

Nariz desviado. Rinoplastia fechada ou aberta?

Deviated nose. Open or closed rhinoplasty?

Miguel Gonçalves Ferreira ■ Abel-Jan Tasman

RESUMO

O nariz desviado é resultado de um conjunto de alterações anatómicas diversas. O conceito de "Nariz Desviado" tem inúmeros sinónimos mas representa sempre um nariz desviado no seu plano sagital. A sua etiologia pode ser congénita ou adquirida, mais frequentemente traumática. A correcção desta deformidade constitui talvez o maior desafio que se pode colocar ao Cirurgião Rinoplasta. As técnicas de reparação podem ser de "camuflagem", de reconstrução anatómica ou mistas. Neste artigo são discutidas as várias estratégias cirúrgicas, dando especial destaque à rinoplastia aberta.

Palavras-chave: nariz desviado; rinoplastia; rinoplastia aberta; enxertos nasais; septoplastia.

ABSTRACT

Various anatomical deformations of the nose may give it a crooked appearance. The concept of "Deviated Nose" has multiple synonyms but in most cases it refers always to a deviated pyramid in the sagittal plane. The deformity can be congenital or acquired, most frequently traumatic. The correction of this group of deformities is one of the biggest challenge for the Surgeon. The principle of correction can be either to "camouflage" the defect or to realign and reconstruct the symmetric anatomy or combine both principles. In this article, various surgical strategies will be discussed with emphasis on the external or "open" approach.

Key words: Deviated nose; crooked nose; rhinoplasty; open rhinoplasty; nasal grafts; septoplasty.

INTRODUÇÃO

Devido à sua complexidade, a correcção do Nariz Desviado – ND, representa um dos maiores desafios para o cirurgião Rinoplasta.^{3,11} Não raramente, o Otorrinolaringologista é solicitado para corrigir um devio septal que se enquadra num devio septo-piramidal complexo – ND – e a vulgar septoplastia de Cottle é manifestamente insuficiente.^{2,11} Nestas situações o Otorrinolaringologista adopta frequentemente uma estratégia de "defesa" e executa unicamente a septoplastia.

Perante um Nariz Desviado, o cirurgião tem que fazer um diagnóstico anatomico preciso. Só assim poderá planear uma cirurgia realmente eficaz e completa. O ND tem frequentemente outras designações: nariz defletido, nariz tortuoso, nariz escoliótico e nariz torcido, entre outras. Nesta patologia há que considerar três segmentos distintos: 1/3 superior – Ósseo e os 2/3 inferiores – Cartilagosos – que consistem no "dorso cartilaginoso" (valva media) e na Ponta nasal. Existem vários tipos de ND, do ponto de vista estético: ND em "I", em "C" em "S" - Figs 1a, 1b e 1c respectivamente. Do ponto de vista estrutural: ND Ósseo, Cartilaginoso e Osteo-cartilaginoso.

MIGUEL GONÇALVES FERREIRA, MD

Assistente de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial – Centro Hospitalar do Porto; ICBAS - Universidade do Porto

ABEL-JAN TASMAN, MD PHD

Professor de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial – Kantosspital St. Gallen, St. Gallen, Switzerland

Correspondência:

Miguel Gonçalves Ferreira

Tv. Abreu e Sousa 45 - Hab 4.1 | 4450 - 567 Leça da Palmeira



FIG. 1A) ND em "I-Shape"



FIG. 1B) ND em "C-Shape"



FIG. 1C) ND em "S-Shape"

É de extrema importância identificar sempre a contribuição de cada uma das 3 unidades anatómicas no ND. Conforme a fig. 2 as três unidades anatomo-estéticas são as seguintes: 1) Ossos Próprios do nariz - OPN, 2) Complexo septo/cartilagens laterais superiores - CSCLS, 3) Cartilagens laterais inferiores - CLI. Estes 3 componentes são independentes e cada um funciona "per si" ou em conjunto na gênese do ND.

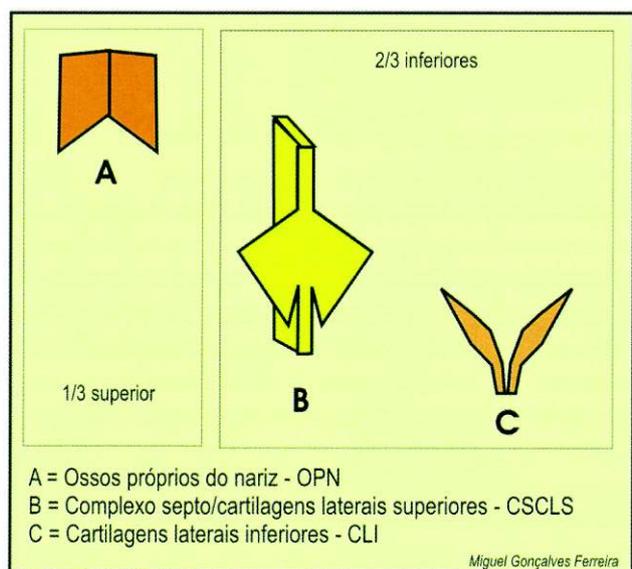


FIGURA 2. unidades anatomo-estéticas da pirâmide nasal.

O tratamento cirúrgico pode ser de reconstrução anatômica, de camuflagem ou ambas em simultâneo. Nos desvios em "C" é muitas vezes possível uma correção por "camuflagem" colocando um "spreader graft" no lado convexo ou um enxerto de "preenchimento" para camuflagem se o desvio for causado por uma depressão da parede lateral - "deformidade em pseudo-C". Os desvios ósseos terão que ser corrigidos com osteoto-

mias. Nos desvios em "I" ou "S" - mais complexos - é normalmente necessária uma técnica reconstructiva, por vezes com "esqueletização à la demande" da pirâmide nasal e recolocação das suas estruturas maior.

A grande maioria dos insucessos na reparação do ND acontece porque o complexo septo/cartilagens laterais superiores - CSCLS - não é convenientemente esqueletizado, mantendo assim as suas forças de tensão e respectiva memória.^{5,6,17} Este é o "passo-chave" na reparação de uma percentagem considerável de ND - Fig. 3

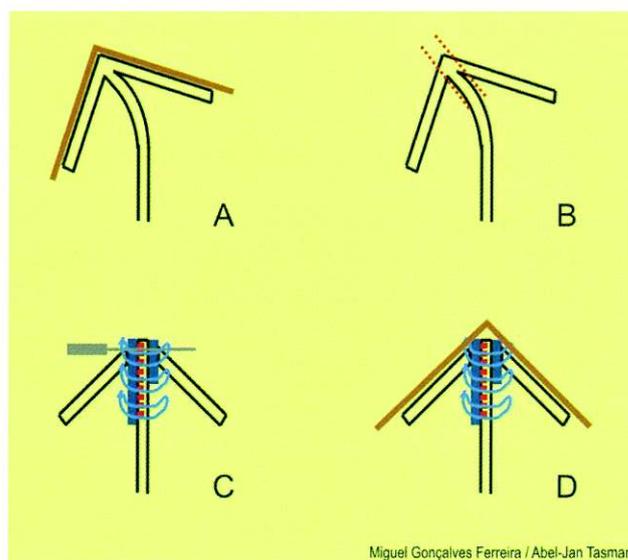


FIGURA 3. Correção de Nariz Desviado - ND - por Rinoplastia Aberta

Secção coronal ao nível do 1/3 médio da pirâmide.
 A) vício de curvatura da pirâmide (pele e tec. cel. subc. a laranja).
 B) separação das cartilagens laterais superiores do septo (CSCLS).
 C) Incisões "em paliçada" no lado concavo (vermelho); colocação de "spreader grafts" para reforço de re-orientação e para camuflagem (azul escuro). Sutura (azul claro) destas estruturas com ajuda de agulhas de referência (cinzento).
 D) Aspecto final após rebatimento de retalho nasal.

A Rinoplastia Aberta é o “gold standard” na correcção dos ND severos.¹⁷ Trata-se de uma abordagem cirúrgica de fácil execução e já amplamente divulgada e praticada na nossa comunidade. Só a Rinoplastia Aberta permite o correcto e completo acesso a todas estas estruturas nomeadamente ao CSCLS² quando necessário.

ETIOLOGIA

As causas do ND são: Trauma, Deformidades congénitas (fenda palatina), Doenças do inflamatórias do nariz (raras) e Lesões Iatrogénicas (pós-cirúrgicas).

Trauma

A fractura dos ossos próprios do nariz – OPN - é a mais frequente da face, sendo a fractura dos OPN é a causa mais frequente de ND.^{9,10}

Muitos pacientes recebem tratamento insuficiente pós-fractura, estes serão mais tarde candidatos a rinoplastia correctiva.¹²

Muitas pessoas acham que o seu ND é congénito, mas sabemos hoje que uma grande percentagens de ND resultam de traumatismos em criança. As crianças são frequentemente vítimas de traumatismos faciais que levam progressivamente o nariz a um desvio cada vez mais evidente.^{9,10}

Doenças do inflamatórias do nariz

As doenças do septo e as endonasais em geral, podem causar destruição das estruturas de suporte com colapso das valvas nasais e desvio da piramide. As doenças do tecido conjuntivo continuam a ser causa de ND num grupo sub-diagnosticado de doentes.

Outra situação deriva do abuso de drogas inaladas – nomeadamente a cocaína – com destruição septal, perfuração e desvio da pirâmide.

Lesões Iatrogénicas

Muito pacientes ficam satisfeitos com o resultado da sua rinoplastia. Anos mais tarde, assim que as forças de cicatrização começam a evidenciar-se, estes mesmos doentes ficam desapontados.

O comportamento de um nariz a seguir a uma rinoplastia é multifactorial: capacidade de cicatrização, gravidade e o envelhecimento podem levar o nariz a movimentar-se em diferentes direcções, resultando em colapso e desvio nasal.

HISTÓRIA CLÍNICA

Sintomas como obstrução nasal, rinite ou epistaxis, podem indicar colapso da valva nasal ou desvio septal. São relevantes todas as questões relacionadas com patologia da mucosa nasal e patência ou não

do fluxo nasal (objectivo ou subjectivo).

É importante uma história clínica completa pois a correcção de eventuais patologias associadas pode ser determinante no sucesso de uma rinoplastia.

EXAME FÍSICO E MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

A análise da piramide nasal deve ser efectuada de uma forma sistematizada. Deve ser efectuada uma análise da simetria e balanço das unidades estéticas da face, isoladamente e em conjunto com o nariz. Também é igualmente importante as características da pele e idade do paciente.

Uma análise correcta da posição da pode determinar a estratégia cirúrgica a seguir.⁸ A palpação da pirâmide nasal dá informações importantíssimas nas mãos de um cirurgião experiente.

É importante o despiste de colapso valvar interno com ou sem endoscopia (inspiração forçada). O exame endonasal deve ser completado com um segundo exame após administração de vasoconstritor.

A documentação fotográfica é imprescindível.¹ A fotografia permite: efectuar um planeamento cirúrgico, validar resultados cirúrgicos, entender os insucessos, partilhar resultados com o(a) paciente e finalmente serve de base médico-legal em caso de litígio.

Os planos mais importantes são: plano frontal, plano ¾, perfil e o plano basal (dog's view).

Uma TAC dos Seios Perinasais é hoje fundamental na avaliação de toda e qualquer patologia naso-sinusal, na rinoplastia do ND é também imprescindível.

TRATAMENTO: ESTRATÉGIAS CIRÚRGICAS

O Cirurgião Rinoplasta deve estar familiarizado com várias técnicas. A estratégia a seguir será condicionada pelas seguintes possibilidades.^{11,17,16}

- 1) Re-orientação estrutural, Camuflagem ou ambas.
- 2) Abordagem Endonasal ou Externa (trans-columelar).
- 3) Utilização de enxertos autólogos ou não-autólogos.

Qualquer suspeita de colapso da valva ou obstrução nasal implica uma re-orientação estrutural, pois as técnicas cosméticas não resolvem o problema funcional do paciente. As técnicas de re-orientação estrutural são complexas e envolvem alterações de suporte importantes que implicam uma cirurgia de maior duração, i.e. não mais do que uma hora com cirurgiões experientes.

As técnicas de camuflagem podem ser usadas isoladamente ou em conjunto com as de re-orientação estrutural. Nesta opção procede-se à implantação de

material em locais bem definidos para criara a ilusão de uma correcção. Esta técnica é importante para a correcção de deformidades isoladas e sem qualquer compromisso funcional.

Abordagem endonasal vs. Externa

Ambas as abordagens são utilizadas na correcção do ND. Muitos cirurgiões tem preferência de uma técnica em deterimento de outra, contudo e como regra geral a posição da ponta e o desvio do septo podem ser os factores determinantes nesta escolha.

Uma ponta desviada e/ou um septo muito desviado e com grandes forças de tensão são indicação para um procedimento aberto.^{2,5} Nestes casos a rinoplastia aberta proporciona uma resolução mais capaz destas deformidades, assim como a colocação de eventuais enxertos.

O ND fortemente obstruído que requer uma reorientação estrutural é mais eficazmente corrigido com uma abordagem externa. Só esta abordagem permite uma total visualização/controle de todas as estruturas da pirâmide e a consequente correção simétrica de todas as deformidades.

Porém, a abordagem externa implica a perda de alguns mecanismos de suporte além de demorar mais tempo do que a fechada.

A abordagem endonasal tem indicações mais limi-

tadas, dependendo da habilidade e das preferências do cirurgião. Quando não há alterações funcionais e o ND é essencialmente à custa do 1/3 superior ou médio, pode ser corrigido por via endonasal.⁷ A maioria dos cirurgiões concorda que, nas fendas palatinas e desvio severos do 1/3 médio são mais facilmente corrigidos por via aberta.

Mais vulgarmente utilizada, a incisão intercartilaginosa permite um acesso fácil a estas regiões da pirâmide e é mais rápida a colocação de um enxerto para camuflagem. Podem também ser utilizadas as incisões intracartilaginosas e infracartilaginosas (esta última em conjunção com a intercartilaginosa para libertação das alares inferiores – técnica da luxação) para correcção endonasal de desvios da ponta.^{15,16}

Enxertos

Ao longo dos anos muitos materiais têm sido propostos para enxertos. Contudo é hoje indiscutível que os melhores enxertos são os autólogos e preferencialmente a cartilagem septal.

A cartilagem da concha auricular tem uma configuração muito próxima da da ponta (cartilagens alares inferiores), além de outras aplicabilidades.⁸

A confluência da 6ª com a 7ª e 8ª costelas é o local ideal para colheita de grandes quantidades de cartilagem costal.



FIGURA 4A

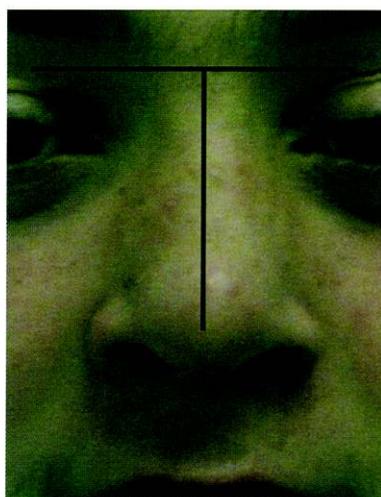


FIGURA 4B



FIGURA 4C

FIGURA 4. Correção de Nariz Desviado em "I-Shape" (fig 1a). a) Pré-operatório; b) Pós-operatório (6 meses); c) Per-operatório com a esqueletização e sutura do CSCLS.

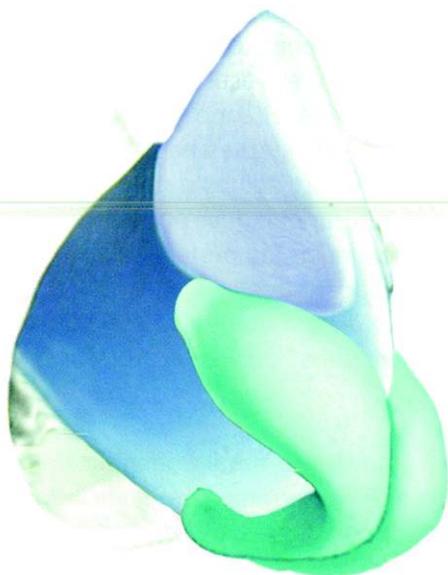


FIGURA 5A



FIGURA 5B

FIGURA 5. Vias comuns na Rinoplastia. a) amarelo-intercartilaginosa; laranja-intracartilaginosa; vermelho-marginal ou infracartilaginosa; roxo-transcolumelar (rinoplastia aberta). b) per-operatório de via Intercartilaginosa – a mais utilizada para acesso ao dorso nasal.

© Thieme Verlag. Tasman AJ.: Rhinoplasty: Indications and Surgical Techniques. Laryngorhinootologie. 2007;86(S 1):15-39. Georg Thieme Verlag KG

Finalmente o calvário parietal é uma ótima fonte de osso com aplicações muito precisas na rinoplastia - não deve ser colocado um enxerto ósseo no dorso nasal ou na columela.

Ainda que o Gore-Tex® e o Medpore® tenham eficácias discutíveis, os materiais não autólogos são, ainda hoje, de qualidade inferior.

DETALHES PER-OPERATÓRIOS

Correcção do septo desviado:

Um Nariz desviado está quase sempre associado a um septo desviado.^{2,5,6} Anderson escreveu que "... todos os narizes desviados têm subjacente uma deformidade septal e que (...) sempre que essa deformidade não é corrigida vai haver uma persistência do nariz desviado...".

Tardy também salienta a importância da septoplastia como primeiro passo na abordagem destes narizes.

Qualquer desvio que não esteja no 1 cm do "L-strut" pode ser totalmente removido.

A maioria dos septos têm um descarrilamento do bordo caudal em relação à respectiva crista maxilar o que provoca o desvio anterior da ponta nasal – como dizia Cottle "...o nariz vai para onde o septo vai...". Nestes casos tem que ser efectuada uma exérese triangular da base do bordo caudal e uma sutura permanente à crista da pré-maxila.¹³

O dorso septal necessita de cerca de 1 cm de largura para manter a estrutura da pirâmide (o 1 cm do "L-strut"). Quando não se respeita o "L-strut" podemos obter uma "nariz em sela", uma retração columelar e/ou queda da ponta.

Quando é necessária uma correcção/alteração deste "L-strut", a estrutura tem que ser reconstruída. A Rinoplastia Aberta permite a melhor via de acesso para executar esta difícil tarefa. A reconstrução será quase sempre efectuada com os enxertos já citados. As alternativas (spanning sutures e scoring) não são fiáveis.

Re-orientação estrutural através de Rinoplastia Fechada – Intercartilaginosa, Intracartilaginosa e Infracartilaginosa

Nos casos em que o ND é acompanhado de um colapso da parede lateral que cause obstrução nasal a correcção pode ser efectuada por via endonasal.^{4,14,16}

Ainda que esta via proporcione uma visualização mais limitada, é possível criar bolsas submucosas para colocação de enxertos e caufagem. A colocação de spreader grafts por esta via é de execução mais difícil mas pode ser o suficiente para corrigir este tipo de narizes, possibilitando assim a preservação de toda a estrutura da ponta.⁴

A criação de bolsas submucopericondrais entre as cartilagens alares superiores e o septo, para a colocação de spreader grafts, possibilita uma negligenciável melhoria funcional na valva nasal interna mas uma boa camuflagem para alguns ND (fig. 3).

A via endonasal – fechada – é um bom método para a correção de ND quando os pacientes são criteriosamente escolhidos mas, como norma geral, sem-

pre que há uma obstrução relevante ou que o ND se deva a um septo deformado a sua correcção é mais facilmente realizada por via aberta.

Re-orientação estrutural através de Rinoplastia Aberta – Transcolumelar

Todos os ND podem, mas não têm que, ser tratados por Rinoplastia Aberta, pois nem todos necessitam deste procedimento. A Rinoplastia Aberta com re-orientação estrutural continua a ser o “gold standard” da correcção do ND.

Após o degloving nasal deverá deveram ser esquelizadas todas as estruturas da piramide nasal implicadas no ND – i.e. deveram ser dissecadas todas as ligações entre cartilagens alares e septo nasal que sejam a causa do ND.^{2,5} Só assim as estruturas desviadas podem ser identificadas e corrigidas.^{5,17} Em alguns ND estas manobras são suficientes para corrigir o desvio da piramide.

Após a esquelização da piramide todas as técnicas são de facil execução. Qualquer desvio em qualquer um dos seguementos (fig. 2) é assim facilmente corrigido.

Como em qualquer Rinoplastia Aberta deverá ser prestada muita atenção aos seguintes 8 pontos:

- 1) Infiltração atempada e em todos os locais;
- 2) incisão marginal e transcolumelar meticulosa;

- 3) preservação do triângulo frágil de Converse;
- 4) degloving suprapericondral/supraperióstico – dissecção com elevação do músculo procerus;
- 5) osteotomias respeitando a linha intercantal e não “demasiadamente altas”;⁷
- 6) suturas intercartilaginosas com simetria; libertar e re-suturar qualquer ponto assimétrico;
- 7) sutura columelar tão perfeita quanto possível e sem “nós apertados”;
- 8) colocação de tala ou gesso nasal sem provocar “afundamentos” dos ossos próprios.

DISCUSSÃO

O importante no desvio nasal é identificar suas causas e corrigi-las.^{3,13} É extremamente difícil classificar o nariz desviado, pois nem sempre este apresenta um lado côncavo e outro convexo. As formas clássicas em “I”, “C” ou “S” por capricho da natureza podem ter o radix e a ponta nasal na linha média, sendo nestes pacientes mais uma assimetria nasal do que propriamente um desvio nasa.¹¹

No nariz desviado a cartilagem do septo pode estar torcida não apenas no plano sagital ou frontal, mas também ao longo do pavimento. É fundamental localizar a causa do ND e corrigi-lo individualmente e não aplicando fórmulas generalizadas. Perante um ND há 3 estratégias possíveis: Re-orientação estrutural, Camuflagem ou ambas.¹¹

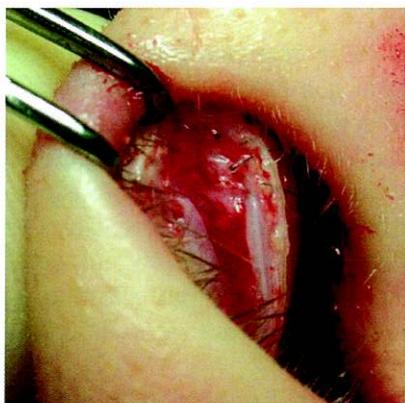


Fig. 6a



Fig. 6b



Fig. 6c

FIGURA 6. Rinoplastia aberta – rinotomia transcolumelar – a) incisão marginal (infracartilaginosa); b) prolongamento da dissecção das cartilagens laterais inferiores; c) incisão transcolumelar em “v invertido”, com dissecção da pele vestibular das cruras mediais até às laterais das cartilagens laterais inferiores.

© Thieme Verlag. Tasman AJ.: Rhinoplasty: Indications and Surgical Techniques. Laryngorhinootologie. 2007;86(S 1):15-39.Georg Thieme Verlag KG.

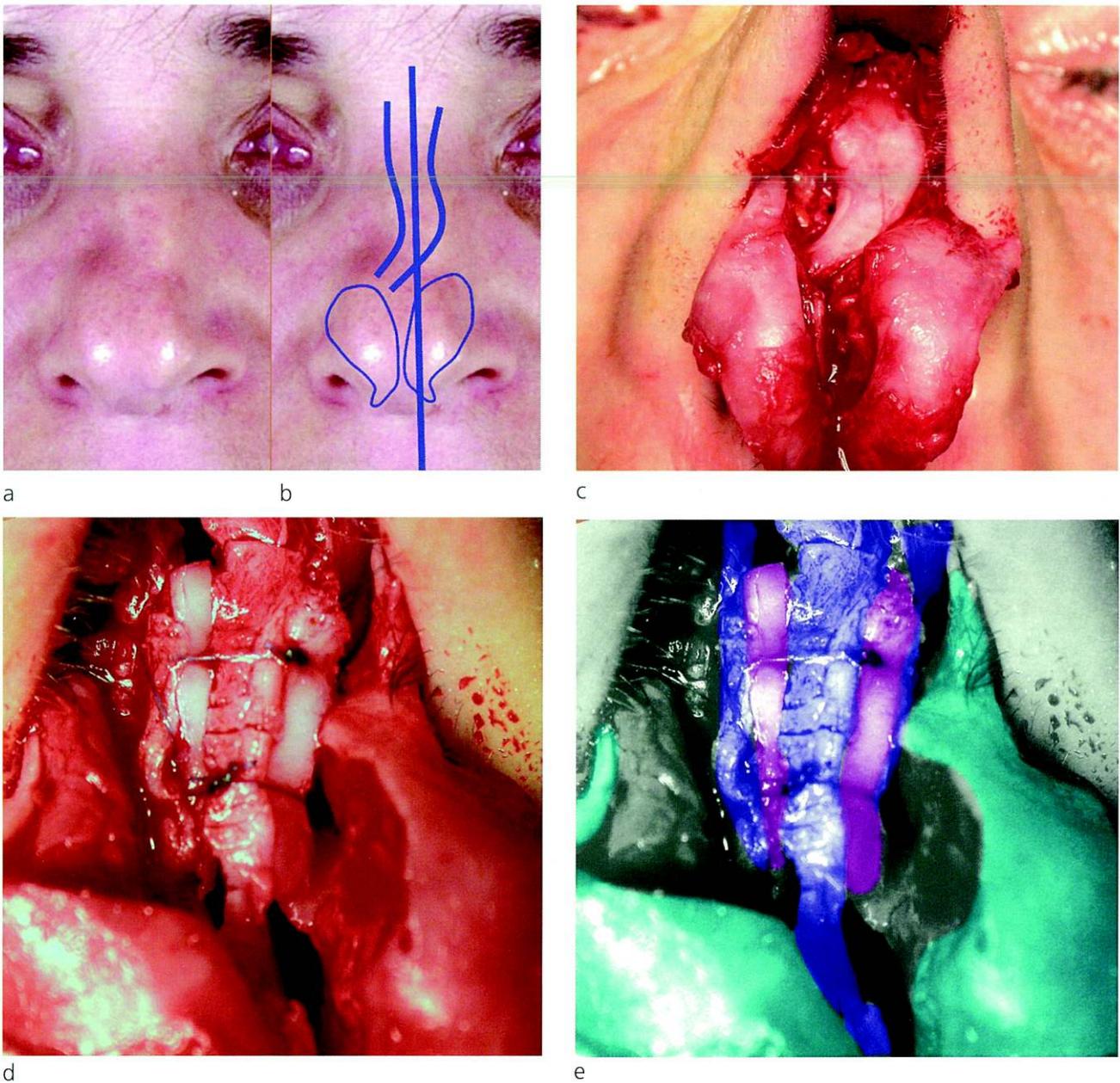


FIGURA 7. correcção de ND em "C" pela técnica aberta. a) pré-operatório – ND em "C-Shape" com estreitamento do 1/3 médio. b) pós-operatório (4 meses). c) per-operatório com desvio evidente do 1/3 médio. d) e e) per-operatório – dissecação com esqueletização do septo (cortes em "paliçada") e das cartilagens laterais superiores (azul escuro). Colocação de "spreader grafts" (violeta). Cartilagens laterais inferiores (azul claro).

© Thieme Verlag. Tasman AJ.: Rhinoplasty: Indications and Surgical Techniques. *Laryngorhinootologie*. 2007;86(S 1):15-39. Georg Thieme Verlag KG.

O ND complexo só pode ser correctamente abordado por uma via Aberta (trans-columelar). A Rino-plastia Aberta constitui hoje uma técnica amplamente divulgada e praticada em inúmeros cursos práticos de dissecação. Respeitando as regras já mencionadas esta é uma via de fácil execução e com vantagens incomparavelmente superiores em relação à via fechada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews JT, Schoenrock LD: Photodocumentation. In Bailey BJ, et al, eds. *Head and Neck Surgery - Otolaryngology*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven; 1998.
- Briant TD, Middleton WG: The management of severe nasal septal deformities. *J Otolaryngol* 1985 Apr; 14(2): 120-4.
- Calhoun KH: Introduction to rhinoplasty. In: Bailey BJ, et al, eds. *Head and Neck Surgery - Otolaryngology*. 2nd ed. Philadelphia Pa: Lippincott-Raven; 1998.
- Constantian MB, Clardy RB: The relative importance of septal and nasal valvular surgery in correcting airway obstruction in primary and secondary rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1996 Jul; 98(1): 38-54; discussion 55-8.
- Dayan SH, Shah AR: A suture suspension technique for improved repair of a crooked nose deformity. *Ear Nose Throat J* 2004 Nov; 83(11): 743-4.
- Ducic Y, Hilger PA: Surgical correction of the deviated septum. *Facial Plast Clin North Am* 1999; 7: 319-331.
- Fanous N: Unilateral osteotomies for external bony deviation of the nose. *Plast Reconstr Surg* 1997 Jul; 100(1): 115-23.
- Guyuron B, Behmand RA: Caudal nasal deviation. *Plast Reconstr Surg* 2003 Jun; 111(7): 2449-57; discussion 2458-9.
- Kim DW, Toriumi DM: Management of posttraumatic nasal deformities: the crooked nose and the saddle nose. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2004 Feb; 12(1): 111-32.
- Owen GO, Parker AJ, Watson DJ: Fractured-nose reduction under local anaesthesia. *Is*

it acceptable to the patient? *Rhinology* 1992 Jun; 30(2): 89-96.

- ¹¹ Oliveira PW, Pesato R, Gregório LC: Correção do nariz desviado utilizando spreader graft no lado convexo do desvio. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 2007; 72(6): 760-763.
- ¹² Podoshin L, Gertner R, Fradis M, Berger A: Incidence and treatment of deviation of nasal septum in newborns. *Ear Nose Throat J* 1991 Aug; 70(8): 485-7.
- ¹³ Pontius AT, Leach JL: New techniques for management of the crooked nose. *Arch Facial Plast Surg* 2004 Jul-Aug; 6(4): 263-6.
- ¹⁴ Shah AR, Constantinides M: Aligning the bony nasal vault in rhinoplasty. *Facial Plast Surg* 2006 Feb; 22(1): 3-8.
- ¹⁵ Tasman AJ, Helbig M: Sonography of Nasal Tip Anatomy and Surgical Tip Refinement. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 2000;105(7):2573-2579,.
- ¹⁶ Tasman AJ. Rhinoplasty: Indications and Surgical Techniques. *Laryngorhinootologie*. 2007;86(S 1):15-39.
- ¹⁷ Toriumi DM, Ries WR: Innovative surgical management of the crooked nose. *Facial Plast Clin North Am* 1997; 1: 63-77.