

Excisão em Elipse da Cartilagem Lateral Superior na Rinoplastia para Correção do Terço Médio Nasal Largo

Elliptic Excision of the Upper Lateral Cartilage in the Rhinoplasty for Correction of the Large Middle Third

Antonio Celso Nunes Nassif Filho*, **Scheila Maria Gambeta Sass****, **Taise de Freitas Marcelino****.

* Professor Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da PUC-PR. Preceptor de Rinologia e Cirurgia Plástica da Face da residência de Otorrinolaringologia do Hospital Angelina Caron. Coordenador do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná.

** Otorrinolaringologista. Fellow em Plástica Facial do Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná.

Instituição: Departamento de Cirurgia Plástica e Reconstructiva Facial Hospital Angelina Caron e Hospital da Cruz Vermelha Brasileira. Curitiba / PR – Brasil.

Endereço para correspondência: Antonio Nassif Filho - Hospital Sugisawa - Avenida Iguazu, 1236 – Sala 305 – Rebouças – Curitiba / PR – Brasil – CEP: 80250-120 – Telefone: (+55 41) 3259-6663 – E-mail: nassifilho@uol.com.br

Artigo recebido em 26 de Julho de 2009. Artigo aceito em 14 de Setembro de 2009.

RESUMO

Introdução:

A redução do dorso nasal largo é um passo crítico na rinoplastia porque trabalha na área da válvula nasal com o desafio de um resultado estético favorável sem dano funcional.

Método:

Foi utilizado um método modificado de redução da cartilagem lateral superior, através de excisão em elipse, com o objetivo de reduzir a largura do terço médio nasal. A estrutura da válvula nasal interna, a relação das cartilagens laterais superiores (CLS) com o septo nasal e o excesso de CLSs são avaliados. O excesso de CLS é marcado para permitir remoção exata em forma de elipse no sentido longitudinal da cartilagem. A largura da elipse é determinada de acordo com a estrutura e o excesso de cartilagem nasal. CLS é exposta e resseca-se a elipse em sentido horizontal seguindo a projeção lateral da cartilagem, à meia distância da sua largura para não interferir na válvula nasal. A avaliação do tamanho da elipse a ser ressecada deve ser feita de forma meticulosa e cuidadosa para evitar estenose da válvula nasal. Os autores operaram 25 casos durante um período de três anos.

Resultados:

Em todos os casos os resultados foram satisfatórios. Nenhuma revisão foi necessária.

Conclusões:

Este método é uma boa alternativa às técnicas tradicionais no dorso largo. Em relação ao terço médio nasal largo, a remoção em elipse das CLSs é uma alternativa útil quando bem-indicada. Cuidado deve ser tomado em indivíduos com comprometimento da válvula nasal interna, que pode ser agravado com esta manobra.

Palavras-chave:

rinoplastia, dorso, cartilagem.

SUMMARY

Introduction:

The reduction of the large nasal dorsum is a critical step for rhinoplasty because it works in the nasal valve area with the challenge of a favorable aesthetic result without functional damage.

Method:

We used a modified method of reduction of the upper lateral cartilage, through elliptic excision, aiming to reduce the width of the nasal middle third. The inner nasal valve structure, the relationship of the upper lateral cartilages (ULC) with the nasal septum and the excess of ULC are evaluated. The ULC excess is marked to allow the exact removal in form of ellipsis in the longitudinal direction of the cartilage. The ellipsis width is determined according to the structure and the excess of nasal cartilage. ULC is exposed and the ellipsis is dried in the horizontal direction following the lateral projection of the cartilage, at a half distance of its width to prevent from interfering with the nasal valve. The evaluation of the ellipsis size to be dried must be carried out meticulously and carefully in order to avoid stenosis of the nasal valve. The authors operated 25 cases during a period of three years.

Results:

In all cases the results were satisfactory. No review was needed.

Conclusions:

This method is a good choice to the traditional techniques in the large dorsum. As for the nasal large middle third, the elliptic removal of the ULCs is a useful option when well indicated. Care must be taken of individuals with the inner nasal valve commitment, which may be aggravated with such maneuver.

Keywords:

rhinoplasty, dorsum, cartilage.

INTRODUÇÃO

O sucesso de uma rinoplastia cosmética é julgado inicialmente pelo seu resultado estético. Entretanto, o resultado final é apenas bem sucedido se a função respiratória estiver preservada (1).

Os dois terços inferiores do nariz são formados pela pirâmide cartilaginosa - duas cartilagens laterais superiores e a porção cartilaginosa do septo nasal (2). O terço inferior é formado pela ponta nasal - cartilagens laterais inferiores. As cartilagens laterais superiores se prendem na superfície inferior dos ossos nasais e se estendem caudalmente para formar a porção cartilaginosa do terço médio nasal, prendendo-se lateralmente ao processo frontal da maxila. Na linha média, a união das cartilagens laterais superiores à cartilagem quadrangular do septo forma um ângulo de 15° a 17° e constitui a válvula nasal média (subliminar), que contém a válvula nasal interna. Esta área é o principal local de resistência ao fluxo da via aérea nasal (1,2).

A válvula nasal interna é definida anatomicamente pelo ângulo entre o septo, medialmente, a extremidade caudal da cartilagem lateral superior, lateralmente (idealmente 10 - 15° em Caucasianos), e a extremidade anterior do corneto inferior (3).

A válvula nasal média é uma área importante por suas propriedades estéticas e funcionais. Esta estrutura eficiente e simplista revela a sua importância. Por ser um tecido móvel e delicado, que permite os aumentos variáveis na resistência nasal, tão crucial para o fluxo nasal (1,4,5).

A correção do dorso nasal largo é um passo crítico na rinoplastia porque trabalha na área da válvula nasal com o desafio de um resultado estético favorável sem prejuízo da sua função.

Este trabalho descreve uma técnica alternativa para redução do dorso nasal largo, com o objetivo de reduzir a largura do terço médio nasal, preservando a função da válvula nasal interna.

MÉTODO

Esta técnica tem sido realizada por mais de 3 anos. De acordo com nossos dados, 25 pacientes, com idade entre 22 e 55 anos, foram operados com essa técnica.

Técnica Cirúrgica

É realizada uma análise clínica pré-operatória preci-

sa. São analisados todos os parâmetros, medidas, ângulos, simetrias e relações do nariz. Qualquer problema a ser corrigido é anotado neste momento. O excesso de cartilagem lateral superior é determinado através de avaliação subjetiva feita pelo cirurgião, levando em consideração as queixas do paciente.

A cirurgia pode ser realizada sob anestesia geral ou local com sedação, de acordo com a preferência do cirurgião e do paciente. A técnica escolhida para o acesso pode ser fechado ou aberto, esse também a critério do cirurgião.

Previamente à indução anestésica ou sedação, são instiladas gotas de vasoconstritor tópico nasal (cloridrato de oximetazolina). Em seguida, realiza-se infiltração do dorso, ponta e septo nasal com solução de lidocaína 2% com adrenalina 1:80000 para anestesia e vasoconstrição local com o mínimo de anestésico necessário para que não haja distorção da anatomia nasal. É realizada também infiltração do local da incisão intercartilaginosa e incisão hemitransfixante, no caso de rinoplastia fechada, ou no local da incisão marginal e da columela para rinoplastia aberta.

No caso da escolha do acesso fechado, realiza-se incisão intercartilaginosa e hemitransfixante com comunicação entre ambas, ou incisão marginal e columelar para descolamento do tecido mole de acordo com a técnica já consagrada, no caso do acesso externo. Em seguida, a pele do dorso nasal é descolada da estrutura osteocartilaginosa, em um plano acima das cartilagens lateral superiores, através de dissecação com tesoura Metzembraum delicada, tendo o ângulo nasofrontal como limite superior.

Os passos consecutivos a serem realizados são os que seguem: 1) separação das cartilagens laterais superiores do septo; 2) correção da giba nasal; 3) dissecação e ressecção em elipse das cartilagens laterais superiores; 4) trabalho na ponta nasal; 5) osteotomias laterais e paramedianas bilateral quando indicados; 6) suturas.

Separação das Cartilagens Laterais Superiores do Septo

Realiza-se separação da cartilagem lateral superior da junção septo nasal através de incisões junto ao septo nasal até a porção inferior do osso nasal bilateralmente com lâmina de bisturi número 15.

Correção da Giba Nasal

A correção da giba nasal é realizada neste momento, se necessário, através do rebaixamento da cartilagem

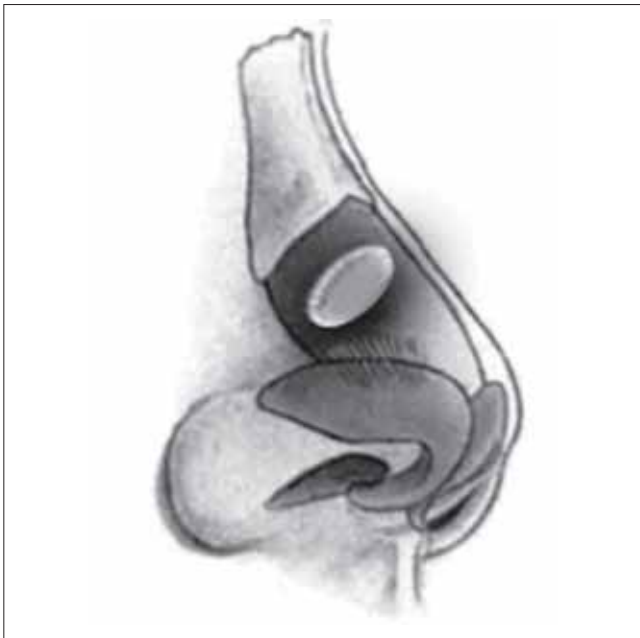


Figura 1. Visão lateral da elipse confeccionada na cartilagem lateral superior.

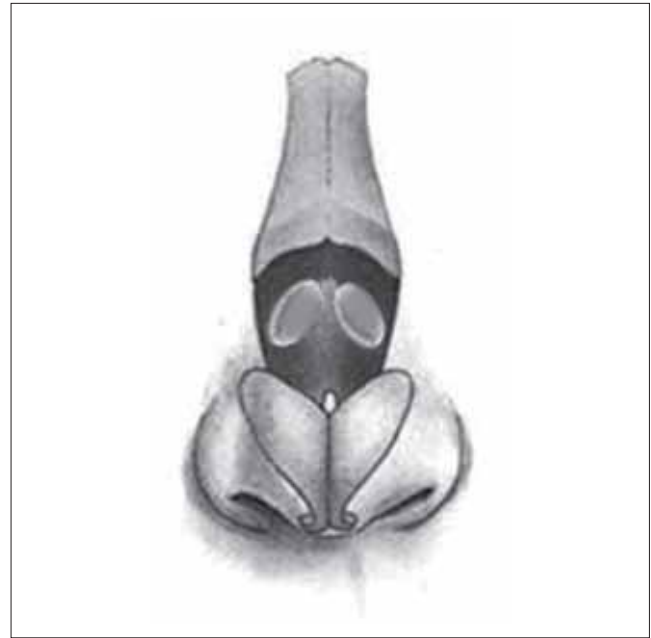


Figura 2. Visão frontal da elipse confeccionada na cartilagem lateral superior.

quadrangular do septo e porções mediais das CLSs gradualmente. A seguir, descola-se o periósteo da porção óssea do dorso nasal para retirada da giba óssea com osteótomo e posterior raspagem.

Dissecção e Ressecção da Elipse das Cartilagens Laterais

No caso da escolha do acesso fechado ou aberto, realiza-se o descolamento do epitélio interno nasal deixando a CLS totalmente desnuda.

Confecção da elipse: antes da confecção da elipse, é realizada a análise da estrutura das CLSs e seu excesso. O excesso de cartilagem lateral superior é marcado para localização exata do local onde será ressecada uma elipse no sentido diagonal e supero-inferior da cartilagem. É determinada a largura da elipse de acordo com a estrutura nasal e excesso de cartilagem presente. Em seguida, demarca-se com azul de metileno uma elipse horizontal quase paralela a cartilagem quadrangular, deixando envolta dela 3 mm de cartilagem para sustentação da cartilagem alar superior (Figuras 1 e 2).

Com o auxílio de um gancho everte-se a asa nasal para expor a cartilagem lateral superior e em seguida com uma lâmina de bisturi número 11 resseca-se a elipse em sentido horizontal seguindo a projeção lateral da cartilagem, à meia distância da sua largura para não interferir na

válvula nasal. A avaliação do tamanho da elipse a ser ressecada deve ser feita de forma meticulosa e cuidadosa para evitar estenose da válvula nasal. Importante salientar que deixamos em torno de 2 a 3 mm de cartilagem na margem da elipse.

Refinamento da Ponta Nasal

A correção das deformidades da ponta é realizada nesta etapa de acordo com o plano pré-cirúrgico.

Osteotomias Laterais e Paramedianas

Procede-se aos demais passos da rinoplastia para um adequado contorno do dorso. Realizam-se as osteotomias laterais e, se necessário, osteotomia paramediana para perfeita correção do dorso nasal. Análise cuidadosa do dorso nasal é realizada através da palpação delicada para assegurar que não haja irregularidades.

Na sequência é feita esparadrapagem nasal e fixação de um molde rígido. Não há necessidade de tamponamento nasal. A esparadrapagem e o molde são removidos com sete dias, quando é realizada nova esparadrapagem e mantida por mais sete dias. O paciente é orientado no pós-operatório quanto ao uso de medicação analgésica caso necessário e solução fisiológica nasal para lavagem.



Figura 3. Paciente 1. Pré-operatório (acima). 6 meses pós-operatório (abaixo).



Figura 4. Paciente 2. Pré-operatório (acima). 24 meses pós-operatório (abaixo).

RESULTADOS

Nos pacientes avaliados a seguir, o follow-up variou de 6 a 24 meses. O acompanhamento foi realizado através da inspeção, exame físico e documentação fotográfica a cada 3 meses no primeiro ano e na sequência a cada 6 meses quando possível.

Não houve complicação nos casos estudados, especialmente quanto à função respiratória. Apenas 2 pacientes referiram uma leve pressão nasal. A proposta para os próximos casos é documentar através de rinomanometria acústica a área nasal antes e após a cirurgia.

Ao final do sexto mês já foi possível notar uma aparência estética quase completamente natural, fase em que o edema começa a resolver. Todos os pacientes se mostraram satisfeitos com o resultado final do dorso.

Estudo do Casos

Caso 1. Paciente feminina de 24 anos com queixa

de nariz torto e desejo de refinamento da ponta nasal. À rinoscopia, não havia anormalidades endonasais. À inspeção havia laterorrínia para a direita, pequena giba óssea e abaulamento do dorso nasal à custa das cartilagens laterais superiores e assimetria da ponta nasal. Os passos cirúrgicos realizados foram os descritos acima. Foi optado pelo acesso aberto. A avaliação pós-operatória com 6 meses revela dorso nasal reto esteticamente bem definido harmonioso com as linhas faciais (Figura 3).

Caso 2. Paciente feminina de 40 anos de idade com queixa de nariz alto e dorso largo. Os passos cirúrgicos realizados foram os acima descritos através do acesso fechado. Avaliação pós-operatória com 24 meses mostra um dorso nasal bem definido esteticamente (Figura 4).

Caso 3. Paciente feminina de 60 anos de idade com queixa de giba nasal e dorso largo. Ao exame externo, a deformidade mais notável era o dorso largo com pequena giba e assimetria da ponta. Os passos cirúrgicos realizados foram os acima descritos através do acesso fechado. Avaliação pós-operatória com 12 meses mostra ponta e dorso nasal bem definidos com melhora das proporções faciais (Figura 5).



Figura 5. Paciente 3. Pré-operatório (acima). 12 meses pós-operatório (abaixo).

DISCUSSÃO

Alterações no dorso nasal é um passo crítico na rinoplastia. 2,5 Subdividir uma cirurgia nasal em categorias puramente funcionais e estéticas é, no pior dos casos, prejudicial ao paciente. Portanto, cada mudança estética deve estar diretamente relacionada à função nasal (1).

De acordo com procedimentos já consagrados, a manipulação da válvula nasal durante a rinoplastia está essencialmente limitada ao acesso ao dorso para remoção da giba óssea e estreitamento dos ossos nasais medialmente, correção do colapso da válvula nasal interna ou correção do nariz desviado com enxertos (1,3,4).

A válvula nasal é uma das estruturas nasais mais estudadas e também a mais sensível a mudanças (1). Os passos da rinoplastia devem trabalhar com cuidado nesta área e ser meticuloso nas ressecções.

O uso de enxertos tipo “spreader-graft” ou correção de insuficiência de válvula são técnicas que trabalham a

região da válvula, mas podem alargar o terço médio do nariz. Certamente cada técnica tem sua vantagem quando indicada corretamente. No caso de pacientes com insuficiência de válvula nasal interna é funcional e esteticamente indicado o uso de enxertos.

Nos casos de pacientes completamente contrários a essa situação, a correção de dorso largo em paciente sem colapso da válvula nasal interna pode ser realizada com a retirada da elipse da CLS sem prejuízo funcional. Estes pacientes necessitam de um refinamento do dorso nasal sem interferir no fluxo nasal.

Não há descrições na literatura desta técnica. Prendiville e col. descreveram uma técnica semelhante para afinar dorso nasal largo, mas trabalha na junção cartilagem nasal lateral com septo. Descreveram a técnica como “spreader-graft” reverso, em que retiram uma tira de cartilagem lateral superior em todo o seu comprimento após soltá-la do septo e osso nasal, com bons resultados.

CONCLUSÃO

Na correção do dorso nasal largo, a ressecção da elipse de cartilagem lateral superior é uma alternativa útil quando bem indicada. Deve-se ter cuidado com pacientes com comprometimento na válvula nasal interna porque estão contra-indicados a essa manobra pelo fato de poder agravar a disfunção valvular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sachs ME. *Mastering Revision Rhinoplasty*. New York: Springer, 2006.
2. Maniglia AJ, Maniglia JJ, Maniglia JV. *Rinoplastia: Estética-Funcional-Reconstrutora*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
3. Clark JM, Cook TA. The butterfly graft in functional secondary rhinoplasty. *Laryngoscope*. 2002, 112(11):1917-25.
4. Prendiville S, Zimble MS, Kokoska MS, Thomas JR. Middle-vault narrowing in the wide nasal dorsum: the “Reverse Spreader” technique. *Arch Facial Plast Surg*. 2002, 4(1):52-5.
5. Arslan E, Aksoy A. Upper lateral cartilage-sparing component dorsal hump reduction in primary rhinoplasty. *Laryngoscope*. 2007, 117(6):990-6.