

Rinoplastia em nariz fissurado

Rhinoplasty in the cleft nose

VELIBOR BORA KOSTIC¹
JOÃO FRANCISCO DO VALLE
PEREIRA¹
RAFAELA DE ASSIS SALVATO²

RESUMO

Introdução: As fendas labiopalatinas são as anomalias congênicas mais comuns e prejudicam frequentemente a harmonia do nariz, sendo facilmente percebidas nos indivíduos acometidos. Para se conseguir um resultado harmonioso e simétrico em um nariz bastante deformado, é preciso usar estruturas adicionais que vão garantir um bom resultado ao longo prazo. **Objetivo:** Analisar a enxertia cartilaginosa como um procedimento cirúrgico na técnica de rinoplastia estética e demonstrar sua aplicação para a sustentação e definição da ponta nasal nas sequelas de fissuras labiopalatinas. **Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal, analisando pacientes em tratamento em um hospital infantil público e em uma clínica particular, que se submeteram ao tratamento cirúrgico para correção de sequela de fenda labiopalatina, no período de outubro de 2005 a abril de 2009. **Resultados:** Foram submetidos 24 pacientes ao tratamento cirúrgico, 14 eram do sexo masculino e 10 do feminino. A idade média foi de 13,75 anos, sendo que a maioria dos pacientes apresentava idade entre 11 e 15 anos. Dois pacientes foram submetidos à cirurgia do lábio e nariz no mesmo tempo cirúrgico, quatro haviam sido submetidos a rinoplastia prévia. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos e com a análise dos procedimentos cirúrgicos, pode-se concluir que as técnicas usadas na rinoplastia estética podem ser aproveitadas na cirurgia de nariz fissurado, apresentando resultados duradouros, tanto para sustentação como para a definição da ponta nasal.

Descritores: Rinoplastia. Fenda labial. Fissura palatina. Nariz/cirurgia.

SUMMARY

Background: The cleft lip nose is the most common congenital anomaly in the face and frequently compromises the entire structure of the nose, being easily noticeable by the patients. To be able to get a harmonious and symmetric outcome in a very deformed nose, it is necessary to use additional structures that will guarantee a good long-term result. **Objective:** To analyze the cartilaginous graft as a surgical procedure in the aesthetic rhinoplasty technique and to demonstrate its application to sustain and to define the nasal tip in the sequelae of the cleft nose. **Methods:** This research is a retrospective and transversal study that analyzed patients in a public children's hospital and a private clinic that received surgical treatment to correct cleft nose sequelae in the period of October 2005 and April 2009. **Results:** The study observed the results of 24 patients, 10 females and 14 males. The average age was 13.75 years, and most of the patients were between 11 and 15 years old. Two patients operated nose and lip at the same surgical procedure, and four patients had previous rhinoplasties. **Conclusions:** The cartilaginous graft techniques used in the classic rhinoplasty can be used in the cleft nose, leaving functional and aesthetic results that are very satisfactory, but most of all, with long-term results.

Descriptors: Rhinoplasty. Cleft lip. Cleft palate. Nose/surgery.

Trabalho realizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão e Clínica Valle Pereira, Florianópolis, SC.

Trabalho recebeu menção honrosa do Prêmio Nemer Chidid/Allergan 2009.

Artigo recebido: 27/11/2009
Artigo aceito: 26/1/2010

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
2. Médica estagiária do serviço de dermatologia do Hospital Ipiranga

INTRODUÇÃO

A rinoplastia é, indubitavelmente, uma das operações mais desafiadoras da cirurgia plástica, pois além do nariz representar uma figura central da face, prontamente evidenciando imperfeições ou cicatrizes, sua correção cirúrgica é de alta complexidade. O conhecimento amplo da anatomia associado à capacidade de um planejamento técnico tridimensional envolvendo ossos, cartilagens e partes moles são fundamentais para se obter uma precisa conformidade, onde a margem de erro é medida em milímetros.

As fendas labiopalatinas são as anomalias congênitas mais comuns e prejudicam frequentemente a harmonia do nariz, sendo facilmente percebidas nos indivíduos acometidos. A classificação do problema é muito importante para o correto planejamento cirúrgico e acompanhamento pela equipe multidisciplinar.

Vários autores já tentaram estabelecer classificações para os diferentes tipos de fendas labiopalatinas, dentre as mais utilizadas está a de Spina, desenvolvida em 1974, e de grande utilização até hoje. Spina adaptou e simplificou as classificações preexistentes, dividindo as fissuras labiopalatinas em quatro grupos¹:

- Grupo I – Fissuras pré-forame incisivo (labial, alveolar):
 - Unilaterais (completas, incompletas, direita ou esquerda)
 - Bilaterais (completas, incompletas)
 - Mediana (completa, incompleta)
- Grupo II – Fissuras transforame incisivo (lábio, alvéolo, palato):
 - Unilateral (direita, esquerda)
 - Bilateral
- Grupo III – Fissura pós-forame incisivo
 - Completa
 - Incompleta
- Grupo IV – Fissuras faciais raras

A deformidade causada pela fissura labiopalatina vai além do aspecto estético e funcional². Levando em conta o lado psicológico, o nascimento do filho é um dos momentos mais esperados e sagrados na maioria das famílias, o que torna a fissura labiopalatina um trauma familiar, com muitas consequências. As principais reações e sentimentos dos pais, ao ter um filho com deformidade, são o choque e o luto². Outros sentimentos relatados incluem a sensação de culpa de que suas próprias imperfeições tenham causado os defeitos de seu filho. Esses sentimentos resultam em uma inabilidade temporária da mãe para cuidar de seu filho.

O lado estético do nariz fissurado, principalmente da ponta, não pode ser desprezado, pois seu valor vai muito além da vaidade humana, sendo primordial na formação da personalidade da criança e de seus parentes, como já anteriormente citado.

Para conseguir um resultado harmonioso e simétrico no nariz bastante deformado, é preciso usar estruturas adicionais que vão garantir o efeito ao longo prazo.

Para o tratamento do nariz fissurado, podem-se usar as mesmas técnicas e táticas já preestabelecidas para a rinoplastia puramente estética, sem usar as grandes incisões que mutilam a ponta e que deixam o paciente ainda mais traumatizado. Com esse tipo de pensamento, pode-se obter um resultado duradouro e bastante satisfatório para o paciente e para o cirurgião, fazendo tratamento estético não só para o corpo, mas sobretudo para a alma, aumentando a autoconfiança do paciente e garantindo a sua inserção em seu meio social.

Dentre as características mais comuns do nariz fissurado, podemos citar (Figuras 1 e 2):

1. A columela aparece mais curta do lado da fissura e é

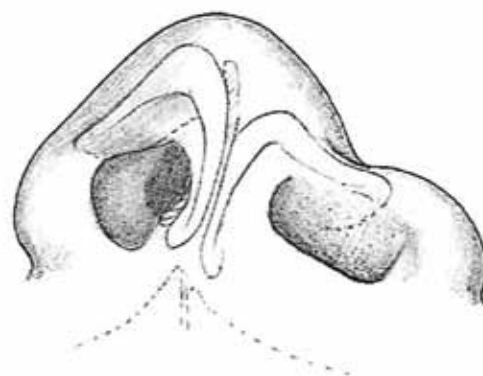


Figura 1 – Deformidades típicas da fissura nasal unilateral, vista inferior⁹.



Figura 2 – Deformidades típicas da fissura nasal unilateral, vista frontal⁹.

- inclinada com a base desviada para o lado normal;
2. A cruz lateral da cartilagem lateral inferior tem posição inferior em comparação com lado normal e, juntamente com a pele e tecido subcutâneo, tem aparência de letra “s”. No plano horizontal, a cartilagem é posicionada para frente;
 3. O domus do lado fissurado é mal diferenciado, assimétrico e mais baixo, deixando a impressão de que a cartilagem lateral é mais comprida que do lado normal;
 4. As narinas são assimétricas e do lado fissurado apresentam-se de forma quase horizontal e retroposicionadas;
 5. As partes caudal do septo e da espinha nasal anterior são inclinadas para o lado não fissurado. O septo desvia-se para o lado oposto, criando uma obstrução do lado fissurado, o que leva a uma hipertrofia da turbina.

Os defeitos não parecem tão graves no início, mas com a maturidade eles se destacam mais. A maior diferença é observada ao final da puberdade, quando termina o desvio de septo nasal³.

Além de sua função estética, o nariz é, acima de tudo, um órgão importante na respiração. Quase 70% da respiração são exercidos pelo nariz, por isso os cirurgiões não podem pensar só no lado estético, pois o aspecto funcional também deve ser foco na cirurgia. O problema maior é o septo que, em grande número de casos de nariz fissurado, está desviado para o lado normal, diminuindo o poder de transportar o ar em 30%. Quase 60% dos pacientes têm esse tipo de problema⁴. Outro fator que agrava a respiração é o tamanho do nariz fissurado, que é 30% menor que o não fissurado⁵.

Uma das sequelas principais da fissura labiopalatina é o nariz fissurado. Ao longo dos anos, a rinoplastia corretiva foi adiada para após a puberdade, pois se acreditava que a manipulação das cartilagens afetadas pudesse interferir no crescimento adequado do nariz. Hoje em dia, dissociar o tratamento do nariz da correção do lábio não é mais considerada uma conduta apropriada. A exorinoplastia com uso de enxertos cartilagosos, cada vez mais, é um passo inevitável no tratamento completo das fissuras labiopalatinas.

O objetivo do presente estudo é a análise da enxertia cartilaginosa como um procedimento cirúrgico na técnica de rinoplastia estética e demonstrar sua aplicação para a sustentação e definição da ponta nasal nas sequelas de fissura labiopalatina.

MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo transversal analisando pacientes em tratamento em um hospital infantil público e em uma clínica particular, que se submeteram ao tratamento cirúrgico para correção de seqüela de fissura labiopalatina, no período de outubro de 2005 a abril de 2009.

Casuística

Foram analisados os resultados pré, trans e pós-operatórios de pacientes, de ambos os sexos, operados no hospital infantil e em uma clínica particular, pela mesma técnica, usando os enxertos cartilagosos.

Análise de dados epidemiológicos

Os pacientes foram analisados quanto a sexo, idade, tratamento prévio realizado, tipo de fissura e tratamento realizado.

Os pacientes com idade inferior a 16 anos foram distribuídos em faixa etária, seguindo os critérios de Marcondes, e acima de 16 anos foram classificados como adultos. O tipo de fissura foi classificado tendo por base a classificação de Spina.

Técnica cirúrgica

O procedimento é feito sob anestesia geral, no hospital infantil, e sob sedação, na clínica particular, e complementada com a infiltração com anestésico local de xilocaína a 1% e adrenalina de 1/100.000.

O tipo de acesso utilizado foi a exorinoplastia, com a incisão em “W” no meio da columela. Com o descolamento cuidadoso foi feita a exposição ampla do dorso e das cartilagens alares dos dois lados, principalmente da parte lateral do lado fissurado. Os princípios de descolamento são os mesmos da rinoplastia estética, porém com a maior amplitude e com mais cautela, respeitando a anatomia do nariz fissurado.

O septo nasal foi o material de escolha para a sustentação da ponta nasal, uma vez que a cirurgia exige também a correção de desvio de septo (Figuras 3 e 4).

O desvio de septo é corrigido com a retirada somente da cartilagem afetada. Após a ressecção da parte caudal do



Figura 3 – Correção do desvio de septo com retirada de parte caudal.

septo, o mesmo é desinserido da espinha nasal e recolocado em posição mais central e fixado no lugar adequado com pontos de nylon.

A cartilagem alar do lado afetado tem posição inferior em comparação ao lado normal e sem o domus definido, e é tracionada para linha média, criando o novo domus. Com afastador em "V", coloca-se na mesma altura o domus normal e o domus afetado (Figura 5).



Figura 4 – Correção do desvio de septo com retirada de parte cefálica.



Figura 5 – Colocação de cartilagem alar do lado fissurado em posição adequada.

Comparando-se com o lado normal faz-se a medida e a criação do novo domus do lado fissurado. O tratamento da ponta vai depender da largura da mesma. Para a ponta menos bulbosa não há a necessidade de retirada da parte caudal da cartilagem alar, ao contrário da ponta mais bulbosa e mais afetada, em que é necessário ressecar o excesso da cartilagem alar, criar o novo domus e unificá-lo com o domus contralateral, suturar junto à estaca cartilaginosa e aproximar as partes laterais das cartilagens alares.

Na presença de hipoplasia do osso maxilar, pode-se aumentá-lo com enxerto cartilaginoso especialmente feito para isso (Figura 6) ou simplesmente aproveitar as cartilagens que sobram da confecção da ponta e do septo cartilaginoso, na maioria dos casos, desviado e tratado.

A correção da assimetria das narinas é o último passo, com uma incisão na base da narina afetada, fazendo uma rotação



Figura 6 – Uso de enxerto cartilaginoso para projeção do osso maxilar, na região da espinha nasal, vista lateral.



Figura 7 – Marcação de retalho látero-medial para correção de assimetria da narina afetada.

lâtero-medial e corrigindo o aspecto estético da base nasal e da narina (Figuras 7 e 8).

RESULTADOS

Vinte e quatro pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico, 14 (58%) do sexo masculino e 10 (42%) do feminino.

A idade média foi de 13,75 anos, sendo que a maioria dos pacientes apresentava idade entre 11 e 15 anos. Dois pacientes foram submetidos à cirurgia do lábio e nariz no mesmo tempo cirúrgico, quatro haviam sido submetidos à rinoplastia prévia (Figura 9).

A caracterização dos pacientes pode ser observada nas Tabelas 1 e 2, e na Figura 10.

As Figuras 11 a 19 ilustram alguns casos dessa casuística.

DISCUSSÃO

A primeira cirurgia de correção do lábio leporino de que se tem relato histórico foi realizada na China, há aproximadamente 400 anos antes de Cristo, mas a primeira descrição documentada de sucesso foi feita por Yperman (1295-1351)⁶.

Apesar dos novos procedimentos cirúrgicos, a reconstrução do nariz não foi tão importante, provavelmente em decorrência das técnicas inadequadas e das dificuldades encontradas em sua realização⁷. Muitos tinham a opinião de que na cirurgia do nariz, ao contrário do lábio e do palato, não era possível obter um bom resultado⁸.

Hoje em dia, muitas dessas técnicas com retalhos e grandes incisões externas têm seu uso limitado, devido aos resultados insatisfatórios no aspecto estético e só têm importância no aspecto histórico.

Atualmente, não existe um conceito definido sobre o

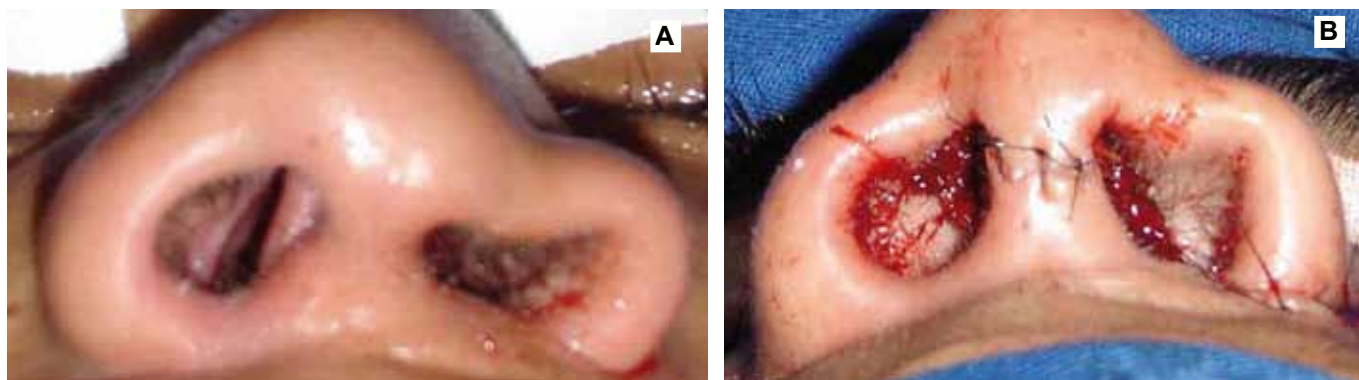


Figura 8 – Pré-operatório (A) e pós-operatório imediato (B).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes submetidos à rinoplastia para correção de seqüela de fissura labiopalatina, no período de outubro de 2005 a abril de 2009, segundo a faixa etária e sexo, em número (N) e porcentual (%).

Faixa etária	Sexo				Total	
	M	%	F	%	N	%
29 dias-2 anos	—	—	—	—	—	—
2-6 anos	5	20,8	1	4,2	6	25,0
6-10 anos	—	—	1	4,2	1	4,2
10-12 anos	2	8,3	2	8,3	4	16,7
12-16 anos	4	16,7	2	8,3	6	25,0
Adultos	3	12,5	4	16,7	7	29,1
Total	14	58,3	10	41,7	24	100

Tabela 2. Distribuição dos pacientes submetidos à rinoplastia para correção de seqüela de fissura labiopalatina, no período de outubro de 2005 a abril de 2009, segundo a classificação de Spina, em número (N).

Classificação de Spina	N
Grupo I	
Unilaterais	11
Bilaterais	3
Mediana	1
Grupo II	
Unilateral	5
Bilateral	4
Grupo III	
Completa	—
Incompleta	—
Grupo IV	
Total	24

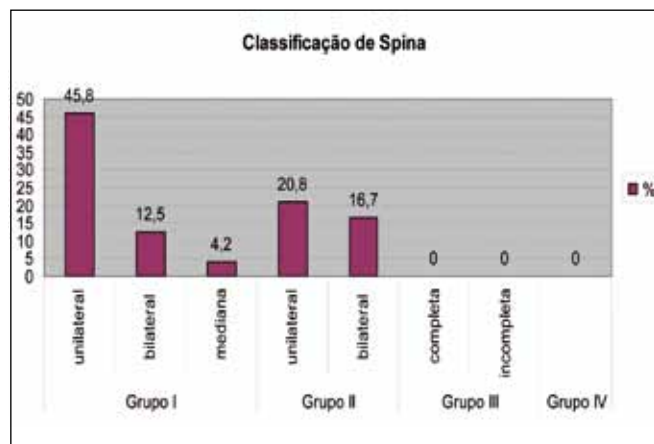


Figura 10 – Distribuição dos pacientes submetidos à rinoplastia para correção de seqüela de fissura labiopalatina, no período de outubro de 2005 a abril de 2009, segundo a classificação de Spina, em percentual (%).



Figura 11 – Pré (A) e pós-operatório (B) de dois anos e oito meses de rinosepto-quioplastia, vista anterior.

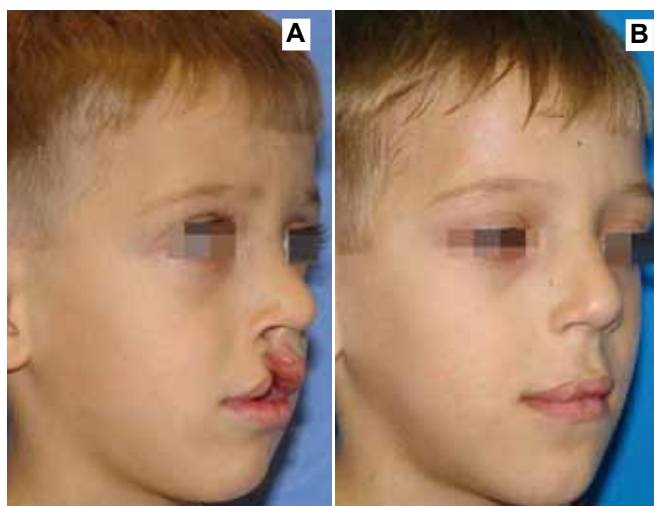


Figura 12 – Pré (A) e pós-operatório (B) de dois anos e oito meses de rinosepto-quioplastia, vista oblíqua direita.

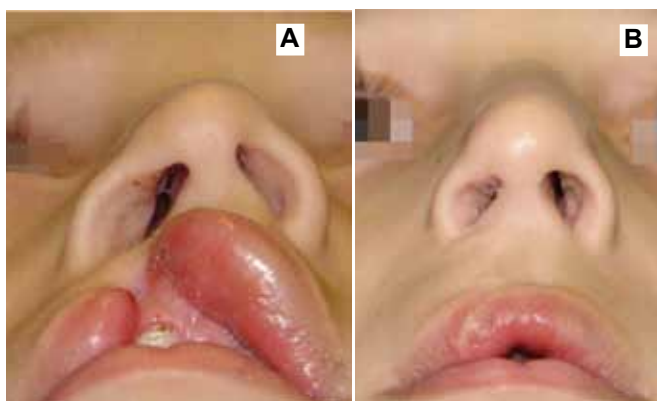


Figura 13 – Pré (A) e pós-operatório (B) de dois anos e oito meses de rinosepto-quioplastia, vista de base de nariz.



Figura 14 – Pré (A) e pós-operatório (B) de quatro anos de rinoseptoplastia de seqüela de fissura lábio-leporina, vista anterior.



Figura 15 – Pré (A) e pós-operatório (B) de quatro anos de rinoseptoplastia de seqüela de fissura lábio-leporina, vista oblíqua direita.



Figura 16 – Pré (A) e pós-operatório (B) de quatro anos de rinoseptoplastia de seqüela de fissura lábio-leporina, vista de base.



Figura 17 – Pré (A) e pós-operatório (B) de dois anos de rinoseptoplastia de seqüela de fissura lábio-leporina, vista anterior.



Figura 18 – Pré (A) e pós-operatório (B) de dois anos de rinoseptoplastia de seqüela de fissura lábio-leporina, vista lateral esquerda.



Figura 19 – Pré (A) e pós-operatório (B) de dois anos de rinoseptoplastia de seqüela de fissura lábio-leporina, vista de base.

momento certo da cirurgia. O que não pode ser adiada é a cirurgia do lábio ou do palato, que se for bem feita pode diminuir o aparecimento de sequelas no nariz.

Esse conceito da idade é também um conceito importante na cirurgia estética do nariz. Muitos cirurgiões praticam esse tipo de cirurgia somente após 15 anos de idade, dependendo da maturidade do paciente⁹. Na opinião de Rees e LaTrenta⁹, o maior culpado da cirurgia adiada é a falta de material de sustentação e a continuação do crescimento. Por isso, é necessário esperar até que se tenha mais material necessário na reconstrução^{10,11}. Há controvérsias de que a cirurgia precoce vá interferir no crescimento de nariz, destruir a cartilagem que não amadureceu, criar as cicatrizes que vão interferir no próximo ato cirúrgico e tornar a cirurgia tecnicamente mais difícil por causa do tamanho e da imaturidade do órgão nasal¹². Muitos cirurgiões defendem que a reconstrução deve ser realizada em dois estágios, primeiro reconstruindo a deformidade óssea do lábio e do palato e, no segundo ato, colocar as cartilagens alares na posição certa, reconstruir o domo, corrigir desvio de septo, hipertrofia do corneto, melhorar a simetria das narinas da cicatriz e reconstruir o músculo do lábio.

Por muito tempo, a reconstrução primária foi muito criticada¹³, pois se acreditava que, no pós-operatório imediato, o resultado era altamente satisfatório, mas, no pós-operatório tardio, o nariz mudava de aparência e ficava deformado. Além disso, antigas técnicas cirúrgicas usavam técnica de rinoplastia aberta com incisão na borda da narina, o que deixava estenose, a deformidade provocada pela contratura cicatricial. Muitos autores sugerem esse tipo de cirurgia no primeiro ato, alegando que seja duradoura e eficaz, evitando os transtornos do paciente e dos familiares¹⁴. Se não é feita como cirurgia primária, considera-se bom adiar até os 13-14 anos, em meninas, e os 14-16 anos, em meninos, quando o nariz apresenta seu crescimento mais definido e definitivo¹⁵.

A reconstrução da parte óssea junto com a parte cartilaginosa do septo tem grande influência no crescimento do nariz e não diminui o crescimento do osso maxilar¹⁶.

Somente na década de 70 é que começa a crescer a ideia de reconstrução primária¹⁷⁻¹⁹. McComb utiliza a técnica que inclui o levantamento da cartilagem alar do lado fissurado no nível da outra cartilagem não afetada (Figura 20)^{20,21}. Com isso, prolonga a columela e encurta a narina do lado fissurado. McComb concluiu que a cirurgia primária não tinha interferência no crescimento e desenvolvimento do nariz e que as cartilagens alares e a ponta nasal foram mantidas nas posições originais feitas cirurgicamente. McComb afirma, ainda, que seu resultado é duradouro, devido à utilização de pontos captonados, que fixam a cartilagem alar em sua posição adequada. Esses pontos, para que não deixem cicatrizes externas, são retirados depois de duas semanas.

Contrariando o trabalho de McComb, Holdsworth²² e Millard²³ afirmam que o efeito máximo da contratura cicatricial ocorre entre seis e oito semanas, o que não justificaria o uso de fixações externas por um período tão curto e sim as fixações internas.

No presente trabalho, os 24 pacientes analisados foram operados entre três e vinte nove anos de idade. Não foram encontradas dificuldades especiais, embora as estruturas nasais das crianças com menos idade sejam mais finas e menores. Além disso, considerando-se que não existe uma uniformidade na literatura pesquisada sobre o momento ideal para a correção cirúrgica do nariz, esta variação de idade, entre três e vinte nove anos e com maioria entre onze e quinze anos de idade, encontra-se dentro do preconizado por diversos autores. Nos pós-operatório de todos os pacientes, incluindo de três e de quatro anos, não tivemos piora do resultado obtido, mesmo após de dois anos, o mesmo se mostrou duradouro.

Encontramos as deformidades características dos narizes fissurados em paciente de três anos de idade como e, também, em pacientes no fim da puberdade e em paciente com vinte e nove anos. Além disso, o desvio de septo, a falta de projeção da ponta e da cartilagem alar do lado afetado podem ser corrigidas antes da adolescência, uma vez que não se agravam por causa da puberdade, mas ficam proporcionalmente maiores e assim bem mais evidentes. O uso dos enxertos cartilagosos e suturas internas não impede o crescimento das estruturas afetadas e providencia o desenvolvimento das mesmas da melhor maneira possível. A literatura tem vários trabalhos publicados que são favoráveis à realização da cirurgia de nariz antes da puberdade e por isso foram feitas em pacientes das diversas idades. Deve também ser considerado que atualmente é muito difícil esperar até o fim de puberdade, uma vez que as novas gerações têm outro padrão de beleza e, conseqüentemente, são mais exigentes no aspecto estético do nariz fissurado.

Em relação ao tratamento cirúrgico do nariz fissurado, as opções entre as técnicas de rinoplastia aberta ou fechada são variadas na literatura. Alguns autores utilizam só a técnica aberta,

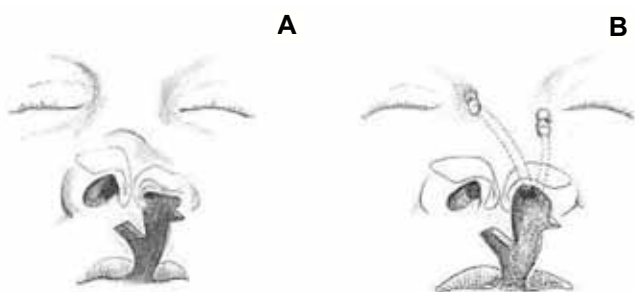


Figura 20 – Correção nasal primária de acordo com técnica de McComb. **A:** Incisões para reparação labial, técnica de Millard. **B:** Fixação com pontos captonados para fixação do domus⁹.

por terem controle absoluto da situação e por não acharem a cicatriz externa esteticamente comprometedora. Por outro lado, outros preferem a técnica fechada que, apesar de ser tecnicamente mais difícil, consegue excelentes resultados, sem apresentar cicatrizes expostas. Muitos autores usam técnica fechada com suporte de cartilagem, na maioria das vezes de septo²⁴⁻²⁶.

Em nosso estudo, foi utilizada a técnica aberta, mas sem grandes incisões expostas (técnica de Erich). Foi utilizada a incisão em “w” para facilitar a cicatrização, impedir a contratura cicatricial e a formação de cicatrizes hipertróficas. A mesma é feita no meio da columela, facilitando a exposição de todas as estruturas do nosso interesse, principalmente das cartilagens alares e do septo cartilaginoso. As estruturas descoladas vão ser expostas sem tração exagerada e na posição em que vão permanecer depois de fixação com a estaca cartilaginosa e estruturas adjacentes. Esteticamente, a cicatriz depois de certo tempo, usando técnica de fechamento adequada, é quase imperceptível e certamente não poderia ser motivo para não usar a técnica aberta.

Mais importante que a via de acesso cirúrgico é o tratamento das estruturas cartilaginosas atingidas no processo de cicatrização e de crescimento do nariz fissurado. Algumas técnicas incluem o uso de pontos de fixação nas estruturas da vizinhança, como a cartilagem alar contralateral, técnica do Berkeley; a cartilagem lateral do mesmo lado, técnica dos Reynolds e Horton ou combinada de McIndoe e Rees (Figura 21).

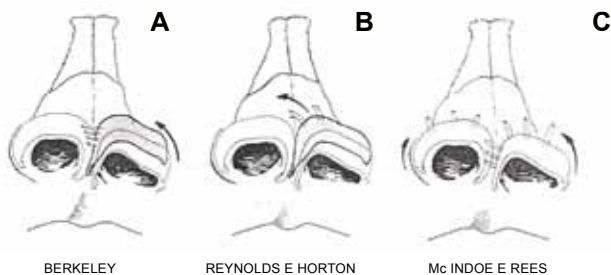


Figura 21 – A-C: Técnicas de suspensão e fixação da cartilagem alar homolateral à fissura²⁷.

Spira e Stenson desenvolveram uma técnica de fixação em estrutura óssea e McComb propôs uma técnica de fixação na pele por meio de pontos captados²⁷.

Na técnica utilizada nesse trabalho, os pontos de fixação e a estaca cartilaginosa são usados para se obter a melhor projeção da ponta e também a durabilidade da mesma. O fio não absorvível segura as estruturas na posição planejada ao longo do tempo.

O tamanho do enxerto utilizado depende do defeito a ser corrigido. No caso do nariz fissurado, a reconstrução exige reposicionamento e alinhamento da cartilagem alar na

sequela de lábio-leporino unilateral ou cartilagens alares em casos de lábio-leporino bilateral. Independente do tipo de nariz fissurado, a definição da ponta nasal é feita com enxerto em estaca e fixação de novos domus com o ângulo de divergência de aproximadamente 60 graus. Nossa preferência é sempre usar o material autógeno. Nesse trabalho foi usado o septo cartilaginoso e outros fragmentos cartilagosos retirados durante a modelagem das estruturas afetadas.

Não tivemos necessidade de usar a cartilagem de outras áreas doadoras, nem nos casos de rinoplastia secundária.

A cirurgia do nariz é imprevisível, independente da técnica usada e da idade do paciente, e tende a piorar com o tempo, deixando o resultado final não muito agradável. Além da piora do resultado estético, ocorre a piora na função principal do nariz, a respiração. Isso acontece principalmente por causa da recidiva no desvio de septo (defeito unilateral) e, conseqüentemente, reestenose do vestibulo do lado fissurado²⁸. Por isso, é necessário utilizar os recursos disponíveis para manter o resultado cirúrgico pós-operatório imediato por mais tempo e assim assegurar a alta satisfação para o cirurgião e para o paciente. Não é possível afirmar que todos os resultados foram ótimos, mas se pode dizer que os resultados não pioraram no pós-operatório tardio com seguimento de até quatro anos.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos e com a análise dos procedimentos cirúrgicos acima descritos, pode-se concluir que as técnicas usadas na rinoplastia estética podem ser aproveitadas na cirurgia de nariz fissurado, apresentando resultados duradouros, tanto para sustentação como para a definição da ponta nasal.

REFERÊNCIAS

1. Melega JM, Zanin SA, Psillakis JM. Cirurgia plástica reparadora e estética. 2ª ed. São Paulo:Medsi;1992.
2. Solnit AJ, Starck MH. Mourning and the birth of defective child. The Psychoanalytic Study of the Child 1961;16:523-7.
3. Kyrkanides S, Bellohusen R, Subtelny JD. Asymmetries of the upper lip and nose in noncleft and postsurgical unilateral cleft lip and palate individuals. Cleft Palate Craniofac J. 1996;33(4):306-11.
4. Warren DW, Drake AF. Cleft nose: form and function. Clin Plast Surg. 1993;20(4):769-79.
5. Drake AF, Davis JU, Warren DW. Nasal airway size in cleft and noncleft children. Laryngoscope. 1993;103(8):915-7.
6. Veau V. Division palatine. Paris:Masson;1931.
7. Berkeley WT. The cleft-lip nose. Plast Reconstr Surg Transplant Bull. 1959;23(6):567-75.
8. O'Connor GB, McGregor MW, Tolleth H. The management of nasal deformities associated with cleft lips. Pac Med Surg. 1965;73(5):279-85.
9. Rees TD, LaTrenta GS. Aesthetic plastic surgery. 2ª ed. vol. 1. Philadelphia;1994.
10. Broadbent TR, Wolf RM. Cleft lip nasal deformity. Ann Plast Surg.

- 1984;12(3):216-34.
11. Aufrecht G. Presentation at: The Annual Meeting of the American Society of Maxillo-Facial Surgeons. Philadelphia; 1955.
 12. LaRossa D, Donath G. Primary nasoplasty in unilateral and bilateral cleft nasal deformity. *Clin Plast Surg*. 1993;20(4):781-91.
 13. McIndoe A, Rees TD. Synchronous repair of secondary deformities in cleft lip and nose. *Plast Reconstr Surg*. 1959;24:150-61.
 14. Green MF. The embryological, developmental and functional importance in the repair of the nasal musculature to reduce the deformity of the cleft lip nose. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 1987;21(1):1-5.
 15. Jacono AA, Gorney M. Structural support in correction of cleft nasal deformity 2005.
 16. Smahel Z, Mullerova Z, Nejedly A. Effect of primary repositioning of the nasal septum on facial growth in unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 1999;36(4):310-3.
 17. McComb H. Treatment of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg*. 1975;55(5):596-601.
 18. Anderl H. Simultaneous repair of lip and nose in the unilateral cleft (a long term report). In: Jackson IT, Sommerland BC, eds. *Recent advances in plastic surgery*. Vol. 3. London:Churchill;1985. p.1-11.
 19. Salyer KE. Primary correction of the unilateral cleft lip nose: a 15-year experience. *Plast Reconstr Surg*. 1986;77(44):558-68.
 20. McComb H. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg*. 1985;75(6):791-9.
 21. McComb HK, Coghlan BA. Primary repair of the unilateral cleft lip nose: completion of longitudinal study. *Cleft Palate Craniofac J*. 1996;33(1):23-31.
 22. Holdsworth WG. *Cleft lip and palate*. New York:Grune & Stratton;1957.
 23. Millard DR Jr. The unilateral cleft nose. *Plast Reconstr Surg*. 1964;34:48.
 24. Millard DR Jr. *Cleft craft*. Boston: Little Brown & Co;1977.
 25. Musgrave RH. Surgery of nasal deformities associated with cleft lip. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull*. 1961;28:261-75.
 26. Nishimura Y, Ogino Y. Autogenous septal cartilage graft in the correction of the cleft lip nasal deformity. *Br J Plast Surg*. 1978;31(3):222-6.
 27. Carreirão S, Lessa S, Zanini AS. *Tratamento das fissuras labiopalatinas*. 2ª ed. Rio de Janeiro:Revinter;1996
 28. Trenite GJ, Paping RH, Trenning AH. Rhinoplasty in the cleft lip patient. *Cleft Palate Craniofac J*. 1997;34(1):63-8.

Correspondência para:

Velibor Bora Kostic
 Av. Osvaldo Rodrigues Cabral, 1570 – Florianópolis, SC – CEP 88015-710
 E-mail: veliborsrb@yahoo.com