

DORSO NASAL

COORDENADOR: DR. JOÃO DE MORAES PRADO NETO

DEBATEDORES: DR. CARLOS INÁCIO COELHO DE ALMEIDA (MG), DR. JOSÉ CARLOS RONCHE FERREIRA (SP), DR. NELSON HELLER (RS)

INTRODUÇÃO

Ao sermos convidados pelo Dr. Evaldo D'Assumpção para moderar debate sobre Dorso Nasal, pensamos imediatamente que o sucesso deste artigo estaria atrelado à competência dos debatedores.

Sem repetir os nomes do debate sobre Ponta Nasal, selecionamos três colegas do mais alto nível: Drs. Carlos Inácio Coelho Almeida (MG), José Carlos Ronche Ferreira (SP) e Nelson Heller (RS), todos com vasta experiência em Rinoplastia.

Por suposto, não é fácil restringir-se à tecitura do tema (Dorso) sem esbarrar na Ponta Nasal. Todos sabemos que, muitas vezes, a escolha da técnica ou tática no dorso depende da ponta, e a recíproca é verdadeira. Todavia, procuramos desenvolver as sete questões dentro da visão mais eclética possível, objetivando destrinçar o assunto.

1) Qual a sua via de acesso preferencial em nariz primário? Secundário? Por quê? Em que porcentagem usa aberta e fechada?

Nelson Heller: Nos narizes primários, onde programamos somente a remoção da porção cefálica da cartilagem alar, utilizamos a via transcartilaginosa e o dorso é individualizado pelo acesso submucoso. Quando programamos uma cirurgia mais detalhada de ponta, utilizamos a via marginal e o dorso pelo acesso submucoso. A via intercartilaginosa é utilizada quando a ponta requer o mínimo de tratamento. Nestes casos, a cartilagem alar pode ser tratada pela abordagem retrógrada. Em alguns casos, devemos realizar o tratamento do dorso, a remoção da giba. A osteotomia, por vezes, também é realizada com fraturas em desnível. Nas rinoplastias secundárias, com alterações importantes de suas estruturas, utilizamos o acesso externo.

Carlos Inácio Coelho de Almeida: As tendências atuais relativas à atividade médico-cirúrgica estão, de uma maneira geral, direcionadas para as incisões mínimas e para procedimentos minimamente invasivos. Embora a abordagem aberta, através de uma incisão transcolumelar menor que 6 mm, permita uma exposição sem paralelo do esqueleto nasal, preferimos não adotar uma incisão externa em um procedimento estético, quando é possível realizá-lo sem cicatrizes visíveis. A opção pela abordagem endonasal com incisões marginais alargadas, preservando a integridade columelar

em mais de 90% dos nossos casos, tanto em rinoplastias primárias quanto nas secundárias, baseia-se na exposição e visibilidade que ela nos proporciona para flexibilizar as manobras cirúrgicas e executá-las com precisão.

José Carlos Ronche Ferreira: Aproximadamente 95% aberta transcolumelar e 5% *delivery* (exposição alar total). Fechada total, sem exposição alar, praticamente 0%.

2) Qual a porcentagem de osteotomia que realiza? Que tipo? Já fraturou mais? Ou menos? Por que?

Nelson Heller: Realizamos a osteotomia em 80% das rinoplastias. Acesso pela fosseta piriforme; a endosteotomia. Numa grande porcentagem de casos, complementamos a fratura com a osteotomia externa, na altura da glabella com osteótomo de 3 mm. Tenho me mantido na porcentagem de osteotomia em 80% dos casos.

Carlos Inácio Coelho de Almeida: Osteotomias são classicamente realizadas para estreitar uma base óssea larga, fechar um "*open roof*" (teto-aberto) ou corrigir ossos nasais desviados. Realizamos a osteotomia por uma ou, eventualmente, por todas estas razões, em aproximadamente 50% dos nossos casos. Já fraturamos mais, embora hoje a nossa conduta seja mais conservadora e direcionada essencialmente à harmonia e ao equilíbrio global do contorno nasal, que nem sempre se beneficia com o estreitamento da base óssea. Habitualmente, realizamos a osteotomia lateral, endonasal, iniciando baixo na abertura piriforme e terminando alto ao nível do "*radix*" (raiz). Uma compressão suave provoca fratura em "galho verde". Eventualmente, há necessidade de uma fratura oblíqua medial, especialmente quando não existe um "*open roof*" (teto-aberto) associado.

José Carlos Ronche Ferreira: Aproximadamente 30% de osteotomias. Já fracturei muito mais (80%). Depois da técnica "*spring*" (mola) nas laterais superiores, o forro cartilaginoso fica fechado [*closed roof* (teto-fechado)] sob a área de ressecção óssea da giba. Por outro lado também, como priorizo a projeção da ponta, as ressecções de giba diminuíram muito e as faço exclusivamente com lixa, sem osteótomo, serra ou mesmo raspa. Excepcionalmente, faço osteotomia para fechar um "*open roof*" (teto-aberto). Minhas indicações de osteotomia são basicamente para estreitar a base óssea, quando

alargada, e nas laterorrinias que atingem a pirâmide óssea. Tipo: usualmente "low to high", (baixa-alta) com osteótomo curvo, complementada com osteotomia paramediana superior. Não faço osteotomia lateral e medial.

3) Considerando um nariz de pele fina, giba pronunciada, somado a ponta nasal bulbosa (ângulo de divergência entre os ramos laterais alares aumentado), sabemos que sua correção pode acarretar um colapso da válvula nasal interna. Qual sua conduta? Você reduz as cartilagens triangulares?

Nelson Heller: Utilizamos para a individualização das válvulas internas o descolamento submucoso; e, ao rebaixar a cartilagem quadrangular, reconstruímos a válvula interna, reduzindo também as cartilagens triangulares. Individualizamos o dorso nasal, assim como a válvula interna. Em alguns casos, utilizamos "spreader graft" (enxerto expensor), mesmo em rinoplastias primárias.

Carlos Inácio Coelho de Almeida: A estabilidade das cartilagens triangulares (e, portanto, da válvula interna) é diretamente dependente da cúpula septal anterior. A ressecção desta cúpula durante a remoção da giba osteocartilaginosa provocará a perda do suporte anterior das cartilagens triangulares, que cairão medialmente, acarretando a deformidade em "v invertido", colapso da parede lateral e, conseqüentemente, o colapso da válvula interna. Esta é uma situação onde existe uma indicação precisa para o uso dos enxertos expansores ("spreader grafts"), que farão o papel do dorso septal removido, emprestando um novo suporte às cartilagens triangulares e mantendo a permeabilidade da válvula interna. Uma solução alternativa seria a construção de uma estrutura expansora utilizando as bordas anteriores integras das cartilagens triangulares dobradas sobre si e suturadas ao septo em uma abordagem aberta.

José Carlos Ronche Ferreira: Além disto, uma deformidade em V invertido também. Em narizes primários, sempre faço a técnica que eu chamo de "spring" (mola, em inglês), que fixa a porção anterior das triangulares, que são normalmente ressecadas nas técnicas usuais, ao septo, bilateralmente, dobrando-a em sentido medial e inferior. Esta manobra alarga o terço médio, evitando o V invertido e, o que é mais importante, abre a válvula nasal interna, pelo efeito "mola" conseguido. Esta técnica já foi descrita como "bending suture" (sutura dobrada) por um colega da Turquia e também é referida como "spreader flap" (retalho expensor) por alguns cirurgiões americanos. Nos narizes secundários, como eu não tenho mais esta disponibilidade de triangulares, utilizo o "spreader graft" (enxerto expensor) rotineiramente. Nos grandes colapsos de válvula interna que também colapsam a válvula externa, tenho ultimamente utilizado o "lateral crura spreader graft" (enxerto expensor do ramo lateral), proposto por Jack Gunter, que eu acredito ser um dos mais eficientes recursos propostos para a rinoplastia nestes últimos anos.

4) Qual sua experiência no uso de spreader-graft vertical? E horizontal?

Nelson Heller: Utilizamos o "spreader graft" (enxerto expensor) para reconstrução do dorso nasal, colapso valvular, correção de desvios do septo nasal cartilaginoso, podendo, nestes casos, ser utilizado também para corrigir assimetrias do dorso nasal. Nas deformidades em V invertido, indicamos o "spreader graft" (enxerto expensor), assim como, para narizes que necessitam de alongamento nasal ou para corrigir um nariz com altura indesejada.

Carlos Inácio Coelho de Almeida: Utilizo os "spreader-grafts" (enxertos expansores) verticais naturalmente, para evitar o colapso do 1/3 médio e incompetência valvular interna, em quase todos os casos de remoção significativa da giba osteocartilaginosa, especialmente em pacientes com pele delgada. São confeccionados de maneira tradicional, com duas lâminas, preferencialmente de cartilagem septal, posicionadas em lojas submucosas justas, ao longo da borda anterior do septo e fixadas com 1 ou 2 pontos ao nível do ângulo septal. Utilizo "spreader-graft" (enxerto expensor) horizontal, quando existe indicação para aumentar a projeção do dorso. Um enxerto dorsal substancial apresenta a mesma eficácia não só para prevenir o colapso do 1/3 médio, mas também para tratamento da incompetência valvular secundária a rinoplastias prévias.

José Carlos Ronche Ferreira: Como você viu acima, utilizo o "spreader graft" (enxerto expensor) rotineiramente em narizes secundários e, às vezes, em narizes primários, onde não abaixo o dorso. Uso rotineiramente o enxerto em posição longitudinal, paralelo ao septo, em uma ou mais camadas, fixo com dois pontos de sutura. Não utilizo o "spreader" (enxerto) que você chama de horizontal, pois acho difícil fixá-lo entre os remanescentes de triangulares. Uso enxertos horizontais do tipo "CATS graft" (enxertos cartilagosos autógenos finos do septo) para correção de nariz em sela, sobre o dorso osteocartilaginoso, após a correção funcional que se fizer necessária, mesmo após ter usado spreader grafts com finalidade de abrir a válvula nasal interna.

5) Em se tratando de aumento de dorso, qual sua preferência? Usa aloplásticos ou PMMA?

Nelson Heller: Em primeiro lugar utilizamos o enxerto cartilaginoso, retirado do septo nasal, da região auricular ou cartilagem homóloga. O enxerto ósseo da crista ilíaca somente utilizamos na correção do dorso cartilaginoso com deformidade importante. Em número reduzido de casos, utilizamos material de preenchimento o PMMA.

Carlos Inácio Coelho de Almeida: Tecidos autógenos são preferenciais em rinoplastias. Aloplásticos devem ser evitados.

A cartilagem septal é a primeira escolha para enxertos em rinoplastia. O septo é uma excelente fonte de cartilagens retas, com espessura adequada, que é extremamente versátil em rinoplastias primárias e secundárias. De fácil obtenção com mínima morbidade é, sem dúvida, o mais acessível e de longe o melhor material autógeno que pode ser tão efetivamente empregado para suporte, contorno e volume. Pode ser confeccionado em uma ou múltiplas camadas, rígido ou ainda esmagado em narizes de pele fina. Se não há septo suficiente disponível para os enxertos necessários, a cartilagem auricular seria a segunda opção, seguida pela cartilagem costal esmagada ou picotada e envolta em fascia temporal. Enxertos ósseos são raramente usados, mas a primeira opção é a tábua externa da calota craniana e, a seguir, a crista ilíaca; esta mais susceptível à absorção e aos seqüestros tardios. Apesar de referências entusiásticas na literatura em relação ao uso de aloplásticos, não fazemos uso destas substâncias porque nenhum material aloplástico apresenta resultados e reduzidas taxas de complicações comparáveis a enxertos autógenos. Até o presente momento, o uso de aloplásticos em rinoplastia, incluindo o PMMA, implica em enrijecimento por fibrose cicatricial e comprometimento definitivo da elasticidade do envelope cutâneo. Rejeição, infecção, extrusão não são fenômenos infreqüentes.

José Carlos Ronche Ferreira: Sempre que disponível, prefiro a cartilagem septal. O procedimento é muito menos mórbido e a cartilagem é de fácil manejo. Em narizes negróides, usualmente de dorso muito baixo e com pele espessa, utilizo a concha auricular, muitas vezes, as duas conchas, para maior aumento do dorso. Em algumas situações, utilizo enxerto ósseo da tábua externa do crânio, que introduzo no osso frontal, "engavilhado", de modo a colocar a raiz nasal em posição mais superior. Tenho utilizado com bastante freqüência o polietileno poroso (Medpor - Porex), quando preciso de muito material e não quero adicionar lesão a eventual área doadora. Sempre fixo o Medpor ao osso nasal com um parafuso de titânio, colocado por uma pequena perfuração cutânea. Não tenho utilizado o PMMA ou qualquer outro preenchimento em rinoplastia. Em princípio, sou visceralmente contra a realização da "rinobioplastia", ou qualquer outra denominação que se utilize. Aceito que se possa usar de algum preenchimento, em doses mínimas, para correção de pequenas deformidades secundárias. Tenho operado, poucos casos, de narizes previamente injetados com PMMA. Quando a técnica utilizada introduziu o produto em vários túneis, encontrei dificuldade na dissecação dos planos cirúrgicos devido a intensa fibrose local. Quando a aplicação foi feita em um único local, encontrei um "cisto" de PMMA que pode ser removido sem grandes dificuldades.

6) Em rinosseptoplastia com turbinectomia, você chama o otorrinolaringologista? Qual é a anestesia utilizada?

Nelson Heller: Nas rinosseptoplastias que necessitam turbinectomia, utilizamos a anestesia local com sedação

e nós mesmos a realizamos. O tamponamento, em geral, permanece por 72 horas. Na maioria dos casos, utilizamos uma placa de raios-X, que é suturada nos dois lados do septo nasal e esta permanece pelo mesmo tempo que permanece a placa imobilizadora, por volta de seis a sete dias. Este procedimento tem evitado o comprometimento funcional e previne a formação de sinéquias no pós-operatório.

Carlos Inácio Coelho de Almeida: Praticamos a septoplastia rotineiramente. Uma septoplastia proficiente deve fazer parte do repertório do cirurgião plástico, não só para correção da obstrução ao fluxo aéreo provocados pelos desvios septais, como também para obtenção de enxertos de cartilagens ou ambos. Embora a turbinectomia possa ser realizada de forma segura e eficaz associada à rinoplastia, alguns estudos de rinomanometria suportam o conceito de que a obstrução promovida pela hipertrofia dos cornetos deva ser largamente reativa e secundária, ocorrendo a regressão espontânea após a correção da competência valvular e dos desvios septais, com conseqüente melhora do fluxo aéreo nasal. Portanto, no atual momento, preservamos a turbinectomia para o plano pós-operatório, se necessário, a cargo do otorrinolaringologista. A anestesia local com sedação assistida pelo anestesista é nossa preferência em praticamente todas as rinoplastias, associadas ou não às septoplastias. O tamponamento é realizado por 48 a 72 horas no máximo. Usamos rotineiramente curativos e talas de gesso, suavemente posicionados sobre a pirâmide nasal; desde que tenha sido preservado um robusto suporte do septo caudal e dorsal, não existem riscos adicionais ao procedimento estético.

José Carlos Ronche Ferreira: Opero com otorrinolaringologista (sempre de meu relacionamento e de quem eu sei a competência) nos casos de tratamento dos seios paranasais, nas etmoidectomias e nas abordagens da concha média. Os desvios septais e o tratamento da concha inferior eu mesmo faço, seja turbinoplastia com turbinorrafia ou simples cauterização com radiofreqüência. Opero sempre com anestesia geral. Na grande maioria dos casos, sempre associo algum procedimento funcional. Com isto, a duração média das minhas rinoplastias primárias oscila entre 2 a 3 horas. As secundárias demoram ainda mais. A anestesia local não é confortável em minhas mãos. Opero sempre com o mesmo anestesista. Raramente uso tampão. Quando uso, ele é feito com dedo de luva e fica por 24 horas. Uso *splint* com alguma freqüência, quando associo tratamento das conchas nasais a grandes desvios septais para evitar sinéquias. Deixo os *splints* por duas a três semanas. O tampão é colocado ao final da operação, após a microporagem. É introduzido sob visão do espéculo iluminado e não é compressivo. Depois do tampão, reviso a posição dos ossos (se houve osteotomia) e, por fim, coloco o Aquaplast (não uso gesso).

7) Como trata as laterorrinias ósseas? E as do dorso cartilaginoso?

Nelson Heller: As laterorrinias são tratadas conforme a deformidade apresentada. Quando juntamente com o laterodesvio ósseo há também o cartilaginoso, estes são tratados individualmente. O importante no laterodesvio é que haja a mobilização de toda a pirâmide nasal. Na grande maioria dos casos, complementamos a osteotomia com acesso na altura da glabella externamente. O dorso cartilaginoso deverá ser tratado de acordo com a deformidade apresentada. Em alguns casos, devemos realizar o tratamento do dorso nasal utilizando o "*spreader graft*" (enxerto expansor).

Carlos Inácio Coelho de Almeida: As laterorrinias podem se apresentar como consequência de um desvio septal, desvio dos ossos nasais ou freqüentemente uma combinação de ambos. Historicamente, a cirurgia radical tem sido advogada para correção dos desvios da pirâmide nasal, com um "ataque" em larga escala ao septo, para reposicioná-lo sobre a linha média. Entretanto, os dois principais objetivos no tratamento dos narizes desviados são:

- a) Produzir um nariz que proporcione a ilusão de ser retilíneo;
- b) Que seja competente para promover um fluxo aéreo nasal eficaz.

Osteotomia assimétrica lateral e medial com "*in fracture*" (fratura lateral) apenas do lado convexo, associada a enxertos de camuflagem de cartilagem septal rígido ou esmagado sobre o lado côncavo, é uma opção eficaz em alguns casos de laterorrinia óssea pura. As laterorrinias cartilaginosas são abordadas através da ressecção submucosa do septo posterior, preservando um robusto suporte em "L" do septo caudal e dorsal. São colocados enxertos expansores (*spreader grafts*) unilaterais de forma assimétrica, retificando e camuflando uma linha dorsal curva. Quando a "perna inferior do L *Strut*" (estaca em L) está desviada da linha média, a borda caudal do septo estará desviada para um dos lados. Esta situação requer mobilização, reposicionamento e fixação do septo caudal sobre a espinha nasal anterior.

José Carlos Ronche Ferreira: As laterorrinias sem desvio ósseo são tratadas com a técnica do "*swinging door*" (septo giratório), associada a "*spring*" (mola) ou "*spreader-graft*"

(enxerto expansor) para auxiliar a imobilização septal. As ósseas, além daquelas manobras, são submetidas a osteotomias. Quando a base da pirâmide óssea é estreita, uso uma osteotomia em monobloco, que permite o reposicionamento sem interromper o arcabouço ósseo. É muito mais estável. Quando, além do desvio, a pirâmide é também larga, faço as osteotomias laterais curvas, tipo "*low to high*" (baixa-alta).

COMENTÁRIOS DO COORDENADOR

Sintetizando, observamos que a rinoplastia aberta é adotada quase sempre pelo José Carlos e quase nunca pelo Heller e pelo Carlos. Particularmente, uso-a em 50% dos casos primários e em 80% dos secundários. De qualquer forma, sentimos que há 2 vertentes opostas. Quanto à prevenção e/ou tratamento do colapso da válvula nasal interna, há um consenso na medida em que todos se utilizam do "*spreader-graft*" (enxerto expansor). O mesmo também é usado para correção de laterorrinia, quando deverá ser posicionado do lado côncavo para simular a retificação do dorso.

Uma vez mais, há uma concordância quanto à preferência dos enxertos, que recai sobre o septo, concha auricular e, finalmente, a costela. Sentimos certo preconceito quanto ao uso do enxerto ósseo, cuja opção seria o de tábua externa do crânio (José Carlos e Carlos) e crista iliaca (Heller).

Quanto ao PMMA, observamos uma rejeição plena por parte do Carlos e do José Carlos e, quase total, por parte do Heller que o utiliza raramente. Concordo com os debatedores visto que, por se tratar de material injetável, não há como retirá-lo com segurança no caso de uma complicação. Por outro lado, concordo com o José Carlos quanto à utilização do polietileno poroso em casos muito especiais.

Finalmente, observamos uma preocupação expressiva dos três quanto à parte funcional do nariz. Heller e José Carlos realizam, eles mesmos, a turbinectomia, enquanto que o Carlos deixa a cargo do otorrinolaringologista, com quem eu concordo.

A anestesia local com sedação é a preferida do Carlos e do Heller, enquanto que a geral é rotina para o José Carlos. Entendo que narizes menos complicados sem envolvimento funcional possam ser operados sob sedação, porém rinosseptoplastias, com ou sem turbinectomia, são realizadas com mais conforto sob anestesia geral.