

Rinoplastia: enxerto ósseo de olécrano

DIOGO BORGES PEDROSO, JOSÉ CARLOS DAHER, OGNEV MEIRELES COSAC, FLAVIA ROBERTA PAES VASCONCELOS, RENATO SÉRGIO DE MEDEIROS SOUZA, GIULIANO TROMBETTA AMARAL

Introdução

O planejamento cirúrgico nas rinoplastias para tratamento do “dorso em sela” apresentou grande avanço nas últimas décadas devido ao melhor manejo de enxertos e implantes com finalidade estética ou reparadora. Porém, continuamente, a escolha desses implantes ou enxertos é tema de controvérsia e debates. Atualmente, descrevem-se vários materiais para esta finalidade e estes podem ser classificados, de acordo com sua origem, como autólogos, homólogos e sintéticos. Os autoenxertos compreendem cartilagem, osso, fásia, e derme do próprio indivíduo; os homoenxertos são derivados de tecidos doados por membros da mesma espécie e incluem a cartilagem irradiada e a derme acelular. Os implantes sintéticos são materiais aloplásticos (polímeros biocompatíveis). A cartilagem septal é geralmente considerada como o melhor material para correção de deformidades nasais em pacientes de rinoplastia primária ou secundária. Sua principal desvantagem é a quantidade limitada disponível. Materiais sintéticos, como o polietileno de alta densidade (Medpor, Porex) desenvolvido nos anos 70, tem também o seu espaço, porém, são estes tipos de implante que possuem maior taxa de extrusão e infecção, com custos mais elevados. As forças da cicatriz no nariz com deformidades graves tendem a subjugar qualquer tipo de reconstrução que não é rígida ou semirígida. Assim, uma estratégia de reconstrução deve ter por objetivo fornecer estabilidade da ponta e do dorso até que a contração tenha reduzido. Assim, o enxerto ósseo é uma boa opção porque é estável, tem boa disponibilidade e confiabilidade nos resultados estéticos. Várias áreas doadoras de enxertos ósseos têm sido usadas na reconstrução nasal e aumento do dorso, incluindo a crista ilíaca, calota craniana, a mastoide, o olécrano e as costelas. Independentemente da origem



Figura 1 – Pré-operatório.

Figura 2 – Radiografia perfil (pós-operatório).



Figura 3 – Pós-operatório. Figura 4 – Pós-operatório.

do enxerto ósseo, alguns princípios devem ser observados para melhor integração desses enxertos, os quais incluem: (1) a noção de aumento do enxerto, (2) a preparação do dorso para o contato do osso enxertado com a área receptora, (3) e a imobilização. A utilização do enxerto ósseo do olécrano é de fácil colheita, tem uma única espessura do córtex (25 mm), importante para resistir à reabsorção e produzir resultado estético estável.

Objetivo

Este trabalho tem como objetivo a demonstração da experiência da utilização do enxerto ósseo de olécrano para tratamento do dorso em sela durante 10 anos, com acompanhamento por igual período.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, onde foi realizada revisão de prontuários e acompanhamento de pacientes operados, tanto com fins reparadores para reconstrução do dorso nasal, como com fins estéticos. Neste estudo procura-se descrever a técnica operatória e demonstrar os resultados a longo prazo. Técnica Operatória: Colheita do enxerto, escolhe-se o braço não dominante para a colheita do enxerto. Realiza-se uma incisão longitudinal na pele e faz-se a dissecação roma das estruturas até atingir-se o periosteio,

o qual é incisado e dissecado com descolador de periosteio. O córtex do olécrano é cortado e aprofundado com uma serra giratória, embora uma broca de corte lateral também possa ser usada. Finalmente, o enxerto pode ser liberado de seu leito com o osteótomo curvo de 1 cm. O enxerto é, então, colocado em uma gaze úmida com solução salina e a área doadora é recoberta com cimento ósseo, segue-se a síntese do periosteio com suturas absorvíveis e a pele é fechada em dois planos e procede-se ao enfaixamento do membro com atadura de crepom. Em nossa experiência não se faz necessário o uso do torniquete.

Resultados

Foram operados 9 pacientes no período de 14 anos, com um seguimento por igual período. Obteve-se volume adequado dos enxertos, com bom resultado estético, sem taxa de reabsorção significativa, que pudesse provocar alterações no perfil nasal durante o seguimento.

Conclusão

O enxerto ósseo de olécrano demonstrou ser uma boa opção para rinoplastias primárias ou secundárias, no tratamento do “dorso em sela”, não tendo sido demonstrada reabsorção a longo prazo ou morbidade da área doadora, com bons resultados estéticos, previsíveis e duradouros.