

# Reconstrução do assoalho nasal nas rinoqueiloplastias primárias unilaterais

*Reconstruction of the nostril floor in the surgery of unilateral primary cleft lip*

JORGE JOSÉ REIS DE  
CARVALHO<sup>1</sup>, YUJI IKUTA<sup>1</sup>,  
CLAYTON HIGASHI SAWADA<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O tratamento cirúrgico da fissura labial completa unilateral consiste em uma associação de técnicas para reconstrução do lábio e do nariz. Podem ser associadas a estas, técnicas de reconstrução do assoalho nasal com o intuito de se conseguir uma melhor simetria na reparação destas estruturas. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é demonstrar a reconstrução do assoalho nasal nas rinoqueiloplastias primárias unilaterais. **Método:** Foram tratados 133 pacientes portadores de fissura labial completa unilateral, utilizando-se uma combinação de técnicas de Millard II e McComb e a confecção de retalhos estendidos para melhora do assoalho nasal. **Resultados:** Os resultados obtidos foram considerados satisfatórios na grande maioria dos pacientes, tendo como principal complicação a permanência da assimetria das aberturas nasais. **Conclusão:** A reconstrução do assoalho nasal é um tempo importante da rinoqueiloplastia primária unilateral, visando-se à obtenção de melhores resultados.

**Descritores:** Fenda labial. Fenda palatina. Nariz/anormalidades.

## SUMMARY

**Introduction:** The surgical treatment of the unilateral complete cleft lip consists of an association of techniques for reconstruction of the lip and nose. Some techniques of reconstruction of the nostril floor may be associated to these with the intention of obtaining a better symmetry in the repairing of these structures. **Objective:** The objective of this work is to demonstrate the reconstruction of the nostril floor in the surgery of unilateral primary cleft lip. **Method:** One hundred e thirty-three patients with unilateral complete cleft lip were treated with a combination of techniques of Millard II and McComb and the confection of extended flaps for improvement of the nostril floor. **Results:** The final results had been considered satisfactory in the great majority of the patients, having as main complication the permanence of the asymmetry of the nasal openings. **Conclusion:** The reconstruction of the nostril floor is an important time in the surgery of unilateral primary cleft lip.

**Descriptors:** Cleft lip. Cleft palate. Nose/abnormalities.

## INTRODUÇÃO

As alterações anatômicas presentes no nariz do paciente portador de fissura labial unilateral compreendem uma série de deformidades nas estruturas nasais. Sua etiologia permanece controversa, porém a teoria mais aceita atualmente sugere que as

fissuras do lábio e maxila e a falta de continuidade dos músculos sejam as responsáveis pelas alterações das cartilagens nasais<sup>1</sup>.

Dentre essas alterações, destacam-se: ausência do assoalho nasal, distorção da asa nasal, desvio da porção caudal do septo para o lado sadio, distorção da cartilagem alar com rotação, assimetria da ponta nasal, dentre outros<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Membro Titular da SBCP.

<sup>2</sup> Membro Associado da SBCP.

O tratamento cirúrgico dessas deformidades pode ser realizado no momento da cirurgia do lábio, o que ocorre geralmente dos 3 aos 6 meses de idade – rinoqueiloplastia primária – ou em um tempo distinto desta cirurgia, quando passa a ser denominada rinoplastia secundária.

Atualmente, a maioria dos cirurgiões tem optado por uma abordagem nasal precoce, visando à melhora na simetria nasal e na estética facial. Diversos trabalhos afastaram o antigo temor de que cirurgias precoces pudessem comprometer o crescimento nasal e o desenvolvimento normal da face, inclusive mostrando resultados pós-operatórios duradouros, dentre os quais destacam-se: Brown-McDowell<sup>3</sup>, Salyer<sup>4</sup>, Skoog<sup>5</sup>, Millard<sup>6</sup> e McComb<sup>7</sup>.

Alguns autores têm advogado o uso de modeladores nasais no pré-operatório para melhora das distorções da ponta nasal, facilitando o tratamento cirúrgico seguinte. Tal fato baseia-se na presença de hormônios maternos na corrente sanguínea da criança até o terceiro mês de vida, o que daria maior maleabilidade à cartilagem alar<sup>8</sup>.

Os procedimentos cirúrgicos consistem geralmente em uma associação de técnicas para a reparação do lábio e do nariz, sendo as técnicas de Millard, para correção do nariz, e McComb, para correção nasal, as mais utilizadas atualmente<sup>9</sup>. Podem também ser associadas técnicas de correção do assoalho nasal, com a confecção de retalhos locais que permitam melhor fechamento destas estruturas.

O objetivo deste trabalho é demonstrar a reconstrução do assoalho nasal nas rinoqueiloplastias primárias unilaterais.

## MÉTODO

Foram estudados, retrospectivamente, 133 pacientes, todos portadores de fissura labial completa unilateral, operados no período de janeiro de 2004 a agosto de 2006. Noventa e um (68,42%) pacientes eram do sexo masculino e 42 (31,57%) do sexo feminino, sendo 82 (61,65%) casos à esquerda e 51 (38,35%) à direita.

A idade dos pacientes variou de 3 meses a 60 anos e está demonstrada na Tabela 1.

Todos os pacientes foram submetidos a exames clínicos e laboratoriais de rotina no pré-operatório. Em todos os casos optou-se pela realização da rinoqueiloplastia primária, mesmo nos casos de pacientes com idade avançada.

**Tabela 1 - Distribuição da idade dos pacientes.**

Faixa etária	Nº de casos
3 meses - 1 ano	45
2 - 5 anos	41
6 - 15 anos	23
16 - 30 anos	16
> 30 anos	8

## Técnica cirúrgica

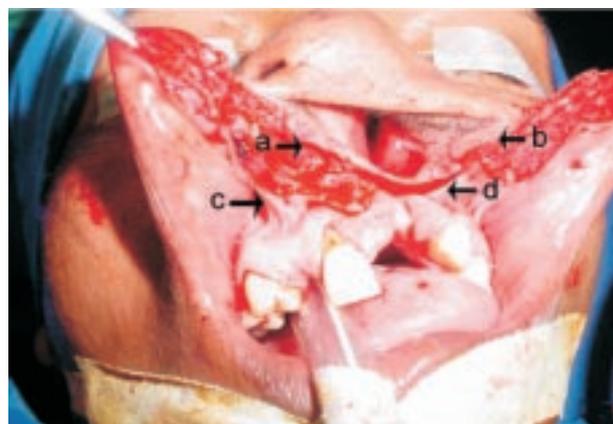
Os pacientes foram submetidos a anestesia geral com intubação orotraqueal, seguidos de preparo cirúrgico habitual.

Inicia-se o procedimento cirúrgico com a demarcação pela técnica de Millard II e das incisões em pontilhado, que servirão para a reconstrução estendida do assoalho nasal e do forro oral (Figura 1).

Procede-se à infiltração local com solução de lidocaína a 1% com adrenalina 1:100.000 para facilitar a dissecação e diminuir o sangramento. A correção da fenda é então realizada pela técnica preconizada. Prossegue-se com a confecção de 4 retalhos locais, aqui denominados pelos autores de “a, b, c e d”, sendo 2 superiores e 2 inferiores, a partir do prolongamento das incisões perialar e vômero-septal (Figura 2).



**Figura 1** - Marcação das incisões segundo técnica de Millard II e dos retalhos para reconstrução estendida do forro oral e assoalho nasal.



**Figura 2** – Confecção dos 4 retalhos locais (a,b,c,d) a partir do prolongamento das incisões perialar e vômero-septal.

Realizam-se incisões para relaxamento (*back-cut*) nos 4 retalhos e, no inferior e lateral, incisão no vestíbulo gengivolabial superior. Segue-se com suturas em 2 planos anatômicos, refazendo-se a continuidade do assoalho nasal a partir do retalho “C” de Millard até o final dos retalhos vomeriano e perialar superiores (Figuras 3 e 4).

A reconstrução do vestíbulo oral é realizada com avançamento e sutura do retalho mucoso ínfero-lateral (Figura 5). As suturas são realizadas com fio de poliglactina incolor 4-0 (Vycril®).

O tratamento da cartilagem alar do lado fissurado é realizado utilizando-se a técnica de McComb, modificada de acordo com Freitas et al.<sup>10</sup> (Figura 6).

## RESULTADOS

Foram obtidos resultados satisfatórios na grande maioria dos pacientes (Figuras 7 a 22). A principal complicação pós-operatória foi assimetria das aberturas nasais (6 casos – 4,51%), passível de correção em intervenção secundária ou quando da realização de rinoplastia, seguida de deiscência parcial da sutura dos retalhos do assoalho nasal, ocorrido em 2 (1,5%) casos, sendo instituído tratamento conservador, com boa resolução.

## DISCUSSÃO

A obtenção de uma adequada simetria dos assoalhos nasais constitui um dos principais objetivos àqueles que se propõem a tratar as fissuras labiais unilaterais. Nas fissuras completas, existe a necessidade de se refazer por completo este assoalho, que se encontra totalmente inexistente. A maioria das técnicas atuais de queiloplastia limita-se à reconstrução da deformidade labial, corrigindo apenas parte do assoalho nasal, que freqüentemente permanece assimétrico. Deste modo, consideramos importante a confecção dos 4



Figura 4 - Detalhe do fechamento dos retalhos locais (a,b).



Figura 5 - Detalhe da reconstrução do forro oral a partir do avançamento do retalho mucoso ínfero-lateral (c,d).



Figura 3 - Início da sutura dos retalhos locais (a,b).



Figura 6 - Pós-operatório imediato após técnica preconizada e reconstrução do nariz segundo técnica de McComb modificada por Freitas et al.<sup>10</sup>.



*Figura 7 - Pré-operatório.*



*Figura 8 - Pós-operatório imediato.*



*Figura 9 - Pré-operatório.*



*Figura 10 - Detalhe de pré-operatório.*



*Figura 11 - Pós-operatório de 14 dias.*



*Figura 12 - Detalhe de pós-operatório de 14 dias.*



*Figura 13 - Pós-operatório de 3 meses.*



*Figura 14 - Detalhe de pós-operatório de 3 meses.*



*Figura 15 - Pré-operatório.*



*Figura 16 - Pós-operatório imediato.*



*Figura 17 - Pós-operatório de 18 meses.*



*Figura 18 - Detalhe do sulco gengivolabial aos 18 meses.*



*Figura 19 - Detalhe de 18 meses de pós-operatório.*



*Figura 20 - Pré-operatório.*



*Figura 21 - Pós-operatório imediato.*



*Figura 22 - Pós-operatório de 30 dias.*

retalhos descritos neste trabalho, para melhor reparação desta estrutura e obtenção de melhores resultados.

Embora descrita sem detalhes ou ênfase, a reconstrução do assoalho da narina na fissura labial completa, realizada de maneira estendida como proposta, possibilita fechar primariamente, além do intróito da narina, as estruturas pré-palatinais, facilitando enormemente as etapas cirúrgicas posteriores – palatoplastia e alveoloplastia – e evitando as fístulas oronasais, seqüelas relativamente comuns das queiloplastias.

### CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico das fissuras labiais completas unilaterais é um desafio enorme ao cirurgião que as opera. São abordadas estruturas delicadas do centro da face, geralmente em uma idade bastante baixa, dificultando ainda mais seu tratamento.

Após análise dos resultados obtidos, observou-se que a reconstrução do assoalho nasal nas rinoqueiloplastias primárias unilaterais constitui-se em um tempo importante deste tipo de procedimento, levando a melhores resultados no tratamento desta deformidade.

**Correspondência para:** Jorge José Reis de Carvalho  
Av. Gov. José Malcher, 1649 apto 1502 – Nazaré – Belém, PA – CEP 66060-230  
E-mail: jjreis@amazon.com.br

### REFERÊNCIAS

1. Stenstrom SJ, Oberg TR. The nasal deformity in unilateral cleft lip. Some notes on its anatomic bases and secondary operative treatment. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1961;28:295-305.
2. Carreirão S, Lessa S, Nóbrega ES, Zanini SA. Deformidades nasais associadas às fissuras labiais unilaterais. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini SA, eds. *Tratamento das fissuras labiopalatinas.* Rio de Janeiro:Revinter;1996. p.141-50.
3. Brown JB, McDowell F. Small triangular flap operation for the primary repair of single cleft lips. *Plast Reconstr Surg.* 1950;5(5):392-402.
4. Salyer KE. Primary correction of the unilateral cleft lip nose: a 15-years experience. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77(4):558-68.
5. Skoog T. Repair of unilateral cleft lip deformity: maxilla, nose and lip. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1969;3(2):109-33.
6. Millard DR Jr. Earlier correction of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1982;70(1):64-73.
7. McComb H. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75(6):791-9.
8. Fonseca JLS. Tratamento primário da deformidade nasal do fissurado. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia plástica fundamentos e arte.* Rio de Janeiro:MEDSI;2002. p.166-77.
9. McCarthy JG. *Plastic surgery.* Philadelphia:WB Saunders;1990. p.2708-14.
10. Freitas RS, Busato L, Gamborgi MA. Nariz do fissurado. In: Carreirão S, Cardim V, eds. *Cirurgia plástica – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.* Rio de Janeiro:Atheneu;2005. p.317-23.