

## ABORDAGEM PRIMÁRIA DA FISSURA NASOLABIAL UNILATERAL

### *Primary approach to the unilateral cleft lip nose*

GEZA LASZLO URMEYI<sup>1</sup>, JOSÉ AMANDIO FERNANDES FILHO<sup>2</sup>, ELIZABETH CASTANHERAS FERNANDEZ<sup>3</sup>, JULIANA MENEZES HUPSEL<sup>4</sup>

#### RESUMO

A fissura labiopalatina unilateral apresenta uma série de deformidades nasais e labiais. Apesar de vários artigos apresentando a importância da abordagem nasolabial primária, poucos cirurgiões a utilizam. Independente da técnica escolhida pelo cirurgião para esta abordagem, é importante seguir os princípios de liberação das estruturas nasais e fixá-las numa posição que mais se assemelhe ao lado normal. Foram tratados 176 pacientes com fissura labiopalatina unilateral pela abordagem nasolabial primária, utilizando uma combinação da técnica de rotação e avançamento para o lábio e abordagem nasal pela técnica de McComb. As principais vantagens desta abordagem são oferecer uma imagem facial precoce à criança, reduzir o número de intervenções secundárias e favorecer o compromisso da família, ao longo tratamento multidisciplinar destes pacientes.

**Descritores:** Fenda labial, cirurgia. Fissura palatina, cirurgia. Nariz, anormalidades.

#### SUMMARY

Unilateral cleft lip palate presents a number of nose and lip deformities. Although several reports in the literature show the importance of the primary lip-nasal approach, few surgeons employ it. Regardless of the technique chosen by the surgeon in this approach, it is important to follow the principle of freeing the nasal structures and fixing them in a suitable position in alignment with the normal side. A total of 176 patients with unilateral cleft lip palate were treated with the lip nose approach in the primary repair, using a combination of rotation advancement procedure for the lip and the McComb technique for the nasal approach. The greatest advantage of this approach is to improve the child's facial image early, reduce secondary procedure and facilitating the commitment of the family to a long term multidisciplinary treatment.

**Descriptors:** Cleft lip, surgery. Cleft palate, surgery. Nose, abnormalities.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Coordenador do Serviço de Cirurgia Plástica do Martagão Gesteira -Hospital da Criança.
2. Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
3. Ortodontista do Serviço de Cirurgia Plástica do Martagão Gesteira -Hospital da Criança.
4. Psicóloga do Serviço de Cirurgia Plástica do Martagão Gesteira -Hospital da Criança.

**Correspondência para:** Geza Laszlo Urmenyi  
Rua Baependi, 132 - Ondina - Salvador, BA, Brasil - CEP 40170-070 - Tel 0xx71 3337-5826 - Fax 0xx71 3245-2479  
E-mail: gurmenyi@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina unilateral é, dentre as fissuras, a mais comum. Seu estigma é devido a várias deformidades desde a mucosa, passando pelas estruturas musculares e ósseas até a pele, mas principalmente pela variação da desarmonia facial e deformidades nas unidades estéticas nasolabiais. As técnicas de abordagem apenas labial resgatam as unidades estéticas do lábio, quebrando o estigma da fenda, porém a deformidade nasal que acompanha as fissuras se mantém na vida escolar do paciente até a adolescência. A abordagem primária nasolabial vem crescendo gradativamente entre os cirurgiões, assim como a exigência de resultado no aspecto estético e funcional nos pacientes fissurados. Apesar dos bons resultados obtidos com esta abordagem, a sua utilização não é amplamente aplicada pelos cirurgiões.

Vários autores<sup>1,2</sup> já publicaram a intervenção nasolabial no mesmo tempo cirúrgico, porém com vias de abordagem diferentes das estruturas cartilaginosas nasais. Dentre eles, salientamos, principalmente, McComb<sup>3,4</sup>, Millard<sup>5,6</sup>, Saylor<sup>7-10</sup>, Mulliken<sup>11,12</sup> e Andrei<sup>13</sup>; todos apresentando excelentes resultados estéticos, sem comprometimento no crescimento das estruturas nasais, demonstrando seguimento de pacientes com mais de vinte anos.

No protocolo utilizado no Serviço de Cirurgia Plástica do Martagão Gesteira - Hospital da Criança, a abordagem das fissuras labiais unilaterais inicia-se logo após o nascimento, com a utilização de placas ortodônticas e fita de micropore para o lábio<sup>14,15</sup>. Dos três aos seis meses de idade, realiza-se a labiorinoplastia no mesmo tempo cirúrgico, utilizando uma variação da técnica de Millard, para abordagem labial e a técnica de McComb<sup>3,4</sup>, para abordagem nasal. O protocolo segue com a palatoplastia posterior dos nove aos doze meses e fechando-se o palato anterior aos quatro anos. Enxerto ósseo em torno dos nove anos e durante todo este período acompanhado por uma equipe multidisciplinar composta de fonoaudiólogos, ortodontistas, psicólogos e assistentes sociais.

Inicia-se a técnica com a marcação labial pela técnica de Millard<sup>5,6</sup>, após a confecção dos retalhos, um descolamento das partes moles músculo-cutâneas da maxila do lado fendido e liberação da asa nasal da borda piriforme. A abordagem nasal segue os conceitos de McComb<sup>3,4</sup>, realizando um amplo descolamento da ponta nasal e cartilagem alar do lado fendido através da base columelar e base alar, passando pontos captados, mantendo, assim, a cartilagem em sua nova posição.

## MÉTODO

No período de janeiro de 2002 a dezembro de 2005, foram avaliados os pacientes que tiveram abordagem nasolabial no mesmo tempo cirúrgico, num total de 176 pacientes, sendo 95 do sexo masculino e 81 do feminino. A idade dos pacientes quando submetidos à cirurgia variou de três meses a oito anos, com uma média de 6,9 meses. Foi utilizada a técnica de Millard<sup>5,6</sup> modificada, para abordagem labial e a técnica de McComb<sup>3,4</sup>,

para abordagem nasal. Os pontos captados nasais são retirados no quinto dia e os labiais, no sétimo dia de pós-operatório, sendo orientada massagem manual na cicatriz. Não foi utilizado modelador nasal de silicone no pós-operatório imediato e tardio.

Realizando estudo retrospectivo, foi solicitada avaliação subjetiva por parte dos cirurgiões em três pontos: resultado estético final com seis meses de pós-operatório; unidade estética nasal isoladamente; unidade estética labial isoladamente.

Estes resultados foram classificados em bom, regular e fraco. Bom refere quando o cirurgião não indica intervenções secundárias; regular, quando o cirurgião indica algum retoque secundário, porém de pequeno porte; fraco, quando o cirurgião indica refazer alguma unidade estética.

## RESULTADOS

Na avaliação do resultado estético, com seis meses de pós-operatório, obtivemos 103 casos classificados como bons, 71 casos classificados como regulares, necessitando de cirurgias secundárias de pequeno porte e dois casos classificados como fracos, os quais foram reoperados.

Avaliando-se isoladamente o resultado estético labial, tivemos 168 casos considerados como bons, seis casos considerados como regulares, necessitando de pequenas correções de vermelhão e cicatrizes que alargaram e dois casos considerados como fracos, que tiveram infecção local com prejuízo acentuado ao resultado, tendo sido reoperados. Na avaliação da unidade estética nasal isoladamente, obtivemos 109 casos classificados como bons, 65 casos classificados como regulares, necessitando de pequenos retoques, principalmente da base alar e alguns da ponta nasal e dois casos classificados como fracos, os quais foram reoperados (Figuras 1 a 18).

## DISCUSSÃO

Avaliando os resultados, observa-se 58% de bons resultados quando avaliados em conjunto às unidades nasolabiais, tendo 41% dos pacientes necessitado de retoques secundários menores e 1% submetido a uma nova labiorinoplastia. Esta porcentagem, de bons resultados nas unidades nasal e labial no primeiro ano de vida, reflete uma série de vantagens como uma melhora significativa na imagem facial precocemente, tirando o estigma nasal na fase pré-escolar, permitindo, assim, uma melhor socialização da criança na fase escolar e convívio familiar. Permite, ainda, alcançar uma forma nasal externa com suas unidades o mais próximo do normal, tendo poucas correções a serem feitas. Quando estas são necessárias, são cirurgias secundárias de menor porte, atuando-se principalmente para correção da base alar e ponta nasal. Se compararmos com a abordagem apenas labial, teremos num segundo tempo a rinoplastia na grande maioria dos casos. Estas rinoplastias apresentam um grau de dificuldade técnica maior, com mais cicatrizes. A redução no número de cirurgias pela técnica nasolabial proporciona,

Figura 1 - Pré-operatório de paciente de quatro meses de idade, com fissura labiopalatina completa à direita.



Figura 2 - Pós-operatório de três meses.



Figura 3 - Pré-operatório do mesmo paciente, com visão mento-naso.



Figura 4 - Pós-operatório, com bom equilíbrio nasolabial.



ainda, menor morbidade. O conceito de que este procedimento precoce interfere no crescimento das estruturas nasais já não é mais aceito, pois o seguimento de mais de vinte anos com autores diferentes não demonstrou alterações no crescimento nasal. Dentre as técnicas descritas para abordagem nasolabial, a adoção da técnica de McComb<sup>3,4</sup> para abordagem nasal apresenta algumas vantagens, como não expor a cartilagem nasal, ausência de cicatrizes adicionais na pele e mucosa nasal e pode ser adequada a outras técnicas labiais da preferência do cirurgião.

Na abordagem labial, a técnica escolhida é a de Millard<sup>5,6</sup>, sendo a que mais respeita as unidades e detalhes estéticos da região nasolabial. Embora apresente a desvantagem, em alguns casos, na altura do lábio, que pode ser

contornada pela experiência do cirurgião, é a técnica mais utilizada mundialmente.

Dentre as desvantagens da abordagem nasolabial, temos a restrição de sua utilização por cirurgiões em treinamento, devido às delicadas estruturas nasais, pois estes pacientes, na sua grande maioria, são operados na fase dos três aos seis meses de idade. O uso de modeladores nasais de silicone no pós-operatório colabora com o resultado estético nasal final, porém seu custo é o principal obstáculo aos pacientes carentes.

Observamos, por fim, que a abordagem nasolabial, por seus excelentes resultados estéticos, baixo índice de complicações e retirada precoce do estigma facial, contribui para o comprometimento dos familiares ao longo tratamento nos serviços multidisciplinares.

Figura 5 - Marcação pela técnica de Millard para o lábio, porém pode ser utilizada outra técnica de preferência do cirurgião e demarcação da área a ser descolada.



Figura 8 - Pós-operatório imediato, com as estruturas em posição.



Figuras 6 e 7 - Descolamento das cartilagens alares e dorso nasal pela base columelar e base alar, seguindo abordagem nasal de McComb. Este procedimento deve ser feito com cuidado, pois o paciente tem de 3 a 6 meses e as estruturas cartilaginosas são delicadas.



Figuras 9 e 10 - Paciente operada após os seis meses de idade, não submetida a tratamentos prévios por morar muito longe do serviço. Mostrando que, mesmo com grandes fendas e deformidades nasais acentuadas, a técnica pode ser utilizada com bons resultados.



Figura 11 - Aspecto pré-operatório, com grande alteração das estruturas nasais.



Figura 12 - Pós-operatório imediato, com as estruturas nasais e labiais com melhor equilíbrio.



Figuras 13 e 14 - Vista mento-naso, pré e pós-operatório com bom resultado, porém com pequena assimetria das narinas.



Figura 15 - Paciente de três meses, com fenda labiopalatina completa à esquerda.



Figura 16 - Paciente com seis meses de pós-operatório, com boa harmonia facial.



Figura 17 - Visão pré-operatória mento-naso.



Figura 18 - Visão mento-naso, observando-se que estes pacientes não usaram no pós-operatório modeladores nasais



## CONCLUSÃO

A abordagem nasolabial é um procedimento que deve ser mais adotado e utilizado por parte dos cirurgiões, pois seus resultados estéticos com repercussão nas estruturas nasolabiais superam as técnicas anteriores. Atualmente, as exigências de um lábio com pouco estigma é um conceito universal. O nariz está passando a ter uma obrigatoriedade de bom resultado e logo estas passarão à fala, arcada dentária com as mordidas e oclusões e crescimento facial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kim YJ, Kim JW. Primary rhinoplasty during cleft lip repair. *J Korean Soc Plast Reconstr Surg.* 1997;24:1290.
2. Noordhoff MS, Chen Y, Chen K, Hong K, Lo L. The surgical technique for the complete unilateral cleft lip-nasal deformity. *Oper Tech Plast Reconstr Surg.* 1995;2:167-74.
3. McComb H. Treatment of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(5):596-601.
4. McComb H. Primary repair of unilateral cleft lip nasal deformity. *Oper Tech Plast Reconstr Surg.* 1995;2:200-5.
5. Millard DR Jr. Cleft graft: the evolution of its surgery. vol. 1-3. Boston: Little, Brown;1980.
6. Millard DR Jr. Earlier correction of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1982;70(1):64-73.
7. Salyer KE. Primary correction of the unilateral cleft lip nose: a 15- year experience. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77(4):558-68.
8. Salyer K. New concepts in primary unilateral cleft lip-nose repair. *Worldplast.* 1995;2:83-97.
9. Salyer KE, Genecov ER, Genecov DG. Unilateral cleft lip-nose repair: a 33-year experience. *J Craniofac Surg.* 2003;14(4):549-58.
10. Salyer KE. Early and late treatment of unilateral cleft nasal deformity. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992; 29(6):556-69.
11. Mulliken JB, Martinez-Perez D. The principle of rotation advancement for repair of unilateral complete cleft lip and nasal deformity: technical variations and analysis of results. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(5): 1247-60.
12. Mulliken JB. Primary repair of bilateral cleft lip nasal deformity. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(1):181-96.
13. Andrel H. Simultaneous repair of lip and nose in unilateral cleft (a long-term report). In: Jackson IT, Sommerlad BC, eds. Recent advances in plastic surgery. vol. 3. Edinburgh: Churchill-Livingstone;1985.
14. Grayson BH, Cutting CB. Presurgical nasoalveolar orthopedic molding in primary correction of the nose, lip and alveolus of infants born with unilateral and bilateral clefts. *Cleft Palate Craniofac J.* 2001;38(3):193-8.
15. Pool R. Tissue mobilization with preoperative lip taping. *Oper Tech Plast Reconstr Surg.* 1995;2:155.