

PONTA NASAL

COORDENADOR: VOLNEY PITOMBO

DEBATEDORES: AYMAR SPERLI – SÃO PAULO, JOÃO DE MORAES PRADO NETO – SÃO PAULO, JORGE ISHIDA – SÃO PAULO

INTRODUÇÃO

A ponta nasal representa o grande enigma da rinoplastia. Esta dificuldade está relacionada, em parte, à delicada anatomia desta área, composta por estruturas frágeis e de pequenas dimensões, representadas pelas cartilagens alares.

A fina cobertura de gordura expõe as irregularidades ou assimetrias das estruturas da ponta nasal, dificultando ainda mais seu tratamento. Dr. Ronaldo Pontes tem dito que: "quem controla a ponta nasal controla a rinoplastia", evidenciando, assim, a grande importância dessa área para a cirurgia do nariz.

A fim de conhecermos algumas soluções para problemas comuns com relação à ponta nasal, convidei três talentosos cirurgiões de São Paulo, com grande experiência em rinoplastia e com uma imensa boa vontade para ensinar, para participar do debate: Dr. Aymar Sperli, Dr. João de Moraes Prado Neto e Dr. Jorge Ishida.

1) Qual a sua técnica de eleição para o tratamento da ponta nasal. Por quê?

Aymar Sperli: Depende do tipo de sustentação da ponta. Procuro seguir a classificação de ponta estabelecida por Dr. Pitombo, que vai do Tipo I a V. Se a ponta nasal for dos tipos III, IV e V, sempre faço o "strut" (dependendo do caso, com cartilagem da concha ou do septo). Se for dos tipos I e II, costumo indicar a alça de balde, lembrando sempre que a ponta, além de sustentada, deverá ser bem definida.

Prado Neto: Sempre exponho as cartilagens alares na sua plenitude (domos + ramos laterais), quaisquer que sejam as deformidades. Considero de extrema prudência vê-las, compará-las e identificar possíveis assimetrias, para depois realizar o tratamento planejado. Para isso, tanto posso usar a via semi-aberta (alça de balde), como a via transcolumelar (aberta).

Jorge Ishida: Baseados no fenômeno de Gibson, há alguns anos, estudamos o mecanismo de encurvamento das cartilagens, quando delaminadas ou raspadas.

2) Como você corrige a ponta nasal sem projeção?

Aymar Sperli: Pode-se projetar a ponta utilizando-se enxertos cartilaginosos.

Prado Neto: Na ponta pouco projetada por conta de uma altura insuficiente, devemos usar as suturas de projeção:

- Equalização dos ramos mediais;
- Confecção dos neodomos;
- Sutura columela-septo, fixando os ramos mediais em um ponto mais alto da borda caudal (mn 6.0).

Atenção especial aos narizes de pele fina, uma vez que o enxerto pode ficar aparente, causando insatisfação ao paciente.

Se a hipoprojeção é mais grave, usamos "strut" de sustentação e, às vezes, um enxerto sobre os domos do tipo "cap" ou "Peck".

Além disso, como o invólucro cutâneo tem a capacidade limitada de se expandir, muitas vezes, devemos reduzir o dorso para produzir o equilíbrio.

Jorge Ishida: Usando a técnica mencionada no item anterior, podemos criar um novo domus, tratar a ponta bulbosa sem ressecção, reduzir a ponta projetada, deformidades congênitas com assimetrias. Em todos esses casos, quase não utilizamos ressecção ou pontos.

3) Como você diminui a ponta nasal excessivamente projetada? E como trata a ponta nasal ptosada?

Aymar Sperli: Trabalhando na cruz medial (encurtamento da base) ou, eventualmente, incluindo parte do subsepto. Gostaria de deixar claro que nunca diminuo a altura trabalhando no domo. Procuro preservá-lo e somente tirar o excesso na base. Em alguns casos, é necessário tratar também as asas.

Prado Neto: Em hiperprojeções leves e moderadas, o tratamento é mais conservador (90% dos nossos casos). Assim sendo, recursos prosaicos como incisões transfixantes e redução dos

ramos laterais contribuem para reduzir a projeção. Nesta situação, a fixação columela-septo se faz de forma inversa à descrita no item anterior: a sutura dos ramos mediais abraçando a borda caudal do septo em nível mais baixo faz a ponta baixar em cerca de 2 a 3 mm.

Todavia, se estamos diante de um autêntico nariz de Pinochio, com necessidade de rebaixar de 4mm a 8mm, podemos fazer a amputação de parte dos ramos mediais e, até mesmo, a remoção total dos domos (*"in extremis"*). Nesses casos, devemos usar um "strut" para sustentar e manter a posição correta dos ramos mediais. Vale lembrar que quase sempre há necessidade de redução das asas nasais.

A ponta ptosada tem como principal causa a falta de sustentação, seja por fragilidade das alares ou por deficiência do septo caudal. Desta forma, se temos uma columela com bom comprimento, posicionamo-la e a mantemos com a sutura septo-columela (já mencionada anteriormente) feita com fio inabsorvível, associada à remoção do excedente de mucosa do septo membranoso.

Não nos esqueçamos de que o "strut" se faz necessário, especialmente quando a qualidade da alar é deficiente ou quando a sutura e remoção de mucosa causam um grande encurtamento com retrusão da columela.

Jorge Ishida: Na ponta nasal ptosada, acredito que todos os procedimentos não são tão efetivos. Geralmente, com a raspagem, mudamos a posição do domus. Algumas vezes, colocamos um "strut" e, em outros casos, suturamos todo o conjunto mais anteriormente, levantando a ponta.

4) Como você corrige o nariz bulboso (pele grossa) que apresente tecido fibro-gorduroso na ponta?

Aymar Sperli: Em primeiro lugar, gostaria de argumentar que pele grossa sempre é um problema. Ela se sustenta por si só, o que dificulta a definição. Por outro lado, procuro diminuir a qualidade de tecido músculo-ligamentar (entre as cartilagens alares), incluindo o denominado "Ligamento de Pitanguy" e, eventualmente, o músculo depressor do septo e músculo nasal.

De qualquer modo, mesmo procurando-se modelar as cartilagens, vale lembrar que a pele grossa sempre limita o prognóstico.

Prado Neto: O desengorduramento da pele da ponta deve ser feito sob visão direta e com muita parcimônia. Já vi muito desastre, como necrose extensa de ponta por manobra intempestiva. Nesse caso, use o expediente de, até mesmo, remover os ramos laterais por completo (raramente os domos). Em pontas menos bulbosas, suturas de aproximação dos domos e redução do ângulo de divergência dos ramos

laterais devem ser usadas. Ao utilizar esta última, atenção para não estreitar a válvula nasal interna.

Jorge Ishida: Através da técnica mencionada anteriormente.

5) Você usa algum tipo de preenchimento aloplástico para ponta?

Aymar Sperli: Em princípio, não. A não ser para melhor sustentá-la.

Prado Neto: Não uso sólidos porque com frequência ocorre a extrusão; não uso preenchimentos porque temo por complicações a curto e, sobretudo, a longo prazo.

Jorge Ishida: Sou contra qualquer preenchimento aloplástico.

6) Como trata o edema prolongado de ponta nasal?

Aymar Sperli: Nunca injeto corticosteróides na ponta, visando diminuir o edema (tipo Triamcinolona). Prefiro, se for o caso, manter o pós-operatório coberto com dosagens sistêmicas de Dexametasona (não exagerado) e mantenho o curativo microporado por 2 a 3 semanas. Aconselho aos pacientes a terem paciência e aguardar o período de até 1 ano.

Prado Neto: Massagem e observação contínua. A persistir, avalio a necessidade de reabrir (após 1 ano) e remover o tecido fibroso. Não tive até o momento nenhum caso dramático de edema persistente, mesmo nas rinoplastias abertas por conta de edema linfático.

Jorge Ishida: Não tenho nenhuma conduta em relação ao edema prolongado da ponta.

COMENTÁRIOS

Analisando as respostas dos debatedores, observei que não existe a técnica ideal para o paciente, mas o paciente ideal para a técnica. Assim, dependendo da deformidade que iremos corrigir, empregaremos a técnica adequada.

Concordo, ainda, com os debatedores que, qualquer que seja a técnica escolhida, as cartilagens alares têm de ser expostas para que sejam comparadas, analisadas e corrigidas adequadamente de forma simétrica.

Notei também que a utilização de enxertos e cartilagens continua sendo um recurso seguro e bastante utilizado na

projeção da ponta nasal. A orelha e o septo-nasal constituem áreas doadoras suficientes para a correção da maioria dos casos.

Dr. João de Moraes Prado Neto e Dr. Jorge Ishida não usam preenchimento ou inclusão aloplástica alguma. Essa prática coincide com a minha opinião. Dr. Aymar Sperli está desenvolvendo um trabalho experimental, para casos especiais, utilizando o "strut" de silicone. Já possui algumas dezenas de casos e pretende apresentar seus resultados em breve, em uma sessão científica.

Finalmente, ficou evidenciado o cuidado de todos os debatedores com o desengorduramento da ponta nasal, que, quando necessário, é feito com muito critério. Quanto ao trata-

mento do edema prolongado da ponta nasal, a atitude conservadora é empregada por todos os debatedores. Assim, devemos aguardar o resultado tardio que, dependendo da espessura da pele, pode ser de, no mínimo, 2 anos para que possamos reintervir cirurgicamente.

Em alguns casos selecionados de edemas persistentes, nós infiltramos 0,2 cc de triamcinolona a 4 mg por ml na região fibrosada. Se necessário, repetimos a dose após 3 semanas. Esta tentativa não deve ser mantida se com 2 aplicações não obtivermos o resultado desejado.

Gostaria de agradecer aos debatedores a preciosa colaboração sobre este tema tão polêmico e, ainda assim, fascinante para todos nós.