



CORNETOS NAsAIS NA RECONSTRUÇÃO DO DORSO NASAL. RELATO DE CASO CIRÚRGICO

TURBINAL BONES IN NASAL DORSUM RECONSTRUCTION.
REPORT OF A SURGICAL CASE

Cécil C. Ramos, Doutorando do Curso de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia da FMUSP.

João Ferreira de Mello Júnior, Médico Assistente Doutor da Divisão de Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Trabalho realizado no Hospital Maternidade Dr. Cristovão da Gama-Santo André.

Endereço para correspondência: Cécil Cordeiro Ramos - Rua Gamboa 245 - Santo André - SP - Telefone: (0xx11): 4994-8970 - E-mail: Cecill@zaz.com.br

RESUMO

A reconstrução da pirâmide nasal, especialmente nos casos de afundamentos traumáticos, é uma cirurgia que esta sempre a procura do melhor material para preenchimento e sustentação das áreas afetadas. A procura de um enxerto orgânico, com mínimo de rejeição e absorção, facilidade de obtenção e manuseio, fez com que um grande número de cirurgiões optassem pelo uso do pavilhão auricular como área doadora. Apresentamos caso cirúrgico onde os cornetos nasais inferiores, após turbinectomia, são utilizados como matéria de enchimento e sustentação em um enxerto autógeno, com excelente resultado estético e funcional.

Unitermos: deformidades adquiridas nasais, transplante autólogo.

SUMMARY

The nasal pyramid reconstruction, especially in traumatic depression cases, is a surgery ever looking for the best substance to accomplishment and sustentation of the affected area. The search for an organic graft with minimal rejection and absorption and easy to get and work with, resulted in the auricular cartilage as the main given area. We show a surgical case where the nasal turbinal bones, after turbinectomy, are obtained accomplishment the autogenous graft, with excellent functional and esthetic result.

Uniterms: acquired nasal deformity, autogenous graft.

INTRODUÇÃO

Das inúmeras deformidades, congênitas ou não, que podem ocorrer na pirâmide nasal, aquelas que se apresentam com perda ou diminuição de tecidos, principalmente nos casos associados a traumatismos, são as de maior dificuldade técnica. Nesses casos, o nariz em sela apresenta-se com maior freqüência, seja decorrente de um traumatismo seguido de abscesso septal mal conduzido, seja decorrente de infecções como hanseníase, lues, tuberculose ou leishmaniose. Infelizmente, na atualidade a causa iatrogênica tem se mostrado cada vez maior nos levantamentos epidemiológicos, em geral decorrente de inabilidade técnica^{1,2} ou secundário a infecções hospitalares após a manipulação nasal, em especial após tamponamentos nasais prolongados, levando a perda da sustentação septal e conseqüente

selamento do dorso nasal^{3,4}. Para se restabelecer o perfil e harmonia do contorno nasal, além de correções primárias do septo e ossos próprios do nariz, temos que lançar mão de elementos de sustentação ou enchimento, sejam eles de origem orgânica ou não⁵. Embora muitos autores ainda defendam a utilização de elementos inorgânicos, como alguns polímeros sintéticos, é praticamente unânime a idéia de se priorizar o uso de material orgânico, tanto na forma de enxertos autógenos como por meio de bancos de tecidos^{1,6}. Dos enxertos orgânicos, os autógenos são preferidos aos disponíveis em bancos de tecidos. Embora esses últimos tenham a vantagem de diminuir o tempo cirúrgico², apresentam uma maior incidência de reabsorção, rejeição e menor resistência a infecções^{3,7}. Assim, a preferência pelo enxerto autógeno, em especial de cartilagem auricular⁸, se justifica pela melhor adaptação do enxerto ao seu leito, pelo bom resultado estético a

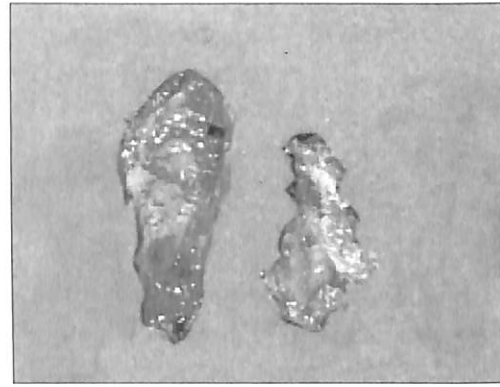


Figura 1. Cornetos nasais inferiores, após retirada da parte óssea e cobertura mucosa e prontos para serem colocados no leito nasal.

longo prazo e pela relativa facilidade de obtenção nas áreas doadoras.

Entretanto, a necessidade de realizar-se uma segunda cirurgia para obtenção do enxerto acaba por submeter o paciente, ainda que de forma mitigada, a um risco maior, tanto pelo maior tempo cirúrgico como pela maior possibilidade de complicações como infecções, hemorragias, etc, isto sem mencionar o aumento do custo final do procedimento cirúrgico. Pensando nesta problemática, imaginamos que os cornetos nasais inferiores, em um caso específico onde a paciente, além de apresentar deformidade traumática nasal apresentava quadro de rinite hipertrófica com indicação de turbinectomia, poderiam ser utilizados para formação de um enxerto autógeno.

No presente trabalho, apresentamos um caso clínico de afundamento do dorso nasal, onde utilizamos o tecido frouxo e o osso próprio do corneto nasal inferior para completar a falta de tecido de sustentação e preenchimento da pirâmide, com um ótimo resultado estético e funcional.

RELATO DO CASO

A paciente SFSL, 32 anos, referia história de traumatismo nasal que lhe causou afundamento do dorso nasal e dificuldade respiratória. A consulta inicial ocorreu 5 anos após o traumatismo, quando a paciente apresentava afundamento na porção média da pirâmide nasal, com característico sinal de "dupla gibá". Os ossos próprios do nariz mostravam-se unidos, mas alargados em sua base. Ao toque, notava-se falta de resistência à pressão sobre a ponta do nariz, o que sugeria uma falta importante da cartilagem septal. Pela rinoscopia observamos grande hipertrofia dos cornetos nasais (provável causa da obstrução nasal) e importante diminuição da área correspondente à cartilagem septal. Após exames pré operatórios de rotina, optamos por realizar turbinectomia inferior e correção da pirâmide nasal por meio de rinoplastia corretiva, com autorização prévia da paciente para se utilizar nova técnica cirúrgica. No ato cirúrgico, após a turbinectomia bilateral, realizamos incisão intercartilaginosa e descolamento do dorso nasal

a nível de perióstio, tomando o cuidado de não traumatizar a mucosa nasal, que iria servir de sustentação ao enxerto autógeno. Ainda neste tempo, realizamos fratura nasal lateral e correção da posição dos ossos próprios do nariz. Este tempo cirúrgico, isoladamente, já suavizou o aspecto de afundamento do dorso nasal, mas ainda faltava completar a perda de substância ocasionada pela absorção traumática da cartilagem septal. Os cornetos foram preparados de modo a fornecer um tecido de aproximadamente 3 cm² de área, com uma espessura de aproximadamente 0,4 cm (Figura 1). Conseguiu-se este resultado após retirar-se o osso próprio do corneto, bem como toda a superfície de cobertura mucosa. O enxerto foi colocado entre a pele do dorso e a mucosa nasal, na região de afundamento, sem necessidade de qualquer tipo de fixação, realizando-se apenas sutura da incisão intercartilaginosa com pontos de catgut 3-0. Utilizou-se o osso próprio do corneto para se elevar a ponta nasal, inserindo-o e fixando-o na região columelar posterior. Finda a cirurgia, realizamos curativo clássico com micropore e gesso, com tampão frouxo furacinado no vestibulo nasal. O tampão foi retirado no terceiro dia e o gesso no sétimo dia. Não houve qualquer complicação, seja no pós operatório imediato ou tardio, sendo a paciente acompanhada semanalmente, por meio de nasofibrosopia, até o 30º pós operatório, quando novamente foi realizada documentação fotográfica. O resultado final mostrou que o enxerto autógeno adaptou-se muito bem a seu leito, sem sinais de absorção, mantendo o perfil do dorso nasal como delineado no momento da cirurgia. A paciente está sendo acompanhada ambulatorialmente há um ano, mantendo excelente resultado estético e funcional (Figuras 2 e 3).

COMENTÁRIOS

Quando realizamos uma cirurgia de reconstrução da pirâmide nasal, esperamos que o resultado final seja o mais natural possível, com mínima manipulação e menor risco ao paciente. Atualmente observamos a preferência por parte dos cirurgiões em utilizar os enxertos autógenos ao enxertos não biológicos^{9,10}, pela menor freqüência de rejeição, menor incidência de mobilização com o tempo e



Figuras 2 e 3. Perfil da paciente no pré operatório, notando-se afundamento do dorso nasal com sinal de "dupla giba". Resultado final no 30º dia pós-operatório.

resultado estético mais natural. A literatura mostra uma franca preferência pelo uso da cartilagem auricular⁹ como principal área doadora, preferência esta motivada pela facilidade do acesso, bom resultado estético na área doadora e relativa abundância de tecido disponível. Quando a função do enxerto é primordialmente de enchimento, muitos autores preferem utilizar enxerto de fásia temporo-parietal ou gálea aponeurótica^{11,10}.

No presente trabalho apresentamos um caso onde, pela característica específica da paciente de apresentar rinite hipertrófica concomitante à deformidade nasal, utilizamos os cornetos inferiores como área doadora para criação de um enxerto autólogo, o que facilitou a cirurgia pela exclusão do tempo cirúrgico da área doadora, pela facilidade de manipulação e boa adaptabilidade do enxerto.

Não encontramos na literatura relato da utilização de cornetos nasais como matéria de reconstrução da pirâmide nasal, mas acreditamos que na dependência de se realizar um estudo com um maior número de cirurgias, este tipo de abordagem teria sua indicação, principalmente nos casos onde a turbinectomia inferior estivesse indicada de forma primária para tratamento da obstrução nasal.

CONCLUSÃO

No presente caso a utilização dos cornetos nasais inferiores como material de enchimento e sustentação, em cirurgia de reconstrução da pirâmide nasal, mostrou excelente adaptação com as seguintes vantagens:

- superioridade do enxerto autólogo frente aos outros tipos de enxerto.
- quando comparado à cartilagem auricular, a utilização dos cornetos nasais foi menos traumática e mais rápida, uma vez que torna-se desnecessária a abordagem de uma outra área cirúrgica para retirada da substância doadora, diminuindo a manipulação e o tempo cirúrgico.
- facilidade da manipulação dos cornetos, podendo ser utilizado como enxerto de sustentação ou enchimento, na dependência de se usar, ou não, o osso próprio do corneto inferior.
- facilidade da técnica quando comparada a outros tipos de abordagem para obtenção do enxerto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DZIELIUSKI, P.; DUJON, D.; SPYRIDOUNIS, P.; GRAFFITHS, A. W.; SHARU, J. D. - A retrospective analysis of the results of 218 consecutive rhinoplasties. *Br. J. Plast. Surg.*, 48 (7): 451-4, 1995 Oct.
2. STOKSTED, P.; LADEFOGDE, C. - Crushed cartilage in nasal reconstruction. *J. Laryngol. Otol.*, 100 (8): 897-906, 1986 Aug.
3. CABOUI, J. L.; GUERRASSI, J. O.; MILETO, A.; CERISOLA, J. A. - Local infection following aesthetic rhinoplasty. *Ann. Plast. Surg.*, 17 (4): 306-9, 1986 Oct.
4. Wang, C. Y. - Corrective rhinoplasty for post-traumatic deformity of nose. *Chung Hua Cheng Hsing Shao Shang Wai Ho Tsa Chih*, 6(3): 200-1, 238, 1990 Sep.
5. CONLEY, J. - Intra-nasal composite grafts for dorsal support. *Arch. Otolaryngol.*, 111 (4): 241-3, 1985 Apr.
6. RODRIGUEZ-CRAMP, S. - Augmentative rhinoplasty with an "auricular gibbus". *Aesthetic Plast. Surg.*, 22(3): 196-205, 1998 May-Jun.
7. PECK, G. C. JR.; MICHELSON, L.; SEGAL, J.; PECK, G. C. SR. - Na 18-year experience with the umbrella graft in rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 102(6): 2158-65, discussion 2166-8, 1998 Nov.
8. SPENCER-M. G. J. - Chondroplastic graft augmentation rhinoplasty. *Laryngol. Otol.*, 104 (7): 539-43, 1990 Jul.
9. HARUSE, C. J. - Augmentation rhinoplasty. *Otolaryngol. Clin. North Am.*, 8 (3): 748-52, 1975 Oct.
10. MEGUMI, Y. - Augmentation rhinoplasty with soft tissue and cartilage. *Aesthetic Plast. Surg.*, 12 (2): 89-93, 1988 May.
11. GUERREROSANTOS, J. - Nose and paranasal augmentation: autogenous, fascia and cartilage. *Clin. Plast. Surg.*, 18 (1): 65-86, 1991 Jan.



Este é o primeiro livro nacional sobre anatomia cirúrgica do osso temporal com aspectos práticos, servindo como um guia dos vários passos de dissecação. É um livro essencial para aqueles que se iniciam em dissecação do osso temporal ou que se reciclam periodicamente, mostrando toda a experiência da equipe nos 34 cursos já realizados.

Nas suas 60 páginas há ilustrações da melhor qualidade, com máscaras transparentes em poliuretano importado, através das quais o leitor pode identificar as estruturas nas fotografias. Esse recurso nunca havia sido utilizado em livros deste tipo.

R\$ 70,00

Informações na Fundação Otorrinolaringologia

Tel.: (0xx11) 3068-9855