar e suas Afecções Congênitas e Adquiridas. A. Pernet. 1º Ed. São Paulo. Ed. SBCP. 1985.**

O autor esclarece as bases materiais e técnicas sobre as deformidades Congênitas e Adquiridas do Polegar, divulgando e transmitindo as técnicas mais eficientes para tratamento. Todos os 18 capítulos que constituem a obra tem dizeres na língua inglesa e são bastante ilustrados além de uma bibliografia de 231 citações. Apresenta um índice remissivo uma relação de fotografias.

#### 1.10. Anatomia

### 2. CONDUTAS CIRÚRGICAS

#### 2.1. Instrumentos e Técnicas

**043 D'ASSUMPÇÃO, E.A. - Princípio e Mecânica da Lipoaspiração. Anais do XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):401.**

O autor analisa as leis da física que são envolvidas no processo da lipoaspiração, indicando a partir disto os equipamentos adequados para esta cirurgia. Analisa também a mecânica a nível tecidual e os seus efeitos na lipoaspiração.

**044 PIANA, D.F. - Nova Mesa Cirúrgica com Sistema de Esterilização de Água para Curativos de Queimados. Anais XXI Cong. Bras de Cirurgia Plástica. RJ. 1984,01:110.**

É apresentado um equipamento original do autor que consta de mesa cirúrgica equipada para banhos por jatos de água e drenagem de líquidos materiais decorrentes das escaras e equipamento de esterilização e controle de temperatura da água no tratamento de queimados pelo sistema aberto São feitas observações quanto as vantagens econômicas, clínicas e de conforto em relação ao tratamento convencional do queimado.

**045 PIANA, D.F. - Novo Expansor de Tecidos em Reconstrução Mamária. Anais XXI Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. RJ. 1984,01:06.**

O trabalho apresenta a experiência pioneira do autor na utilização de expansores tipo Radovan de válvula incluída na prótese para reconstrução do volume mamário pela expansão da pele e músculo peitoral, com posterior inclusão de prótese de silicone convencional em paciente mastecto-misados.

## **2.2. Transplantes Livres**

**046 VALLE PEREIRA, J.E.; D'EÇA NEVE,R.; LEITE, G.B. - Correção de Deformidades Estéticas da Face com a Reutilização da Gordura Aspirada. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985, 01:304.**

Os A.A. apresentam análise do uso de gordura aspirada, de regiões variadas do corpo, para o preenchimento de deformidades estéticas do contorno facial. Discutem a possível absorção desta gordura e fazem um confronto com outros métodos utilizados principalmente, para correção do sulco nasogeniano.

## **23. Transplantes Pediculados**

**047 ANDREWS, J.M.; RAMOS, R.R.;LAREDO FILHO, J.; LAZZARESCHI, M.; KOBUTI, L.M. - Retalho Miocutâneo do Músculo Gastrocnêmico em Osteomielite da Tíbia. Rev, Brás. de Ortopedia. SP 17(01):20,1982.**

Os A.A. comentam as dificuldades na reparação das perdas de substância da face anterior da perna pelas técnicas existentes até o desenvolvimento dos retalhos miocutâneos. Discutem a anatomia e a dimensão do retalho miocutâneo do músculo gastrocnêmico em cadáveres frescos e dissecções anatômicas. Descrevem a técnica empregada em 22 casos de perdas de substância pré-tibial em consequência de "aturas expostas, osteomielites, erisipelas necrotizantes e necrose por isquemia arterial. Analizam os resultados obtidos e complicações dos casos operados por esta técnica demonstrando as suas vantagens.

**048 CALIXTO, C.A.; CARREIRÃO, S.E.; CARDOSO DE CASTRO, C.; SOUZA FILHO, S. - Retalhos Fasciocutâneos. Resultados Tardios. Anais XXII Cong. Brás. Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985,01:106.**

A fisiologia dos retalhos fasciocutâneos é definida com a evolução dos retalhos cutâneos, musculares e miocutâneos. O estudo anatômico do sistema artéria é realizado em diferentes áreas do corpo. A seguir uma série de 23 retalhos fasciocutâneos foram realizados em diferentes áreas do corpo para tratamento de lesões no terço inferior da perna em 16% e em 84% para tratamento das sequelas de queimaduras ao nível das articulações. A técnica deste retalho é descrita com suas vantagens e indicações. A incidência de complicações foi mínima nesta série em que apenas um paciente apresentou sofrimento do terço distal do retalho.

**049 CALIXTO, C.A.; CARREIRÃO, S.E.;PITANGUY, I. - Retalhos Fasciocutâneos, Observações Anátomo Clínicas. Anais do XXI Cong. Brás. de Cirurgia Plástica, RJ. Ed. Científica. 1984,01:135.**

A fisiologia dos retalhos fasciocutâneos é definida com a evolução dos retalhos cutâneos musculares e miocutâneos. O estudo anatômico do sistema arterial é realizado em diferentes áreas do corpo. A seguir uma série de 23 retalhos fasciocutâneos foram realizados em diferentes áreas do corpo para tratamento de lesões no terço inferior da perna em 16% e em 84% para tratamento das sequelas de queimaduras ao nível das articulações. A técnica deste retalho é descrita com suas vantagens e indicações. A incidência de complicações foi mínima nesta série, em que apenas uma paciente apresentou sofrimento do terço distal do retalho.

**050 GUIMARÃES, A.S.; SANTOS, L.A.F. -Retalho Livre de Músculo Grácial. In: Manual de Retalhos Miocutâneos. Júlio Hochberg. Ed. AMRIGS. Porto Alegre, RS. 1984,21(D):410.**

O autor transcorre sobre o histórico do retalho do músculo grácial, citando os autores nas diversas aplicações experimental clínica. Descreve em detalhes o planejamento, a elevação e a transferência do retalho. Tece considerações clínicas e das complicações. Finaliza com a discussão, comparando o retalho descrito com outros que teriam aplicações semelhantes.

**051 LIMA, J.C. - Retalhos Muscular do Tibial Anterior no Tratamento de Ulceras dos Membros Pélvicos. Rev. Brás. de Cirurgia. 75(05):381,1985.**

O autor tece considerações sobre as dificuldades na reparação das deformidades do terço distal da perna e sobre a complexidade da patologia das úlceras angiodermicas. Pessoalmente, já empregou todos os métodos clássicos no tratamento das úlceras varicosas da perna, admitindo serem todos falhos. Considerando os retalhos musculares pelas suas características, como a melhor opção alui propõe a utilização do retalho do músculo tibial anterior (tipo 4 de Malhes-Nahai) no tratamento das úlceras de estase distais da perna. A enxertia de pele sobre o músculo deverá ser realizada num segundo tempo operatório. As lesões do malcolo medial são reparadas com retalho muscular do abductor do halux.

**052 LOSANO, O.G.; TUPINAMBA, H.N.; ALONSO, N.; FERREIRA, M.C.; LODOVICI, O. - Estudo Anatômico da Fascia Posterior da Coxa. Anais XXI Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. RJ. Ed. Cidade. 1984.**

O conhecimento cada vez mais divulgado dos retalhos fasciocutâneos nos leva conseqüentemente a um conhecimento maior destas estruturas. Sendo assim a fascia uma estrutura a ser estudada, Thatte e Laud descrevem o uso da fascia na cobertura de lesões da perna. Os A.A. descrevem o estudo anatômico da região posterior da coxa com um pedículo vâculo nervoso constante, através de um ramo cutâneo extrapélvico da artéria glútea inferior, responsável pela sua vascularização. A fascia estudada pode se constituir em um retalho, que pelas suas dimensões e arco de rotação poderá permitir sua aplicação e, lesões do terço médio e superior da coxa, região perínco genital, pubiana e sacral. A constância dos vasos e diâmetros, podem permitir seu uso como retalho livre em hemiatronas da face traumáticas, ou não, lesões da mão, de membros inferiores e onde a espessura do retalho usado seja importante para o funcionamento local, tendo assim a fascia como mais uma opção que o cirurgião plástico possa usufruir nas lesões locais e à distância com técnicas microcirurgias.

**053 SALGADO, I.; BLOCH, R.J.; PSILLAKIS, J.M.; CAVALCANTE, M.A. -Vascularização do Músculo Grande Dorsal. Anais XXII Congr. Brás. de Cirurgia Plástica. Ed. Aplub. Gramado, RS. 1985, III(1):89.**

Os A.A. apresentam o estudo anatômico da vascularização do músculo grande dorsal e a pele suprajacente. Dissecaram 25 cadáveres fresco analisando-se 50 pedículos vasculares arteriais mensurando o comprimento o diâmetro externo das artérias subescapular e tóraco dorsal, número de ramos para a pele e musculatura da parede torácica lateral.

#### **2.4. Implantes e Próteses**

#### **2.5. Anestesia**

**054 BLOCH, R.J. - Anestesia Regional. In: Cirurgia de Urgência. Silva, A.L., RJ Ed. Medsi. 1985, XVII:1718.**

Os anestésicos locais são substâncias capazes à impedir de modo reversível a condução de impulso das fibras nervosas; observa-se o desaparecimento da sensibilidade táctil, térmica, dolorosa e de atividade motora da área em que se distribuir o nervo ou o grupo de nervos bloqueados. O autor apresenta algumas pinceladas em torno da bioquímica dos anestésicos e as reações sistêmicas observadas após a sua aplicação. Descreve os variados tipos de bloqueios anestésicos a partir do plexo braquial até as terminações digitais. Cita o método de aplicação, dose e efeitos colaterais.

**055 RUSSO, A.C.; LEITÃO, F.B.P. SARAIVA, P.A.P.; KISIL, M.; ARCOM L.C. - Influência da Anestesia Geral na Média de Permanência do Doente Queimado. Rev. Hosp. das Clínicas da Fac. Med. da USP, SP 34(01):16,1979.**

A comparação entre um grupo de doente; queimados submetidos a anestesia geral no curativos das queimaduras e outro que não foi anestesiado, mostrou redução da permanência média no primeiro grupo.

#### **2.6. Microcirurgia**

**056 BINS ELY, J. - Lê Nerf Peripheriquit Utilisation du Microscope Electronique a Balayage dans L'etude du Nerf Peripherique Normal. Modifications Morphologiques après Microsuture Selon Différentes Techniques Université Catholique de Louvain. Belgique. 1982.**

Com este trabalho os autores CALTEAUX, N, e BINS ELY, J., foram laureados e, 1º lugar no Prémio de Pesquisa Científica comemorativo ao X aniversário do "Belgium Hand Group". International Federation of Societies for Surgery of the Hand. A publicação em forma de livro contém 64 páginas divididas em: Introdução; Capítulo I - O nervo periférico normal; Capítulo II Experimentação; Capítulo III - O Nervo traumatizado; Conclusões e Bibliografia (55 referências). O trabalho foi entregue à comissão julgadora em dezembro de 1981 e foi parcialmente apresentado em Porto Alegre (Regional Gaúcha da SBCEP) em 02 de junho de 1980. Prémio entregue pelo Prof. J. Hueston de Meiborne. Austrália (Presidente de Honra do Evento).

**057 BINS ELY, J.; CALTEAUX, N. -"Envelope Venoso". Contribuição Experimental à Cirurgia dos Nervos Periféricos. Anais da I' Jornada Sul Brás. de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC. 1984,380:233.**

Os A.A. apresentam neste trabalho um estudo experimental onde são comparados quatro tipos de anastomoses nervosas: a sutura epineural, a sutura interfascicular (intrafascicular), a sutura perineural e a "Envelope Venoso". Este último é uma contribuição original dos autores. Em cada um destes tipos de anastomoses foram também comparados os resultados obtidos em 2 diferentes intervalos de tempo: 3 semanas e 3 meses. Um intervalo é aqui compreendido a partir da data da execução da anastomose (pós-secção) até o momento da ressecção para o preparo e visualização do material no microscópio eletrônico de rastreamento de elétrons (SEM-Scanning Electron Microscope). O "Envelope Venoso" é apresentado em detalhes.

**058 BINS ELY, J.; CALTEAUX, N. - The use of a "Venous Envelope" in nerve repair: An Experimental Contribution. Plast. Rec. Surg. (ABSTRACTS). Baltimore, Maryland. USA. 75(4):616,1985.**

The authors try to show, in this work, an experimental study comparing 4 different kinds of nerve repair: epineural suture, interfascicular suture (intrafascicular), perineural suture, and the "Venous Envelope". The latter is the author's original contribution. For each kind of nerve repair, they also utilize 2 different periods: 3 weeks and 3 months. A period is limited by the time between the date of nerve repair and the date of resection. The resection and the preparation of the material make studies with the Scanning Electron Microscope possible. Repair using the "Venous Envelope" is shown in detail.

**059 BINS ELY, J.; GRANEMANN, A.S. -Nervo Periférico. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985, 01:620.**

Os A.A. apresentam um estudo experimental onde são comparados 4 tipos de anastomoses nervosas: a sutura epineural, a sutura interfascicular (intrafascicular), a sutura peri-neural - Envelope Venoso. Em cada destes tipos de anastomoses foram também comparados os resultados obtidos em dois diferentes intervalos de tempo: 3 semanas e três meses. Um intervalo é aqui compreendido a partir da data de execução da anastomose (pós-secção) até o momento da ressecção para o preparo e visualização do material no microscópio eletrônico de rastreamento (SEM-SCANNING ELECTRON MICROSCOP).

**060 BLOCH, RJ. - Lesões Nervosas do Membro Escapular. In: Cirurgia de Urgência. Silva, A.L., RJ. Ed. Medsi. 1985,704.**

O autor descreve o significado morfofuncional do sistema nervoso periférico, a anatomia específica do membro escapular. Segue uma descrição das alterações patológicas que ocorrem após a secção de um nervo e a classificação das lesões segundo Seddon e Sunderland a partir de uma lesão estabelecida, analisa os diversos métodos de reparação cirúrgica, envolvendo principalmente os aspectos microcirúrgicos, terminando por discutir a importância da fisioterapia assistida onde pode-se avaliar o método de tratamento, seus resultados imediatos e tardios.

**061 COLOMENO, L.H.A.; FRANCIOSI, L.F.N.; CHEM, R.C.; RINALDI, S.L. Reparação da Cabeça e Pescoço com Microcirurgia. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985, II(1):26.**

Os A.A. apresentam várias aplicações clínicas na microcirurgia, discutindo seu emprego em casos clínicos de reparação da Cabeça e Pescoço.

**062 CHEM, R.C. - Nota Prévia Sobre um Caso de Reimplante de Membro Superior ao Nível do Terço Médio do Antebraço. Rev. AMRIGS. Porto Alegre, RS. 23:18,1979.**

É descrito um caso de reimplante de membro superior ao nível do terço médio do antebraço de um paciente de 25 anos que sofreu um acidente em torno mecânico. Faz-se a descrição do ato cirúrgico e do material empregado, bem como da evolução do caso.

**063 CHEM, R.C. - Reparação de Perdas de Substância Tegumentar. Rev. Medicina de Hoje. RJ. 05:336,1979.**

O trabalho avalia as novas opções possibilitadas pelos retalhos livres, realizados com anastomoses microvasculares, para transplantes livres de tecido. Apresenta o material necessário e os casos clínicos onde os resultados foram realizados. São feitas considerações sobre as vantagens e as desvantagens deste novo tipo de intervenção. A conclusão propaga a validade e a enorme potencialidade do método.

**064 CHEM, R.C.; FRANCIOSI, L.F.M. - Reimplantes e Revascularizações. Rev. AMRIGS. Porto Alegre, RS. 25:196,1981.**

São avaliadas as principais diferenças entre reimplantes e revascularizações. São apresentados os diferentes detalhes técnicos dos diferentes tempos operatórios nessas intervenções, tais como encurtamento ósseo, osteocintese tenorafias, microanastomoses arteriais e venosas e microneurografia. Além disso estudam-se rotinas de controle pós-op. pelo teste de Chem. Apresentam-se diferentes casos elucidativos dos diversos níveis de lesão. Finalmente são feitas considerações sobre as indicações, resultados e necessidades de correta orientação sobre ponto de vista de fisioterapia.

**065 CHEM, R.C. - Transferência de Osso Livre com Anastomoses Microvasculares. Rev. Ass. Med. Brás. SP. 27:17,1981.**

Com o advento das técnicas microcirúrgica na década de 70, foi aberto um novo campo na medicina: O transplante livre de retalhos. Este trabalho avalia o transplante livre da fíbula para a reconstrução de grandes perdas ósseas, maiores que 6 cm de comprimento, onde os métodos convencionais não lograram bons resultados. Estuda a teoria da migração, discutem-se as principais características da técnica e apresentam-se dois casos clínicos nos quais foram aplicado método com resultados encorajadores.

**066 CHEM, R.C.; FRANCIOSI, L.F.M. -Dorsalis Pedis Free Flap to Close Extensive Palate Fistulae. Microsurgery. NewYork. 4:35,1983.**

É apresentado um estudo do retalho dorsal do pé e o proceimento usado para levantá-lo, incluindo uma discussão sobre suas dificuldades. Três casos são revisados nos quais o retalho foi utilizado com resultados encorajadores.

**067 CHEM, R. C. – Retalho de Parede Abdominal com Técnica Microcirúrgica. Anais do Simpósio Bras. de Abdominoplastia. SP Campeão Gráfica Editora. 1982, 1:109.**

O retalho da região inguinal foi o primeiro a ser utilizado como um retalho livre. Embora atualmente outras zonas doadoras ofereçam vantagens, há casos em que a indicação deste é melhor escolha. Baseia-se em um território ilha na região inguinal, com vasos axiais que são a artéria circunflexa ilíaca superficial e suas veias comitantes. A dissecação do retalho deve iniciar lateralmente e progredir na direção medial. Na dissecação, deve ser deixada a aponeurose anterior do músculo sartórius. A zona doadora é fechada por simples afrontamento. Como casuística são apresentados casos de retalhos livres da região inguinal. Finalmente considerações são feitas e avaliações dos resultados obtidos.

**068 CHEM, R.C. - Rotinas de Preparação Porções Amputadas com Vistas a Posterior Reimplante ou Revascularização. Rev. AMRIGS. Porto Alegre, RS. 26:240,1982.**

São descritas as rotinas preconizadas para a preparação do paciente e das porções amputadas que permitem uma adequada reparação com vistas ao reimplante ou revascularização.

**069 GIANNCOARO BUENO, M.; BUENO L.E.M.A. - Reimplante de Dedos. Rev Med. da Aeronáutica do Brasil. 36(1):35,1983.**

Reimplante incompleto, completo vascularização de dedos são relatados neste trabalho realizado no período de maio/80 maio/81. A autora descreve a sua experiência na técnica de reimplante suas indicações e contra-indicações. Comenta ainda os resultados obtidos analisando a função, sensibilidade e estética.

**070 SÁ, C.; MACHADO, R.; CHEM, R; FELDMAN, C.J.; GENRO, C.H, -Impotência Sexual Masculina: Velha Doença com Novos Tratamento. Rev. da AMRIGS. Porto Alegre RS. 28:228,1984.**

São apresentados os estudos feitos por um grupo inicial de 30 homens que consultaram com queixas de disfunção sexual. São analisadas as faixa etárias desses pacientes, tipos de queixas apresentadas, exames efetuados e resultados fluxométricos com índices pressóricos obtidos. Os princípios anatômicos que embasaram a técnica de revascularização empregada são analisados e demonstrado detalhes dos tempos cirúrgicos empregado, bem como os princípios de realização e interpretação dos estudos arteriográficos seletivos necessários ao diagnóstico das lesões arteriais do leito vascular genital, a evolução história e o estágio atual da pesquisa e terapêutica das disfunções ereteis são sumarizados.

**071 TEIXEIRA AGUIAR, A.C.; VUONO, E.; LOURES, G.; CAVALCANTI, L. MEIRELLES, M.; CANONGIA, P.M. Micro-cirurgia nas Lesões Complexas dos Membros Nota Prévia. Medicina de Hoje. VII:446,**

Os A.A fazem abordagem das lesões complexas dos membros através de uma equipe disciplinar que encurta o tempo cirúrgico e melhora os resultados. Aconselham tratamento simultâneo de lesão arterial coexistente. Mostram uma experiência de dois casos cujos resultados iniciais encorajadores são devidos em grande parte a utilização de técnicas microcirúrgicas.

### **3. CIRÚRGIA ESTÉTICA**

#### **3.1. Ritidoplastia**

**072 ABOUDIB JR., J.H.; GATTORNO, M.; CUPELLO, A.M. - Conduta nas Rinoplastias. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985, IV(I):192.**

O grande avanço das técnicas para tratamento do envelhecimento facial nos obrigou a uma reflexão sobre o tema visando sempre obter o máximo com um mínimo de cirurgia. Os A.A. mostram a conduta cirúrgica que adotam na dependência das alterações faciais observadas em cada caso.

**073 AMARAL, P.R.B. - Situação Atual das Ritidoplastias. Anais I Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC., Ed. Artgraf. 1984,1:15.**

O autor analisa a "situação atual" das ritidoplastias, lembrando da compreensão do paciente como pessoa, como anseios e motivações. Foca o que na sua opinião é mais importante na realização dos vários tempos cirúrgicos, chamando a atenção sobre alguns detalhes para obter resultados adequados aos dias de hoje. Deixa de firmar posição definitiva em relação a alguns aspectos ainda controversos, embora emita sua opinião atual a respeito.

**074 AMARAL, P.R.B.; CASAGRANDE, A. -Ritidoplastias - 5 Aspectos Importantes. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, IV(2):201.**

Os A.A. chamam atenção para cinco aspectos que acham mais importantes nas ritidoplastias, a saber, cicatriz pré-auricular, amplitude do descolamento, hemostasis, lipectomia submandibular e tração dos retalhos.

**075 CARDOSO DE CASTRO, C. – Extensive Mandibular and Cervical Lipectomy. Aest. Plast. Surg. 5:239,1981.**

Fundamentos básicos para realização das lipectomias faciais.

**076 CARDOSO DE CASTRO, C. -Blefaroplastias. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985, IV(2):213.**

Conduta pessoal nas blefaroplastias.

**077 CARDOSO DE CASTRO, C.; SALEMA, R.; ABOUDIB JR.J.H.; CALIXTO, C.A.; GIAQUINTO, M.G.; CINTRA, H.P.L. - Análise Atual da Cirurgia do Rejuvenescimento Cérvico-Facial. Rev. Col. Brás. dos Cirurgiões. 12:131,1985.**

Os A.A. apresentam as evoluções ocorridas na última década, na cirurgia de rejuvenescimento cérvico-facial. Fazem uma análise detalhada da lipectomia cervical do músculo platisma e do sistema músculo aponeurótico superficial da face salientando o estágio atual destes diferentes procedimentos, que podem ser utilizados, associados ou isolados ao lifting facial clássico.

**078 CARDOSO DE CASTRO, C. -Ritidoplastia Cérvico-Kacial. Tese. 1985.**

É feita ampla dissertação sobre o tema, baseada na evolução histórica bem como na experiência pessoal do autor sobre a cirurgia para o rejuvenescimento cérvico-facial.

**079 ELY, J.F. - Secondary Rhytidoplasty. Transactions of the VIII Congress of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Madrid. ISAPS. Ed. Hinderer, U.T., 1985,100.**

During the last 25 years of practice, the outhor has operated on several cases of rhytidoplasly, which had already been operated on a few years before. In this paper, some aspects of these patients are discussed. Their ages varied from 52 to 76 years at the time of the operation. The time interval between operations varied from 2 to 23 years. Several aspects of secondary facelifting are stressed, namely: incisions, dissection, SMAS plication, hairline, scarlobe, eyebrow and eyelid, loss of flexibility in facial expression. Age it self has not been a problem especially when local anaesthesia is used.

**080 HAKME, E; TOLEDO, O.M.R.;MOOJEN, J.G.N.; SOUTO A.M.;TAVARES, F., SJOSTEDT, C.O. - Ritidoplastia: Conduta Atual no Tratamento da Região Submentoniana. Rev. Brás. de Cirurgia. RJ. 75:421, 1985.**

Os A.A. analisam o tratamento da região cervicofacial nas ritidoplastias, a partir das lipectomias extensas na região submentoniana, chegando às proposições de atuação sobre os planos musculares da face. Com os problemas advindos com este tipo de abordagem, revê seus conceitos e parle para uma abordagem mais eclética desta região, dependendo das características de cada caso. Associa a lipoaspiração ao tratamento da região cervicofacial, mas acredita que este procedimento devera ser quase sempre associado ao face-lift, pois quando isolado, em pacientes com flacidez de pele, poderá acentuar os problemas ao invés de solucioná-los.

**081 HORIBE, E.K. - Enfoque Cosmiátrico em Cirurgia Plástica. Anais da III Jornada Paulista de Cirurgia Estética - I Convenção de Inverno. SP. Ed. Centro Heligrático Paulista. 1982,1:11.**

A autora mostra os recursos da cosmiatria que podem ser utilizados na Cirurgia Plástica apresentando considerações gerais sobre; Tratamento preventivo geral e local da formação de rugas; conservação das ritidoplastias; aplicação de variados tipos de dermoesfoliação e dermobrasão, pêlos métodos químicos cirúrgicos; quimiocirurgia utilizando drogas cáusticas para tratamento de numerosas lesões cutâneas; terapêutica da acne; cpilação médica.

**082 HORIBE, E.K.; HORIBE, K, LODOVICI, O. - Suspensão das Sobrancelhas nas Bletaroplastias. Anais do XXI Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. RJ. Ed. Cidade Científica. 1984,1:120.**

O excesso de pele da pálpebra superior pode ser total ou parcialmente secundário à ptose das sobrancelhas. Nestes casos, a blefaroplastia é insuficiente para corrigir esta deformidade, como também pode agravar a queda dos supercílios, dando uma aparência triste à face. Os A.A. apresentam uma técnica de suspensão de sobrancelhas nas blefaroplastias, que consiste na fixação da derme e gálea à aponevrose do músculo temporal, através de um túnel sub gálea no couro cabeludo. Referem que se trata de uma cirurgia antômicamente fundamental, de fácil execução técnica, cicatrizes não visíveis, raras complicações, duradoura e pouco dispendiosa. Dos 100 casos operados segundo esse procedimento, a maioria apresentou resultados altamente satisfatórios

**083 HORIBE, K.; HORIBE, E.K, GUTIERREZ, O.; LODOVICI, O. Ritidoplastia y Lâmina Conjuntivo Muscular. Rev. Cir. Plast. Ibero-Latinoamericana. Espanha, XI(3):197,1985.**

Os A.A. apresentam a técnica de ritidoplastia pela dissecação da lâmina de tecido conjuntivo da região temporal à cervical. Esta unidade anatômica é incisada ao nível do lóbulo auricular dividindo em 2 retalhos; a anterior que é levada e fixada superiormente ao músculo temporal, e a posterior tracionado e fixado à região mastóide. Eles acreditam que este é um procedimento útil para evitar a dissecação anatômica perto do nervo facial, Finalmente, eles referem as vantagens da dissecação cutânea menor, tempo cirúrgico menor, e cura mais rápida. Nenhuma complicação séria foi encontrada nos 60 casos operados.

**084 HORIBE, K.; HORIBE, E.K.; LODOVICI, O.; PIGOSSI, N. Ritidoplastias e Lâmina Conjuntivo-Muscular. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo. 39(4):168, 1984.**

Os A.A. apresentam a técnica de ritidoplastia pela dissecação da lâmina de tecido conjuntivo da região temporal à cervical. Esta unidade anatômica é incisada ao nível do lóbulo auricular dividindo em 2 retalhos; a anterior que é levada e fixada ilperiormente ao músculo temporal, e a posterior tracionada e fixada à região mastóide. Eles acreditam que este é um procedimento útil para evitar a dissecação anatômica perto do nervo facial. Finalmente, eles referem as vantagens da dissecação cutânea menor, tempo cirúrgico menor, e cura mais rápida. Nenhuma complicação séria foi encontrada nos 60 casos operados.

**085 JACQUES, WS.; DA CAS NETO, VM. - Ritidoplastia no Homem - Contribuição Pessoal. Anais do Simpósio Brasileiro do Contorno Facial. São Paulo. 1983,81.**

Os A.A. propõem um método para a reconstrução de nova área glabra na região pré-auricular, durante a ritidoplastia no homem, usando incisão na crista do trágus, mediante a destruição dos folículos pilosos da barba, pela face cruenta do retalho, antes da sutura final.

### 3.2. Rinoplastia

**086 ABOUDIB JR., J.H. - Conduta nas Rinoplastias. Anais XXI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. RJ. Ed. Cidade Científica. 1984,129.**

A rinoplastia vem apresentando uma constante solução nos últimos anos. Nos casos apresentados podemos notar que foram indicados procedimentos cirúrgicos, visando tratar especificamente as alterações observadas no pré-operatório, sendo obtidos resultados naturais sem o estigma do nariz operado.

**087 BAROUDI, R. - Rinoplastias. In: Cirurgia Plástica. Sucena, R.C., Rio de Janeiro. Ed. Roca. 1982, II:1077.**

O capítulo de rinoplastia desenvolve um estudo sobre a anatomia cirúrgica e as principais técnicas de rinoplastia transmucosa. Avaliações sobre problemas mais complexos completam este estudo.

**088 BAROUDI, R.; MORAES, M. -Rinoplastia em Narizes Dífices. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, III(1):247.**

Os A.A. fazem um estudo sobre a problemática que envolve os chamados narizes dífices. Divide a pirâmide nasal em setores para fins didáticos de apresentação: base, ângulo columelo labial, ângulo fronto-nasal, pirâmide, dorso e ponta. Cada setor do nariz é avaliado nos seus aspectos anatômicos mais complexos, quer para narizes primários, quer para secundários e terciários. Diante de cada problema específico dessas áreas, realiza o estudo técnico específico. Conceitua a importância sobre as limitações dos resultados diante dos tipos de pele, particularmente as espessas. Finalmente, ilustra fotograficamente os aspectos pré e pós-operatório, enfatizando a necessidade de esclarecer às pacientes sobre as dificuldades técnicas e as complexidades reacionais fibrosas que possam advir para não comprometer o relacionamento médico-paciente.

**089 CAVALCANTI, M.A. - Enxertos e Inclusões em Rinoplastia. Anais do Simpósio Brasileiro de Contorno Facial. São Paulo. Ed. Científica. 1983,5(1):183.**

O autor apresenta neste trabalho alguns materiais de inclusão com cartilagem e osso autólogos, cartilagem homóloga e material sintético como tela de Marlex ou Prolene que puderam ser utilizados para corrigir defeitos nasais, traumáticos, congênitos ou iatrogênicos. Os enxertos de ponta (Tip Graft), de dorso e para correção do nariz **torto** são analisados.

**090 COSTA RAMOS, O J.; COSTA RAMOS, F. - Ressecção dos Ramos Laterais das Cartilagens Alares Maiores. Nova Conformação da Ponta Nasal. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, IV(1):277.**

Os A.A. relatam suas experiências clínicas cirúrgicas realizadas em 250 Rinoplastias, mostrando o tratamento da ponta nasal com a ressecção dos ramos laterais das cartilagens alares maiores, conservando o forro dermo-gorduroso com acompanhamento dos casos por um período de vários anos.

**091 PITANGUY, I.; PINHEIRO CORREIA, J.P.D.; CERAVOLO, M.P.; ARAÚJO, M.T. - Rinoplastia - Nossa Conduta 1ª Parte. Rev. Brás. de Cirurgia - Boletim de Cirurgia Plástica da Clínica Ivo Pitanguy. RJ. 70:215,1980.**

Os A.A. procuram fazer uma descrição detalhada da conduta adotada pelo autor sênior, abordando desde a evolução histórica, o planejamento pré-operatório, a opção anestésica e a técnica cirúrgica em si.

### **3.3. Mentoplastia**

### **3.4. Orelhas em Abano**

### **3.5. Abdominoplastias**

**092 CAVALCANTI, M.A. - Abdominoplastias nas Correções de Casos Graves. Anais do Simpósio Brasileiro de Abdominoplastias. São Paulo. Ed. Científica. 1982, 7(1):185.**

Análise de vários métodos clássicos empregados na correção de grandes defeitos da parede abdominal provocados principalmente por trauma cirúrgico. Apresentação de técnica utilizando amplo descolamento cutâneo abdominal seguido da mobilização músculo aponeurótica com reforço quando necessário utilizando telas de Marlex ou Prolene.

**093 CHEFFE, L.O.; CHEFFE, M.R. - Abdominoplastias Combinadas com Outros Procedimentos Cirúrgicos: Estudo Estatístico, Analítico e Crítico. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):574.**

Os A.A. apresentam um estudo estatístico, analítico e crítico sobre a realização de abdominoplastias combinadas com outros procedimentos cirúrgicos. Citam as exigências mínimas para realização dessas intervenções, analisando condições do paciente, anestesilogista, cirurgião, equipe cirúrgica e os procedimentos a serem realizados. São estudadas tabelas desses procedimentos desde 1980 a junho de 1985, notando aumento progressivo de incidências múltiplas associadas a abdominoplastias. Foram observados os mesmos resultados estéticos sem aumento da morbidade. São apresentadas vantagens para a equipe cirúrgica com os procedimentos combinados.

**094 PSILLAKIS, J.M. - Plastic Surgery of the Abdomen with Improvement in the Body Contour. Physiopathology and Treatment of the Aponeurotic Musculature. Clinics in Plastic Surgery. 11(3):465, 1984.**

### **3.6. Lipodistrofias Pelvi-Crural**

### **3.7. Lipodistrofias Braquial**

### **3.8. Lipoaspiração**

**095 AVELAR, J.M. - Fat-Suction of Sub-Mental and Sub-Mandibular Regions. Aest. Plast. Surg. 9:257,1985.**

O autor descreve a técnica de lipoaspiração empregada para o tratamento de adiposidade localizada na região submentoniana. Ressalta a importância do procedimento se rigorosamente limitado no plano subcutâneo e supra platismal.

**096 AVELAR, J.M. - Fat-Suction Versus Abdominoplasty. Aest. Plast. Surg. 9: 265, 1985.**

O autor estabelece estudo minucioso para indicação de lipoaspiração na parede abdominal. A nova modalidade cirúrgica reduziu enormemente a indicação para abdominoplastia.

**097 HAKME, F.; TOLEDO, O.M.R. SOUTO, A.M.; MOOJEN, J.G.N. SJOSTEDT, C.O. - Detalhes Técnicos na Lipoaspiração Associada à Abdominoplastia. Rev. Brás. de Cirurgia. RJ. 75:331; 1985.**

Os A.A. apresentam um novo "Approach" para as lipectomias abdominais, indicado para paciente normalmente jovens, apresentando pouca distensibilidade de pele, panículo adiposo espesso e flacidez abdominal, principalmente na parte inferior do abdome. A técnica consiste na lipoaspiração de todo o abdome e flancos associada à ressecção de uma elipse de pele junto à região suprapúbica e plicatura muscular supra e infra-umbilical, sem desinserção da cicatriz umbilical, fixando o umbigo, com a finalidade de evitar o seu deslocamento no pós-operatório.

**098 OLIVEIRA A.R.; JAIMOVICH, C.A.; TOSTES, L.B.; SOUZA, O.T.; COREDIERO. V.R.G. – Lipodistrofias – lipoaspiração: Aspectos Clínicos, Patológicos e Cirúrgicos. Ars Curandi. Rio de Janeiro, 18:10; 1985.**

São discutidos e analisados aspectos fundamentais sobre a lipoaspiração nas áreas da cirurgia plástica, endocrinologia, nutrição, anestesiologia e psiquiatria. É abordada de forma abrangente a importância do método para os pacientes, proporcionando aos cirurgiões plásticos uma avaliação sobre o desenvolvimento desta técnica, na experiência dos autores.

**099 SOUZA PINTO, E.B. - Lipoaspiração nos Membros Inferiores. Ceciliania - Rev. de Estudos. Santos, SP. 49,1985.**

A lipoaspiração veio trazer um avanço incalculável à cirurgia do contorno corporal, principalmente nas lipodistrofias de membros inferiores, pois a proporção que nos aproximamos das extremidades inferiores, os métodos cirúrgicos convencionais tornavam-se mais difíceis de serem praticados, principalmente a nível de articulações e terço inferior da perna. Nessa região as dificuldades de camuflar incisões e mesmo a qualidade de pele conduz à cicatrizes inestéticas e aparentes. Nos membros inferiores a lipoaspiração veio vencer essas barreiras de limitações, tornando ao cirurgião possível indicar cirurgia em paciente com médio acúmulo adiposo, ficando para as lipectomias convencionais somente os casos lextremos, onde existe acúmulo adiposo com flacidez de pele. Mesmo nesses casos, conseguimos menores cicatrizes e melhores resultados, quando fazemos lipoaspiração num primeiro tempo, e ressecamos o excesso 3 meses após.

**100 SOUZA PINTO, E.B. - Lipoaspiração dos Membros Inferiores. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, VII(2):640.**

A lipoaspiração veio trazer um avanço incalculável à cirurgia do contorno corporal, principalmente nas lipodistrofias de membros inferiores, pois a proporção que nos aproximamos das extremidades inferiores, os métodos cirúrgicos convencionais tornavam-se mais difíceis de serem praticados, principalmente a nível de articulações e terço inferior da perna. Nessa região as dificuldades de camuflar incisões e mesmo a qualidade de pele conduz à cicatrizes inestéticas e aparentes. Nos membros inferiores a lipoaspiração veio vencer essas barreiras de limitações, tornando ao cirurgião possível indicar cirurgia em paciente com médio acúmulo adiposo, ficando para as lipectomias convencionais somente os casos extremos, onde existe acúmulo adiposo com flacidez de pele. Mesmo nesses casos, conseguimos menores cicatrizes e melhores resultados, quando fazemos lipoaspiração num primeiro tempo, e ressecamos o excesso 3 meses após.

### 3.9. Cirurgia Combinadas

**101 AVELAR, J.M. - Mamoplastia e Abdominoplastia Combinada: Análise de 40 Casos Consecutivos. Anais Simpósio Brasileiro de Abdomem. São Paulo. SBPC Regional SP. 1982,1:141.**

O autor analisa 40 casos consecutivos de cirurgia combinada. Mastoplastia e abdominoplastia concluindo que é procedimento de grande importância para o contorno corporal. Os aspectos psicológicos e repercussões na esfera emocional são considerados.

**102 BAROUDI, R.; MORAES, Abdominoplastia Combinada com Lipoaspiração. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985, V(2):577.**

Os A.A apresentam a sua experiência na lipoaspiração combinada com abdominoplastia no mesmo tempo operatório e em tempos operatórios diversos. Estuda em detalhes os cuidados quando os dois procedimentos são realizados no mesmo tempo no sentido de evitar problemas secundários. Quanto tirar de gordura e quanto deixar são os itens que especifica em profundidade. Apresenta seus resultados quando os dois procedimentos são empregados em tempos diversos mostrando a melhoria da qualidade estética que obtêm.

### 3.10. Contorno Corporal

## 4. PELE E MUCOSA

### 4.1. Patologia e Tratamento

**103 CRISTALDO, L.; BAINO, R.; CHEFFE, L.O.; REICHEL, C.L.; GAIGER, A.M. -Tatuagens: Estudos Comparativos dos Métodos de Tratamento. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, III(2):151.**

Os A.A. apresentam um estudo comparativo dos resultados com diversos tipos de tratamento para remoção de tatuagens. São analisadas as indicações e as técnicas e resultados no tratamento de tatuagens com excisão direta, excisões múltiplas, enxertos de pele, dermo-abrasão, sialo-abrasão, "peeling" químico e associação de dermo-abrasão com ácido tânico e nitrato de prata.

**104 EID, K.; HOCHBERG, J.; SAUNDERS, D.E. - Skin Abnormalities of the Back in Diastematomyelia. (Lesões Cutâneas das Costas na Diastematomyelia). Plast. Reconst. Surg. EUA. 63:534; 1979.**

The presence of congenital skin abnormalities on the back may be associated with a serious underlying spinal anomaly, diastematomyelia. The significance of the progressive development of neurological deficits, due to the presence of a bony or cartilaginous spur in the spinal cord, is stressed. An awareness of this condition should lead to an early diagnosis with a neurological evaluation and, if necessary, prophylactic surgery before irreversible nerve damage develops,

**105 GOLCMAN, B. - Cirurgia de las Queilitis. In: Cirurgia Dermatológica Practica. Enrique Hernandez Perez. El Salvador. Uca Editores. 1981; 12(2):152.**

**106 HORIBE, E.K. - Tratamento das Dermatoses Inestéticas pelo Ácido Tricloroacético, Ácido Nítrico e Podofilina Resorcinada. Anais do Simpósio Brasileiro do Contorno Facial. RJ. Ed. Científica. 1983; 1:376.**

A autora relata as técnicas e resultados do tratamento de 48 tipos de dermatoses, como máculas, sequelas, tumores cutâneos benignos, localizadas na pele e mucosas, através do uso tópico do ácido tricloroacético, ácido nítrico e podofilina resorcinada, com resultados altamente satisfatórios.

**107 HORIBE E. K. - Dermoabrasão Química e Cirúrgica da Face. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS Ed. Aplub. 1985; IV (1): 207.**

A autora relata a sua experiência sobre dermoabrasão química e cirúrgica da face, dando a definição, objetivo, histórico e método. Na dermoabrasão química utiliza o ácido tricloroacético a 45% e na cirúrgica, o dermoabrasor e lixa de papel. Aborda as indicações, contraindicações e complicações.

**108 SADDY, E.M.V.; PEREIRA G.C.; SADDY J.C.; CARVALHO, JJ, AZULAY, R.D. - Contribuição ao Estudo da Distribuição das Fibras do Sistema Elástico em Cicatrizes Queloideanas. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro. 1985,60(1) :217.**

Fragmentos de tecido queloideano foram estudados a nível de microscopia óptica e com o uso de técnicas gerais de coloração, como hematoxilina-eosina e tricômico de Gomori e de técnicas seletivas para revelar fibras do sistema elástico tais como hematoxilina férrica e resorcina-fucsina, esta última precedida ou não de oxidação pela oxona. Vinte e seis fragmentos foram obtidos de 23 lesões distintas. Quatro eram consequentes de foliculites, sete de acne, cinco de queimaduras, cinco de cirurgias e duas eram de cicatrizes "espontâneas". Foi identificada em 24 fragmentos a presença de fibras oxitalanicas distribuídas difusamente e em quantidade variável por toda área da lesão examinada.

**109 SADDY, E.M.V; OBADIA, I.; SADDY;J.C.; AZULAY, R.D. - Neurofibromatose. 1- Dados Epidermiológico e Etiológicos. Aspectos Genéticos e Dermatológicos. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro. 1985,60:371.**

Procuramos rever a epidemiologia e a etiologia da neurofibromatose, assim como seus aspectos, genéticos e dermatológicos. Estudamos 11 pacientes portadores desta síndrome, nos seus aspectos dermatológicos, investigando suas histórias familiares e a época em que a doença se manifestou pela primeira vez. Seis pacientes pertenciam ao sexo masculino, sendo quatro brancos, quatro pardos e três negros. O mais jovem tinha 17 anos e o mais idoso 53. Os nossos achados corresponderam aos da literatura.

**110 SAMPAIO, S.A.P.; GOLCMAN, B. - Excisocirurgia. In: Dermatologia Básica. Ed. Artes Médicas. 1985,570.**

Os A.A. abordam neste capítulo, a anestesia dermatológica, instrumental, biópsias, escolha da lesão e local, técnicas, curativos, fixação, cirurgias cutâneas, incisões e excisões, suturas - cirurgia hidrosadenite - hiperidrose axilar - exérese de unha, unha encravada ou unha encarnada, calos do V poclodáctilo e interdigitais - dermoabrasão cirúrgica e transplante de cabelo.

#### 4.2. Feridas

**111 ABRAMO, A.C.; VIOLA, J.C. - Ação da Colagenase na Recuperação das Feridas de Etiologia Diversas. Rev. Brás. de Cirurgia. Rio de Janeiro. 72:313; 1982.**

Este tipo de colagenase, que apresenta como veículo um elemento aquoso, tem uma ação colagenolítica intensa, tornando a escara necrótica prontamente úmida, perdendo seu endurecimento, despregando-se do leito da ferida mais precocemente e promovendo a cura da lesão em espaço de tempo mais reduzido. É um elemento importante no tratamento de lesões necróticas em pacientes idosos e com alterações do estado geral, nos quais a cirurgia esta contraindicada.

**112 BINS ELY, J.; CONINCK, A.; HELOU, S. - Ulcerative Mutilating Acropathy: Interfascicular Neurolysis of the Posterior Tibial Nerve. Plast. Recont. Surg. (ABSTRACTS). Baltimore, Maryland. USA. 73(3):511,1984.**

The authors present a 45-year-old male patient with perforating ulceration of the foot. Bilateral intermetatarsal-phalangeal amputation had been performed previous by and a large neurography confirmed its compression in the with periarterial sympathectomy and skin grafting of the sole difect led to rapid recovery in about 10 days, and healing remained complete 10 months later. The etiopathogenesis of ulcerative mutilating acropthy is dicussed, as in the pathological justification of the suggested treatment.

**113 MEYER, TN.; SILVA. A.L. - Lesões Superficiais (Feridas). In: Cirurgia de Urgência. Alcino Lázaro da Silva. Rio de Janeiro. Ed. Medsi. 1985; IX(II):1205**

Os A.A. abordam o tema das feridas de pele, enfocando Conceito, Fisiopatologia da Cicatrização, Classificação, Tratamento, Lesões em áreas especiais. Discorrem sobre limpeza e debridamento, suturas, antissépticos, curativos, pós-operatório, medidas coadjuvantes. Fornecem listas de materiais necessários ao tratamento básico destas lesões, sob o enfoque da urgência

**114 TELES, J. J.; ELPO, V - Úlcera Isquiática: Tratamento com Retalhos Miocutâneos. Anais I Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC. Ed. Artgraf. 1984,219.**

As úlceras de decúbito, nas quais estão incluídas as isquiáticas, inicialmente não foram tratadas cirúrgicamente. Foi com a II Grande Guerra que se avolumou o número de paraplégicos e, principalmente com o aparecimento dos antibióticos, que se encorajou a operar tecido infectados e a tratar convenientemente as úlceras isquiáticas. Estabeleceu-se então um esquema cirúrgico, a partir dos cuidados das úlceras com curativos especializados até a oportunidade de operabilidade. Os princípios básicos do tratamento cirúrgico começam pela excisão da úlcera até a completa ressecção da proeminência óssea isquiática. Uma vez eliminados estes fatores inicia-se, então, o aproveitamento dos músculos da proximidade para encher o espaço vazio. Assim nas lesões menores, faz-se a rotação do grande glúteo ou retalho miocutâneo com o grande glúteo, a fim de se preservar melhor circulação do músculo e se evitar a rotação de outro retalho da coxa. Nas lesões maiores usam-se os músculos bíceps femural e semitendinoso que seccionados, quando se tornam tendinosos, são rodados e suturados ao nível da lesão. Aqui usa-se um retalho cutâneo "standard" da face posterior da coxa.

#### 4.3. Cicatrizes

**115 ABOUDIB JR., J.H. - Cicatrizes de Face. Rev. Brás. de Cirurgia. Rio de Janeiro. 69:95,1979**

Análise dos principais aspectos no tratamento das cicatrizes de face e conduta que estamos utilizando.

**116 ABOUDIB JR., J.H. - Análise Regional das Cicatrizes. Stethos. 2(3):15,1979.**

Localização das cicatrizes e tratamento específico destas lesões.

#### 4.4. Queimaduras

**117 ABRAMO, A.C. - Enxerto de Pele no Queimado. In: Fisiopatologia e Tratamento das Queimaduras. Ed. Roca. São Paulo. 1982, XII, 69.**

Neste capítulo são apresentados os diversos tipos de enxertos existentes para cobertura de uma área desnuda, suas áreas doadoras, seus métodos de obtenção e os aparelhos usados para tanto. Também é apresentado o cuidado que se deve ter para com as regiões doadoras e receptoras dos enxertos e finalmente quais os métodos de aplicação e fixação destes enxertos.

**118 CHEM, R.C.; ANTUNES, C.R.H. -Queimadura. In: Prática Pediátrica de Urgência. Fiori, R.M.; Pitrez, J.L.B.; Galvão, N.M. 2ª Edição, Porto Alegre, RS., Ed. Fiori, Pitrez e Galvão. 1979,4:308.**

Os A.A. revisam as condutas de avaliação e terapêuticas das queimaduras em crianças, tanto no primeiro atendimento quanto no tratamento hospitalar.

**119 CHEM, R.C. - Medicação Tópica. In: Cirurgia Plástica. Raul Couto Sucena. São Paulo. Ed. Fundo Editorial SBCP. 1981, 30(1):309.**

O autor faz uma revisão da medicação tópica utilizada em queimaduras, tais como: o nitrato de prata, o mafenide e a sulfadiazina de prata. Descreve as vantagens e desvantagens, as formas de aplicação e as complicações do uso de cada produto.

**120 CHEM, R.C. Queimaduras Elétricas. In: Cirurgia Raul Couto Sucena. São Paulo. Ed. Fundo Editorial SBCP. 1981,37(1):365.**

O autor revisa aspectos das queimaduras elétricas, iniciando com o estudo de generalidades sobre a corrente elétrica e os tipos dessas queimaduras, passando a descrever as ações da corrente elétrica sobre o organismo e finalizando com o tratamento e prevenção.

**121 CHEM, R.C. - Medicação Tópica no Tratamento das Queimaduras. Rev. Div. Pronto Socorro - Medicina e Cirurgia. Porto Alegre, RS. 1:19,1982.**

O autor descreve os agentes tópicos usados no tratamento das queimaduras, tais como o nitrato de prata, o mafenide e a sulfadiazina de prata salientando a superioridade desse último sobre os outros, tendo em vista que apresenta menos efeitos colaterais e desvantagens.

**122 CHEM, R.C. Tratamento de Urgência das Queimaduras. Revista AMRIGS. Porto Alegre, RS. 27:38,1983.**

São descritos os procedimentos terapêuticos na urgência do queimado, iniciando com a avaliação da área queimada e da profundidade da queimadura e descrevendo o cálculo das necessidades de reposição parenteral, analgesia, tratamento tópico, procedimentos auxiliares e tratamento sistêmico.

**123 D'ASSUMPÇÃO, E.A.; LEÃO, C.E.G. Queimaduras. In: Manual de Urgência em Pronto Socorro. Erazo, G.A.C.; Pires, M.T.B, 1ª Edição, Rio de Janeiro. Ed. Medsi, 1985,04:59.**

Os A.A. descrevem a fisiopatologia das queimaduras, a conduta propedêutica que deve ser seguida no atendimento de um queimado em um Hospital de Pronto Socorro e em seguida, o tratamento básico a ser adotado, tanto na fase aguda como no prosseguimento deste tratamento.

**124 DE PAULA, P.I. - Avaliação da Associação Enzimática com Fibrinolizina e Desoxirribonuclease na Terapêutica de Lesões Cutâneas. A Folha Médica. Rio de Janeiro. 80(1): 1980.**

O autor estudou 17 pacientes com queimaduras de 2º e 3º Grau, através de um composto de enzimas proteolíticas e observou uma evolução mais rápida e satisfatória com o tratamento instituído.

**125 ELPO, V. - Queimaduras no Trabalho, Arq. Cat. Med.; Ed. Artgraf, Florianópolis, SC. 14:41,1985.**

O objetivo deste estudo foi analisar os principais tipos de queimaduras ocupacionais no nosso meio, suas alterações anatomopatológicas, terapêuticas, sequelas, prognósticos e reabilitação e prevenção. Foi realizada uma revisão bibliográfica, permitindo observar o aumento da incidência das queimaduras no trabalho. As queimaduras são afecções resultantes de atuação do calor sobre o revestimento cutâneo, determinando alterações locais e gerais. Os principais tipos de queimaduras no trabalho variam de acordo com o nível de desenvolvimento tecnológico de uma sociedade, sendo que a prevenção e medidas de controle devem ser normas primordiais desde a instalação de funcionamento de empresa.

**126 GONELLA, H.A.; LEE, HJ. – Prevenção das Queimaduras. Jornal Votorantim. (Publicação interna da S.A. Ind. Votorantim. São Paulo. 30 agosto, (1), 1985.**

Os A.A. tecem breve relato na prevenção das queimaduras, com desenhos ilustrativos.

**127 MENICHELLI NETTO, N.; ROMÁN CALDERÓN, J. - Tratamento de las Queimaduras con el Unguento de Yodo Polivinilpirrolidona. Investigación Medica Internacional. México. 6:103,1979.**

A eficiência e possíveis efeitos colaterais do unguento de iodo polivinilpirrolidona foram avaliadas em 35 pacientes com extensas queimaduras de 2ª e 3º graus. Notou-se redução do tempo de reepitelização em 25%, redução do tempo de hospitalização e controle total de infecções.

**128 RAMOS, R.R. - Tratamento das Queimaduras. Medicina e Cultura. São Paulo. 39:35,1984.**

O autor descreve o tratamento de urgência das queimaduras. Analisa a classificação e os principais dados de fisiopatologia. Estuda o tratamento tanto no ponto de vista geral quanto local.

**129 RUSSO, A.C. - Queimaduras. Acidentes de Trabalho - Prevenção. J.B.M. 44 (1):27,1983.**

Com material da Divisão de Queimados do Hospital das Clínicas da Fac. Med. USP e material coletado em atendimento em Hospitais particulares de doentes do INPS, estuda os tipos de acidentes, e sugere meios de prevenção.

**130 RUSSO, A.C. - Tratamento das Queimaduras. In: Terapêutica Clínica. Consrmeill, W e outros, 1ª Ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan. 1979.**

Estuda o tratamento atual das queimaduras nas suas várias fases.

#### **4.5. Expansores**

### **5. DE CABEÇA E PESCOÇO**

#### **5.1. Geral**

#### **5.2. Crânio e Couro Cabeludo**

#### **5.3. Pálpebras e Cavidade Orbitária**

**131 AMARAL, P.R.B. - Blefaroplastia: Detalhes Transoperatórios. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, IV(1):218.**

Analizando aspectos transoperatórios mais importante, são quantos os cuidados que permitem melhores resultados e maior segurança nas blefaroplastias.

**132 CARDOSO DE CASTRO, C. -Blefaroplastias. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, IV(1):213.**

O autor descreve sua experiência pessoal sobre o tema, no que se refere aos aspectos desde a indicação e exame pré-op. até as técnicas utilizadas.

**133 HAKME, E; TOLEDO, O.M.R.;MOOJEN, J.G.N.; SOUTO, A.M.;SJOSTEDT, C.O. - Blefaroplastia um novo "Approach". Rev. Brás. de Cirurgia. Rio de Janeiro. 75:345,1985.**

Os A.A. apresentam uma nova marcação para a pálpebra superior, com a finalidade de evitar cicatrizes aparentes e pele redundante ao nível do canto externo do olho, no pós operatório. A marcação preconizada da elipse de pele a ser ressecada na pálpebra superior situa-se próximo à rima pálpebra! em seu limite inferior e não ultrapassa o sulco palpebral em seu limite superior, sendo a abertura máxima da elipse ao nível do canto externo do olho.

**134 HORIBE, K.; HORIBE, E.K.; NERY, G.B.L.; SUZUKI, T.; CASTRO, H. -Construccion Del Surco Palpebral Superior En Ojos Orientales. Rev. Cir. Plast. Ibero-Lati-noaniericaia. Espanha. V(4):387,1979.**

Os A.A. apresentam uma nova abordagem na construção do sulco palpebral. Dão importância à altura e forma do sulco que devem ficar dentro das demais características orientais. Apresentam as conclusões nos 25 casos operados cujos resultados foram muito satisfatórios.

**135 MENICHELLI NETTO, N. – Coloboma de Pálpebras. Tese: México City. Ed. Offsali-G. 1980.**

Tese de pós-graduação em que se descreve a História, etiopatogenia e modalidades de tratamento de 26 casos de colobomas palpebrais.

**136 PITANGUY, I.; LESSA, S.; SEBASTIÁ, R. Tratamento dos Ectrópios Palpebrais com Enxerto Composto de Pele e Pericôndrio. Rev. Brás. de Cirurgia. Rio de Janeiro. 75:429,1985.**

O enxerto composto de pele e pericôndrio obtido da face anterior da concha auricular representa uma nova modalidade de tratamento do ectrópio da pálpebra inferior. O emprego clínico deste enxerto se baseia na sua atividade condrogênica, bastante estudada experimentalmente. Tratamos 15 ectrópios cicatríciais da pálpebra inferior e observamos o crescimento de uma fina camada de tecido cartilaginoso neoformado em cinco casos de 12 biopsiados. Nos outros 7 casos que foram estudados não foi observado crescimento de cartilagem, porém mostravam uma intensa proliferação de fibras colágenas na derme profunda, simulando o tarso. Em todos os casos tratados o aspecto estético foi excelente e as pálpebras se tornaram firmes, apresentando um perfeito suporte local. As áreas doadoras cicatrizaram perfeitamente, sem defeitos aparentes.

#### 5.4. Andar Médio da Face

**137 ALMEIDA, J.A.P.; FISCHMAN, R.; DE VITA JR.J.; SOUZA, L.C.M. - Fraturas do Malar: Experiências com o uso de Fio de Kirschner. Rev. Brás. de Ortopedia. 19:34,1984.**

Os A.A. mostram sua experiência no tratamento de pacientes com fraturas do malar tratados cirurgicamente com contensão com fio de Kirschner.

**138 DEGRAZIA, L.E.C.; DEGRAZIA, N.D, SANTOS, C.A.N. -Reconstrução da Região Naso-Palpebral. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, IV(1): 378.**

Os A.A. descrevem sua conduta na solução dos problemas consequentes às perdas de substanciada região naso-palpebral devidas a tumores ou a lesões traumáticas. Tal conduta consiste no uso do retalho de vizinhança da região zigomática e pré-auricular na reparação das perdas de pálpebra inferior, e no retalho da região frontal, tipo indiano para reparação de lesões mais ou menos extensas do canto interno do olho, pálpebras superior e inferior e região nasal.

**139 SOUZA, L.C.M. - Análise de 140 Casos de Fraturas do Complexo Zigomático. Dissertação de Mestrado - Medicina USP. 1982.**

O autor apresenta sua experiência no diagnóstico e tratamento de fraturas do complexo zigomático. Salientar as várias opções para o tratamento e apresenta classificação baseada nos casos discutidos.

**140 SOUZA, L.C.M.; PIGOSSI, N, FERREIRA, M.C. - Fraturas do Complexo Zigomático, Análise de 140 Casos. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S.P. São Paulo. 39(4):183, 1984.**

Neste trabalho os A.A. discutem as causas, o diagnóstico e os diversos tratamentos a que foram submetidos 140 pacientes com fraturas do complexo zigomático.

## 5.5. Mandíbula e Articulação Têmporo-Mandibular

**141 LUCCHESI, A J.; CRUZ, R.L.; COSTA, E.A.; PITANGUY, I.; CERAVOLO, M.P** Anquilose Têmporo-mandibular. Contribuição ao tratamento Cirúrgico. Rev. Brás. de Cirurgia. 72: 192,1982.

Tratamento da "Anquilose Têmporo-mandibular", segundo técnica do Dr. Edgar Alves Costa, com colocação de Prótese de Silicone moldada durante o ato operatório. Estudo de Pré e Pós Operatório.

**142 PURICELLI, E.; CHEM, R.C.** -Reconstrução de Mandíbula com Fíbula. R.G.O. Porto Alegre, RS. 23(2):124,1985.

Os A.A. descrevem uma nova técnica para reconstrução óssea da mandíbula, utilizando a fíbula (perônio) como enxerto ósseo e contensão com placas de Champy.

**143 SOUZA, L.C.M.; SILVEIRA, M.E.;FISCHMAN, R.; DE VITA JR., J.** Fratura do Condilo Mandibular. Análise de 31 asos. Folha Médica. 85:825,1982.

A.A. apresentam suas experiências no tratamento conservador de pacientes com fraturas condilares, obtendo bons resultados.

**144 SOUZA, L.C.M.; SILVEIRA, M.E.** Prognatismo: Metodização para Tratamento Cirúrgico. Rev. Brás. de Cirurgia 165,1985.

Os A.A. apresentam sua experiência no tratamento de 20 pacientes portadores de prognatismo mandibular e discutem as diversas técnicas cirúrgicas para sua correção.

## 5.6. Nariz

**145 HORIBE, K.; LODOVICI, O.; PIGOSSI, N.; AKI, K; HORIBE, E.K.** – Rinoplastia do Nariz Fissurado Unilateral. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado,RS. Ed.APLUB.1985,IV(I):343.

Os A.A. descrevem uma conduta cirúrgica do tratamento do Nariz Fissurado Unilateral. Realçam a importância da atuação cirúrgica global.

**146 JAIMOVICH, C.A.; SOTO NOGUEIRA, A.J.; FONTES, K.J.; VENTURINI, J.; PASSOS, A.C.P.** - "Rinofimas" uma abordagem eclética. Destaque V Jornada Médica do Hospital Naval Marcílio Dias. Ministério da Marinha. Diretoria de Saúde da Marinha. 1ª Ed. Rio de Janeiro, Ed. Searle. 1985,70.

São apresentados e discutidos dois casos de pacientes com rinofima de terceiro grau, adotando-se, para seu tratamento, uma associação de técnicas e táticas cirúrgicas, obtendo-se resultados bastante satisfatórios, principalmente na esfera psico-emocional. Os pacientes se libertam de um pesado estigma reconquistando sua auto-confiança, eliminando os traços grotescos originados pelo rinofima.

**147 LIMA, J.C.** - Neo-Rinoplastia com Retalho em Escalpe de Converse. Rev. CBC. 12(5):138,1985.

O autor faz um relato histórico e um breve estudo das perdas nasais e dos métodos desenvolvidos para sua reconstrução, ressaltando o retalho medifrontal criado pelos hindus. Apresenta dois casos de reconstrução nasal com o retalho em escalpe de Converse, o qual considera ideal para as neo-rinoplastias em virtude das grandes vantagens que apresenta.

**148 MELLO, L.S.** - Rinoplastia Pós-traumática - Abordagem Funcional e Estética. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. 1ª Edição. Gramado, RS. Ed. APLUB. 1985, IV(1):286.

O autor mostra que os traumatismos nasais com fraturas e deformidades podem ser operados imediata ou tardiamente. A anestesia local tem a vantagem de manter a dinâmica facial e com o uso de pequena quantidade de anestésico, torna mais fácil a avaliação intra-operatória das deformidades e suas correções. No acompanhamento até 3 anos o resultado é semelhante e há melhora funcional e estética em todos os pacientes operados..

## 5.7. Cavidade Oral

## 5.8. Lábio Mento

## 5.9. Orelha Externa

**149 AVELAR, J.M. - Microtia - Simplified Technique for Total Reconstruction of the Auricle in One Single Stage. Abstract VII Cong. Int. Cir. Plast. Cortograft. Rio de Janeiro. 150,1979**

O autor descreve sua técnica pessoal para reconstrução de orelha constituindo-se em simplificado tratamento podendo ser realizado em uma única etapa cirúrgica. Cria retalho cutâneo servindo-se de descolamento em túnel na região da futura hélice e anti-hélix onde é introduzindo o novo arcabouço cartilaginoso.

**150 KEPPE, E.M. - Amputation Traumatique de L'Orelle. Ann; Chir. Plast. 1961, II:98.**

#### 5.10. Pescoço

#### 5.11. Paralisia Facial

### 6. LÁBIO LEPORINO, MAXILAR E PÁLATO

#### 6.1. Etiologia, Classificação e Generalidades

#### 6.2. Tratamento Cirúrgico

**151 ABRAMO, A.C. - Tratamento Cirúrgico para a Correção das Fissuras Labiais Unilaterais. Anais Paul. Med. Cir. 1983,110:25.**

O autor apresenta uma modificação da Técnica de Miliard. Apresenta a formação de dois retalhos de tamanhos diferentes, sendo maior o da vertente lateral e menor o da vertente medial. Este servirá para normoposicionar a columela e ao mesmo tempo promover a formação do assoalho narinário, em apenas um tempo cirúrgico. O retalho da vertente lateral promoverá a rotação da asa nasal, com seu conseqüente levantamento, diminuição do orifício narinário, determinando uma simetria maior para o nariz fissurado. Juntamente promove a correção do lábio dentro dos padrões básicos para a correção desta deformidade.

**152 LIMA, J.C. - Considerações sobre a Correção do Nariz do Fissurado. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Ed. Aplub. Porto Alegre, RS. 1985,IV(2):343.**

O autor estuda as deformidades nasal labiais secundárias às fissuras labiais e labiopalatinas. Acha que a correção deve ser feita se possível, num único tempo cirúrgico. Usa enxertia de cartilagem da concha auricular para as deformidades da narina, osso e cartilagem costais para o dorso nasal selado e para hipoplasia maxilar. Associa rinoplastia completa nos acentuados desvios. Indica a rino-queiloplastia de Pitangy quando toda a ponta nasal está gravemente deformada.

**153 SOUZA, I. - Fenda Mediana do Lábio Superior: Apresentação de um caso. Rev. Paraense de Medicina. Belém, PA. 1979,113.**

Apresentamos um trabalho sobre fenda mediana do lábio superior, no qual citamos a divisão proposta por Miliard: a) Agenesia do processo fronto-nasal, e b) Fenda do elemento mediano. No primeiro grupo além dos defeitos facio-nasais, existem anomalias cerebrais, as quais reduzem a necessidade da correção cirúrgica dos defeitos citados. No segundo grupo, no qual enquadrámos nosso caso, a correção cirúrgica varia de acordo com o caso. A técnica utilizada foi por nós idealizada e consistiu na rotação e transposição de dois retalhos triangulares laterais com a formação de um Z final.

**154 SOUZA, L.C.M. - Fissura Lábio Palatina Abordagem Multidisciplinar Rev. Paul. Odont. 1985,54.**

Autor apresenta revisão da literatura sobre fissuras lábio palatinas e apresenta estatísticas do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, no qual acompanhou 50 pacientes portadores da lesão.

**155 VALLE PEREIRA, J.F; D'EÇA NEVES, R.; LEITE, G.B. - Tratamento de Nariz Fissurado. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 198S, IV(1):334.**

Os A.A. fazem uma revisão de técnicas empregadas para a correção do nariz fissurado. Descrevem a anatomia da deformidade e assimetrias do nariz do paciente fissurado, apontam os procedimentos que as técnicas visam ao corrigir as deformidades cartilaginosas. Mostram as principais vias de acesso, dando ênfase à via bucal, salientando-se as suas vantagens.

#### 6.3. Ortodontia e Prótese

## 7. MAMAS

### 7.1. Hipomastias e Hipertrofias

**156 ABRAMO, A.C. - Proposições para a Prevenção das Contraturas Capsulares Pós Mamoplastias de Aumento. Anais Paul. Med. Cir. 1984,111:19.**

Como elementos preventivos para uma contratura capsular são apresentados: A formação de uma cavidade para inserção da prótese 3-4 cm maior que o diâmetro da mesma, um curativo compressivo por período de uma semana e a fixação da prótese através de uma bandagem com fita adesiva em forma de cruz além da massagem no pós operatório por período de 6 meses.

### 7.2. Técnicas Operatórias e Reduções Mamárias

**157 ABOUDIB JR., J.H. - Estágio Atual da Mamoplastia Redutora. Rev. Col. Brás. de Cirurgiões. 6(20):85,1979.**

Estágio das opções técnicas para tratamento das hipertrofias mamárias com avaliação de 400 casos operados.

**158 ABOUDIB JR., J.H. - Considerações em Torno das Principais Técnicas da Mamoplastia Redutora. J. Brás. Ginecologia. 87(1):43,1979.**

Análise das opções técnicas para Mamoplastia Redutora, com resultados e aspectos psicológicos do problema.

**159 ALVES, L.; MELLO, S. — Mamoplastia Redutora, Táticas usadas na Técnica de Pitanguy. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985; V(2):436.**

Os A.A. apresentam algumas táticas e tipos de suturas realizadas nas Mamoplastias Redutoras usando a técnica de Pitanguy, com as quais num estudo de 820 casos não tiveram necessidade de utilizar o enxerto de aréola mesmo nas ressecções acima de 1,5 Kg. de cada mama. Mostram resultados de pós-operatórios em que as cicatrizes, principalmente ao nível das aréolas, apresentam-se bastante satisfatórias.

**160 AMARAL, P.R.B. - Mamoplastia Redutora - Análise Crítica das Técnicas de Mamoplastias. III Jornada Paulista de Cirurgia Estética. I Convenção de Inverno. Campos do Jordão, SP Ed. Juarez Avelar; Luiz S. Toledo; José C. Padovez. 1982,38.**

161 CARDOSO DE CASTRO, C.; GIAQUINTO, M.G. - Mamoplastia. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):423.

Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica realizado em Gramado, RS. Em 1985.

**162 CALIXTO, C.A.; CARDOSO DE CASTRO, C.; SALEMA, R.; ABOUDIB JR., J.H. - Mamoplastia Redutora na Mulher Jovem. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):453.**

O A.A. analisam 68 pacientes solteiras, no grupo etário de 15 a 25 anos de idade, operadas há 3 anos, em que fazem uma análise crítica e evolutiva, chamando a atenção para a operação bem orientada que proporcionará à paciente uma normalidade das mamas quanto a forma, consistência, tamanho e manutenção da função sexual e da lactação, não sendo, pois, cabível postergar a indicação da mamoplastia na paciente.

**163 CHAVES FILHO, L. - Mamoplastia em "L". Anais XXI Congresso Brasileiro de Plástica. Rio de Janeiro. Ed. Cidade. 1984, 38**

O autor descreve sua experiência pessoal na utilização de uma tática de associações da ressecção clássica do tecido mamário á amputação da base da mama, abordando as principais indicações e descrevendo a marcação da técnica em "L" para eliminação da cicatriz medial.

**164 CHAVES FILHO, L. - Cicatrizes em Mamoplastia, Anais I Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis. Ed. Artgraf. 1984,259.**

O autor estuda o comportamento da cicatrização nas mamoplastias, ressaltando a importância de cada vez oferecermos às pacientes cicatrizes menores e melhores, contribuindo com uma tática para eliminação da cicatriz medial.

**165 D'ANDRÉA, S.; SAITO, L.S.; OLIVEIRA, L.A.; MORAES, S. -Mastoplastia Lateral "Em Vírgula". Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):477.**

Os A.A. propõem modificações táticas na cirurgia de mama, quanto à marcação pré-operatória na mesa, em decúbito dorsal, facilitando sua execução. A técnica consiste em ressecções simples e amplas, podendo ser empregadas em todos os tipos de cirurgias mamárias, de redução ou aumento, sendo melhor até nas médias hipertrofias, com resultado cicatricial bom, cuja colocação da mesma no sulco mamário e lateral, não obedecem à qualquer mensuração prévia.

**166 DEGRAZIA, L.E.C.; DEGRAZIA, N.D.; GALVARRO, G.N.S.; SANTOS C.A.N. -Mamoplastia em Vírgula, Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):474.**

Os A.A. insistem na importância de uma cicatriz reduzida e bem localizada no sulco mamário no tratamento das ptoses e hipertrofias moderadas da mama, para o que, utilizam uma incisão em forma de vírgula, modificando a Técnica de Arié.

**167 ELY, J.F. - Ptose Mamaria - Técnica de Arié e suas Variações. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):506.**

Tecendo comentários sobre a importância da técnica de Arié como precursor de muitas que atualmente estão em voga, o autor considera a forma clássica, vertical, como ainda indicada nas pequenas ptoses. O "T" invertido surge como decorrência da ultrapassagem do sulco submamário, e teve em Pitanguy seu grande divulgador. O "Y" invertido é ainda pouco conhecido e o "L" teve recente ativação com Bozola. A escolha mais frequente da variante oblíqua, pelo autor, deu origem à técnica do "Capeta", na qual preserva a margem superior do complexo aréola mamilar. Algumas vantagens deste procedimento são enfatizadas.

**168 FELICIO, Y. - Mamoplastia Redutora com uma só Cicatriz Aréolar. Anais XXI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro. 1984,61.**

No afã de executar uma técnica que resulte no menor estigma possível, utilizamos duas vias de acesso, região mamaria e periareolar, resultando apenas uma cicatriz periareolar. Vantagens: 1) Menos agressiva que as demais técnicas preconizadas anteriormente, preservando um maior número de lóbulos mamários centrais, artéria e nervo papilar. Preserva a forma natural da mama, evitando uma transformação cubista como as técnicas já consagradas o determinam. 2) Pode ser realizada sob anestesia local. 3) Material usado é o mais simples possível, usamos um terço a menos daquele usado nas demais técnicas, quanto aos fios de sutura e material de curativo. 4) Menor tempo de realização. 5) Como principal vantagem, deixa uma só cicatriz areolar.

**169 FELICIO, Y. - Mamoplastia Redutora com uma só Cicatriz Aréolar. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):481.**

No afã de executar uma técnica que resulte no menor estigma possível, utilizamos duas vias de acesso, região mamaria e periareolar, resultando apenas uma cicatriz periareolar. Vantagens: 1) Menos agressiva que as demais técnicas preconizadas anteriormente, preservando um, maior número de lóbulos mamários centrais, artéria e nervo papilar. Preserva a forma natural da mama, evitando uma transformação cubista como as técnicas já consagradas o determinam. 2) Pode ser realizada sob anestesia local. 3) Material usado é o mais simples possível, usamos um terço a menos daquele usado nas demais técnicas, quanto aos fios de sutura e material de curativo. 4) Menor tempo de realização. 5) Como principal vantagem, deixa, uma só cicatriz areolar.

**170 GONELLA, H.A.; ROSA NETO, A.; BARROS, A.C.P. Contribuição a Técnica de Mamoplastia em "L". Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2) :472.**

Os A.A. apresentam uma metodização simples para a técnica de mamoplastia em "L", baseada na técnica de Arié-Pitanguy, onde "abandonam" o triângulo interno.

**171 HORIBE, E.K.; HORIBE, K.; LODOVICI, O. - Contribuição à Execução da Mamoplastia Lateral. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):469.**

Os A.A. descrevem um método de demarcação para facilitar a execução lateral, baseado na técnica do "T" invertido. Relatam como as demarcações apresentadas auxiliam nas ressecções glandulares e cutâneas, possibilitando utilizar o método tanto nas ptoses mamárias como nas hipermastias médias.

**172 JACQUES, WS.; DA CAS NETO, V.M. -Ptose Mamaria. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed.1985,V(2):510.**

O autor define e oferece uma nova classificação Ptoses Mamárias, com base no processo Bliológico e evolutivo que as desencadeiam e, aborda opções técnicas para a sua correção, considerando menos importante a escolha técnica, do que a tática e habilidade empregadas em cada caso pelo cirurgião, que apresenta o resultado de sua sensibilidade e experiência.

**173 LIMA, J.C. - Gigantomastias - Livre Ascensão do Complexo Aréolar-Mamilar. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):442.**

Para a fácil ascensão do complexo aréola-mamilar é necessário reduzir-se o conteúdo glandular proporcionalmente à diminuição do invólucro cutâneo e soltá-lo das suas aderências profundas, removendo o tecido retroposto. O autor relata sua experiência em mais de 1200 casos operados com grandes ressecções sem nenhuma dificuldade de ascensão do CAM. Ressalta os resultados obtidos com sua técnica: Mamas proporcionais ao biótipo, cónicas, com colo proeminente e a placa aréolo-mamilar bem projetada, além da preservação da sua fisiologia.

**174 MENICHELLI NETTO, N. - Aspecto Virginal do Seio nas Reconstruções Mamárias. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. 1985, V(2):538.**

É proposta uma combinação de duas técnicas cirúrgicas (Pitanguy e Mc Kissok) resultando em um retalho dérmico de pedículo inferior que dará volume ao polo superior da mama, conferindo-lhe o aspecto virginal.

**175 PALMA, F. - Mamoplastia - Ausência de Cicatriz Medial. Rev. Ass. Med. MG. Belo Horizonte, MG. 36:17,1985.**

O autor apresenta técnica para correção de ptose e hipertrofia mamária. A característica da mesma é a ausência da cicatriz medial. A técnica foi aplicada em 93 pacientes, sendo 54 casos de hipertrofia e 39 de ptose mamária. Descreve três maneiras para compensação do retalho medial que é maior que o lateral nesta técnica: desvio do excesso de pele para o local da aréola, desvio para o prolongamento axilar, e a permanência de pequenas dobras mediais. Mostra maneira de ressecar tecido nas mamas maiores. Mostra resultado em algumas pacientes.

**176 PINHEIRO CORREIA, J.P.D.;BARBOSA, B.P. • Gigantomastia em Jovem Pré-Pubere: Conduta Cirúrgica. Anais XXII Congresso brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):449.**

Branca, feminina, 12 anos, não havia menstruado ainda, portadora de gigantomastia com evolução rápida e dolorosa. Perfil endócrino-ginecológico normal. Submetida em setembro de 1984 a mastoplastia redutora (Técnica Pitanguy), associada a extensos retalhos baseados em Schwarzmann e Skoog. Retirada total 5.100 grs. Outubro de 1984 aparecimento de mama supra numerária axila direita. Dezembro de 1984, aumento considerável das mamas. Janeiro de 1985 adenomastectomia subcutânea bilateral com reconstrução por prótese de silicone de 145 cc retro peitoral, mais retirada de nova mama supra numerária axila esquerda. Histopatológico de todas as peças: Displasia mamaria com ectasia ductal e fibroadenose. Pós-op.sem anormalidade, e razoável aspecto estético.

**177 TEIXEIRA AGUIAR, A.C. – Plástica Mamaria de Redução. J. Brás. Ginec. Rio de Janeiro. 87(6):333,1979.**

O trabalho analisa os resultados das mamoplastias feitas pela técnica de Pitanguy. A seguir o autor conclui apoiado na revisão de 96 pacientes operados que a técnica é boa e permite excisão de até 1,2 Kg. com transposição areolo mamilar. O inconveniente principal reside na má qualidade das cicatrizes encontradas em 30% das cirurgias. Propõe para melhora dos resultados sutura intradérmica com remoção de 15 dias e uma modificação da técnica que elimina o ramo horizontal medial da cicatriz.

**178 VALLE PEREIRA, J.F.; D'EÇA NEVES, R.; LEITE, G.B. – Mastoplastia Redutora-Plástica com cicatriz em "L". Arquivos Catarinenses de Medicina. Florianópolis, SC. XIV:23,1985.**

Os A.A. apresentam uma variação da técnica de Pitanguy, para Mastopexias e Mastoplastias redutoras, na qual o principal objetivo é eliminar na cicatriz final o ramo interno do "T" invertido.

### **7.3. Patologia e Reconstruções**

**179 AMARAL, P.R.B.; HOCHBERG, J. . Reconstrução Mamaria Pós-Mastectomia. Suplemento Rev. AMRIGS. Porto Alegre, RS. Ed. AMRIGS. III:423,1983.**

Analisando a evolução das técnicas de reconstrução mamaria pós-mastectomia, verifica-se a incansável procura médica por métodos capazes de reparar física e psicologicamente a mulher mastectomizada, todos eles a refletir o conhecimento científico da sua época, não apenas no que diz respeito às possibilidades de reparação em si, mas também a maneira de tratar o carcinoma mamário.

**180 BINS ELY, J. - La Reconstruction Mammaire - Evolution de Techniques et Resultats Cliniques, Tese de Mestrado. Université Catholique de Louvain, Belgique. 1982.**

Tese de Mestrado (M.Sc. - Master Of Science) defendida publicamente em 19 de junho de 1982, sendo orientador o Prof. Albert de Coninck; secretário, Prof. Hennembert, P., e os membros da banca examinadora Profs. Bourland, A.; de Muylder, C.; Lechien, P; Michieis, J.; Ponlot, R.; Van den Beckaut, J.; Vicent, A. e Dr.Rombouts, J.J. A duração do curso foi de 3 anos. A publicação em forma de livro contém 75 páginas divididas em 7 capítulos: Introdução, Anatomia do Seio, Câncer do Seio, reconstrução do Seio, Reconstrução dita "Salvamento", Conclusões e Bibliografia (208 referências). O título de Mestrado obteve validação interna na Universidade Federal de Santa Catarina (U.F.S.C.) em 20 de dezembro de 1988 por ocasião do Concurso Público para Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica desta Universidade.

**181 BINS ELY, J. - Reconstrução Mamaria. Anais I Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, SC. 380:277,1984.**

O autor apresenta 14 casos clínicos abrangendo mastectomia sub-cutânea, reconstrução com próteses infláveis, retalho mio cutâneo do músculo grande dorsal e epiplomplastia. Fatores de alto risco no câncer mamário, tratamento cirúrgico, tratamento preventivo, reconstrução do volume com e sem cobertura suficientes, reconstrução da Placa Aréola-Mamilar (PAM) e reconstrução de "salvamento" são aspectos discutidos amplamente.

**182 BINS ELY, J. - Reconstrução Mamaria Evolução de Técnica e Resultados Clínicos. Rev. Ciência da Saúde (UFSC). Florianópolis, SC. 1/2:130,1985.**

O autor relata casos de reconstrução mamaria apresentados na Semana de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Indicações para reconstruções pós mastectomia tipo Halsted e Patey são discriminadas. O histórico das reconstruções é apresentado desde 1896 quando o Dr. Tansini publicou seu artigo sobre o músculo grande dorsal.

**183 BINS ELY, J. - Reconstrução Mamária. Evolução de Técnicas e Resultado Clínicos. Rev. de Ciências da Saúde - UFSC Florianópolis, SC. 3/4:128,1985.**

O presente trabalho mostra as possibilidades e limitações da reconstrução mamaria. São apresentados 14 casos clínicos: 2 casos em forma de tratamento preventivo (mastectomia subcutânea; casos com implante de silicone, 3 casos com rotação de retalho miocutâneo de músculos grande dorsal e 1 caso onde foi utilizada a epiplomplastia. O histórico da reconstrução mamaria é relatado desde quando Tansini publicou o primeiro artigo sobre o assunto. As indicações das diferentes técnicas de reconstrução são discutidas separadamente, tanto para pacientes mastectomizados segundo Halsted, quanto segundo Patey.

**184 BINS ELY, J. – Reconstrução de la Plaque Aréolo- Mamelonnaire avec Projection de Mamelon. Ann. Chir. Plast. Esthét. 20:176.1983.**

Os A.A. B. Mouthuy; A. de Coninck e J. Bins Ely apresentam uma proposição de projeção do mamilo com um retalho local desepitelizado em forma de "cruz" nas reconstruções da Pam (Placa Aréolo Mamilar).

**185 CHEFFE, L.O.; GOLDMAN, A.; AZEVEDO, C.A.; ZUBARAN, P.A. - Reconstruções Mamarias - Estágio Atual, Indicações, Técnicas e Resultados. Acta Médica HUP. Oliveira, M.P. & Ail. Porto Alegre, RS. Ed. Fac. Med. PUC RGSUL. 1985,529.**

Os A.A. apresentam um estudo atualizado sobre reconstruções mamarias. Descrevem aspectos éticos, psicológicos e técnicos que envolvem tais intervenções cirúrgicas. Descrevem os métodos disponíveis e os mais empregados para reconstruções das mamas, aréolas e mamilos. São discutidas as limitações, vantagens e contraindicações de cada técnica. São apresentadas, finalmente, a opinião e as abordagens pessoais do autor sênior sobre o assunto.

**186 CHEFFE, L.O.; PINTO, J.A.F.; ALVAREZ, A.C.; MARTINS, J.L.; CHEFFE, M.R. - "Pectus Excavatum" Associado a Hipoplasia Mamaria: Reparação Conjunta Funcional e Estética. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):519.**

São apresentadas as correções conjuntas de "pectus excavatum" e hipoplasia mamaria, numa única intervenção cirúrgica. O "pectus excavatum" foi corrigido por especialista em cirurgia torácica, através de condrectomia, liberação esternal e plicatura pericárdica para levar o coração para linha mediana. A hipoplasia mamaria e a depressão xifóide foram corrigidos pelo cirurgião plástico, utilizando, respectivamente, prótese mamarias de silicone, bilateralmente, e cartilagem costal autógena picada para depressão na região xifóide. Foi obtido resultado estético muito bom, ótimo resultado funcional, plena satisfação da paciente mínima morbidade e cicatriz pouco visível.

**187 GONELLA, H.A. - Reconstrução Mamaria com Retalho Miocutâneo Bilateral do M. Latissimus Dorsi. Simpósio do Contorno Corporal (ABSTRACTS). São Paulo. 1984,43.**

O autor faz breve revisão da literatura da úlcera maligna em cicatrizes antigas, descritas por Jean Nicolas Marjolin em 1828; da reconstrução mamaria pelo m. Latissimus Dorsi; da reconstrução do complexo areolomamilar. Apresentam caso desta rara patologia localizada na região mamaria, em cicatrizes pós-queimadura há 27 anos. Reconstroem as mamas e regiões através de retalhos bilateral do m. Latissimus Dorsi e do complexo areolo-mamilar com a técnica de Adams modificada, discutem à luz da literatura as técnicas empregadas no caso e o resultado obtido.

**188 IBÁÑEZ, S.F.R. - Reconstrução Mamaria Pós-Mastectomia: Artigo Próprio. Anais XXII Cong. Brás. de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):540.**

Efetua-se um histórico do tema com ênfase nas técnicas mais utilizadas na atualidade, evidenciando-se as indicações dos métodos atuais de reconstrução.

**189 JACQUES, WS. - Ginecomastia. In: Cirurgia Plástica. Raul Couto Sucena. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Livraria Roca Ltda. 1982,727.**

O autor faz um amplo estudo sobre ginecomastia desde seu conceito, histórico, etiologia, histopatologia, diagnóstico, conduta, tratamento cirúrgico (cita a técnica de Webster, Pitanguy, Lctterman e Schurter), e as complicações e cuidados pós-operatórios.

**190 JAIMOVICH, C.A.; ARNAUT, M.L.L.; RIBEIRO, Ü.S.M.; LINS, M.H. - Estágio Atual das Reconstruções Mamarias. Destaque da V Jornada Médica do Hospital Naval Marcílio Dias. Ministério da Marinha, Diretoria de Saúde da Marinha. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Searle. 1985,80.**

Os A.A. abordam as implicações psico-sociais das mastectomias e o que pode ser oferecido às pacientes através das técnicas de reconstrução. As técnicas de mastectomia e de reconstrução são revistas e apresentada a experiência da clínica de Cirurgia Plástica do HNMD, sobretudo no que tange aos retalhos miocutâneos e fascio-cutâneos. São tecidos comentários sobre as diversas alternativas, sua evolução e sobretudo sobre o ganho na esfera psicológica com a reconquista da dignidade corporal e reestruturação da auto-imagem das pacientes.

**191 KEPPKE, E.M. - Mastectomia Radical com Reconstrução Imediata. In: Terapêutica em Mastologia. J.A. Pinotti. Ed. Manole. São Paulo. 1984, XIV.**

Os A.A. B. Mouthuy; A. De Conick e J. Bins Ely apresentam uma proposição de projeção do mamilo com um retalho local desepitelizado em forma de "cruz" nas reconstruções da Pam (Placa Aréolo Mamilar)

**192** KEPPKE, E.M. - Mastectomia Radical com Reconstrução Imediata. Rev. Gin. Obst. Brasileira. 7(2), 1984.

#### 7.4. Lipoaspiração

**193** AVELAR, J.M. - Fat-Suction of the Submental and Submandibular Regions. Aest. Plast. Surg. New York. 09:257,1985.

The author presents a clinical classification of fat-suction cases in which treatment of excessive adiposity of the face and neck is discussed. Selection of the patient is a very important preoperative procedure. Fat suction is performed only on the adipose tissue lying between the skin and the platysma muscle and is not indicated for fat lying below the muscle structures. The author presents several improvements on the Illouz technique in comparison with more conventional lipectomy surgical procedures.

**194** AVELAR, J.M. - Fat-Suction Versus Abdominoplasty. Aest. Plast. Surg. New York. 09:265,1985.

The author describes his fat-suction technique for the treatment of abdominal adiposity. He stresses the importance of the proper selection of patients prior to surgery and the indications for such surgery, analyzing especially the accumulation of subcutaneous adiposity and muscular flaccidity. He divides surgical techniques into four separate groups: isolated fat suction; fat suction associated with infraumbilical cutaneous resection fat suction associated with conventional abdominoplasty; and, conventional abdominoplasty. The criteria of indications for each separate procedure are strongly emphasized.

#### 7.5. Reconstrução de Areola e Mamilo

**195** BINS ELY, J. - Reconstruction de la Plaque-Mamelonnaire avec Projection du Mamelon. Ann. Chir. Plast. Esthét. Paris, France.28:176,1983.

Os A.A. apresentam uma tática para projeção do mamilo através de um retalho local desepidermisado em forma de "croix celtique". Sua utilidade é, principalmente, nas reconstruções mamárias por mastectomia. Os 4 braços da cruz, são descupidermizados e rodados de forma a dar a projeção esperada. Finalmente, é feito um enxerto de pele fina por cima no neo-mamilo.

**196** JAIMOVICH, C.A. - Ratamento da Hipertrofia do Complexo Aréolo Mamilar. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, V(2):493.

O autor propõe classificação da hipertrofia mamilar em absoluta e relativa, salientando a necessidade de se proceder à redução mamilar durante muitas mamoplastias, visando um resultado harmonioso e proporcional. Sugere um procedimento simples que consiste na marcação de um "W" sobre o mamilo hipertróico, como numa verdadeira "miniaturização" da marcação de Pitanguy para mamas.

## 8. EXTREMIDADES

### 8.1. Mão – Reparações por Afecções Adquiridas

**197** ABRAMO, A.C.; VIOLA, J.C. Reparação Imediata de Lesões Traumáticas das Extremidades Digitais. Rev. Brás. de Cirurgia. Rio de Janeiro. 74:89,1984.

Os A.A. apresentam alguns casos de amputações totais e parciais de extremidades digitais em que foram usados os cotos amputados como retalhos dermo-cutâncos em alguns traumatismos ou o coto emagrecido como enxerto de pele total para proteção das estruturas da profundidade. Referem pequenas alterações da sensibilidade nas áreas reimplantadas, assim como uma correção estética satisfatória.

**198** BLOCH, R.J. - Hemostasia Preventiva por Compressão. In: Cirurgia de Urgência. Silva, A.L. - Ed. Medsi. RJ. 1985, (IV):846.

Bunnell deu ênfase ao emprego da hemostasia preventiva no trato das patologias do membro escapular. A isquemia é um procedimento da moderna cirurgia da mão. Entretanto a esquemia é obviamente um estado não fisiológico que ocasiona a anoxia dos tecidos. O autor faz uma análise dos achados de vários autores a respeito dos Efeitos Deletérios nos músculos e das lesões das Obras nervosas encarando os aspectos da utilização desta compressão preventiva.

**199 BLOCH, R.J. - Trauma Recente da Mão. In: Cirurgia de Urgência - Seção V -Trauma. Rio de Janeiro. Ed. Medsi. 1985,711.**

Os traumas da mão ocorrem com uma frequência estimada em 34,5% dos acidentes em geral, produzidos pelos mais diferentes agentes. Atualmente, os acidentes do trabalho estão se tornando cada vez mais assíduos, causados por vários agentes e gerando graves lesões cutâneas e das estruturas de deslizamento e movimento. Com base na gravidade da lesão, deve-se indicar a conduta mais acertada para cada caso, e lembrando os conceitos básicos da cirurgia da mão, procede-se à restauração das lesões traumáticas recentes da mão. Neste artigo apresentamos os diferentes procedimentos empregados para as urgências em Cirurgia da Mão, tomando-se por base o esquema dos níveis de amputação

**200 TEIXEIRA AGUIAR, A.C. – Amputação dos Dedos. Considerações Estéticas. Rev. Brás. de Cirurgia. 69(5/6):129,1979.**

O trabalho começa com uma análise de sete amputações dos dedos realizadas por razões estéticas. A seguir descreve a técnica de transposição do indicador e o princípio de transposição radial do 5º raio para substituir o 4º, quando o dedo anular foi amputado. Aconselha a não fazer as medializações nem do indicador nem do mínimo quando o paciente necessita de trabalho manual pesado, pois a cirurgia remove a cabeça do 3º e do 4º metacarpo respectivamente; relaxando o ligamento transversal intermetacarpiano diminuindo a força de preensão.

**201 TEIXEIRA AGUIAR, A.C.; SOUZA VARELLA, L. Imobilização dos Dedos da Mão. Residência Médica. Rio de Janeiro. 14:37, 1985.**

Os A.A. baseados em sua experiência pessoal e na da Escola Francesa, analisam os princípios, as indicações e as deficiências das imobilizações dos dedos da mão. Enumeram alguns princípios que consideram essenciais, sem as quais as imobilizações serão ineficazes ou produzirão sequelas.

#### **8.2. Deformidades Congênitas**

#### **8.3. Lesões Tendinosas**

**202 MIURA, O.; OLIVEIRA, M.C.;D'ANDRÉA, S.; MORAES, S. Utilização do Implante de Silicone na Reconstrução Tendinosa da Mão. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aplub. 1985, VI(2):627.**

Os A.A. apresentam a revisão de 37 casos clínicos de reconstruções de tendões flexores ao nível da mão em 2 estágios, com o emprego de prótese de tendão de silicone e a sistematização empregada.

#### **8.4. Amputações**

#### **8.5. Depuytren e Mão Reumática**

#### **8.6. Perna e Pé**

**203 ANDREWS, J.M.; RAMOS, R.R.; LAREDO FILHO; J.; LAZZARESCHI, M.; KOBUT, L.M. - Retalho Miocutâneo do Músculo Gastrocnêmio em Perdas de Substância da Perna. Rev. Brás. de Ortopedia. São Paulo. 17:20,1982.**

Os A.A. comentam as dificuldades na reparação das perdas de substância da face anterior da perna pelas técnicas existente até o aparecimento dos retalhos miocutâneos. Discutem a anatomia e a dimensão do retalho miocutâneo do músculo gastrocnêmio em cadáveres frescos e dissecação anatômica. Descrevem a Técnica empregada em 22 casos de perdas de substância pré-tibial em consequência de fraturas expostas, osteomielites, erisipelas necrolizantes e necrose por isquemia arterial. Analisam os resultados obtidos e as complicações dos casos operados por esta técnica, demonstrando suas vantagens.

**204 BONABCI, A.S.; LANGER, B.; HORIBE, K.; MIYAKE, H.; LEÃO, L.E.P. - A Cirurgia de Thompson no Tratamento dos Linfedemas dos Membros Inferiores. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. USE São Paulo. 39:40,1984.**

Os A.A. estudam 17 doentes submetidos a cirurgia preconizada por Thompson para tratamento do linfedema. Descrevem os autores métodos de cirurgia do linfedema analisando vantagens e desvantagens.

**205 LIMA, J.C. - Tratamento Convencional na Reparação dos Membros Inferiores. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed. Aclub. 1985, VII(2):649.**

O autor tece considerações sobre as dificuldades na reparação das deformidades de 1/3 distal da perna e sobre a complexidade da patologia das úlceras angiodérmicas. Pessoalmente, já empregou todos os métodos clássicos no tratamento das úlceras varicosas da perna, admitindo serem todas falhas. Considerando os retalhos musculares, pelas suas características, como a melhor opção atual propõe a utilização do retalho do músculo tibial anterior (tipo IV de Mathes-Nahai) no tratamento das úlceras de estase distais da perna e nas lesões de outra origem, nestes casos com retalho do "tibialis anterior" baseado nos seus pedículos distais não se verificou qualquer limitação funcional talvez porque o músculo reinsere sua origem na tibia.

**206 RAMOS, R.R.; BLOCH, R.J. - Reparações do Membro Interior. In: Atlas Anatomico-clínico dos Retalhos Musculares e Miocutâneos. Bloch, R.J.; Andrews, J.M.; Chem, R.C.; Azevedo, J.R.; Psilakis, J.M.; Santos, I.D.A.O. - 1ª Ed. São Paulo. Ed. Roca. 1984,10(1):311.**

Os A.A. estudam as técnicas de reparação das perdas de substância do membro inferior. Descrevem os retalhos musculares e miocutâneos que podem ser utilizados para reparar estas perdas e apresentam vários casos ilustrativos das técnicas apresentadas. Analisam cada técnica descrita de acordo com os resultados que encontraram quando as utilizaram.

**207 RAMOS, R.R. - Reparação de Perdas da Substância da Perna e do Pé com o Retalho Músculo-Cutâneo do Músculo Gastrocnêmio. São Paulo. Tese. Escola Paulista de Medicina. 1985.**

O autor apresenta a técnica e as indicações da utilização do retalho músculo-cutâneo do músculo gastrocnêmio na reparação das perdas de substância da perna e do pé. Apresenta 30 pacientes operados por esta técnica, analisa os resultados obtidos tecendo comentários e conclusões a respeito da técnica empregada.

**208 RAMOS, R.R.; ANDREWS, J.M.; LAREDO FILHO, J. - Uso do Retalho Músculo-Cutâneo do Músculo Gastrocnêmio no Tratamento da Osteomielite Crônica da Tíbia. Rev. Brás. de Ortopedia. São Paulo. 20:309,1985.**

Os A.A. apresentam 14 pacientes portadores de osteomielite crônica da tibia em que a sequestrectomia e ressecção ampla do tecido infectado foram associados ao retalho músculo-cutâneo do gastrocnêmio. enfatizam as vantagens da técnica utilizada, oferecendo maior possibilidade de cura.

## **9. GENITO URINÁRIO**

### **9.1. Hipospadia**

**209 GONÇALVES, C.M.; GONÇALVES, L.B.; RESPEITA, E.M.Z.; SILVA, F.Q. - Hipospádias. Correção em Dois Tempos. Um Estudo sobre 66 Casos. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed, Aclub. 1985, VIII(2):676**

É apresentado um estudo sobre 66 casos de hipospádia, tratados em dois tempos. No 1º tempo foi usada a técnica de Byars para a orlofaloplastia e no 2º tempo, a uretroplastia pela técnica de Milian. Somente 42 foram submetidos ao 2º tempo e tiveram alta definitiva. O índice de fístula (16,6%) concorda com dados médios da literatura mundial. Consideraram-se muito satisfatórios os resultados obtidos, não somente do ponto de vista funcional mais também estético.

### **9.2. Reconstrução de Penis**

### **9.3. Reconstrução de Escroto**

**210 TAVARES FILHO, J.M.; GOMES, J.G.- Reconstrução Total de Bolsa Escrotal Pós Síndrome de Fournier. Anais XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Gramado, RS. Ed Aclub. 1985, VIII(2):673**

Os A.A. apresentam casos de reconstrução de bolsa escrotal com retalho fascio cutâneo inguino-crural, unilateral e bilateral, realizado em único tempo cirúrgico pós Síndrome de Fournier.

### **9.4. Reconstrução de Órgãos Genitais Feminino**

**211 LOOVICI, O.; HORIBE. K.; BOZZINI, A.; SALVATORE, C.A. - Modificações na Técnica de Neovaginoplastia a Mc Indoe. Experiência de 20 casos. Rev. Hosp.; Clin. Fac. Med. USP São Paulo. 40:166,1985.**

Os A.A. apresentam duas modificações na técnica de neovaginoplastia a Mac Indoe conforme a praticaram em 90 casos cujos resultados Já foram publicados. As inovações foram: 1) Aplicação do enxerto de pele no revestimento da cavidade empregando um tubo metálico, que e retirado após tamponamento com gaze vaselinada. 2) Retirada de enxerto de espessura total com 12x6 cm de cada região inguinal, cujas bordas sendo suturadas, levam a uma cicatriz linear de boa localização

# SUMARIO

## 1. GENERALIDADES

1.1. Relatos e Orientações	85
1.2. História	85
1.3. Pesquisa e Trabalhos Experimentais	85
1.4. Transplantes	86
1.5. Psiquiatria e Problemas Psicológicos	86
1.6. Mal Formações Congénitas	86
1.7. Tumores	86
1.8. Traumatologia	86
1.9. Livros	86
1.10. Anatomia	86

## 2. CONDUTAS CIRÚRGICAS

2.1. Instrumentos e Técnicas	86
2.2. Transplantes Livres	86
2.3. Transplantes Pediculados	87
2.4. Implantes de Próteses	87
2.5. Anestésias	87
2.6. Microcirurgias	87

### **3. CIRURGIA ESTÉTICA**

3.1. Ritidoplastias	87
3.2. Rinoplastias	87
3.3. Mentoplastias	87
3.4. Orelhas em Abano	87
3.5. Abdominoplastias	87
3.6. Lipodistrofias Pelvi-Crural	88
3.7. Lipodistrofias Braquial	88
3.8. Lipoaspiração	88
3.9. Cirurgias Combinadas	88
3.10. Contorno Corporal	89

### **4. PELE E MUCOSA**

4.1. Patologia e Tratamento	89
4.2. Feridas	90
4.3. Cicatrizes	90
4.4. Queimaduras	90
4.5. Expansores	90

## **5. CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO**

5.1. Geral	90
5.2. Crânio e Couro Cabeludo	91
5.3. Pálpebras e Cavidade Orbitaria	91
5.4. Andar Médio da Face	91
5.5. Mandíbula e Articulação Têmporo Mandibular	91
5.6. Nariz	91
5.7. Cavidade Oral	92
5.8. Lábio e Mento	92
5.9. Orelha Externa	92
5.10. Pescoço	93
5.11. Paralisia Facial	93

## **6. LABIO LEPORINO MAXILAR E PALATO**

6.1. Etiologia, Classificação e Generalidades	93
6.2. Tratamento Cirúrgico	93
6.3. Ortodontia e Próteses	93

## **7. MAMAS**

7.1. Hipomastias e Hipertrofias	94
7.2. Técnica Operatória e Reduções Mamarias	94
7.3. Patologia e Reconstruções	94
7.4. Lipoaspiração	95
7.5. Reconstrução de Areola e Mamilo	95

## **8. EXTREMIDADES**

8.1. Mão - Reparações por Afecções Adquiridas	95
8.2. Deformidades Congénitas	95
8.3. Lesões Tendinosas	95
8.4. Amputações	95
8.5. Depuytren e Mão Reumática	95
8.6. Perna e Pé	95

## **9. GENITO URINÁRIO**

9.1. Hipospádias	95
9.2. Reconstrução de Pênis	95
9.3. Reconstrução de Escroto	95
9.4. Reconstrução de Órgãos Genitais Femininos	95

## 1. GENERALIDADES

### 1.1. Relatos e Orientações

**001 GOLCMAN, B.; YAGIMA, M. E. -Blastomicose Queloidiana de Jorge Lobo. Tratamento cirúrgico de dois casos. I Artigos Originais. 7:11,1973.**

L'auteur presente une révision des connaissances récemment acquises au sujet de la lycose de Lobo dans les domaines de la urocospie eletroscopie et de L'immunologic. Les aspects de Linfcetion naturelle et experimentale sont décrits et on discute L'isolement du parasite, dans les milieux de culture habituele. Certains aspecis de L'epidemiologie et la pathogenic de la maladie sont également considéres.

### 1.2. História

**002 CHEM, R.C.; SILVA, F.A.H.B.F.; NOHEL. M.; PEREIRA, W.M. Microcirurgia. Rev. Científica CASL. Porto Alegre, RS.39:35,1978.**

Os A.A. esboçam um histórico sobre a microcirurgia, descrevem o material utilizado nas itervenções microcirúrgicas, exercícios para o desenvolvimento de habilidade do cirurgião e as aplicações clínicas da microcirurgia.

### 1.3. Pesquisa e Trabalhos Experimentais

**003 ALIMENA, L.J.; CHEM, R.C.; FERREIRA, P.G.; CARPEGIANE, J.A.; KRAMER, J.S.P - Considerações a respeito da vascularização da Tireóide e sua relação com o nervo recorrente. Pesquisa Médica Porto Alegre, ;9(6):713,1973.**

Os A.A. se propõem a fazer uma revisão de alguns aspectos da vascularização da tireóide, do trajeto cervical do Nervo Recorrente e as relações entre esses fenomenos.

**004 ALIMENA, L.J.; CHEM, R.C.; ALVES, A.C.; BLUIM, A.M.; KALAKUM, C.K.; VITOLA J. - Alguns aspectos da vascularização encefálica. Pesquisa Médica Porto Alegre, RS. 9(6)695,1973.**

Os A.A. revisam aspectos da vascularização encefálica, analisando, principalmente, a formação do Polígono de Willis. Inicialmente apresentam o desenvolvimento embrionário a anatomia e a fisiologia normais. Por fim mostram as variações encontradas na dissecação de 25 encéfalos em trabalho realizado no Dep. de Ciências Morfológicas da Fundação Católica de Medicina de Porto Alegre.

**005 BARBOSA, A.G.; NESER, A.; KOBUT, L.M, - Emprego da fístula arterio venosa para manter fluxo em artéria de más condições em membros com isquemia graves. Rev. Argentina de Angiologia, Buenos Aires, Argentina. 12(3):29, 1978.**

Os A.A. apresentam dois casos operados no Hospital Municipal do Tatuapó, de obstrução arterial aguda. Os pacientes eram jovens (45 e 43 anos) e já apresentavam isquemia grave dos pés, com início de gangrena nos artelhos. As artcriografias não mostravam preenchimento das artérias distais. Nos dois casos foram desobstruídas uma das artérias c inserido fístula arterio venosa nas artérias do pé: Safena próxima! - artéria pediosa (termino-latral) no caso 1 c safena próxima! com tibial posterior no caso 2. São analisadas as evoluções de cada caso e comentada a técnica cirúrgica e a literatura.

**006 DURRAMI, K.M.; HIPPS, J.C.;VIANNA, R.R. - Oxyphenbutazone Versus Enzimas in Rilinoplasty . A Clinical Study. Michigan Medicine. USA. 64:338,1965.**

Os A.A. observaram os resultados de pacientes que se submeteram a rinoplastias e a quem foram dados: Placebo, Oxyphenbulazone e outro antiinflamatório. O experimento foi realizado no decurso de quatro dias sendo observado entre outros fatores, por duas vezes ao dia, o grau de edema, equimose, medição da abertura da rima palpebral, quantidade de medicação analgésica e outros pontos. Chegou-se a conclusão que o melhor benefício era quanto a menor queixa de dores, com o uso do Oxyphenbulazone (Tanderil) e ligeira diferença quanto aos outros fatores.

**007 WEIS, R.G.; CHEM, R.C.; ROHDE, L.; LUCHESI, E.; REY, N.A. - Complicações em Cirurgias de Vias Biliares. Pesquisa Médica Porto Alegre, RS. 6(6):63,1971.**

São discutidas as complicações em cirurgias das vias biliares: Acúmulo de secreções e de material de drenagem na região sub- hepáticas, complicações com o dreno de Kehr, hemorragia e lesão acidental de estruturas vasculares, lesões das vias biliares, reação ao contraste iodado, fístula biliar e duodenal, pancreatites, calculose residual do colódoco, coto cístico residual e abscessos sub-frênicos. Em cada um descreve-se a sintomatologia, o diagnostico, complicações e o tratamento.

#### 1.4. Transplantes

#### 1.5. Psiquiatria e Problemas Psicológicos

#### 1.6. Mal Formações Congenitas

**008** CARDOSO DE CASTRO, C. -Macrostomia. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 32:59,1977.

Descrição minuciosa de um caso de macrostomia em adulto do sexo feminino.

#### 1.7. Tumores

**009** ABOUDIB J.R. J.H. – Tumor de Parotida. *Jornal Brasileiro de Medicina*. 32,1978.

Os A.A. analisam a sua experiência com 23 pacientes portadores de tumores de glândula parótida, tecendo comentários sobre tipos de lesão, localização e relação com nervo facial.

**010** GOLCMAN, B.; FRIEDHOFER, H.; RIVITTI, E.A.; ANGER, M.; SOUZA, L.C.M.; GOLCMAN, R. - Incidência de tumor baso espinocelular no Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina da USP Anais Brás. de Dermatologia. 53:373,1978.

Os A.A. analisaram os prontuários de 955 pacientes da Clínica Dermatológica do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina da USP, de 1970 á 1976, acometido por tumores baso e espino celulares. Concluiu-se que estes tumores são predominantes da raça branca, incidores (baso) igualmente no homem e na mulher na proporção de 2:1 no espino. Idade média do aparecimento do tumor 57 anos, tempo médio de história foi de 33 meses para o baso e 19,5 para o espino; o fator causalíceo mais importantes destes tumores foi o solar.

**011** PITANGUY, I.; TORRES, E.T;CAVALCANTI, M.A.R.; VIANA, G.P. -Tratamento dos Temores do Dorso Nasal. *Rev. Brás. de Cirurgia*. RJ., 67(11/12):377,1977.

**012** SOARES, J.A.; GOLCMAN, B. - Osteoma Osteoide. *Rev. Hosp. das Clínicas*. XV:372,1960.

Os A.A. apresentam um caso de osteoma osteoide, com a descrição clínica e documentação comprovante radiográfica, histopatológica e anatômica. Salientam a importância do ponto de vista dermatológico, do diagnóstico da unha.

#### 1.8. Traumatologia

#### 1.9. Livros

#### 1.10. Anatomia

### 2. CONDUTAS CIRÚRGICAS

#### 2.1. Instrumentos e Técnicas

**013** SILVA, G. - New Types of Electric Saws for Plastic Surgery. *Plast. Rec. Surg.* -USA. 30:686,1962.

#### 2.2. Transplantes Livres

**014** AVELAR, J.M. - Enxerto de Pele de Cadáver em Úlcera de Perna. *Rev. Brás. Angiologia-Angiopatas*. 9:93,1969

O autor enfatiza a validade do método de enxertia de pele de cadáver para redução do tempo de cura das úlceras de estase dos membros inferiores. As ulcerações, especialmente as de caráter tórpido de grande extensão, sob a influencia de tal enxerto, mostra uma grande capacidade de granulação, o que pode reduzir o tempo de cicatrização das ulcerações.

**015** HORIBE, K. - Transplante Dermo- Gorduroso Autógeno: Estudo Experimental da Revascularização Sanguínea. *Tese Doutorado*. I Ed. São Paulo. 1973.

Esta Tese representa o estudo realizado em coelhos, quanto a revascularização sanguínea dos auto-enxertos dermo-gordurosos. A avaliação foi feita segundo dois métodos: 1) Diafanização das peças. 2) Histologia pelos corantes específicos.

### 2.3. Transplantes Pediculados

### 2.4. Implantes de Próteses

**016 AVELAR, J.M.** - Reconstrução de Nádega. *Jor. Brás. Medicina.* 1977.

O autor preconiza o emprego de prótese mamaria para reparar deformidades de nádega em caso de perda de substância decorrente de infecção por aplicação de injeção.

### 2.5. Anestésias

### 2.6. Microcirurgia

**017 CHEM, R.C.** - Cirurgia sobre Nervos Periféricos. *Rev. AMRIGS.* Porto Alegre, RS. 22:20,1978.

O autor avalia, de uma maneira geral as cirurgias que podem ser realizadas em nervos periféricos lesados. Inicia comentando a ideia errônea que durante muito tempo persistiu sobre a impossibilidade de se executar cirurgias sobre nervos. Após, faz uma revisão rápida sobre a instituição e funcionamento da célula nervosa. depois disso, avalia a estruturação geral dos nervos entéricos e alguns em especial. Em seguida faz um estudo das alterações que podem ocorrer sobre estes nervos quando sofrem lesão. Analisa as principais opções cirúrgicas. Finaliza com o resultado de pesquisa bibliográfica e sua própria experiência pessoal.

## 3. CIRURGIA ESTÉTICA

### 3.1. Ritidoplastias

**018 CARDOSO DE CASTRO, C.** – Importantes aspectos das Ritidoplastias. *Jornal Brasileiro de Medicina.* 35 51, 1978.

Análise pormenorizada de todos os passos para o sucesso nas ritidoplastias.

### 3.2. Rinoplastias

**019 CHAVES FILHO, L.** - Tratamento dos Ossos Próprios do Nariz. *Anais XIII Congresso de Cirurgia Plástica e I Congresso Brasileiro de Cirurgia Estética.* Porto Alegre, RS. Ed. EMMA,113,1976.

O autor mostra sua conduta no tratamento nos ossos próprio do nariz, nas rinoplastias, sempre após o tratamento da ponta. Faz referencia as causas de erro e resultados indesejáveis no que concerne a retirada da giba e relativamente as osleolomias laterais. Ressalta as causas e maneiras de preveni-las.

**020 PITANGUY, I.; DAHER, J.C.; MOTTA, E.F.S.; DOTTO, G.** - A Ponta Bulbo Negroide. *Contribuições Pessoais ao seu Tratamento.* *Rev. Brás. de Cirurgia.* RJ., 63:, 1973.

Os autores tecem considerações sobre narizes bulbo negroides propondo técnicas do autor Senior para seu tratamento cirúrgico, abordando discriminadamente cada estrutura da ponta nasal. Ressalta a importância do ligamento dermo-cartilaginoso primeiramente descrito pelo autor Senior.

**021 SILVA G.** - Contribuição a Cirurgia Estética Nasal. *Jornal Brás. de Medicina.* RJ., XV:49,1969.

The author presents with some conclusions based in his experience of 1.200 cases of rhinoplasly and he emphasizes the advantages of using the oscillatory electric saw of his invention.

### 3.3. Mentoplastias

### 3.4. Orelhas em Abano

### 3.5. Abdominoplastias

**022 AVELAR, J.M.** - Abdominoplasty - Systematization of a Technique Without External Umbilical Scar. *Aest. Plast. Surg.*, 2,1978.

O autor preconiza sistematização técnica para abdominoplasia dando especial enfoque à criação da cicatriz umbilical. Analisa complicações pertinentes ao tema.

**023 CARDOSO DE CASTRO, C. Abdominoplastia-Rotina. Jornal Brasileiro de Medicina. 30:103,1976.**

Análise de técnicas. Conduta de pré, per e pós operatória para evitar complicações e obter bons resultados.

**024 CARDOSO DE CASTRO, C. – Princípios Básicos para Realização da Plástica de Abdome. Femina. 5:687,1977.**

Orientação detalhada para realização da plástica abdominal.

**025 CARVALHO, C.G.S.; BAROUDI, R.; KEPPE, E.M. - Anatomical and Technical Refinements for Abdominoplasty. Aest. Plast.Surg. 1:217,1977.**

Inúmeros detalhes técnicos relacionando-se com abdominoplastia realizada através da incisão transversal baixa, e pouco observados, são estudados em detalhes. A sensibilidade metamérica do tronco e avaliada na pessoa normal em seguida avaliada após a abdominoplastia. Ênfase especial é também dada à vascularização a drenagem linfática, ao tratamento do plano músculo-aponeurótico e ao nervo femoral cutâneo sob os efeitos da abdominoplastia. É chamada a atenção como se pode obter uma simetria pós-operatória e uma cicatriz umbilical esteticamente aceitável.

**026 KEPPE, E.M. - Abdominoplasty. Plast. Rec.Surg.54(2):161,1974.**

**027 KEPPE, E.M. - Anatomical and Thecnical Refinements for Abdominoplasty. Annals of Plastic Surgery. 11(5):368,1977.**

**028 SPINA, V.; HORIBE, K.; LODOVICI, O.- Dermolipectomia Abdominal. Rev. Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica. Espanha, 1:117,1975.**

Os A.A. descrevem uma técnica operatória baseada na demarcação fusiforme transversal na qual a inferior partindo a 2 cm abaixo da crista ilíaca ântero-superior desce em direção ao monte de vénus passando logo abaixo do sulco inguinal, a superior passa logo acima da cicatriz umbilical ate atingir as cristas ilíacas referidas.

### 3.6. Lipodistrofia Pelvi-Crural

**029 CARDOSO DE CASTRO, C. - Lipomatose Trocanteriana Simétrica. Jornal Brasileiro de Medicina. 33:95,1977.**

Análise de um caso de paciente do sexo feminino que apresenta enormes lipomas em ambas zonas trocantéricas.

**030 REGNAULT, P.; BAROUDI, R.; CARVALHO, C.G.S. Correction of Lower Limb Lipodystrophy. Aest. Plast. Surg. 3:311,1978.**

Os A.A. apresentam sua experiência no tratamento das lipodistrofias pelvi-trocantéricas baseados nos princípios da técnica de Pitanguy, Realizam incisões circulares e semi- circulares na raiz da coxa e das nádegas logrando reduções significativas de volume das regiões. Discutem e estudam os problemas secundários e mostram detalhes, técnicos para diminuir a sua incidência. Ilustrações esquemáticas e fotográficas completam o trabalho.

### 3.7. Lipodistrofia Braquial

### 3.8. Lipoaspiração

### 3.9. Cirurgias Combinadas

**031 CARDOSO DE CASTRO, C. - Estudo da Associação Cirúrgica da Plástica de Abdome com Procedimentos Ginecológicos, Jornal Brasileiro de Ginecologia. 83:137,1977.**

Análise das vantagens e desvantagens da associação cirúrgica da abdominoplastia com outros procedimentos cirúrgicos. Estudo das indicações e contra-indicações.

**032 CARDOSO DE CASTRO, C. Associação Mamoplastia Abdominoplastia. Residência Médica. 5:29 1976.**

Descrição e avaliação das vantagens da redução simultânea de mama e abdome.

**033 CARDOSO DE CASTRO, C. -Simultaneous Reduction Mamma-plasty and Abdominoplasty. Plast. Reconst. Surg. 61:36, 1978**

Descrição detalhada da realização de mamoplastia e abdominoplastia num só ato cirúrgico.

**034** PITANGUY, I.; CAVALCANTE, M. A. R.; BRETANO, J. M. S.; SANTOS, L. M. F. Cirurgias Estéticas Combinadas. Rev. Brás. de cirurgia. Rio de Janeiro. 67:265, 1972.

**035** PITANGLY, I.; CAVALCANTI, M.A.R.; BRETANO, J.M.S.; SANTOS, L.M.F Cirurgias Estéticas Combinadas. Rev. Brás. de Cirurgia. RJ. 67(7/8):265,1977.

**036** PITANGUY, I.; CAVALCANTI, M.A.R. - Methodology in combined aesthetic surgeries. Aesth. Plast. Surg. NewYork. USA. 2:331, 1978.

### 3.10. Contorno Corporal

## 4. PELE E MUCOSA

### 4.1. Patologia e Tratamento

**037** RIBEIRO, E. - Contribuição ao Tratamento de Vitiligo. XXV Reunião Anual os Dermato Sifilografos. Notas Médicas. Curitiba, PR. 72(138):10,1968.

A contribuição dermatológica, baseia-se no uso de Meladinine para o desaparecimento das manchas de vitiligo, com casos pré-determinados apresenta 10 precauções e 26 casos, com 60% de êxito no tratamento. Os insucessos foram devidos o mau esclarecimento do paciente por parte do profissional, incompreensão e impaciência dos clientes nervosos.

**038** RIBEIRO, E. - Contribuição ao Tratamento de Acnês. XXVII Congresso Bras. de Dermatologia. O Hosp. Goiânia, GO. 78(2):621,1970.

O autor apresenta 345 casos de acne tratados em seu consultório com orientação, baseada na fisiologia e mecanismos que intervêm no aparecimenio da moléstia. Sendo uma contribuição ao tratamento de acnes, faz ênfase no sentido de que seja lembrado: Fator Constitucional, Sistema Iervoso, Fator Hormonal, Regime Alimentar, Focos Infecciosos e Cuidados Gerais. Quando em conjunto, são cuidados todos esses tadores, tendo uma atenção especial para evitar o abandono por parle do cliente e estar sempre alerta nas recidivas. Encontra assim uma real melhora ate cura das lesões.

**039** RIBEIRO, E. - Emprego da Eletrodiatermocoagulação em Teleangiectasias. XXVII Congresso Brás. de Dermatologia. VI Jornada Brás. de Leprologia e II Enc. Nac. Pênfigo. Rev. Panorama e Notas Médicas. 137:26,1969.

Usa-se a Eletrodialermocoaguição de teleangiectagias, com auxílio de agulha de depilação, para o tratamento destas afecções, com bom resultado de cura. Sendo necessário primeiro a seleção dos casos que realmente sejam indicados, orientação adequada ao paciente, da ligeira dor que apresenta a técnica e rigorosa assepsia. Analgésicos e calmantes em alguns pacientes são necessários 1 hora antes da cirurgia.

**040** SILVA, G. - Dermabrasion with the Miniature Electric Suction Dermatome. Plast. Reconst. Surgery. USA. 30:690,1962.

At the Brazilian Congress of Plastic Surgery held at São Paulo in July 1956 we presented a small electric dermatome working with a Valet blade, which had been designed and used for dermabrasion. Owing, bowever, to irregularity in the contours and consistency of the face, we have been obliged to modify the apparatus.

The cheek being more readily depressed than the malar region, where we found a deep, lougher plane, it turned out to be difficult and dangerous to use the apparatus here and also along the curves of the lower jaw and the region of the chin, for the blade cut more superficially in the more yielding regions than in those it met with a firmer resistance. These difficulties have been overcome by fitting the dermatome with a suction head connected to a vacuum pump so as to obtain uniformity and regularity of the cutaneous surface of the face. Thus dermabrasion or, better, cutaneous smoothing of the face is made very easy and brought within the reach of any plastic surgeon or dermatologist who has had much experience. The technique is completed by the use of a Kurtin steel brush to disguise the straight marginal lines left by the passage of the dermatome.

#### 4.2. Feridas

**041 CHAVES FILHO, L. - Cirurgia Plástica no Tratamento do Paraplégico. Rev. Brás. de Fisiatria. Belo Horizonte, MG. I:25,1972.**

O autor comenta os principais fatores na etiologia das úlceras de decúbito, sua patologia, tratamento clínico e cirúrgico.

#### 4.3. Cicatrizes

#### 4.4. Queimaduras

**042 CHEM, R.C. - Tratamento de Urgência das Queimaduras. Rev. Médica HED. Porto Alegre, RS. 2:75,1973.**

Continuamente o médico é posto diante de pacientes queimados, onde se faz mister o conhecimento e aplicação de medidas importantes para o tratamento de urgência. Neste trabalho o autor revisa essas medidas que são: História, exame físico, manutenção de via aérea, de via parenteral, exames solicitados, tratamento da dor e agitação, tratamento de outras lesões, cálculo de reposição dos fluidos, flebotomia, sondagem vesical, uso de antibióticos, tratamento anti-tétano e local das queimaduras.

**043 CHEM R.C. - Queimaduras Elétricas. Rev. Cidade CASL. Porto Alegre, RS. 37U:H3,1976.**

O autor analisa os efeitos da corrente elétrica nos organismos e os tipos de choque elétricos. Sugere ainda tratamento de urgência e a longo prazo.

**044 HORTA, L.P.; MELEGA, J.M.; FILHO, F.A.; CORREIA, P.C. - Queimaduras Elétricas e Evisceração Abdominal - A propósito de um caso. Rev. Ass. Médica Brás. São Paulo, SP. 22:378,1976.**

Os A.A. abordam um caso de queimadura elétrica bastante grave no qual houve destruição parcial da parede abdominal em todos os planos, seguido de evisceração. Dentre as complicações decorrentes da necrose tissular progressiva, podemos encontrar vários tipos de mutilações (amputações parciais ou totais de membros) ou mesmo exposições de cavidades (pleural, abdominal) e até mesmo massa encefálica. O paciente foi operado do quadro abdominal e posteriormente submeteu-se à reparação cutânea, com sucesso.

**045 HORTA, L.P.; DESTRO, M.W.B.; SOUZA, M. W.B. - O Couro Cabeludo como Área Doadora em Grandes Queimados. Rev. Brás. de Cirurgia. RJ. 68:27,1978.**

Os A.A. descrevem a experiência obtida em queimados com 80% de superfície corporal de III grau no qual foi utilizado o couro cabeludo como área doadora de pele. Descrevem as vantagens desta área doadora e preconizam a sua utilização principalmente em crianças. O paciente de 9 anos de idade teve como área doadora o braço e o couro cabeludo.

**046 RUSSO, A.C. - Queimaduras em Crianças. In: Emergências em Pediatria. Gomes de Mattos, A.I; II e III Ed. São Paulo, SP. Ed. Prociencx. 1963,1967, XIV(01):552.**

O autor estuda a etiologia, morbidade, mortalidade e tratamento de queimaduras em crianças.

**047 RUSSO, A.C. - Queimaduras em Crianças. In: Pediatria Básica. Pedro de Alcântara e Eduardo Marcondes. III E IV Ed. São Paulo, SP. Ed. Sarvier. 1970:1235.**

O autor estuda a etiologia, morbidade, mortalidade e tratamento de queimaduras em crianças, nos vários grupos etários.

**048 RUSSO, A.C. - Queimaduras. Manual Médico. In: Manual Médico. Gonçalves, E. e outros. I Ed. RJ. Ed. Guanabara Koogan. 1978**

Aspectos gerais sobre queimaduras e seu tratamento em nosso meio.

#### 4.5. Expansores

### 5. CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

#### 5.1. Geral

**049 SILVA, G.- Cirurgia Plástica Reparadora no Câncer. Rev. Brás. de Cancerologia. RJ. 22:91,1966.**

O autor faz considerações sobre a cirurgia plástica como complemento indispensável de reconstrução de certas demolições decorrentes da Cirurgia Oncológica. Faz um estudo sobre os transplantes tanto livre quanto pediculados, classificando-os de acordo com sua origem e a seguir faz relatos de casos clínico-cirúrgicos de neo-rinoplastias, neo-columeloplastias e tratamento na exenteração da órbita bem como reconstrução dos lábios e das lesões decorrentes de ressecções de epitelomas da região frontal.

**050 SILVA, G.** - Emploi Systematic du Lambeau Temporo-Frontal Double dans les Grandes Reconstructions Faciales. Trans. IV Inter. Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Roma, Itália. 01:754,1967.

**051 TEIXEIRA AGUIAR, A.C.** Reconstructive Surgery of Facial Deformities in Leprosy. Annals of Plastic Surgery. 4:111,1978.

Surgical techniques for correction of the facial deformities taken only on patients who have had a negative Smear for at least two years.

## 5.2. Crânio e Couro Cabeludo

### 5.3 Pálpebras e Cavidade Orbitária

**052 AVELAR, J.M.** - Uma Nova Técnica Cirúrgica para o Tratamento da Ptose Palpebral. Suspensão do Elevador ao Músculo Frontal. Rev. Brás. Cirurgia. 68:113,1978.

O autor idealizou retalho muscular formado pelo músculo elevador com pedículo anterior. A extremidade posterior do retalho é suturada ao músculo frontal. O segmento proximal do músculo elevador é suturado à parede posterior do retalho elevador.

**053 PITANGUY, I.; PIRES, G.; CAVALCANTI, M.A.R.** - Correção Cirúrgica da Dermocalasia e Bolsas Palpebrais. Med. Hoje. RJ. 4(41):454, 1978.

**054 SILVA, G.** - Reconstruction after Orbital Exenteration. British Journal of Plastic Surgery. XIV:76,1961.

O Autor considera a exenteração orbital extremamente mutilante, e para devolver ao paciente melhores condições mobiliza um extenso retalho frontal em várias etapas como automotização, tubilização, recobrimento da área doadora do enxerto de pele. Após migrar o retalho para dentro da cavidade orbitária, esta apresenta condições de, melhorando o aspecto do paciente, receber uma prótese ocular.

**055 VIANNA, R.R.** - Nossa Experiência com a Técnica de Mc Indoe-Beare nas Blefaroplastias. Anais XIII Congresso de Cirurgia Plástica. I Congresso Brás. de Cirurgia Estética. Jorge Fonseca Ely. I Ed. Porto Alegre, RS. Ed. Emma. 1976:01(01), 107.

O autor descreve sua importância com a técnica de Mc Indoe-Beare nas blefaroplastias inferiores. Esta técnica é usada apenas com pequenas variações, da mesma maneira descrita por Victor Spina e colaboradores. Chegando a conclusão que é a técnica que fornece melhores resultados e em que a ocorrência de ectropio é praticamente nula.

## 5.4. Andar Médio da Face

### 5.5. Mandíbula e Articulação Temporo Mandibular

**056 SILVA, G.** - Prognatismo Mandibular. Rev. Brás. de Odontologia. RJ. 21:173, 1962.

O autor descreve a técnica empregada para o tratamento do prognatismo mandibular. Primeiramente programa com acrílico ortodôntico a futura articulação dentária. Incisa a mucosa verticalmente por detrás do triângulo retro-molar fazendo a osteotomia no ramo ascendente por cima da espinha de Spix.

## 5.6. Nariz

**057 AVELAR, J.M.** - Cirurgia do Nariz Negróide - Evolução Técnica. Rev. Brás. Cirurgia. 67:207,1977.

O autor descreve as características do nariz negróide e estabelece uma técnica cirúrgica em que o dorso nasal é corrigido por métodos habituais. Para o tratamento da ponta, assoalho narinário, columela e narinas, criou um retalho formado por estas estruturas onde a rotação de fora para dentro e de baixo para cima eleva a ponta, alonga a columela e estreita as narinas.

**058 FARINA, R.; MION, D.; BAROUD, R.; GOLCMAN, B.** - **Avantages Comparés des Lambeaux Frontaux et des Lambeaux Nasogeniens Dans La Substitution de L'etoffe Nasale.** *Chirurgie Plastique.* V:02,1960.

Les auteurs étudient la physio-pathogénie du collapsus du bout du nez et le problème de la réparation de l'étoffe nasale. Ils font une étude comparative des deux méthodes employées: celle des lambeaux frontaux et celles des lambeaux naso-géniens. A leur avis, les lambeaux frontaux sont supérieurs aux lambeaux naso-géniens. Ils condamnent les greffes libres de peau pour reconstituer l'étoffe nasale selon méthode de Gillies. (Greffes libres de peau. ancrées dans la prothèse maxili-nasale).

#### 5.7. Cavidade Oral

#### 5.8. Lábio e Mentão

**059 GOLCMAN, B.; FRIEDHOFER, H.; ANGER, M.; GLINA, S.** - **Reconstrucciones Parciales del Lábio Inferior con la Técnica de Camile Bernard.** *Rev. Ibero Latino Americana de Cir. Plástica.* IV:76, 1978.

Los autores proponen una modificación de la técnica de Camile Bernard, para la reconstrucción del lábio inferior. Esta consiste en no resecar los planos muscular y mucoso de los triángulos de compensación de Burrow, si no suturarlos. Ello les ha proporcionado buenos resultados funcionales y estéticos.

**060 SILVA, G.** - **Restauração do Subsépto e do Lábio Inferior pelo Processo da Autoplastia Tubular.** *I Congresso Latino Americano de Cirurgia Plástica.* RJ. 1941:02,151.

Restauração da columela e do lábio inferior com retalho tubular da região lateral direita do pescoço. (Primeiro Tempo). Após a autonomização da extremidade inferior do retalho, foi o mesmo seccionado e suturado junto a perda de substância do lábio inferior. (Segundo Tempo). Após a autonomização da extremidade cervical superior do retalho, foi o mesmo seccionado e suturado na linha mediana entre o lábio superior e a perda de substância nasal. (Terceiro Tempo). Após previa autonomização foi o retalho seccionado em duas partes: uma para reconstrução da columela e outra para a reconstrução do lábio. (Quarto Tempo). Incisões e suturas para adaptação do tubo, a fim de reconstruir a columela e o lábio inferior.

#### 5.9. Orelha Externa

**061 AVELAR, J.M.** - **Reconstrução Total de Orelha numa Única Cirurgia.** *Folha Médica.* 76:457,1978.

O autor descreve o estudo clínico do paciente portador de microtia que apresenta desvio cervical devido à inclinação cefálica oriunda do desequilíbrio estético. Na revisão bibliográfica relata diversos procedimentos referentes à feitura do arcabouço auricular. A metodologia descrita oferece outra possibilidade para reconstrução total do pavilhão auricular num único tempo cirúrgico.

**062 AVELAR, J.M.** - **Reconstrução Total do Pavilhão Auricular num Único Tempo Cirúrgico.** *Rev. Brás. Cirurgia.* 67:139, 1977.

O autor analisa os problemas inerentes à reconstrução da orelha e focaliza a anatomia das regiões temporal e auricular. Elabora um método cirúrgico para reconstruir todo o pavilhão num único tempo operatório, criando 5 retalhos, naquelas regiões, que descrevam rotações e superposições sobre o arcabouço auricular para assegurar boa vascularização. Ele usa cartilagem costal ou prótese de silicone para formar a estrutura auricular.

**063 AVELAR, J.M.** - **One Stage Reconstruction of the Ear.** *II Cong. of the Asian Pacific Section Conf. Plast. Rec. Surg., Tokyo, Japão.* 80,1977.

O autor descreve a criação de retalhos da gálca e cutâneo para reconstrução auricular em único estágio operatório, os resultados cirúrgicos são analisados resultando em bom equilíbrio estético.

**064 PITANGUY, I.; CANSANÇÃO, A.; AVELAR, J.M.** - **Reconstrução de Orelha nas Lesões por Mordida Humana.** *Rev. Brás. Cirurgia.* 61:158, 1971.

Os A.A. descrevem diversificadas deformidades auriculares decorrentes de mordida humana. A reconstrução da orelha obedece as linhas técnicas descritas por Pitanguy.

## 5.10. Pescoço

### 5.11. Paralisia Facial

**065** PITANGUY, I.; CAVALCANTI, M.A.R.; CALAND, M.; GUEVARA, E. - Guia para o Diagnóstico e Tratamento da Paralisia Facial Periférica. Rev. Brás. Cirurgia. RJ. 66(05):173, 1976.

**066** PITANGUY, I.; CAVALCANTI, M.A.R. -Paralisia Facial Diagnóstico e Tratamento. Med. Hoje. RJ. 2(14): 208,1976.

## 6. LÁBIO LEPORINO MAXILAR E PALATO

### 6.1. Etiologia, Classificação e Generalidades

#### 6.2. Tratamento Cirúrgico

**067** PITANGUY, I.; JAIMOVICH, C.A.; MATTA, S.R. - Tratamento das Fissuras Labiais Bilaterais: Observações de Resultados Obtidos pelo uso de Técnica Pessoal. Rev. Brás. Cir. Rio de Janeiro. 65:187,1975.

Os A.A. analisam 699 casos de Fissuras labiais observados na 38ª Enfermaria da Sta. Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, constatando que 24% dos casos eram de Fissuras bilaterais. Descrevem a técnica na qual a correção se faz num único tempo cirúrgico baseando-se no princípio de se estruturar uma cinta muscular efetiva aplicada sobre a pré-maxila, equilibrando os vetores de avançamento do vômer, da língua e da expansão da arcada dentária. As vertentes laterais são suturadas na linha média, obtendo-se retalho bifurcado do prolábio que vai construir a columela e assoalhos narinários.

### 6.3. Ortodontia e Próteses

## 7. MAMAS

### 7.1. Hipomastias e Hipertrofias

**068** CARDOSO DE CASTRO, C. -Mamoplastia Redutora nas Hipertrofias Mamaria. Rev. Col. Brás. Cirurg. 2:134,1975.

**069** CARDOSO DE CASTRO, C. -Subcutâneo Mastectomy for Gigantomastia. Plast. Reconst. Surg. 59:575,1977.

**070** CARDOSO DE CASTRO, C. -Contribuição ao Estudo das Mamoplastias (Estudo de 210 casos). Rev. Brás. Cirurg. 4:5-12,1977.

Análise de procedimentos do autor no tema mamoplastia. 210 pacientes são avaliados. Monografia do autor para obtenção do grau de Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgias.

**071** PITANGUY, I.; CAVALCANTI, M.A.R. - Incisão Trans-areolar para Mamoplastia de Aumento. Med. Hoje. RJ. 2(19):632, 1976.

**072** PITANGUY, I.; CAVALCANTI, M.A.R.; VIANA, G.P. - Pectus Carinatum: Atenuação da Deformidade por Mamoplastia de Aumento. Rev. Brás. de Cirurgia. RJ. 66(9/10):317, 1976.

### 7.2. Técnica Operatória e Reduções Mamárias

**073** CARDOSO DE CASTRO, C. Mammoplasty with Curved Incisions. Plast. Rec. Surg. 57: 596,1976.

**074** CARDOSO DE CASTRO, C. – Aspectos Atuais do Tratamento das Hipertrofias e Ptoses Mamárias. Jornal Brasileiro de Ginecologia. 83:241,1977.

Farta análise de várias técnicas que visam a redução mamaria e mastopexia.

**075** CARDOSO DE CASTRO, C. – Late Results after Reduction Mammoplasty with Curved Incisions. Plast. Rec. Surg. 61:862, 1978.

Avaliação dos resultados das reduções mamarias a longo prazo.

**076** HORIBE, K.; SPINA, V - Mamoplastia Redutora. Nova Abordagem do Método Oblíquo Lateral. Caderno de Cirurgia. São Paulo, SP 11:07, 1975.

Os A.A. descrevem uma nova abordagem da mamoplastia pela técnica lateral. Admitem que a cicatriz lateralizada é mais bem aceita pelas pacientes. As principais características do método são a simplicidade de marcação e ressecção glandular na porção inferior da mama. Operaram 25 pacientes e obtiveram ótimos resultados em 20.

**077 HORIBE, K.; SPINA, V. – Reduccion Mastoplasty (Modificacion of Dufourmental Mouliy's Technique). Transaction of the Sixth Inter. Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. XIII Ed. Paris, France. Ed. Masson.513,1976.**

Os A.A. apresentam uma técnica de mamoplastia de incisão lateral oblíqua na qual o tecido mamário é descolado de baixo para cima. A ressecção do excesso é feita na linha mediana. A mama é montada obedecendo a linha de ressecção. A pele é rodada lateralmente e seu excesso é eliminado, ficando a incisão final lateral.

**078 PITANGUY, I.; TREBINO, H.; CAVALCANTI, M.A.R.; ZAMARIAN, W. Mastectomia Subcutânea pela Técnica Trans-areolo Mamilar de Pitanguy. Rev. Brás. de Cirurgia. RJ. 66(11):387,1976.**

**079 PITANGUY, I.; CAVALCANTI, M.A.R. Mamilo Invertido. Med. Hoje. RJ. 2(21):798,1976.**

**080 PITANGUY, I.; CAVALCANTI, M.A.R. -Mamoplastia Redutora, Técnica Pitanguy. Med. Hoje. RJ. 2(2):704,1976.**

**081 SILVA, G. - Accurate Rules for Preoperative Marking in Mammoplasty. Transaction of the III International Congress of Plastic Surgery. Washington, D.C. USA. 50,1963.**

El autor propone una nueva técnica de demarcación mamaria. Por la aplicación de principios geométricos elementales al sentido artístico, ha obtenido demarcaciones que coinciden con las del seno ideal, una figura geométrica que se aproxima a un hemisferio, en el cual el centro del pezón equidista por término medio 8 cm de los límites de la 1ª glándula. Se conserva la incisión en "W" clásica, obteniéndose de manera precisa sus puntos de referencia. Esta técnica, con pequeñas variaciones, puede aplicarse a cualquier tipo de mama afectada de Ptosis y de Hipertrofia así como en las habituales de reducción y de enderezamiento, como en las amputaciones parciales con injerto del pezón, El autor expone minuciosamente no solo la técnica de demarcación sino también los detalles de la misma técnica operatória.

**082 SILVA, G. - Mastopexy with Ribbon for Supporting the Breast and Keeping it in Shape. Plastic and Reconstructive Surgery. 34:403, 1964.**

This procedure consist in supporting the gland with a dermal ribbon and fixing it to the greater pectoral muscle. The skin of the lower part of the breast extending from the nipple to the sub-mammary fold in the form of a triangle, is ressected according to the usual mammoplasty techniques. The epidermis is removed with the aid of a dermatome of our own desing. Ali of the subcutâneos layer of cellular tissue is then resected, and thus a dermic graft is prepared. From this graft a long strip of ribbon is cut 1,5 cm wide. In order to obtain as long a dermal ribbon as possible in one piece, it should be cut spirally. After the size and shape of the gland have been achieved, two small incisions are made in the greater pectoral muscle on a line with the axillae. Then a thick bundle of muscle fibres is separated and prepared by making a deep "buttonholes" incised in the a greater pectoral muscle by means of sutures of nylon thread.

### 7.3. Patologia e Reconstruções

**083 BAROUDI, R.; PINOTTI, J.A.; KEPPE, E.M. -A Tranverse Thoracoabdominal Skin Flap For Closure After Radical Mastectomy. Flap For Mastectomy. Plast. Rec.Surg.61(4):547,1978.**

Os A.A. desenvolveram um retalho cutâneo toracoabdominal de forma triangular, de pedículo situado em um dos hipocôndrios e que atravessa a linha média do tronco esse pedículo obedecendo de dois para um de comprimento com relação a base, e mobilizado sem autonomização e rodado noventa graus cranialmente para cobrir áreas cruentas pós-mastectomia radical por câncer. Conseguem-se com isso cobrir grandes áreas protegendo a região com tecido de boa vitalidade permitindo a radioterapia sobre o local e reconstrução de neo-mamas ulteriormente. A rotação deste retalho é conseguida mediante ampla dissecação da parede abdominal anterior com ou sem migração do umbigo.

**084 BAROUDI, R. - How I do It Colloquium: Reconstruction of the Breast. Ann Plast. Surg. 1:3,1978.**

O autor responde uma série de perguntas relativas a sua experiência pessoal na reconstrução de mamas por patologia tumoral e não tumoral. apresenta algumas condutas pessoais, particularmente no tratamento da mastectomia subcutânea com migração do complexo aureolo-mamilar.

**085 PITANGUY, I.; CAVALCANTI, M.A.R. - Reconstrução de Mama. Med. Hoje. RJ.2(22):912,1976.**

**7.4. Lipoaspiração**

**7.5. Reconstrução de Areola e Mamilo**

**8. EXTREMIDADES**

**8.1. Mão - Reparações por Afecções Adquiridas**

**8.2. Deformidades Congénitas**

**8.3. Lesões Tendinosas**

**8.4. Amputações**

**8.5. Depuytren e Mão Reumática**

**8.6. Perna e Pé**

**9. GENITO URINÁRIO**

**9.1. Hipospádias**

**9.2. Reconstrução de Pênis**

**9.3. Reconstrução de Escroto**

**9.4. Reconstrução de Órgãos Genitais Femininos**

**086 LODOVICI, O.; HORIBE, K.; SALVATORI, C.A. - Agenesia Vaginal. Estudo de 80 casos. Jornal Brs. de Ginecologia. São Paulo, SP. 76:359,1973.**

Os A.A. apresentam dados epidemiológicos e clínicos de agenesia vaginal. Mostram os achados e incidência e grau de anormalidades mais frequentes. Indicam como método cirúrgico a técnica de Mac Indoe. obtiveram 90,5% de resultados satisfatórios num segmento ale 5 anos.

## **ERRATA**

1- O trabalho de nº 150 da pag. 63 do suplemento do Volume II, pertence ao suplemento do Volume I, por ter sido publicado em 1961.

2 - O trabalho de nº 088 da pag. 13 do Volume III, pertence ao suplemento do Volume II, por ter sido publicado em 1981.

Não foi possível efetuar estas mudanças, para não desestruturar a editoração gráfica em virtude da exiguidade de tempo.