

Análise comparativa das rinoplastias aberta e fechada no tratamento da ponta nasal

Comparative analysis between open and closed rhinoplasty on tip treatment

JOSE EDUARDO LINTZ¹

RESUMO

Introdução: A ponta nasal é estudada com frequência pelos cirurgiões, visto ser motivo comum de queixa pré e pós-operatória. Por isso, a ponta deve ser minuciosamente avaliada para se determinar a melhor técnica a ser utilizada. Existem três tipos de abordagem do nariz: rinoplastia aberta, fechada e *delivery*. **Objetivo:** Comparar os resultados de rinoplastia aberta e fechada no tratamento da ponta nasal, quanto a técnica utilizada, complicações, reoperações e satisfação dos pacientes. **Método:** Estudo retrospectivo de 82 pacientes submetidos a rinoplastia fechada, aberta e *delivery* no período de 2002 a 2008. **Resultados:** Foram realizadas 91 cirurgias em 82 pacientes, sendo 55 rinoplastias abertas, 33 fechadas e 3 *delivery* (não consideradas neste trabalho). Dentre os pacientes submetidos a rinoplastia aberta, 85,1% apresentaram alto grau de satisfação com a operação, e aqueles submetidos a rinoplastia fechada, 72,1%. Dos pacientes de rinoplastia fechada, 15% foram reoperados, enquanto nas rinoplastias abertas o índice foi de 5%. **Conclusão:** O índice de satisfação foi maior na rinoplastia aberta, enquanto a porcentagem de reoperação foi menor, apesar de estatisticamente não ter significância ($p = 0,126$). Vantagens da rinoplastia aberta: melhor visualização da anatomia, preservação da mucosa nasal, maior refinamento na modelagem das cartilagens, menor sangramento pós-operatório, maior facilidade técnica. Desvantagens da rinoplastia aberta: cicatriz transcolumelar e a possível perda de pele no retalho columelar, maior edema no pós-operatório, possível contração pós-operatória, observadas neste trabalho como pouco frequentes e contornáveis. A rinoplastia aberta se mostrou bastante versátil, efetiva no diagnóstico e tratamento da ponta nasal, principalmente quando comparada à técnica fechada.

Descritores: Rinoplastia/métodos. Nariz/cirurgia. Satisfação do paciente. Cirurgia plástica.

SUMMARY

Introduction: The tip nose is often studied by surgeons because it is common complaint reason pre-and post-operative. Therefore, the tip should be thoroughly evaluated to determine the best technique to be used. There are three types of approach of the nose: open rhinoplasty, closed and delivery. **Purpose:** To compare the results of open and close rhinoplasty in the treatment of nasal tip, considering the technique used, complications, reoperations rate and patients' satisfaction. **Methods:** A retrospective study of 82 patients who underwent close open and delivery rhinoplasty, during the period 2002 to 2008. **Results:** Ninety-one surgeries were performed in 82 patients, 55 open rhinoplastys, 33 closed and 3 delivery. Of the patients who underwent open rhinoplasty, 85.1% showed a high degree of satisfaction and about the patients who underwent closed rhinoplasty, just 72.1%. Fifteen percent of the closed rhinoplasty's patients were reoperated. While on open rhinoplastys the index was 5%. **Conclusion:** The percentage of reoperation was lower in the open rhinoplasty, and the index of satisfaction was higher in the same despite not having statistically significance ($p = 0.126$). Advantages of open rhinoplasty: better anatomy view, preservation of the nasal mucosa, greater refinement in the cartilage modeling, less post-operative bleeding, easier technique. Disadvantages of open rhinoplasty: transcolumelar scarring and possible loss of skin in columelar flap, increased and longer swelling in the post-operative, contraction possibility, all those seen as uncommon and acceptable. The open rhinoplasty was quite versatile, effective in the diagnosis and treatment of nasal tip, especially when compared to the closed technique.

Descriptors: Rhinoplasty/methods. Nose/surgery. Patient satisfaction. Surgery, plastic.

Trabalho realizado na Clínica Eduardo Lintz, São Paulo, SP. Trabalho apresentado para ascensão à categoria de titular da SBCP, em 2008, em Brasília, DF.

Artigo recebido: 9/2/2009
Artigo aceito: 24/4/2009

1. Cirurgião plástico. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Instrutor de ensino do Instituto Ivo Pitanguy - RJ.

INTRODUÇÃO

O nariz situa-se no centro da face, com grande importância na harmonia facial. A partir de sua relação com a glabella, com os olhos, lábios, mento e região malar, uma alteração estética no nariz pode ocasionar um desequilíbrio na aparência e provocar insatisfação quanto ao balanço facial.

Por sua importância, o nariz é alvo frequente de insatisfação e a rinoplastia é uma das cirurgias mais comuns de nosso meio, por isso tem sido estudada com ênfase para proporcionar aos pacientes resultados cada vez mais duradouros, consistentes e previsíveis, mantendo a naturalidade.

O nariz, dividido em ponta, dorso, columela, asas e glabella, deve apresentar um equilíbrio entre essas estruturas. Principalmente a ponta é alvo de estudos pelos cirurgiões, visto ser motivo comum de queixa pré-operatória e é comumente citado como a causa de resultados insatisfatórios¹.

Ao analisar um paciente com queixa de alteração estética nasal, o cirurgião deve estender sua análise no âmbito funcional, dada a suma importância de sua manutenção e ou restabelecimento de sua função respiratória. Sendo assim, o objetivo da rinoplastia é promover a obtenção de um nariz esteticamente equilibrado com sua função respiratória, olfatória e fônica adequada².

Dada a diversidade em que se apresenta, a ponta deve ser minuciosamente avaliada para se determinar a melhor técnica a ser utilizada.

Historicamente, a primeira técnica descrita em rinoplastia foi de Sushruta Samruta Samhita, na Índia, 600 a.C., que focava a reconstrução de defeitos nasais por meio de retalho de região frontal, chamado posteriormente de retalho indiano².

Tagliacozzi, em 1597, descreveu um retalho do terço superior do antebraço para a reconstrução nasal².

No século XVIII, Carl von Graefe e Diefenbach descreveram técnicas de reconstrução nasal³.

Em 1816, Carpue publicou sobre a técnica indiana, e Warrem, de Boston, introduziu a técnica na América.

No século XIX, Roe foi o primeiro a descrever o acesso endonasal e o primeiro a focar a ponta nasal³ e a ressecção osteocartilaginosa de dorso por essa via.

Joseph, em 1898, apresentou excelentes resultados usando incisões externas e, 6 anos mais tarde, apresentou a abordagem interna para o tratamento de giba osteocartilaginosa e é considerado o pai da rinoplastia moderna².

Desde Joseph, vários autores²⁻¹² têm apresentado ótimos resultados com técnicas de rinoplastia aberta e fechada.

Em relação à rinoplastia aberta, a mesma foi primeiramente descrita, em 1934, por Rethi, mas não ganhou muita popularidade na América até a década de 1970, quando Goodman iniciou suas publicações e apresentações sobre a

técnica. Posteriormente, Anderson e Wright apresentaram trabalhos sobre essa via⁵.

No Brasil, Pitanguy¹³, em 1963, publicou artigo sobre rinoqueiloplastia com abordagem a céu aberto para o tratamento de pacientes portadores de fissuras faciais congênitas. Jaimovich¹⁴, em 1977, apresentou um estudo sobre enxertos de cartilagem em rinoplastia e, no mesmo ano, Sperli¹⁵ iniciou uma série de publicações sobre rinoplastia aberta, denominada por ele como exorinoplastia, que veio contribuir decisivamente para o melhor conhecimento da técnica.

Por meio da rinoplastia aberta ou fechada, foram desenvolvidas técnicas de tratamento de dorso e ponta nasal. Especificamente, a ponta nasal, de acordo com sua alteração estética, pode ser tratada através da secção do ligamento dermocartilaginoso, que faz com que ela desça¹⁶, com suturas^{3,7,17-23} com enxertos^{4,7,10,12,21,24,25} ou ainda a associação de todas as técnicas anteriores.

O conhecimento anatômico é fundamental no diagnóstico pré e per-operatório para a obtenção de resultados satisfatórios^{26,27}.

De forma geral, a rinoplastia pode ser realizada por meio das técnicas aberta, fechada e *delivery*.

Não existe indicação clássica para a rinoplastia aberta. Alguns autores indicam a mesma em caso de rinomegalia, ponta bulbosa, ponta bífida, quadradas ou atípicas, columela embutida (ângulo columelolabial fechado), narizes negróides, atípicos, fissurados, secundários²⁸.

O objetivo do trabalho é analisar e comparar os resultados das rinoplastias abertas e fechadas no tratamento da ponta nasal realizadas pelo autor, a partir da análise da técnica utilizada, complicações encontradas, reoperações e índice de satisfação.

MÉTODO

Foram analisados os resultados de 91 cirurgias realizadas em 82 pacientes, no período de abril de 2002 a abril de 2008, para a correção estética da ponta nasal, provenientes da clínica privada.

Os critérios de seleção utilizados foram a realização de procedimento cirúrgico em ponta nasal, pacientes com pós-operatório de, no mínimo, 3 meses e pacientes que responderam à avaliação de escala visual analógica, quanto ao grau de satisfação.

Foram excluídos da casuística os pacientes submetidos a cirurgias nasais sem abordagem de ponta nasal, pacientes com nariz caracterizado como negróide, os que não tinham avaliação pós-operatória de, no mínimo, 3 meses ou que não tinham respondido à avaliação de escala visual analógica.

O trabalho realizado foi do tipo retrospectivo, com análise de prontuário em relação a exame físico inicial, indicações, técnicas utilizadas e complicações encontradas.



Figura 1 – **A:** Vista anterior, pré-operatória. **B:** Vista anterior pós-operatória. **C:** Vista oblíqua direita pré-operatória. **D:** Vista oblíqua direita pós-operatória. Paciente de 19 anos submetida à ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal, strut de columela, suturas transdomal e interdomal.

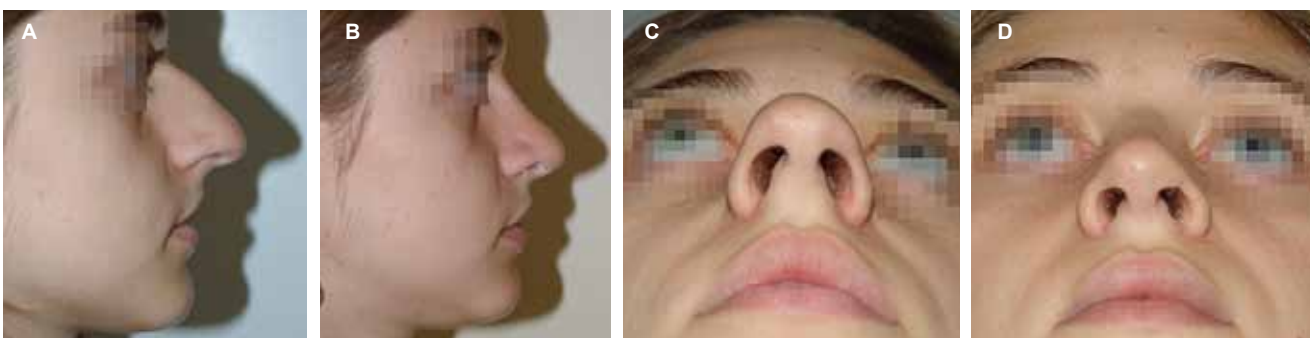


Figura 2 – **A:** Vista lateral direita pré-operatória. **B:** Vista lateral direita pós-operatória. **C:** Vista inferior pré-operatória. **D:** Vista inferior pós-operatória. Paciente de 19 anos submetida à ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal, strut de columela, suturas transdomal e interdomal.



Figura 3 – **A:** Vista anterior, pré-operatória. **B:** Vista anterior pós-operatória. **C:** Vista oblíqua direita pré-operatória. **D:** Vista oblíqua direita pós-operatória. Paciente de 18 anos submetida à ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento da crus medialis das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal, strut de columela, suturas transdomal e interdomal.

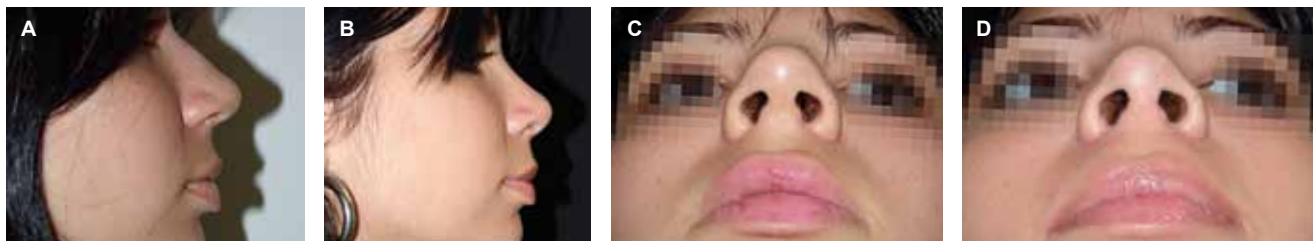


Figura 4 - *A: Vista lateral direita pré-operatória. B: Vista lateral direita pós-operatória. C: Vista inferior pré-operatória. D: Vista inferior pós-operatória. Paciente de 18 anos submetida à ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento da crus medialis das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal, strut de columela, suturas transdomal e interdomal.*



Figura 5 - *A: Vista anterior, pré-operatória. B: Vista anterior pós-operatória. C: Vista oblíqua direita pré-operatória. D: Vista oblíqua direita pós-operatória. Paciente de 23 anos submetido à ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal, strut de columela, suturas transdomal e interdomal.*



Figura 6 - *A: Vista lateral direita pré-operatória. B: Vista lateral direita pós-operatória. C: Vista inferior pré-operatória. D: Vista inferior pós-operatória. Paciente de 23 anos submetido à ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal, strut de columela, suturas transdomal e interdomal.*

O trabalho foi avaliado transversalmente com respeito ao índice de satisfação. Para tanto, foi utilizada uma escala visual analógica, graduada em 5 categorias: extremamente satisfeito, muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito e insatisfeito. A escala analógica foi respondida pelos próprios pacientes e pelo cirurgião, no mínimo, 3 meses após a cirurgia. As fotos das pacientes foram submetidas também a avaliação de dois observadores

externos, graduando-as segundo a mesma escala.

RESULTADOS

Total de casos

Foram analisados os resultados de 82 pacientes submetidos a 91 cirurgias, no período de abril de 2002 a abril de 2008, para a correção estética da ponta nasal, provenientes da clínica privada.



Figura 7 - *A: Vista anterior, pré-operatória. B: Vista anterior pós-operatória 6 meses. C: Vista anterior pós-operatória 1 ano após 2ª cirurgia. D: Vista oblíqua direita pré-operatória. E: Vista oblíqua direita pós-operatória operatória 6 meses. F: Vista anterior pós-operatória 1 ano após 2ª cirurgia. Paciente de 20 anos submetida à rinoplastia primária fechada apresentando supratip no 6º mês pós-operatório. Rinoplastia secundária aberta com ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal, strut de columela, suturas transdomal e interdomal e encurtamento da crus medialis das cartilagens laterais inferiores.*

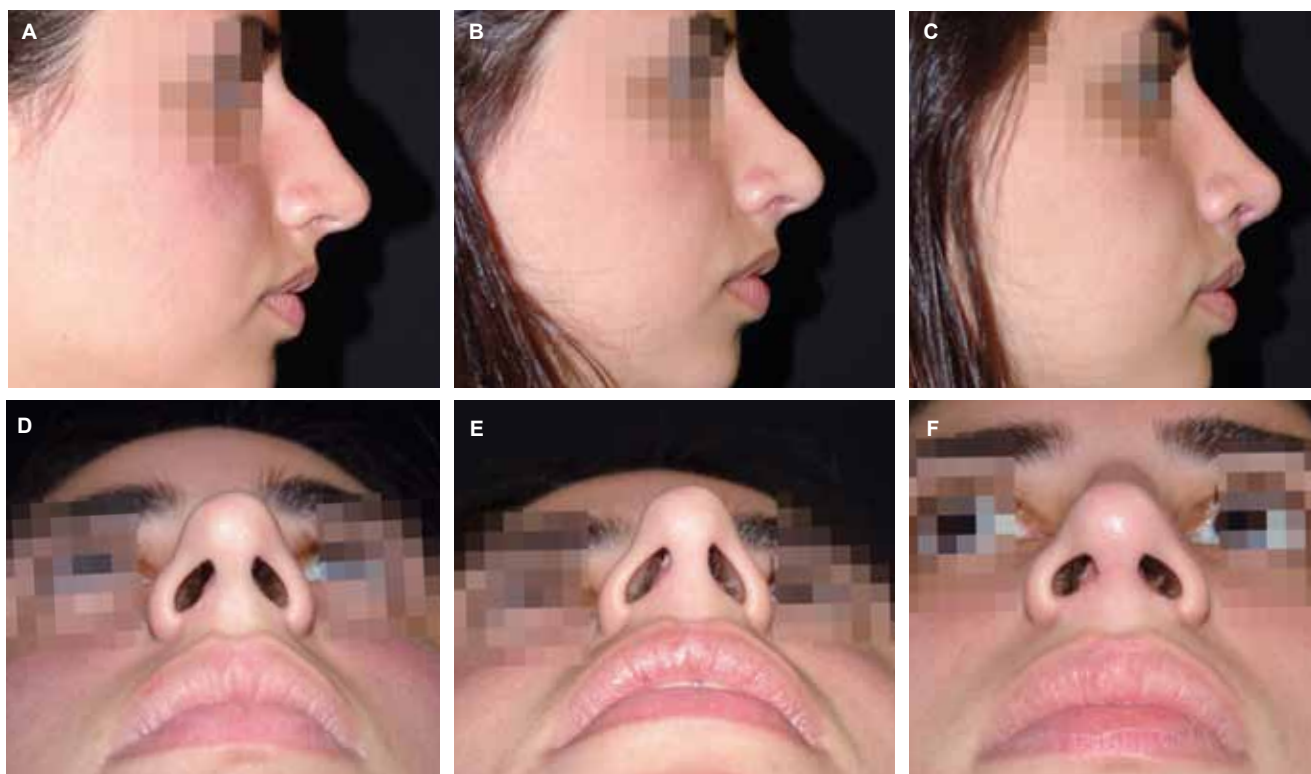


Figura 8 - *A: Vista lateral direita pré-operatória. B: Vista lateral direita pós-operatória 6 meses. C: Vista lateral direita pós-operatória 1 ano após 2ª cirurgia. D: Vista inferior pré-operatória. E: Vista inferior pós-operatória operatória 6 meses. F: Vista inferior pós-operatória 1 ano após 2ª cirurgia. Paciente de 20 anos submetida à rinoplastia primária fechada apresentando supratip no 6º mês pós-operatório. Rinoplastia secundária aberta com ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal, strut de columela, suturas transdomal e interdomal e encurtamento da crus medialis das cartilagens laterais inferiores.*

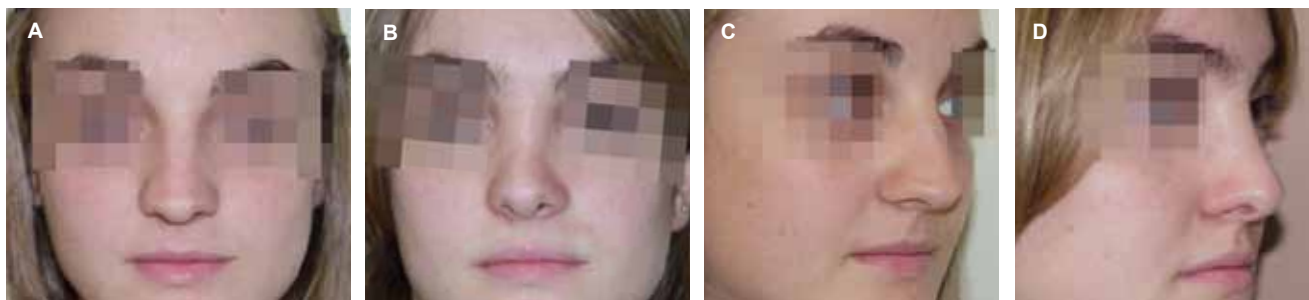


Figura 9 – A: Vista anterior, pré-operatória. B: Vista anterior pós-operatória. C: Vista oblíqua direita pré-operatória. D: Vista oblíqua direita pós-operatória. Paciente de 18 anos submetida à ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal e secção do ligamento de Pitanguy.

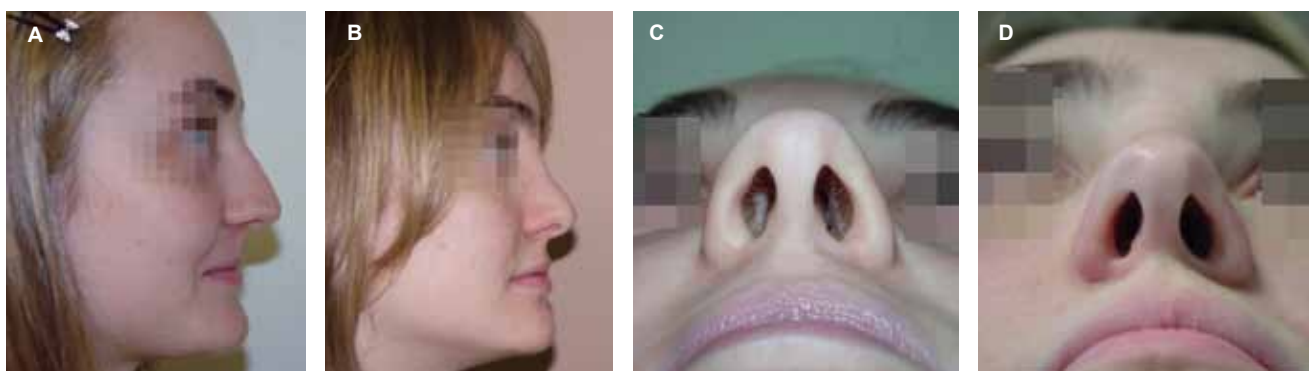


Figura 10 - A: Vista lateral direita pré-operatória. B: Vista lateral direita pós-operatória. C: Vista inferior pré-operatória. D: Vista inferior pós-operatória. Paciente de 18 anos submetida à ressecção de segmentos cefálicos das cartilagens laterais inferiores, encurtamento do septo caudal e secção do ligamento de Pitanguy.

Tipo de abordagem cirúrgica

Foram realizadas 55 rinoplastias abertas, 33 fechadas e 3 pela técnica de *delivery* (alça de balde). Neste trabalho não será abordada a técnica *delivery*.

Sexo

Em relação ao sexo dos pacientes submetidos a rinoplastia fechada, 6 (16,2%) foram do gênero masculino e 31 (83,8%) do sexo feminino. Quanto à rinoplastia aberta, foram 47 (85,5%) mulheres e 8 (14,5%) homens.

Período

Em 2002, foram realizadas 9 cirurgias fechadas (7 primárias e 2 secundárias). Em 2003, foram feitas 4 cirurgias fechadas, todas primárias e, em 2004, foram realizadas 16 cirurgias fechadas (14 primárias e 2 secundárias).

Já em 2005, 15 cirurgias foram realizadas, sendo 11 abertas (9 primárias e 2 secundárias) e 4 fechadas (todas primárias).

Em 2006, todas as 20 rinoplastias realizadas foram abertas, 15 primárias e cinco secundárias. Dezenove cirurgias foram realizadas em 2007, sendo 16 primárias e 3 secundárias. Até abril de 2008, foram feitas 8 cirurgias abertas, 7 primárias e 1 secundária.

As Figuras 1 a 6 exibem aspectos pré e pós-operatórios de pacientes submetidos a rinoplastia aberta. As Figuras 7 e 8 demonstram detalhes da rinoplastia secundária (1ª rinoplastia fechada e 2ª rinoplastia aberta). Por fim, as Figuras 9 e 10 ilustram alguns casos de pacientes submetidos a rinoplastia fechada.

Indicações

Durante os anos de 2002, 2003 e 2004, foram realizadas cirurgias fechadas, independentemente das indicações clássicas anteriormente citadas. Em 2005, houve uma transição para a técnica aberta, principalmente em casos de ponta bulbosa, bífida, quadrangular, assimétrica, atípica e em narizes secundários. A partir de então, o autor adotou essa técnica invariavelmente no tratamento da ponta nasal.

Relação entre tratamento primário e reoperação

Dentre as 91 cirurgias, 76 foram rinoplastias primárias e 15 foram secundárias. Destas 15 cirurgias, 6 foram realizadas em pacientes provenientes de outro serviço, e 9 cirurgias foram realizadas em 7 pacientes operados primariamente pelo autor, tendo sido 2 terciariamente.

Dentre as reoperações, 4 cirurgias realizadas primariamente pela técnica fechada foram reabordadas pela técnica

aberta, 1 paciente foi submetida primariamente à técnica fechada, reoperada pela técnica *delivery* e posteriormente, para melhorar o resultado, optou-se pela técnica aberta. Dois pacientes foram primariamente operados pela técnica aberta e posteriormente foram reoperadas também com a mesma técnica. Um dos pacientes citados acima foi operado primariamente por meio da rinoplastia fechada e reoperado por duas vezes pela técnica aberta.

Das 6 cirurgias realizadas em pacientes operados anteriormente em outro serviço, todas foram feitas por meio da rinoplastia aberta.

Relação entre tipo de abordagem cirúrgica x índice de satisfação x reoperação

Dentre os 55 procedimentos de rinoplastia aberta realizados em 52 pacientes, 85,1% dos mesmos apresentaram alto grau de satisfação (extremamente ou muito satisfeito), 10% de resultados médios e 5% de baixo grau de satisfação na avaliação dos próprios pacientes. Na avaliação do autor, o índice de alto grau de satisfação ficou em 77% e na avaliação dos médicos observadores, em 78%.

Dentre os 33 pacientes submetidos a cirurgia de rinoplastia fechada, 72,1% declararam-se altamente satisfeitos, 11,8% satisfeitos, 10,3% pouco satisfeitos e 5,9% insatisfeitos. Na avaliação do autor, o índice de alto grau de satisfação foi 50%, enquanto os avaliadores consideraram em 48%.

Relação entre pacientes reoperados e índice de satisfação

Foram operados 7 pacientes, submetidos a 9 procedimentos secundariamente pelo próprio autor por meio da técnica aberta. Nesse grupo, o índice de alto grau de satisfação deste grupo foi de 86%. Porém 14% (1 paciente) mantiveram-se insatisfeitos. Este paciente apresentou sofrimento parcial da pele nasal.

Entre os 6 pacientes com rinoplastia prévia provenientes de outros serviços, todos foram submetidos a rinoplastia aberta. Quatro deles foram abordados secundariamente, 1 terciariamente e 1 quaternariamente, resultando em 100% de alto índice de satisfação.

Relação entre os achados clínicos e as técnicas utilizadas

• Rinoplastia fechada

Exame físico: Entre os pacientes, 11 apresentavam pele grossa, 3 pontas muito projetadas, 8 pontas largas, 5 bulbosas, 9 caídas, 6 desviadas e 9 bifidas. A ponta dinâmica se apresentou em 6 pacientes, ponta sem definição em 3, enxertos visíveis e cicatriz inestética não foram identificadas no exame físico em nenhum paciente.

Técnicas utilizadas: As técnicas utilizadas nas rinoplastias fechadas foram: abordagem das cartilagens laterais inferiores em 31 casos, sendo todas ressecções parciais, nenhum caso de dobra da mesma ou de rotação da cartilagem. O ligamento de

Pitanguy foi ressecado em 30 casos. Os pontos transdomais foram realizados em somente 3. O encurtamento da *crus* medial não foi realizado. Foram empregados enxertos de *strut* em 8 casos e enxerto de Sheen em 3 casos. A cartilagem septal foi a mais comumente utilizada com fonte doadora de enxertos. Em 1 caso foi utilizado enxerto de cartilagem costal e, em outro, foi utilizada cartilagem conchal.

• Rinoplastia aberta

Exame físico: Entre os pacientes, 14 pacientes apresentavam pele grossa, 7 pontas projetadas ou rinomegalias, 3 pacientes apresentaram supratip. Dezesete pacientes apresentavam pontas largas, 18 bulbosas, 27 caídas, 10 desviadas e 4 bifidas. Quatro pacientes secundários apresentaram colapso da *crus* lateral. A ponta dinâmica estava presente em 2 pacientes e ponta sem definição em 12. Enxertos visíveis e cicatriz inestética não foram identificados no exame físico em nenhum paciente.

Técnicas utilizadas: As técnicas utilizadas nas rinoplastias abertas foram: abordagem das cartilagens laterais inferiores em 51 casos, sendo 48 ressecções parciais, 2 casos de dobra e 1 de rotação das cartilagens. O ligamento de Pitanguy foi ressecado em todos os casos, para exposição adequada do campo operatório. Os pontos interdomais foram realizados em 50 casos, enquanto os transdomais em 38. A *crus* medial foi encurtada em 7 casos, em todos os pacientes que apresentaram, ao exame físico, ponta muito projetada. Nos casos que se apresentaram com colapso da *crus* lateral, foram utilizados o lateral *strut graft* em dois deles, e alar rim *graft* nos demais. Enxertos de Sheen/escudo foi empregado em 14 casos, todos com pele mais grossa, estaca em 51. A cartilagem septal representou a área doadora para enxertos em 48 casos. Somente em 1 caso foi utilizado enxerto de cartilagem costal e em nenhum deles foi utilizada cartilagem conchal.

Complicações

Foram avaliadas as complicações de ponta nasal em diferentes momentos do pós-operatório, caracterizando-as como assimétricas, desviadas, dinâmicas, bulbosas, presença de supratip, de edema prolongado ou persistente, excesso ou falta de projeção, falta de definição e presença de cicatrizes inestéticas.

Nos pacientes operados pela rinoplastia fechada, 2 (6%) casos se apresentaram com edema após 3 meses de pós-operatório, resolvidos após o 6º mês. A partir de 6 meses de pós-operatório, 5 (15%) pacientes apresentaram queixas. Dois deles evidenciaram manutenção de pontas projetadas (6%), 1 outro paciente (3%) apresentou supratip e 2 (6%) falta de definição. Desses 5 pacientes, 4 (2 com ponta projetada, 1 com supratip e 1 com falta de definição), foram reoperados após 1 ano pela técnica aberta, com resultados satisfatórios, e 1 paciente com falta de definição foi operado pela técnica *delivery*, com resultado insatisfatório.

Nos casos de rinoplastia aberta, após um pós-operatório de 3 meses, o achado mais comum foi edema em 4 (7,2%) casos, sendo que em um deles o mesmo foi mais prolongado, mas não persistente.

A partir de 6 meses de pós-operatório, foram constatados 3 (5,4%) casos de abaixamento de ponta, 2 (3,6%) casos de falta de definição e 1 caso (1,8%) de alteração cicatricial causado por fechamento inadequado, com desalinhamento das bordas e assimetria de ponta.

Desses casos, um dos pacientes com falta de definição e o paciente com alteração cicatricial e assimetria de ponta foram reoperados após 1 ano, com resultado satisfatório. Na avaliação de grau de satisfação desses pacientes reoperados, os resultados foram caracterizados como muito ou extremamente satisfatórios.

O outro paciente com queixa de falta de definição de ponta foi reoperado e apresentou sofrimento parcial de pele do nariz. Especialmente esse paciente apresentou uma evolução mais lenta, com melhora importante no aspecto, sem, contudo, atingir o resultado esperado.

DISCUSSÃO

Os pacientes com expectativas realísticas, diagnóstico pré-operatório adequado por meio de exame físico detalhado, boa relação médico-paciente e plano cirúrgico bem conduzido são essenciais para se obter um resultado satisfatório².

A anatomia e a fisiologia nasais são o ponto de partida para o entendimento das alterações estético-funcionais do nariz e o cirurgião deve estar familiarizado com o comportamento pós-operatório da rinoplastia.

A rinoplastia busca resultados efetivos, duradouros e naturais. Evidentemente não existe um nariz perfeito, tampouco é possível obtermos um resultado absolutamente previsível. De acordo com a alteração existente, o cirurgião deverá optar pela técnica mais apropriada, a fim de obter o melhor resultado possível, com menor índice de complicações.

Determinadas alterações são citadas especificamente por alguns autores, seja pela frequência ou pela importância de um diagnóstico preciso e correto. Elas foram minuciosamente seguidas nas rinoplastias abertas deste trabalho, como nos casos de narizes com pinçamento. Gunter et al.²⁵ e Toriumi⁶ sugerem o tratamento com lateral *strut grafts* e alar rim grafts. Para os casos de narizes quadrangulares (*boxy*), Rohrich & Adams⁸ citam o tratamento com suturas, enxertos e ressecções ou dobras. Pontas caídas são citadas por Pitanguy et al.^{4,16} e Peck et al.¹⁰. Pitanguy et al.¹⁶ ressaltam que, nos casos específicos em que a ponta não apresenta importantes alterações, o tratamento do ligamento de Pitanguy, isoladamente, pode trazer resultados satisfatórios. Fato que pudemos comprovar nos casos de rinoplastia fechada tratados somente com a secção do ligamento.

Em relação aos enxertos cartilagosos, considerando-se

somente a abordagem da ponta, este trabalho comprovou que o enxerto obtido do próprio septo é, na grande maioria das vezes, efetivo em quantidade e qualidade. Apenas nos casos em que a cartilagem septal foi insuficiente e naqueles que exigiam grande quantidade de área doadora, optou-se pela cartilagem costal. Apenas em um caso, optou-se pela cartilagem da concha, por se tratar de paciente com septo anteriormente operado e que se necessitava pequena quantidade de cartilagem.

Entre as alterações acima, as assimetrias de ponta nasal devem ser cuidadosamente avaliadas. Rohrich & Griffin²⁹ descreveram uma classificação a respeito, sugerindo um algoritmo de tratamento. Behmand et al.³ descreveram a contribuição das *crura mediais* e de anormalidades do septo caudal na assimetria de ponta.

Na rinoplastia, as suturas são de fundamental importância, promovendo resultados naturais e efetivos^{3,7}. Gruber & Friedman⁷ sugerem um algoritmo de sutura no tratamento de pontas bulbosas.

Neste trabalho observa-se que somente em poucos casos de rinoplastia fechada os pontos transdomais foram realizados; isso se deve ao fato da dificuldade técnica em realizá-los com boa acurácia, fato completamente oposto na rinoplastia pela abordagem aberta.

Nas rinoplastias abertas, o autor realizou as suturas em quase todos os casos operados, o que se mostrou importante na obtenção do alto índice de satisfação observado.

É importante ressaltar que, entre os anos de 2002 e 2004, os pacientes primários foram sempre abordados pela técnica fechada, visto que o autor foi treinado nessa técnica. No ano de 2005, houve uma transição das técnicas, e a partir de 2006 até 2008, mesmo os pacientes primários foram abordados pela técnica aberta. Essa transição explica-se pelo fato do autor ter obtido melhores resultados, uma vez que, em suas mãos, a técnica aberta se mostrou mais facilmente realizável e, portanto, constituiu-se a técnica de escolha no tratamento da ponta nasal.

Autores como Pitanguy et al.⁴, Peck et al.¹⁰, Constantian¹¹ e Sheen¹² descrevem técnicas de tratamento das alterações da ponta nasal por meio da abordagem fechada com ótimos resultados. No entanto, os mesmos não negam a importância da abordagem aberta em casos específicos, como rinoplastias secundárias ou em fissurados.

Neste trabalho, assim como publicado por Behmand et al.³, Gunter⁵, Tebbetts²¹, Rohrich & Adams⁸, Sperli¹⁵, Ishida et al.³⁰, Prado Neto et al.³¹ e Foda³², a via aberta para a realização das rinoplastias se mostrou mais fácil e detalhista.

A discussão entre a rinoplastia aberta e fechada é comum e motivo de extensos estudos por diversos autores³³⁻³⁶.

As desvantagens da rinoplastia aberta descritas são: a cicatriz transcolumelar e a possível perda de pele no retalho columelar. Contudo, este trabalho demonstrou, assim como Gunter⁵, que esta incidência é muito baixa, e dificilmente

se torna uma queixa dos pacientes. Neste trabalho, das 55 rinoplastias realizadas por visão direta, somente uma apresentou cicatriz inestética. Possivelmente o fechamento foi inadequado, com incorreto alinhamento das bordas. Na revisão desta cicatriz, o problema foi corrigido. É fato que existe uma cicatriz visível, mas com técnica meticulosa e fechamento adequado, a cicatriz raramente é percebida a uma distância normal de conversação.

A rinoplastia aberta ainda apresenta como desvantagem o maior edema no pós-operatório. Neste trabalho, o edema não persistiu.

Outra desvantagem da abordagem aberta é a extensa dissecação da pele, promovendo no pós-operatório possível contração, que pode distorcer a estrutura osteocartilaginosa reconstruída. Como já ressaltado por Gunter⁵, e realizado neste trabalho, é importante estabilizar a estrutura, justificando a grande casuística de enxerto de cartilagem como *strut* (estaca) e a realização de suturas, conforme referem Behmand et al.³ e Gruber & Friedman⁷. A extensa dissecação foi a provável causa do sofrimento de pele parcial que se observou no paciente submetido a rinoplastia terciária e que obteve um resultado insatisfatório. Deve-se ressaltar que este paciente não teve a pele da ponta desengordurada, fato que sabidamente aumenta o risco de necrose e somente a dissecação ampla e a sequência de reabordagens podem justificar o resultado indesejado. Neste caso, pôde-se comprovar que a rinoplastia não é isenta de riscos, devendo ser realizada de forma muito criteriosa.

Entre suas vantagens, a rinoplastia aberta permite a visualização direta e ampla dos elementos anatômicos do nariz, preserva a mucosa nasal que se mantém íntegra e aderida às cartilagens, permite maior refinamento na modelagem das cartilagens, que pode ser feita por meio de pontos de aproximação mais eficazes, sob visão direta, menor índice de sangramento no pós-operatório pela hemostasia rigorosa, maior facilidade técnica e maior facilidade de didática.

Neste trabalho, a porcentagem de reoperação (15,1%) dentre os pacientes submetidos a rinoplastia com a técnica fechada foi evidentemente maior que pela técnica aberta (5,4%), apesar de estatisticamente não ter significância ($p=0,126$). O índice de alto grau de satisfação da técnica aberta foi de 85,1%, enquanto na fechada foi de 72,1% e o grau de insatisfação final com o resultado foi de 5% e 16,2%, respectivamente.

Esses dados comprovam as vantagens citadas acima na realização da cirurgia aberta, sendo as desvantagens consideradas contornáveis pelo autor e pela grande maioria de pacientes.

CONCLUSÃO

O índice de satisfação entre os pacientes submetidos a rinoplastia aberta foi de 85,1% de alto grau de satisfação,

enquanto entre os pacientes submetidos a rinoplastia fechada esse índice foi de 72,1%.

O índice de reoperação entre os pacientes submetidos a rinoplastia aberta foi 5,7%, enquanto a porcentagem entre os pacientes submetidos a rinoplastia fechada foi de 17,8%.

O trabalho enfatiza as vantagens da rinoplastia aberta: melhor visualização da anatomia, preservação da mucosa nasal, maior refinamento na modelagem das cartilagens, maior facilidade técnica e suas desvantagens: cicatriz trans-columelar e a possível perda de pele no retalho columelar, maior edema no pós-operatório, possível contração pós-operatória, observadas neste trabalho como pouco frequentes e contornáveis.

A rinoplastia aberta se mostrou bastante versátil, efetiva no diagnóstico e no tratamento da ponta nasal, principalmente quando comparada à técnica fechada.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. João Francisco Gabriele, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e à Dra. Tatiana Tourinho Tournieux, Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, pela contribuição técnica e intelectual.

REFERÊNCIAS

1. Garcia LC. Estudo do equilíbrio dorso-ponta na rinoplastia. Anais do Simpósio Brasileiro do Contorno Facial – SBCP;1983. p.167-70.
2. Pitanguy I. Rhinoplasty. In: Aesthetic plastic surgery of head and body. 1st ed. Berlin:Springer-Verlag;1981. p.257-301.
3. Behmand RA, Ghavami A, Guyuron B. Nasal tip sutures part I: the evolution. *Plast Reconstr Surg*. 2003;112(4):1125-9.
4. Pitanguy I, Bos H, Telecemian C, Barzi A. Utilização de enxertos cartilaginosos na região da ponta nasal. *Rev Bras Cir*. 1998;238:265-72.
5. Gunter JP. The merits of the open approach in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1997;99(3):863-7.
6. Toriumi DM. New concepts in nasal tip contouring. *Arch Facial Plast Surg*. 2006;8(3):156-85.
7. Gruber RP, Friedman GD. Suture algorithm for the broad or bulbous nasal tip. *Plast Reconstr Surg*. 2002;110(7):1752-64.
8. Rohrich RJ, Adams WP Jr. The boxy nasal tip: classification and management based on alar cartilage suturing techniques. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107(7):1849-63.
9. Castilho HT, Hochman B, Ferreira LM. Rinoplastia do nariz negroide por via intra-oral sem ressecções externas. Avaliação da eficácia da técnica. *Acta Cir Bras*. 2002;17(5):342-51.
10. Peck GC Jr, Michelson L, Segal J, Peck GC Sr. An 18-year experience with the umbrella graft in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1988;102(6):2158-65.
11. Constantian MB. Elaboration of an alternative, segmental, cartilage-sparing tip graft technique: experience in 405 cases. *Plast Reconstr Surg*. 1999;103(1):237-53.
12. Sheen JH. Spreader graft: a method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1984;73(2):230-9.
13. Pitanguy I. Rhino-cheilo-plastie à ciel ouvert dans les sequelles du bec-de-Lievre. *Ann Chir Plast*. 1963;8(1):47-52.

14. Jaimovich CA. Rinoplastia a céu aberto com enxerto de cartilagem. Trabalho Apresentado no XIX Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica;1977.
15. Sperli A. Exo-rinoplastia/ external: rhinoplasty. *Rev Bras Cir Plast.* 1988;3(2):126-37.
16. Pitanguy I, Salgado F, Radwanski HN, Bushkin SC. The surgical importance of the dermocarilaginous ligament of the nose. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95(5):790-4.
17. Goldman IB. Surgical tips on the nasal tip. *Eye Ear Nose Throat Mon.* 1954;33(10):583-6.
18. McIndoe A, Rees TD. Synchronous repair of secondary deformities in cleft lip and nose. *Plast Reconstr Surg.* 1959;24:150-62.
19. McCollough EG, English JL. A new twist nasal tip surgery. An alternative to the Goldman tip for the wide or bulbous lobule. *Arch Otolaryngol.* 1985;111(8):524-9.
20. Tardy Jr. ME, Cheng E. Transdomal suture refinement of the nasal tip. *Facial Plast Surg.* 1987;4:317-26.
21. Tebbetts JB. Controlled non-destructive tip rhinoplasty: a new approach for shaping and positioning nasal tip elements. Presented at the 58th Annual Meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery, San Francisco, October;1989.
22. Tebbetts JB. Secondary tip modification: shaping and positioning the nasal tip using nondestructive techniques. In: Tebbetts JB, editor. *Primary rhinoplasty: a new approach to the logic and the techniques.* St. Louis: Mosby;1998.
23. Daniel RK. Rhinoplasty: creating an aesthetic tip. A preliminary report. *Plast Reconstr Surg.* 1987;80(6):775-83.
24. Guyuron B, Michelow BJ, Englehardt C. Upper lateral splay graft. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(6):2169-77.
25. Gunter JP, Landecker A, Cochran CS. Frequently used grafts in rhinoplasty: nomenclature and analysis. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(1):14e-29e.
26. Rohrich RJ, Adams Jr. WP, Gunter JP. Advanced rhinoplasty anatomy. In: *Dallas rhinoplasty: nasal surgery by the masters.* Vol. 1. St. Louis: Quality Medical Publishing;2002. p. 5-19.
27. Monastério FO. In: *Rhinoplasty.* Philadelphia: W.B. Saunders;1998.
28. Mélega JM. In: *Cirurgia plástica: fundamentos e a arte.* Volume cirurgia estética. 1^a ed. Rio de Janeiro: Medsi;2002. p.333-8.
29. Rohrich RJ, Griffin JR. Correction of intrinsic nasal tip asymmetries in primary rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(6):1699-712.
30. Ishida J, Lee J, Shiroma E, Ishida LC. Secondary rhinoplasty: reconstitution of the alar cartilages by a rhinoplasty with an external incision. *São Paulo Med J.* 1995;13(1):729-33.
31. Prado Neto JM, Prado LFAM, Prado LGAM. In: *Rinoplastia secundária.* Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo: Atheneu;2005. p.443.
32. Foda HM. External rhinoplasty: a critical analysis of 500 cases. *J Laryngol Otol.* 2003;117(6):473-7.
33. Constantian MB. Differing characteristics in 100 consecutive secondary rhinoplasty patients following closed versus open surgical approaches. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(6):2097-111.
34. Tebbetts JB. Anatomic basis and clinical implications for nasal tip support in open and closed rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(5):1571-3.
35. Adams WP Jr, Rohrich RJ, Hollier LH, Minoli J, Thornton LK, Gyimesi I. Anatomic basis and clinical implications for nasal tip support in open versus closed rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103(1):255-61.
36. Sheen JH. Closed versus open rhinoplasty: and the debate goes on. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99(3):859-62.

Correspondência para:

José Eduardo Lintz
Avenida Ibirapuera 2120, conjunto 44 – Moema - São Paulo, SP - CEP 04028-001
E-mail: jelintz@uol.com.br