

EXORRINOPLASTIA PARA TRATAMENTO DA PONTA NASAL BULBOSA

*Exo-rhinoplasty in the treatment of bulbous nasal tip*LUIZ FERNANDO DA COSTA¹, ANÍSIO MARINHO MUÑOZ², DANIEL LÓPEZ², JUAN CARLOS MELO², MÁRIO ANDRÉ NAHON³

RESUMO

Nos últimos anos, nossa equipe tem utilizado sistematicamente a exorrinoplastia para tratamento da ponta nasal bulbosa, caracterizada por pele grossa, ponta globosa e mal definida.

Inicialmente, era feita apenas a sutura interdomal e foi observado que o resultado da projeção da ponta nasal não era duradouro. Recentemente, passou-se a utilizar o acesso de Rethi modificado, sutura interdomal e enxertos cartilagosos tipo Peck e "strut", obtendo-se, desta forma, melhor definição e projeção da ponta nasal com resultados persistentes.

Descritores: Nariz, cirurgia. Rinoplastia, métodos.

SUMMARY

Over the last few years, our team has systematically utilized exo-rhinoplasty in the treatment of bulbous nasal tips, which are characterized by thick skin, excessively rounded and with bad definition.

Initially, only interdomal sutures were performed and it was noticed that the resulting projection using this technique was not long-lasting. More recently, the modified Rethi approach started to be utilized, using interdomal sutures and Peck and Strut-type cartilage grafts; thus obtaining a better definition and projection of the nasal tip with long-lasting results.

Descriptors: Nose, surgery. Rhinoplasty, methods.

INTRODUÇÃO

O uso de incisões externas em rinoplastia estética foi iniciado em 1887 por Roe, quando não havia uma preocupação com a colocação destas cicatrizes. A partir de 1931, Joseph¹, considerado pai da rinoplastia moderna e Aufricht, em 1943, ampliaram o arsenal de técnicas para o tratamento de deformidades alares e columelares com o acesso endonasal. Rethi², em 1931, descreveu o acesso transcolumelar e incisão nasal marginal bilateral para exorrinoplastia, que é atualmente utilizada por nós, com pequena variação com o uso do "V" columelar.

Amplamente usada como opção para rinoplastias secundárias³, nas quais o manejo prévio causando fibrose e

distorções da anatomia osteocartilaginosa nasal, alteraria e dificultaria a abordagem pela via fechada.

O nariz bulboso, caracterizado por uma ponta globosa, excesso de cartilagens alares e aumento da espessura do tecido mole (pele e tecido celular subcutâneo, ligamentos e músculos)⁴, era tratado inicialmente por nós por meio da incisão intercartilaginosa endonasal e marginal, formando uma alça, com ressecção cefálica das cartilagens alares, sem conseguir uma boa definição da ponta nasal. Então, introduzimos o uso da sutura interdomal, com a qual observávamos que o efeito de projeção da ponta nasal não persistia.

Baseado em estudos de Sperli^{5,6}, temos utilizado a exorrinoplastia primária para tratamento da ponta nasal

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Preceptor da Residência Médica do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Municipal de Ipanema.
2. Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Municipal de Ipanema.
3. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Preceptor da Residência Médica e Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Municipal de Ipanema.

Correspondência para: Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Municipal de Ipanema
Rua Visconde de Caravelas, 21, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ - Brasil - Tel/Fax: (21) 2266-3537
E-mail: cplastica@luizfernandodacosta.com.br

bulbosa, com a qual conseguimos uma melhor definição da ponta nasal, com ressecções cartilaginosas precisas, montagem do domus nasal com sutura (Figura 1) e uso de enxerto de cartilagem autógena sobre o domus cartilaginoso (enxerto de Peck), associado a enxerto autógeno perpendicular entre as cruzes mediais ("strut"), formando o chamado "umbrella graft", descrito pelo mesmo autor^{7,8} (Figura 2).

MÉTODO

Foram operados 44 pacientes no período de 2000 a 2003, cujas características da ponta nasal eram: pele grossa, ponta globosa e mal definida (Figuras 3, 4, 5, 9, 10, 13, 14, 15, 19, 20, 23, 24, 27, 28).

Técnica Cirúrgica

Acesso de Rethi modificado: incisão na columela em "V" e marginal bilateralmente a 2 mm da borda livre da narina, seguindo da cruz medial prolongando-se pelo domus cartilaginoso e cruz lateral até próximo à implantação da asa nasal.

Descolamento da pele com tesoura curva de ponta romba, com ampla exposição das cartilagens alares e triangulares. Ressecção do excesso de tecido mole sobre as cartilagens alares. Ressecção médio-cranial do excesso de cartilagem alar.

Separação das cruzes mediais com exposição da cartilagem quadrangular (septo), que é liberado de sua mucosa superiormente até a junção com as cartilagens triangulares, que serão separadas da cartilagem septal, preservando-se a mucosa e ressecção cartilaginosa precisa, se necessário.

Pontos de montagem com nylon branco 6-0 agulha cilíndrica de 1,5 cm nas alares e sutura interdomal com 2 ou 3 pontos.

Enxerto de Peck e "strut" para sustentação, formando o chamado "umbrella graft" com melhor projeção e definição da ponta nasal. Rotação da asa nasal, quando necessário.

RESULTADOS

A colocação dos enxertos de cartilagem auricular associado à sutura interdomal para o tratamento da ponta nasal foi introduzida por nós ao observarmos que as simples suturas não traziam resultados duradouros, mostrando certa queda da ponta evidenciada em médio prazo (6 meses a 1 ano) em 60% dos casos. O uso de enxertos cartilaginosos auriculares se mostrou eficaz em longo prazo em 90,9% dos casos, com manutenção dos resultados e melhor definição da ponta nasal (Figuras 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 18, 21, 22, 25, 26, 29, 30). Em 4 casos foram necessários pequenos retoques, sendo que em um dos pacientes se associou o enxerto de Sheen⁹ (enxerto em forma de escudo sobre a deflexão anterior da cruz medial).

CONCLUSÃO

Hoje, a nossa primeira opção para os narizes com ponta bulbosa é a exorrinoplastia primária com tratamento das cartilagens alares, triangulares, quadrangular, sutura interdomal (Figura 1), colocação de enxerto de cartilagem autógeno tipo "strut" e o enxerto de Peck, configurando o "umbrella graft" (Figura 2).

A exorrinoplastia permite um acesso direto às estruturas nasais e uma fixação segura dos enxertos cartilaginosos, possibilitando melhor definição da ponta nasal com resultados duradouros em longo prazo.

Figura 1 - Sutura interdomal.

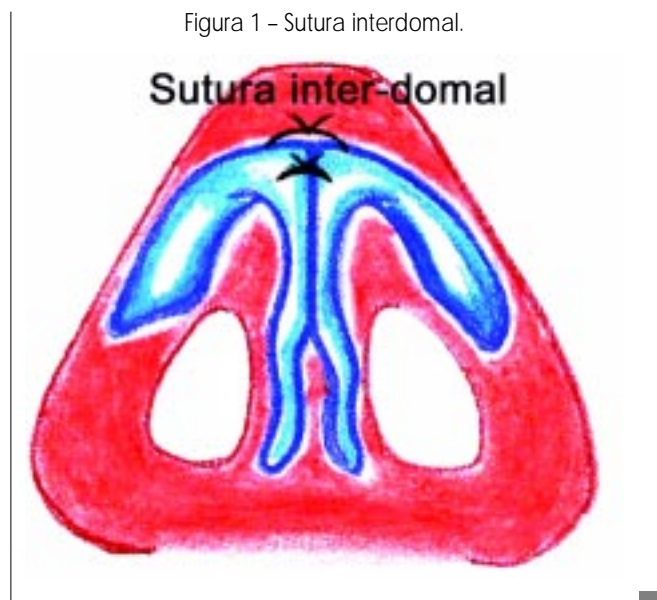


Figura 2 - "Umbrella graft".

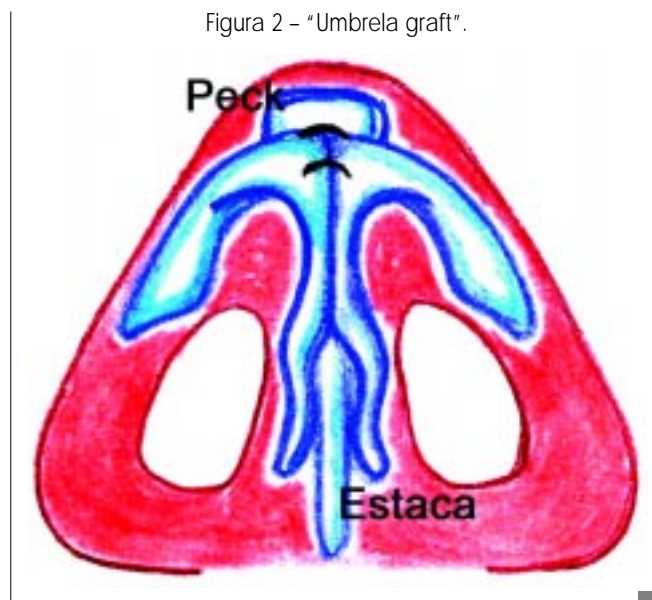


Figura 3 – Paciente 1, pré-operatório.



Figura 4 – Paciente 1, pré-operatório.

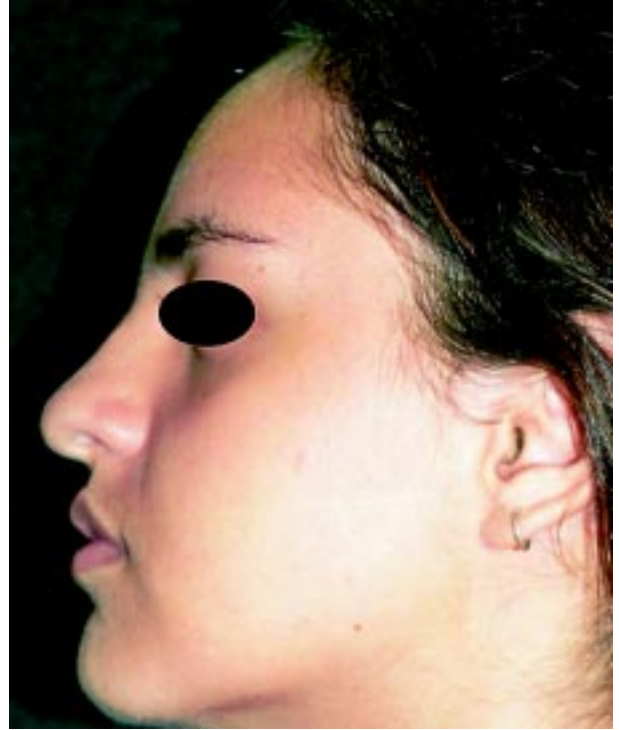


Figura 5 – Paciente 1, pré-operatório.



Figura 6 – Paciente 1, pós-operatório 2 anos.



Figura 7 - Paciente 1, pós-operatório 2 anos.



Figura 8 - Paciente 1, pós-operatório 2 anos.



Figura 9 - Paciente 2, pré-operatório.

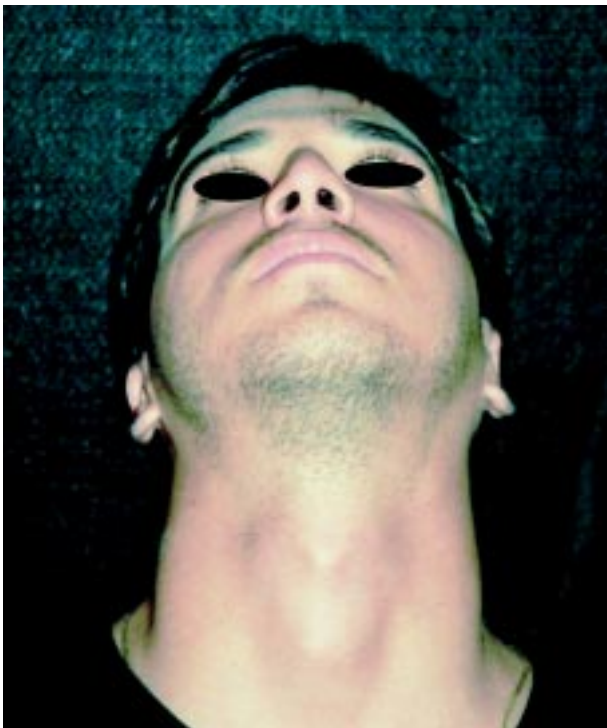


Figura 10 - Paciente 2, pré-operatório.



Figura 11 – Paciente 2, pós-operatório 2 anos.

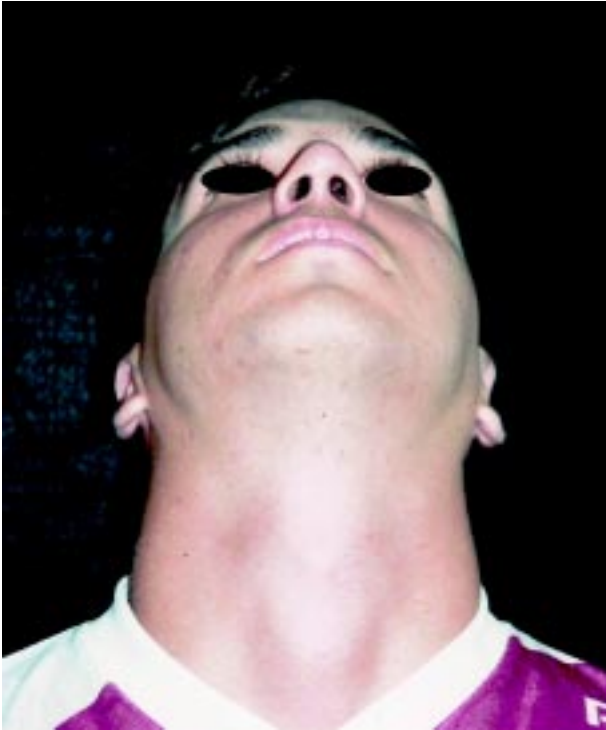


Figura 12 – Paciente 2, pós-operatório 2 anos.

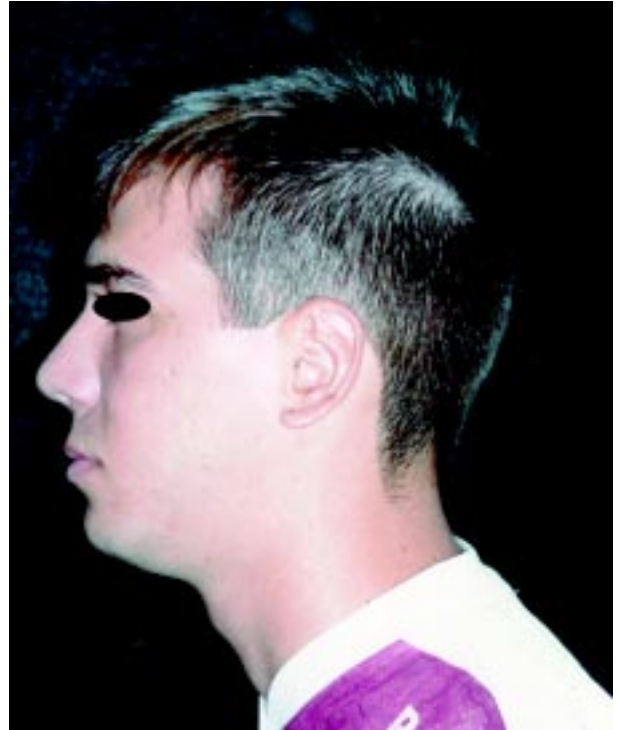


Figura 13 – Paciente 3, pré-operatório.



Figura 14 – Paciente 3, pré-operatório.



Figura 15 – Paciente 3, pré-operatório.



Figura 16 – Paciente 3, pós-operatório 1 ano.

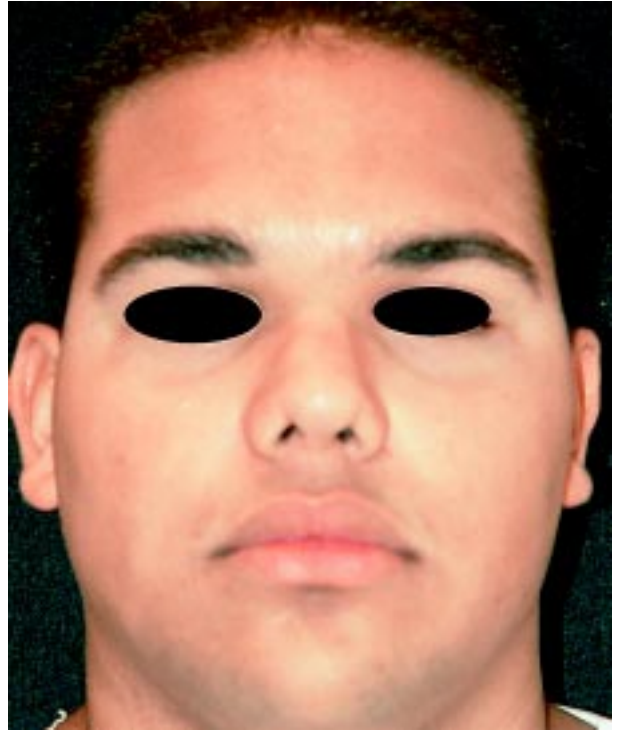


Figura 17 – Paciente 3, pós-operatório 1 ano.



Figura 18 – Paciente 3, pós-operatório 1 ano.

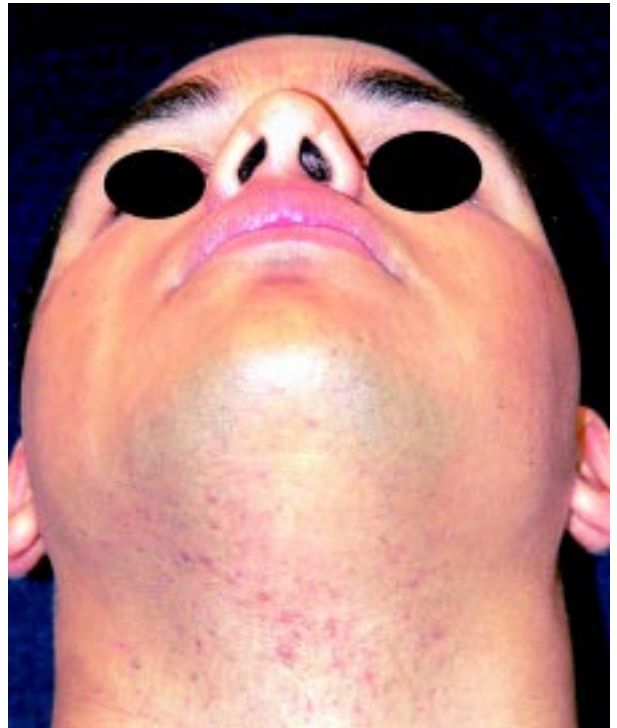


Figura 19 – Paciente 4, pré-operatório.



Figura 20 – Paciente 4, pré-operatório.



Figura 21 – Paciente 4, pós-operatório 3 meses.



Figura 22 – Paciente 4, pós-operatório 3 meses.



Figura 23 – Paciente 5, pré-operatório.



Figura 24 – Paciente 5, pré-operatório.



Figura 25 – Paciente 5, pós-operatório 2 meses.



Figura 26 – Paciente 5, pós-operatório 2 meses.



Figura 27 – Paciente 6, pré-operatório.



Figura 28 – Paciente 6, pré-operatório.



Figura 29 – Paciente 6, pós-operatório 40 dias.



Figura 30 – Paciente 6, pós-operatório 40 dias.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joseph J. Nasenplastik und sonstige. Gesichtsplastik, Kabitsch; Leipzig;1931:90.
2. Rethi A. Right and wrong in rhinoplasty operat. Plast Reconstr Surg. 1948;3:371.
3. May H. The Rethi incision in rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 1951;8(2):123-31.
4. Rohrich RJ, Adams Jr. WP. The boxy nasal tip: classification and management based on alar cartilage suturing techniques. Plast Reconstr Surg. 2001;107(7): 1849-68.
5. Sperli AE. Exorrioplastia. Comunicação regional. Rio de Janeiro:Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica;1987.
6. Sperli AE. Exorrioplastia. Rev Soc Bras Cir Plást. 1988; 3(2):126.
7. Peck GC. Techniques in aesthetic rhinoplasty. 2nd ed. Lippincott;1927.
8. Peck GC. Basic primary rhinoplasty. Clin Plast Surg. 1988; 15(1):15-27.
9. Sheen JH. Achieving more nasal tip projection by the use of a small autogenous vomer or septal cartilage graft. A preliminary report. Plast Reconstr Surg. 1975; 56(1):35-40.

Trabalho realizado no Hospital Municipal de Ipanema.

Artigo recebido: 07/12/2004

Artigo aprovado: 03/05/2005