

Anatomia artística e opções técnicas na rinosseptoplastia

JULIO WILSON FERNANDES ^{1*}

RESUMO

Introdução: A prática da rinosseptoplastia envolve uma percepção adequada e objetiva da “deformidade”, uma adequada avaliação funcional do nariz, e uma idealização da beleza, baseada na anatomia artística, e no contexto das expectativas de cada paciente. **Métodos:** O autor apresenta os mais frequentes aspectos da anatomia artística, relevantes para a rinoplastia, e as técnicas, táticas, e atitudes cirúrgicas que têm possibilitado a convergência, entre a referida anatomia e a obtenção de resultados estética e funcionalmente adequados na sua prática. **Resultados:** Os narizes com alterações mínimas na ponta foram submetidos à rinoplastia convencional, enquanto os que necessitaram maiores intervenções foram submetidos a rinoplastia aberta, ambos com resultados igualmente satisfatórios. **Conclusão:** A anatomia artística tem sido uma importante contribuição ao sucesso das rinosseptoplastias, tanto na abordagem fechada como na aberta.

Descritores: Nariz; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Cartilagens nasais; Osteotomia; Septo nasal.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0039

INTRODUÇÃO

A prática da rinoplastia envolve uma percepção adequada e objetiva da “deformidade” vivenciada pelo paciente, no contexto social em que vive, e suas expectativas de resultado¹. O emprego do desenho e da fotografia² são aliados importantes, sendo o primeiro semiologicamente singular pela possibilidade de contemplar luz e sombra, além da proporcionalidade: ao reduzir o tridimensional para a versão bidimensional no papel, o cirurgião percebe nuances relevantes que poderiam passar despercebidos na fotografia.

Não menos importante é a rinoscopia, na qual desvios e alterações do fluxo aéreo podem ser percebidas, além de hipertrofias vicariantes de cornetos e alterações na mucosa³. Após esta etapa, e ainda na primeira avaliação, deve o cirurgião idealizar artisticamente⁴ a beleza para o caso, no contexto das expectativas do paciente.

OBJETIVO

O autor apresenta os mais frequentes aspectos da anatomia artística. Empregando uma amostragem de quase 30 anos de prática, são apresentadas as técnicas, táticas e atitudes cirúrgicas que têm possibilitado a convergência entre a referida anatomia artística e as técnicas de rinosseptoplastia, para a obtenção de resultados estética e funcionalmente adequados.

MÉTODOS

A anatomia artística foi didaticamente sintetizada pelo autor em 5 características: tamanho, formato, linhas de referência, reflexões da luz, harmonia/etnicidade. O autor dividiu os pacientes em dois grupos: os que requerem alterações mínimas na ponta, submetidos à rinoplastia convencional, e os que necessitam maiores intervenções na ponta, submetidos à rinoplastia aberta.

RESULTADOS

A associação íntima entre a anatomia artística e as técnicas selecionadas tem produzido resultados gratificantes em nossa rotina de trabalho (Figura 1).

DISCUSSÃO

Anatomia artística

O tamanho ideal de um nariz deve ser verticalmente correspondente a dimensão vertical de uma orelha e ao tamanho do polegar³.

A face pode ser dividida em 3 terços iguais: da linha anterior do cabelo até a glabella; da glabella até o limite inferior da columela e da columela até a borda inferior do mento³. Na prática, a desproporção no terço inferior dos longilíneos pode ser bastante atraente, realçando a beleza de um nariz curto e lábios mais aparentes.

No formato o ângulo nasofacial de aproximadamente 30 graus e o columelo-labial de 90 até 120 graus (dependendo da preferência pessoal e do sexo do paciente) tem sido uma referência². A referência mais útil é a necessária “interrupção” da continuidade da frente, dando início ao nariz e configurando o ângulo fronto nasal. Não menos importante é a “interrupção” do dorso, gerando uma ponta 1 ou 2 milímetros mais elevada, definindo o gracioso ângulo supra-tip².

Linhas de referência localizam as asas nasais em uma linha vertical contínua, terminando no canto medial de cada fenda palpebral. No dorso, duas linhas fazem uma bela curva descendente desde os supercílios, dorso abaixo, até encontrar o *dômus* de cada cartilagem alar².

Na ponta, dois pontos luminosos denunciam o nariz perfeito: a convexidade cutânea provocada pelo ponto de projeção máxima das alares intensifica a reflexão da luz, gerando este precioso detalhe².

Essas características idealizadas devem ainda estar inseridas no contexto racial do paciente.

Técnicas básicas

A rinoplastia clássica de Joseph data de 1898⁵, enquanto a versão aberta foi descrita por Retti em 1934³.

Cada cirurgião usualmente escolhe uma das vertentes e seleciona as variações ou táticas que lhe são gratificantes. A abordagem aberta (rinoplastia aberta, “open”, cirurgia de Retti, exorinoplastia, “rinoescultura”) oferece uma gama maior de

¹ Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.



Figura 1. Rinosseptoplastia pela técnica aberta. Pré e Pós operatório.

procedimentos para a ponta. Tem como inconvenientes uma cicatriz transversa columelar que costuma ficar inconspícua algumas semanas após a cirurgia, e um edema mais duradouro na ponta, que pode dificultar a plena visão do resultado final por quase 1 ano.

A técnica de “Alça de Balde” ou “*Delivery*”, elimina a questão da cicatriz na columela, permite a luxação das alares e confere uma possibilidade maior de manobras que a fechada, embora de forma menos confortável que a técnica aberta, em nossa particular experiência.

A prática tem revelado que cirurgiões podem obter resultados igualmente ideais com qualquer uma das técnicas, dependendo da habilidade pessoal e do treinamento recebido.

O autor atualmente emprega a técnica convencional para toda rinoplastia primária, onde o trabalho requerido nas alares seja apenas a retirada de um pequeno segmento cefálico da cruz lateral destas. Emprega a técnica aberta (com incisão em degrau no meio da columela) nos demais casos, onde estão previstas outras manobras, enxertos ou rotações nas alares.

Opções pessoais na rinoplastia convencional

Emprego anestesia local infiltrativa com lidocaína a 1% com 1:50.000 de adrenalina, associada a sedação por anestesiologista experiente, com guedel ou cateter oral de oxigênio. Tampões provisórios são empregados transoperatoriamente, para evitar deglutição/aspiração de sangue. Entre a infiltração e o início da cirurgia propriamente dita, decorrem sempre cerca de 20 minutos para uma hemostasia efetiva.

Desenhamos sobre a pele o excedente de dorso a ser ressecado, a posição da cruz lateral das alares e a porção cefálica destas a ser excisada. Esta porção é transposta com agulha e violeta de genciana para dentro da mucosa, analogamente a transposição do anti-hélix em uma otoplastia (Figura 2). Trabalhamos com incisão intercartilaginosa para um acesso extra mucoso ou na rima para um acesso submucoso. Embora fisiologicamente o acesso submucoso seja mais adequado, não temos visto alterações funcionais nos casos em que realizamos o acesso extramucoso, uma vez que nenhuma mucosa é excisada.

A ressecção do dorso cartilaginoso⁶ é feita a tesoura angulada e continua com a ressecção do dorso ósseo a escopro de duas guias ou raspa se for de pequena monta. A parte cefálica das alares, já tatuada, é excisada conferindo evidente remodelagem a ponta (Figura 3).



Figura 2. Tatuando a porção cefálica das cartilagens alares a ser ressecada. A área de ressecção marcada é transferida para a cartilagem e a mucosa intranasal.

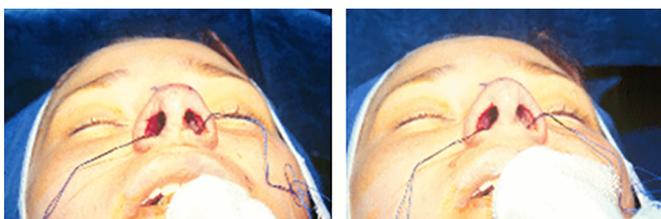


Figura 3. Ressecção da porção cefálica das alares. Aspecto da ponta nasal, antes e após a ressecção.

Septoplastia e fraturas são realizadas (vide abaixo), seguidas pela ressecção caudal do septo em dupla angulação. Suturas são realizadas com fio absorvível 5-0 e “gesso” plástico termo moldável é aplicado. Não empregamos tampões nas rinoplastias, quando não ocorreu septoplastia.

Opções pessoais na cirurgia aberta

Também sob anestesia local e sedação (vide acima), após o descolamento da pele é ressecado o dorso e realizada a septoplastia.

A seguir empregamos o Molde/Retrator de Ronald Gruber (Padget™) e procuramos excisar, enfraquecer ou raramente enxertar as alares⁷, até obtermos a angulação padrão apresentada pelo molde. Existe uma infinidade de suturas (transdomal, interdomal, etc) descritas por diferentes autores. A que mais empregamos é a transdomal, dobrando as cartilagens e fazendo duas projeções (Figura 4), que nos trarão os referidos pontos luminosos aqui citados na anatomia artística.

Struts são aplicados sempre que necessários entre a cruz medial das alares e suturados com nylon 5-0 como descritos por Toriumi. Nossa preferência é pela cartilagem septal e/ou das próprias alares. Eventualmente, empregamos cartilagem auricular preparada em “sanduíche” sobre uma placa de silicone estéril, a qual facilita seu manuseio pela fixação com agulhas de injeção. Cartilagem costal reservamos para casos graves, de rinoplastia secundária ou terciária. Geralmente, não empregamos *spreader grafts* ou *spring* devido à fratura estável que rotineiramente usamos.

Fraturas

Sempre que indicada, a fratura lateral para fechar e elevar o dorso é feita externamente como foi preconizada por Fernando Monasterio. Usamos escopros de 1- 2 milímetros, percutidos pelo próprio cirurgião. A empunhadura na base monitora e limita a profundidade da penetração do escopro. A fratura é feita em “picoteamento” (não em linha contínua),



Figura 4. Molde e Retrator de Ronald Gruber (Padget™) e sua aplicação na modelagem da ponta nasal. O molde é esterilizado por Óxido de Etileno e é manuseado livremente durante o ato cirúrgico.

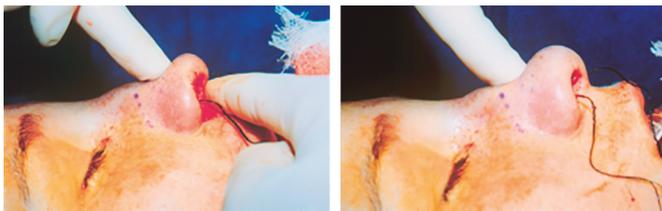
tipo “low to low”, através de uma única “stab incision” mínima feita com bisturi lâmina 15 (Figura 5). Se necessário, fazemos a fratura medial intranasal com cinzel de uma guia, para ao final provocarmos a “in fracture” por pressão digital, fechando e elevando o dorso.



Figura 5. Fratura externa lateral. Realizada com cinzel de 1 ou 2 milímetros.

O belo e difícil ângulo supra tip

Falta de destaque visual para a ponta pode ser devido à fibrose pós-operatória, mas mais frequentemente se deve a ressecção insuficiente do septo subjacente^{8,9}. Emprego a seguinte manobra (atribuída a Aufricht): pressionamos uma polpa digital na supra tip (Figura 6) se o dedo “afundar” o suficiente, terei um bom ângulo supra tip no pós-operatório.



Ressecção septal insuficiente Ressecção septal suficiente

Figura 6. Obtendo um ângulo supra-tip adequado. Se a polpa digital deprime levemente o dorso em sua transição para a ponta, a ressecção do septo foi adequada.

Septoplastia

É realizada, rotineiramente antes do trabalho na ponta. Não seguimos uma técnica rígida. Iniciamos independente do acesso convencional ou aberto, pela copiosa infiltração bilateral do septo com anestésico e o descolamento no lado côncavo. Inicialmente, fazemos a liberação da base septal, como na técnica de Metzenbaum, seguida de incisões septais que levam ao “swinging door”, com preservação de todo suporte do dorso. Se ainda não for possível restaurar a permeabilidade das narinas, fazemos então uma ressecção submucosa do septo, (Killian/Cottle) com bisturi ou Ballinger. Nestes casos, sempre empregamos tampão e geralmente unilateral.

Outros procedimentos

Ressecções de asa nasal são feitas como preconizadas por Sheen & Sheen² e sempre de forma conservadora, ou seja, para menos.

Ressecção da espinha nasal proeminente, raramente é feita, mas damos preferência pela visão direta através do acesso intraoral pelo sulco lábio gengival superior. Abandonamos o acesso intranasal, pelo risco de lesão nervosa no ápice dos dentes incisivos.

Em narizes negroides, quando inadvertidamente excisamos muito septo caudal e a ponta nasal roda para baixo, caindo mais sobre o lábio, alternativamente a um “retoque” com enxerto de cartilagem, eventualmente indicamos 1 ml de ácido hialurônico aplicado como retroinjeção desde a espinha nasal até o “interdomus” com resultados gratificantes.

CONCLUSÃO

As mencionadas opções técnicas eleitas pelo autor, associadas aos cânones da anatomia artística, têm sido gratificantes na difícil arte da rinosseptoplastia.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes JW. Cirurgia Plástica: bases e refinamentos. Curitiba: Primax; 2012.
2. Sheen JH, Sheen A. Aesthetic Rhinoplasty. 2nd ed. St. Louis: Quality Medical Publishing; 1998.
3. Converse JM. Reconstructive Plastic Surgery. Philadelphia: W. B. Saunders; 1977.
4. Fernandes JW, Metka S. Art and Plastic Surgery. Aesthetic Plast Surg. 2016;40(2):331-3. DOI: 10.1007/s00266-016-0616-y DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s00266-016-0616-y
5. Farina R. Plástica do Nariz. São Paulo: O Calvário; 1966.
6. Skoog T. A method of hump reduction in rhinoplasty. A technique for preservation of the nasal roof. Arch. Otolaryngol. 1966;83(3):283-7.
7. 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. PMID: 1144545
8. Rees T, Baker D, Tabbal N, eds. Rhinoplasty, Problems and Controversies. St Louis: CV Mosby; 1988.
9. Gunter JP, Rohrich RJ, Adams WP Jr. Dallas rinoplastia: cirurgia do nariz pelos mestres. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.

*Endereço Autor:

Julio Wilson Fernandes
Avenida Presidente Getúlio Vargas, 2079 - Curitiba, PR, Brasil
CEP 80250-180
E-mail: cirurgiaplasticaajwf@uol.com.br