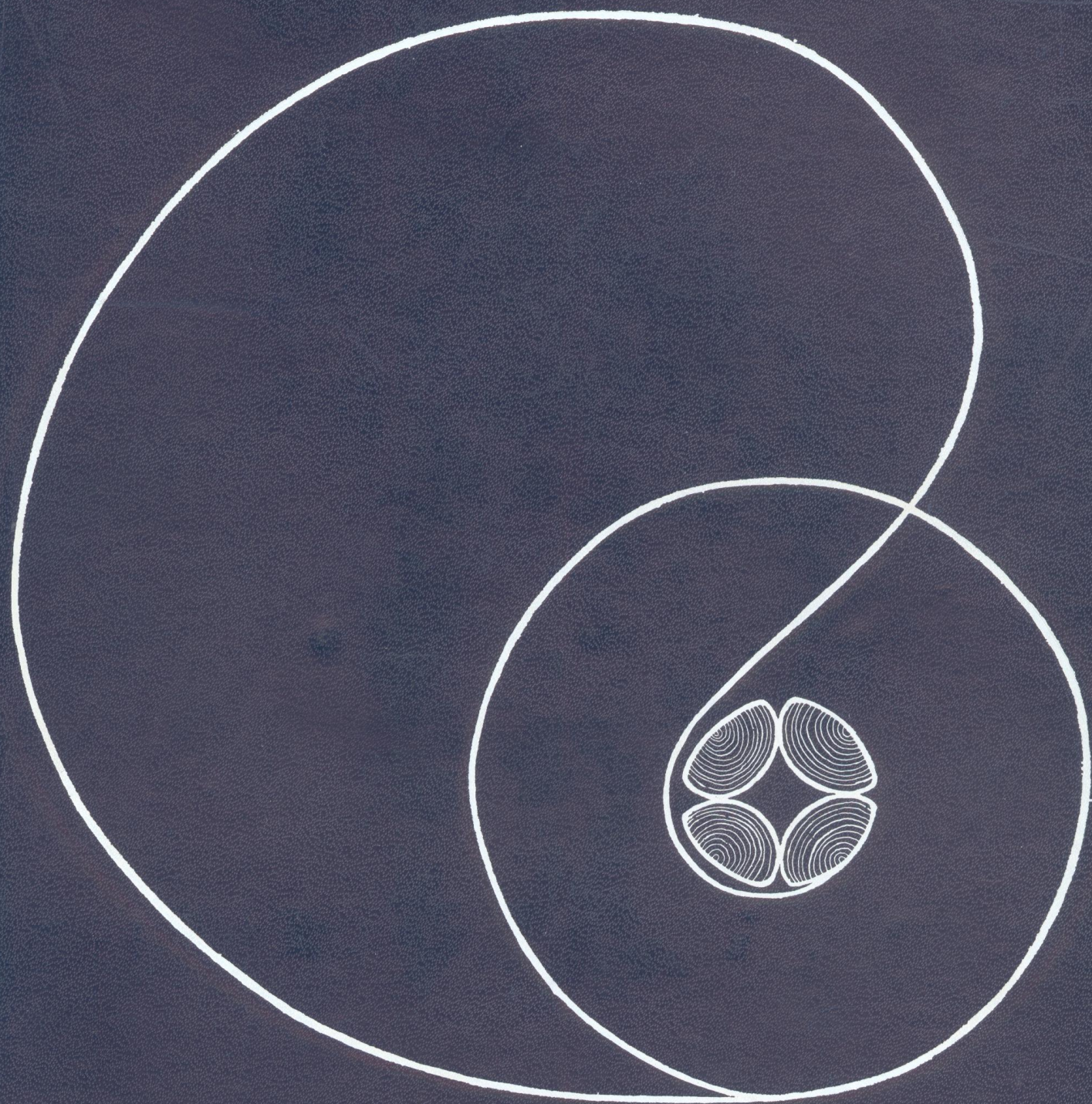




Hungria

Otorrinolaringologia

Conteúdo

INTRODUÇÃO, 1

Parte 1 Doenças das Fossas Nasais e Cavidades Paranasais

- 1 Anatomia, Fisiologia e Propedêutica das Fossas Nasais, 4
- 2 Rinites Agudas e Crônicas. Viroses das Vias Respiratórias, 13
- 3 Rinites Específicas. Granulomatoses Nasais, 21
- 4 Anatomia e Fisiologia dos Seios Paranasais, 25
- 5 Propedêutica dos Seios Paranasais, 29
- 6 Sinusites Agudas e Crônicas. Correlações Sistêmicas das Sinusites, 37
- 7 Complicações das Sinusites, 49
- 8 Imunologia Elementar, 52
- 9 Manifestações Alérgicas Nasossinusais. Rinite Vasomotora. Neurectomia do Vidiano, 63
- 10 Epistaxes. Corpos Estranhos. Imperfuração Coanal, 73
- 11 Malformações do Septo Nasal. Septoplastias, 81
- 12 Rinoplastia Estética, 85
- 13 Blastomas Nasais e Paranasais, 108

Parte 2 Doenças da Faringe

- 14 Anatomia, Fisiologia e Propedêutica, 114
- 15 Anginas, 118
- 16 Infecção Focal, 127
- 17 Patologia Imunológica da Faringe. Imunodeficiências, 133
- 18 O Problema das Amígdalas e Vegetações Adenóides, 137
- 19 Blastomas da Faringe, 141

Parte 3 Doenças da Laringe

- 20 Anatomia e Fisiologia, 146
- 21 Propedêutica, 151
- 22 Laringites Agudas e Crônicas. Malformações Congênitas, 158
- 23 Paralisias Laríngeas, 168
- 24 Noções de Foniatria, 179
- 25 Blastomas Benignos da Laringe, 193

- 26 Câncer da Laringe, Laringectomia Total Simples, 197
- 27 Esvaziamento Cervical. Indicações e Técnica, 210
- 28 Microcirurgia Endolaríngea. Indicações de Traqueostomia, 227

Parte 4 Doenças do Aparelho Auditivo

- 29 Anatomia, 232
- 30 Fisiologia da Audição, 246
- 31 Fisiologia Vestibular, 255
- 32 Semiologia da Audição. Impedanciometria, Audiometria Eletroencefálica, 261
- 33 O Aparelho Vestibular, 287
- 34 Patologia do Ouvido Externo, 298
- 35 Otites Médias Agudas, 303
- 36 Otites Médias Crônicas Supurativas. Timpanoplastias, 307
- 37 Otite Média Serosa/Secretora, 326
- 38 Complicações das Otites Médias, 333
- 39 Paralisia Facial Endotemporal, 343
- 40 Paralisia de Bell. Fraturas do Osso Temporal, 357
- 41 Disacusias. A Criança Surda, 367
- 42 Presbiacusia, 377
- 43 Trauma Sonoro, 382
- 44 Surdez Metabólicas e Endócrinas, 386
- 45 Surdez Súbita, 389
- 46 Cirurgia Funcional das Malformações Congênitas do Ouvido, 396
- 47 Próteses Auditivas, 408
- 48 Otosclerose. Estapedectomia, 414
- 49 Doença de Ménière, 429
- 50 Neuroma de Acústico, 441
- 51 Otoneurocirurgia. Indicações e Técnicas, 445

Apêndice 1 Doenças ou Manifestações Iatrogênicas em Otorrinolaringologia, 458

Apêndice 2 Antibioticoterapia em Otorrinolaringologia, 462

Índice Alfabético, 469

Rinoplastia Estética

Ivo Pitanguy

INTRODUÇÃO

Ocupando o terço médio da face, o nariz é responsável por uma grande percentagem da aparência estética facial. Como qualquer estrutura integrada a um conjunto, o nariz está vinculado intrinsecamente a todo o complexo anatômico da face. Testa, glabella, olhos, arcadas zigomáticas, lábio superior e queixo giram em torno do nariz, o qual, por conseguinte, não pode ser considerado isoladamente. Um nariz pequeno com dorso baixo, ponta fina e curta não se adaptaria a uma testa proeminente, pois aumentaria a distância entre os olhos e a protrusão do terço superior da face.

A maioria dos pacientes que se apresentam para se submeterem à rinoplastia cosmética objetivam uma alteração na aparência nasal. Assim sendo, o cirurgião, além de tratar da deformidade per si, deve tentar harmonizar o nariz às condições persistentes, em vez de criar uma nova estrutura que, teoricamente, seguiria um critério de perfeição mas, praticamente, soaria como uma nota de computador numa sonata de *Beethoven* para violino e piano.

Desde 1915 que este conceito é bem conhecido, e o cirurgião não atuava como "le maître du dessin qui, dans le lavater des dames, fait faire des nez et des yeux écoliers avant du leur donner à dessiner une tête entière".

A perfiloplastia não deve ser adotada em todos os pacientes indiscriminadamente, pois tem que se levar em consideração a harmonia do conjunto. E a harmonia da face é mais importante que a perfeição do nariz isoladamente.

INDICAÇÕES OPERATÓRIAS

A grande maioria dos pacientes apresentam-se ao cirurgião plástico solicitando uma alteração

cosmética na aparência do nariz. Há, entretanto, alguns pacientes que se apresentam com distúrbio da função nasal, e o cirurgião deverá ter sempre em mente que qualquer procedimento cirúrgico que altere a morfologia do nariz produzirá uma alteração permanente em sua fisiologia.

Ao examinar um paciente para rinoplastia, o cirurgião necessita analisar, portanto, ambos os aspectos de cada caso: o funcional e o cosmético.

CONSIDERAÇÕES FUNCIONAIS

O nariz é uma estrutura complexa, e as coanas e os sinusóides adjacentes têm três funções primordiais: respiratória, olfatória e fônica.

Funções respiratórias

A cavidade nasal regula a dinâmica do ar inspirado, controla o fluxo de ar, sua umidificação, temperatura e filtração. De acordo com as teorias de *Proetz*, o fluxo de ar, através do nariz normal, é dirigido à porção ântero-superior dos turbinados durante a inspiração e em direção à parte superior do vestíbulo nasal durante a expiração. Qualquer alteração em alguma destas vias produzirá uma modificação na dinâmica do fluxo de ar.

Variações no ângulo columelo-labial, que normalmente mede entre 90 e 150°, altera o fluxo aéreo na cavidade nasal. Uma agudização do ângulo acentua a resistência ao fluxo de ar, aumentando a curvatura que o fluxo segue e levando a uma acumulação de secreções e, freqüentemente, a uma metaplasia. A incidência de epistaxis é elevada, e cefaléias e aumento das vibrações respiratórias são queixas freqüentes.

Quando o ângulo columelo-labial se torna mais obtuso, o fluxo de ar deixa de atingir a parte superior da cavidade nasal, levando a uma acumu-

lação de secreções nesta área. A faringe posterior é diretamente oposta ao fluxo de ar, aumentando o risco de faringite seca, estando ainda associado à atrofia dos turbinados que frequentemente ocorre. A forma das narinas também influencia o fluxo de ar, sendo a resistência inversamente proporcional à quarta potência do diâmetro do canal (lei de *Poiseuille*). Isto assume importância quando consideramos a ressecção ou moldagem das cartilagens alares. Um aumento similar na resistência pode ser encontrado ao nível das bordas superiores das cartilagens laterais superiores na área da válvula nasal interna. Uma excessiva ressecção ou avulsão desta cartilagem podem alterar a função desta válvula, levando ao colapso durante a inspiração.

A atresia vestibular, que é a seqüela mais comum após rinoplastia, ocorrendo em quase 85% dos casos, exerce um papel muito importante na modificação do fluxo aéreo nasal. Menores graus de atresia vestibular são freqüentes e geralmente não causam desconforto ao paciente. Se mais severos, no entanto, levam a uma obstrução nasal, respiração oral forçada e à metaplasia dos turbinados.

Em seguida à rinoplastia, a manipulação excessiva da linha mucosa na borda inferior das cartilagens laterais superiores ou na porção superior da *crus lateralis* das cartilagens alares é a causa mais comum de atresia vestibular.

O septo é uma parte vital do sistema nasal, e sabe-se que um septo verdadeiramente reto é raro, tanto antes quanto depois de uma rinoplastia. Um desvio primário de septo é freqüentemente associado à hipertrofia do turbinado inferior do lado da concavidade e sua atrofia no lado convexo, para compensar o aumento da resistência ao fluxo de ar. Na maioria dos casos, o desvio de septo gera uma sensação de obstrução nasal.

A mucosa nasal, que está sob controle do sistema simpático-para-simpático, está sujeita à hipertrofia resultante ao grau da obstrução nasal. O *stress* emocional constitui-se em fonte comum de estímulos crônicos para a mucosa, como assim o são os agentes químicos ou qualquer intervenção cirúrgica na cavidade nasal, que naturalmente alteram a mucosa nasal. A hipertrofia pode desenvolver-se à metaplasia e subseqüente degeneração polipóide; e, quando condições patológicas são encontradas na mucosa nasal, o tratamento apropriado pode ser de grande benefício ao paciente. Na ausência de qualquer fator predisponente, alterações na raiz do nariz geralmente não produzem modificações no fluxo aéreo nasal. A exceção é a deformidade "em sela" do nariz, na qual o septo é também anormal. Rotineiramente, entretanto, uma redução da giba e a fratura interna não necessariamente alteram a viabilidade do sistema aéreo.

Função olfatória

O bulbo olfatório está localizado na parte superior da cavidade nasal. Se esta região é mantida intacta, a função olfatória dependerá do fluxo aéreo em contato com esta área. Após alguma alteração do fluxo de ar, o senso olfatório poderá ser potencialmente alterado, variando desde uma discreta diminuição da capacidade olfatória a uma severa anosmia.

Um ângulo columelo/labial, por exemplo, pode resultar em um precário fluxo aéreo para a parte superior do nariz, e modificações na área da válvula nasal levarão ao colapso da asa correspondente, produzindo uma anosmia total.

Função fônica

Pacientes com distúrbios fônicos raramente se apresentam sumariamente ao cirurgião plástico, sendo vistos mais freqüentemente por otorrinolaringologistas, uma vez que as causas mais comuns destes distúrbios estão relacionadas com os sinusóides ou com alterações patológicas na mucosa nasal. Sempre que o cirurgião plástico é solicitado, a atresia vestibular deverá sempre estar em mente, pois isto pode alterar bastante a ressonância nasal, resultando numa fala anasalada.

CONSIDERAÇÕES COSMÉTICAS

Quando um paciente solicita uma alteração da aparência nasal, o cirurgião encontra-se numa posição em que sua experiência lhe permite julgar qual seria a forma possível — e a melhor no caso — em relação à deformidade. Mas o cirurgião não está só, pois, antes de apresentar ao paciente ou lhe dar a compreender qual seria a forma que pretende com a cirurgia, é fundamental e necessário ouvi-lo e captar o sentir de suas ilusões. Este é um dos detalhes mais importantes no contato paciente-cirurgião em função da rinoplastia. É neste momento que se estabelece o contato entre o que o paciente pretende e o que o cirurgião pode, o discernimento do lado real ou irreal. Em alguns casos, a cirurgia pode efetuar as mais dramáticas mudanças, modificando totalmente a aparência do paciente e, subseqüentemente, sua percepção da realidade e suas relações interpessoais. Em outros casos, apenas uma simples melhora é possível em relação à situação prévia. No entanto, a cirurgia do nariz é uma intervenção muito freqüente e muito séria para ser enquadrada assim, com esta liberdade.

Devemos sempre considerar que, independentemente de um simples melhoramento ou alteração dramática, o resultado final deverá ser o bem-estar do paciente. Quando alteramos um pe-

queno detalhe associado a um traço étnico, como, por exemplo, um nariz "semita", devemos lembrar que isto pode exercer um enorme efeito sobre o paciente. Além do grau da deformidade, cuja implicação é imensa, os distúrbios emocionais dos pacientes que requerem uma rinoplastia são freqüentes. Algumas vezes a importância que o paciente atribui a uma pequena imperfeição física é um indicativo de problema pessoal mais profundo. Nem todo paciente necessita submeter-se a uma investigação psicológica. O paciente deverá sempre ser cuidadosa e atentamente ouvido. Assim sendo, visto morfológicamente e em seu "status anímico", o paciente poderá receber os grandes benefícios que a rinoplastia oferece, nos casos em que a cirurgia estiver indicada. Por outro lado, aqueles que apresentarem qualquer desequilíbrio emocional em relação à deformidade, deverão receber apoio psicoterápico como seleção prévia, ou mesmo como contra-indicação.

É importante esclarecer aos pacientes exatamente o que consideram como sendo deformidade nasal, e qual a alteração por que anseiam. Freqüentemente, pacientes nos trazem fotografias de artistas de cinema, solicitando a adição de um pequeno detalhe que a natureza lhes negou. Estes pacientes não são candidatos bons ou adequados à rinoplastia. Portanto, é essencial que haja uma mútua concordância entre o paciente e o cirurgião com relação ao tratamento operatório e ao resultado esperado. O autor não emprega quadros ou desenhos para discussões daquilo que sente, pois isto freqüentemente leva a interpretações subjetivas e a expectativas fantasiosas. Mas, na grande maioria dos casos em que o cirurgião e o paciente compreendem o que a cirurgia pode trazer como correção à deformidade, o resultado final será gratificante, estando a cirurgia do nariz integrada dentro desta mágica que o paciente espera, isto é, uma correção sem cicatriz aparente e, sobretudo, sem história de reconstrução. Em outras palavras, a operação não deve trazer, em si, sinais da cirurgia.

O cirurgião baseia seu julgamento em seu próprio senso da aparência facial, enquanto os pacientes se apresentam com o que crêm ser uma anormalidade cosmética do nariz.

Algumas vezes estes dois pontos de vista são incompatíveis, e, ao considerar um paciente para rinoplastia, o cirurgião deve estar certo de que o problema está no próprio nariz em si. Ocasionalmente, embora a atenção esteja focada no nariz, o problema pode ser mais grave. Isto pode ser visto em certas anormalidades craniofaciais, particularmente aquelas que afetam o crescimento da maxila e/ou mandíbula. Assim, uma pessoa que se apresenta para rinoplastia pode não necessitar desta operação, mas apenas de alguma outra ci-

rurgia para alterar a aparência facial. Qualquer que seja o procedimento adotado, o essencial é que haja um acordo entre o médico e o paciente, e que as expectativas do paciente sejam realísticas.

Histórico

A cirurgia para correção da deformidade nasal tem uma longa história, tendo sido influenciada pelas condições sociais prevalentes. Durante a história precoce da rinoplastia, a atenção voltou-se para a reconstrução das partes moles, devido ao estigma prôduzido pela ausência congênita ou adquirida do nariz.

O primeiro procedimento cirúrgico realizado em um nariz foi feito em forma de curativo compressivo, segundo relata o papiro cirúrgico de *Edwin Smith* (3.000 a.C.). *Sushruta Shamita*, no *Ayur-Veda* (circa 600 a.C.), descreve uma técnica de reconstrução nasal baseada em um retalho frontal, em que folhas de árvores eram utilizadas como molde. Esta técnica ficou conhecida como "método Indiano". *Antonio Branca* iniciou na Sicília (circa 1430 d.C.) o uso do retalho baseado no terço superior do braço para reconstrução nasal. Esta técnica, conhecida como método italiano, foi popularizada em 1597, através de um trabalho de *Gaspere Tagliacozzi*.

Em 1794, *O Gentleman's Magazine*, de Londres, publicou um trabalho de *Mr. Lucas*, cirurgião inglês que vivia na Índia, sobre o método indiano, porém a difusão desta técnica é devida ao *Dr. J.C. Carpue*, que publicou um folheto sobre este assunto em 1816.

Uma terceira técnica, o método francês, somou-se às anteriores, quando alguns cirurgiões popularizaram na França o uso de um retalho baseado na região geniana.

O *Operative Chirurgiae*, de *J.G. Dieffenbach* (1792-1847), que foi a figura mais importante do século XIX neste campo, contém mais de 100 páginas sobre cirurgia do nariz, retalhos e casos pós-operatórios, e alguns detalhes contidos nesta obra continuam em voga.

A difusão do método indiano na América deu-se através de *J.M. Warren*, de Boston, que foi discípulo de *Dieffenbach*.

Keegan foi o primeiro cirurgião a preocupar-se com o aspecto das narinas, seguido de *Thiersch*, que usou retalhos genianos, suturados na linha média e cobertos por retalhos frontais. *Kürster* e *Berger* popularizaram uma combinação do retalho indiano com o italiano, porém seus resultados, a serem revisados por *Nelston* e *Ombredanne*, em 1904, não foram considerados bons.

Em 1925, *Sheehan* descreveu o retalho em *cross-scalp* da região frontal baseado no pedículo temporal, o qual foi posteriormente bastante em-

pregado por New. Em 1828, *Russet* propôs o implante de próteses de ouro ou prata para dar suporte à pirâmide nasal, visando assim aperfeiçoar os narizes que ficavam colados após a reconstrução, o que era comum naquela época. *Delpech*, com o mesmo propósito e objetivando assegurar ao mesmo tempo uma fisiologia normal ao nariz, propôs o uso de tubos metálicos. Outros materiais, como chumbo, âmbar e celulóide, foram também empregados com a mesma finalidade.

Uma verdadeira polêmica surgiu entre os defensores de implantes removíveis e os septos de próteses permanentes envoltas em retalhos (*De-lorme*).

Um terceiro grupo de cirurgiões iniciou o uso de material autólogo como prótese. *Ollier*, *Buchanan* e *Steinthal* empregaram retalhos à distância e de vizinhança que incluíam periósteo, visando estimular o crescimento de nova estrutura óssea. *Köning* e *von Mangoldt* usaram, respectivamente, osso e cartilagem. *Hardie* colocou um 5.º quirodáctilo desnudo como suporte da pirâmide nasal, e *Weir* inseriu um esterno de pato em nariz em sela, que teve de ser removido após poucas semanas.

As incisões externas eram a rotina até a publicação do trabalho de *J.O. Roe*, de Rochester, N.Y., em 1887, intitulado: "The deformity termed pug nose and its correction by a simple operation", onde, pela primeira vez, é descrita uma rinoplastia através de incisões internas. Poucos anos depois, *Roe* publicou as primeiras fotos de pré- e pós-operatório. Em 1898, *J. Joseph*, um ortopedista de Berlim, publicou o trabalho "Surgical correction of the nose", onde eram descritos excelentes resultados obtidos através do uso de incisões internas. Seis anos mais tarde, ao enfatizar a abordagem interna para remoção da giba, *Joseph* fundamentava as bases da rinoplastia cosmética. *Joseph* é considerado o pai da rinoplastia, sendo sua monografia "Nasenplastic und sonstige Gesichtsplastic", publicada em 1931, a base na qual a maioria das outras técnicas se apoiaram. A importância do estudo fotográfico, a classificação das diferentes deformidades, a sequência dos tempos cirúrgicos, a criação de novos instrumentos, são capítulos deste monumental trabalho. A partir de então, até os nossos dias, muitos cirurgiões têm estudado este assunto, investigado seus problemas e desenvolvido novas técnicas, fazendo com que a rinoplastia deixasse de ser uma aventura para tornar-se um ramo da ciência controlável pela mão humana.

CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS OPERATÓRIAS

As dificuldades desta operação são de natureza cirúrgica e estética. O cirurgião deve se ba-

sear no seu senso de harmonia, sem, no entanto, menosprezar qualquer princípio cirúrgico, a fim de evitar procedimentos operatórios padronizados. Cada cirurgião, dentro de sua experiência e dentro das técnicas que têm melhores resultados em suas mãos, produzirá resultados constantes e previsíveis. Quando o cirurgião se confinar ao uso de uma mesma e única técnica, poderão surgir problemas, certamente produzindo resultados previsíveis, mas também tendendo a produzir a mesma aparência final do nariz. Embora isto possa satisfazer ao cirurgião, o paciente é quem julgará o resultado final. O autor acredita que não há uma rinoplastia padrão, aplicável a todos os casos, e a harmonia da face é o que precisa ser considerado. É de vital importância o diagnóstico correto da deformidade em cada caso particular. A extensão necessária do procedimento operatório pode, então, ser determinada e a técnica cirúrgica apropriada empregada.

A maioria das rinoplastias atuais são realizadas por incisão intranasal, por meio das vias pré-, intra- ou intercartilaginosas. A preferência por diferentes incisões é particular a cada cirurgião, o mesmo se aplicando à escolha da instrumentação usada, sendo que alguns autores dão preferência a escopos e outros serram quando realizam osteotomia na rinoplastia.

Com o enriquecimento de sua experiência, o cirurgião aprende técnicas que cobrem a maioria das eventualidades, o que lhe permite atingir resultados que satisfaçam a ambos, a ele e ao paciente.

Avaliação e planejamento pré-operatório

Como já mencionamos, é mandatório um minucioso esclarecimento ao paciente que se submeterá à rinoplastia, para que se estabeleça um acordo quanto à natureza da deformidade e a expectativa do resultado. Na maioria dos casos, o cirurgião plástico estará apto ao se defrontar com distúrbios emocionais moderados atribuídos à deformidade nasal; mas, se houver dúvidas, torna-se necessário um apoio psiquiátrico. São feitas fotografias pré-operatórias com o propósito de documentação, não sendo usadas porém pelo autor em discussão com o paciente. É essencial o diagnóstico correto da deformidade nasal e a perfeita compreensão do problema como o vê.

O cirurgião necessita considerar toda a aparência facial, nunca o nariz isoladamente. Quando se suspeita de anormalidades da maxila ou mandíbula, é fundamental examinar cuidadosamente a oclusão dentária, visto que isto freqüentemente acarreta um problema complexo do crescimento facial. Quando há uma desproporção maxilo/mandibular evidente, é indicada a cefalometria.

Nem todos os casos requerem procedimentos maxilares ou mandibulares, e, em numerosos casos, melhoras consideráveis são conseguidas através de uma simples rinoplastia. Ao se optar entre a anestesia geral ou local, deve-se considerar o estado emocional, idade, estado físico do paciente, a cirurgia em si e as eventuais associações que possam ter.

Um exame clínico completo é realizado quando da admissão do paciente, e análises sanguínea e urinária, avaliação radiológica do tórax e ECG são realizadas quando indicadas.

Anestesia

Como mencionamos anteriormente, a escolha da anestesia deve ser exaustivamente discutida com o paciente no pré-operatório, sendo influenciada pelo tipo emocional, idade e estado físico do paciente. Um paciente bem sedado é indispensável, se quisermos trabalhar em um campo quase exangue. Em casos de pacientes hiperemotivos, preferimos a anestesia geral, a fim de que o cirurgião e o paciente tenham uma cirurgia tranqüila e livre de apreensões desnecessárias. Segundo nossa estatística, a maioria dos pacientes operados sob anestesia geral submeteram-se a procedimentos associados, como ritidectomia, mamoplastia etc.; portanto, a anestesia geral foi preferida por razões outras que a psicológica (Quadro 12.1).

Como pré-medicação em caso de anestesia local, usamos, para um paciente com peso de 70 kg, em média, Diazepan, 10 mg, e Prometazina, 50 mg. Cinco minutos antes da infiltração, injetamos 1 ml de Inoval^R intravenosa, um neuro-léptico composto de Fentanil e Haloperidol, que associa um efeito sedativo e analgésico, de modo a evitar qualquer distúrbio psicológico ao paciente. Efeitos colaterais importantes não são esperados, mas habitualmente mantemos um anestesista ao lado, como medida de precaução, em todos os procedimentos realizados sob anestesia local. Após a preparação de rotina do paciente, posicionando a cabeça elevada a 15 graus e seccionando as vibrissas, a anestesia local é iniciada. Usamos o mesmo procedimento de infiltração, quer a anestesia seja geral ou local, pelos bem conhecidos benefícios desta. A distribuição da equipe cirúrgica é mostrada na Fig. 12.1. Em casos de anestesia geral, o tubo é firmemente

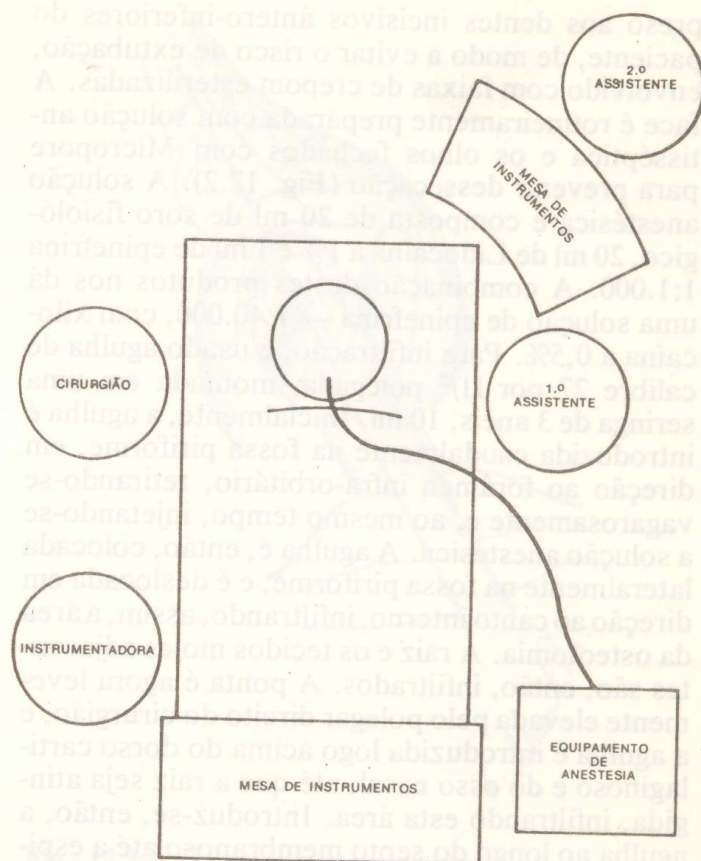


Fig. 12.1

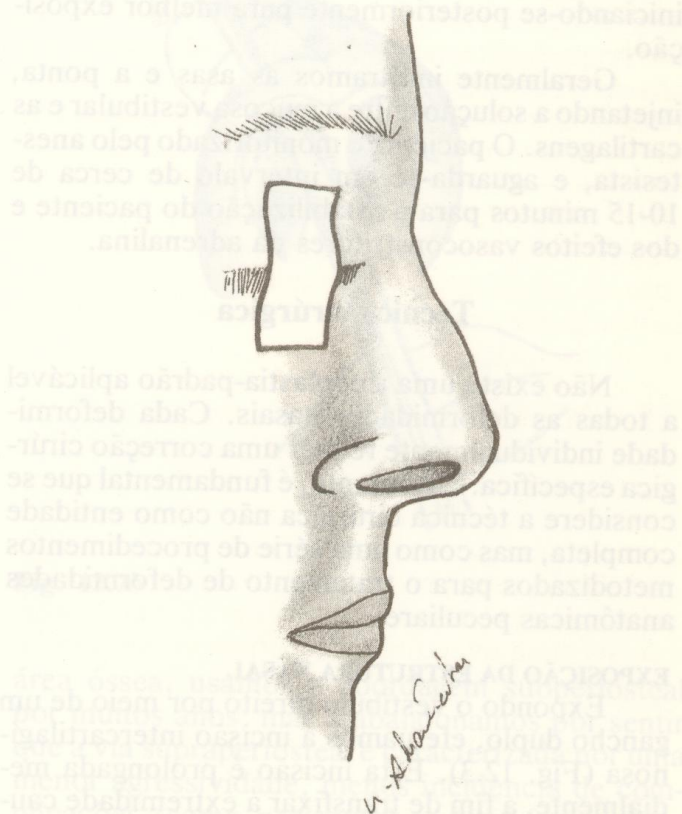


Fig. 12.2

Quadro 12.1 Anestesia em rinoplastia

	N.º casos	%
Anestesia geral	238	3,5
Anestesia local + sedação	6 566	96,5
Total	6 804	

preso aos dentes incisivos ântero-inferiores do paciente, de modo a evitar o risco de extubação, envolvido com faixas de crepom esterilizadas. A face é rotineiramente preparada com solução antisséptica e os olhos fechados com Micropore para prevenir dessecação (Fig. 12.2). A solução anestésica é composta de 20 ml de soro fisiológico, 20 ml de Lidocaína a 1% e 1 ml de epinefrina 1:1.000. A combinação destes produtos nos dá uma solução de epinefrina — 1:40.000, com xilocaína a 0,5%. Para infiltração, é usado agulha de calibre 27 por 11/2 polegada, montada em uma seringa de 3 anéis, 10 ml. Inicialmente, a agulha é introduzida caudalmente na fossa piriforme, em direção ao forâmen infra-orbitário, retirando-se vagarosamente e, ao mesmo tempo, injetando-se a solução anestésica. A agulha é, então, colocada lateralmente na fossa piriforme, e é deslocada em direção ao canto interno, infiltrando, assim, a área da osteotomia. A raiz e os tecidos moles adjacentes são, então, infiltrados. A ponta é agora levemente elevada pelo polegar direito do cirurgião, e a agulha é introduzida logo acima do dorso cartilaginoso e do osso nasal, até que a raiz seja atingida, infiltrando esta área. Introduz-se, então, a agulha ao longo do septo membranoso até a espinha nasal, sendo a solução injetada na junção columelo-labial, assim como na própria columela. Neste ponto, se a anestesia local é usada, o taponamento embebido na mesma solução para a analgesia tópica é introduzido entre o septo e os cornetos inferiores. O septo é agora infiltrado, iniciando-se posteriormente para melhor exposição.

Geralmente infiltramos as asas e a ponta, injetando a solução entre a mucosa vestibular e as cartilagens. O paciente é monitorizado pelo anestesista, e aguarda-se um intervalo de cerca de 10-15 minutos para a estabilização do paciente e dos efeitos vasoconstritores da adrenalina.

Técnica cirúrgica

Não existe uma rinoplastia-padrão aplicável a todas as deformidades nasais. Cada deformidade individualmente requer uma correção cirúrgica específica. No entanto, é fundamental que se considere a técnica cirúrgica não como entidade completa, mas como uma série de procedimentos metodizados para o tratamento de deformidades anômicas peculiares.

EXPOSIÇÃO DA ESTRUTURA NASAL

Expondo o vestíbulo direito por meio de um gancho duplo, efetuamos a incisão intercartilaginosa (Fig. 12.3). Esta incisão é prolongada medialmente, a fim de transfixar a extremidade caudal do septo (Fig. 12.4). Fazendo isto, o assistente usando uma pinça de Adson-Brown traciona a

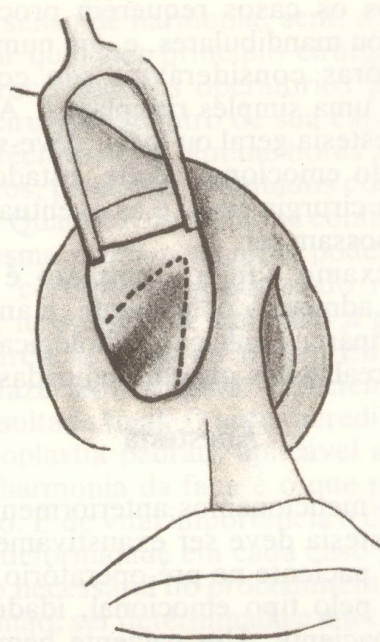


Fig. 12.3

columela para baixo e, com um gancho simples, afasta a narina contralateral para fora, a fim de evitar uma lesão na mucosa contralateral com a ponta do bisturi (Figs. 12.5 e 12.6). Em seguida, o gancho duplo é trocado, para expor o vestíbulo esquerdo, e uma incisão semelhante é realizada intercartilaginosa, seguindo o bordo da cartilagem alar esquerda, da direção lateral para a medial, unindo a incisão anterior. Na presença de um septo membranoso longo, o qual causa uma columela caída, a incisão transfixante é feita mais caudalmente, deixando a mucosa presa ao septo cartilaginoso para ser ressecada juntamente com

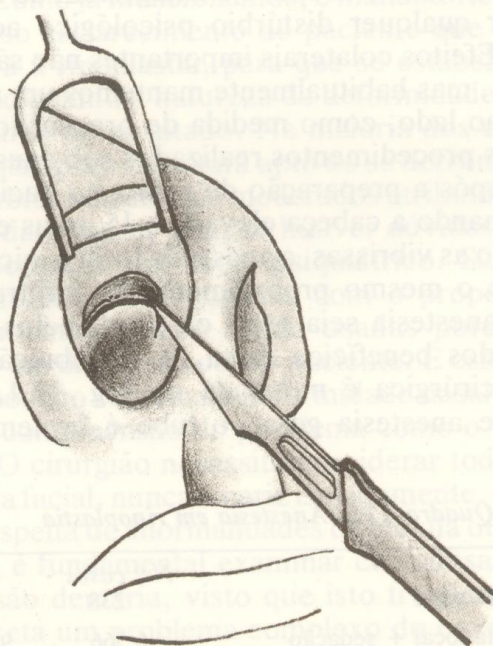


Fig. 12.4

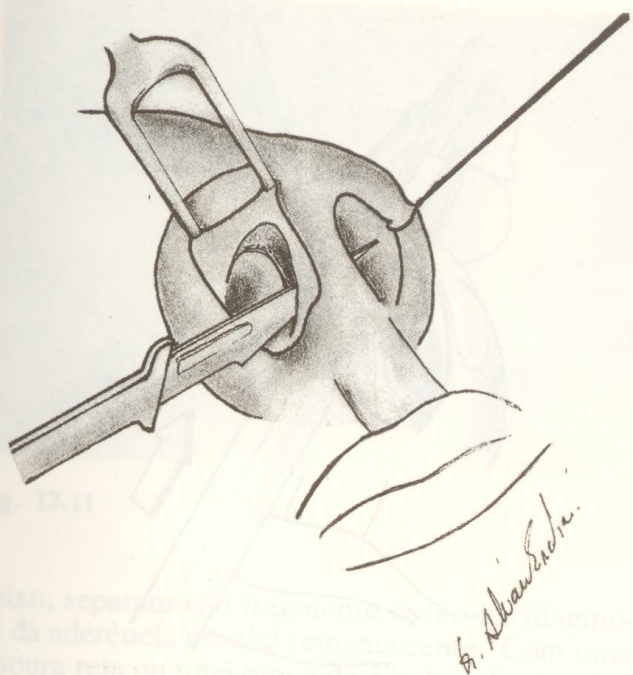


Fig. 12.5

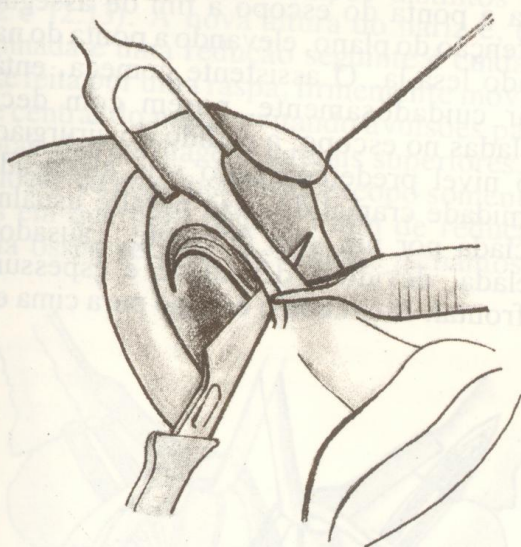


Fig. 12.6

este, no tempo seguinte. O descolamento é feito com um bisturi de lâmina n.º 11 ou bisturi de Joseph e continuado por uma tesoura leve e curva de ponta romba junto à cartilagem (Figs. 12.7a e 12.7b), para evitar lesão muscular, sendo simétrico em ambos os lados. O descolamento não deve ser extenso, deixando intacta a parte lateral inferior do nariz. A quantidade de descolamento será variável de acordo com a qualidade da pele, sendo mais extensa em rinoplastia secundária ou nos casos em que necessitamos de uma melhor distribuição de tecido, e mínima em um nariz com pele fina, onde a acomodação é mais facilmente realizada. Com referência ao descolamento na

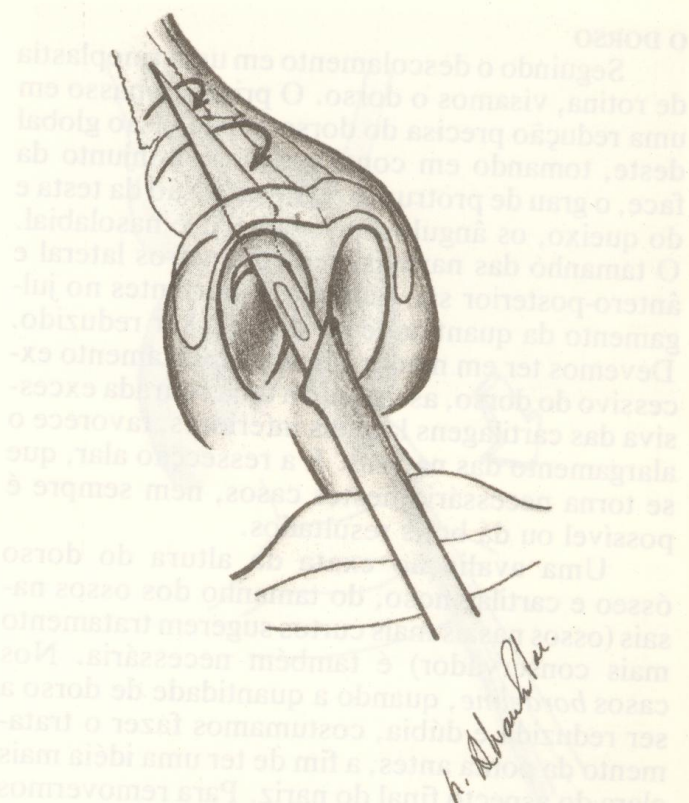


Fig. 12.7a

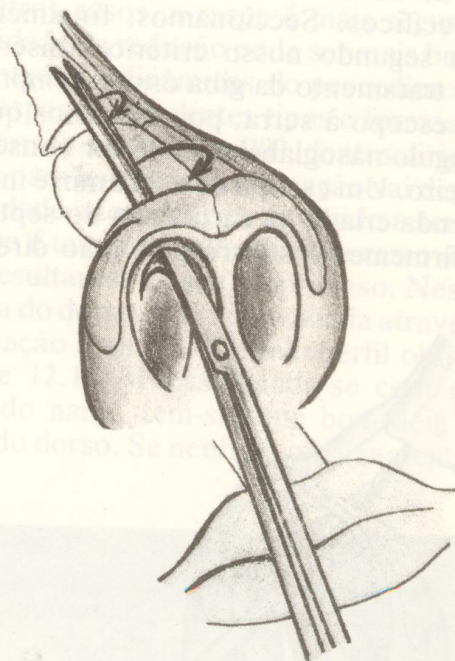


Fig. 12.7b

área óssea, usamos a abordagem subperiosteal por muitos anos, mas a abandonamos por sentir que a via supraperiosteal é caracterizada por uma menor agressividade, menos incidência de complicações (como periostite) e, também, melhor resultado pós-operatório num *follow-up* prolongado.

O DORSO

Seguindo o descolamento em uma rinoplastia de rotina, visamos o dorso. O primeiro passo em uma redução precisa do dorso é uma visão global deste, tomando em consideração o conjunto da face, o grau de protrusão ou de retrusão da testa e do queixo, os ângulos nasoglabelar e nasolabial. O tamanho das narinas, seus diâmetros lateral e ântero-posterior são também importantes no julgamento da quantidade de dorso a ser reduzido. Devemos ter em mente que um rebaixamento excessivo do dorso, associado a uma retirada excessiva das cartilagens laterais inferiores, favorece o alargamento das narinas. E a ressecção alar, que se torna necessária nestes casos, nem sempre é possível ou dá bons resultados.

Uma avaliação exata da altura do dorso ósseo e cartilaginoso, do tamanho dos ossos nasais (ossos nasais mais curtos sugerem tratamento mais conservador) é também necessária. Nos casos *bordeline*, quando a quantidade de dorso a ser reduzida é dúbia, costumamos fazer o tratamento da ponta antes, a fim de ter uma idéia mais clara do aspecto final do nariz. Para removermos a giba cartilaginosa, usamos uma tesoura reta de *McIndoe*, orientada paralelamente ao perfil do dorso (Fig. 12.8). A abordagem submucosa não faz parte de nossa rotina e a reservamos para casos específicos. Seccionamos, finalmente, a cartilagem segundo nosso critério conservador usual. No tratamento da giba óssea, sempre preferimos o escopo à serra, pois achamos que um melhor ângulo nasoglabelar pode ser conseguido pelo primeiro. Um escopo de n.º 12 mm é introduzido na fenda criada na cartilagem do septo pela tesoura, firmemente seguro pela mão direita do

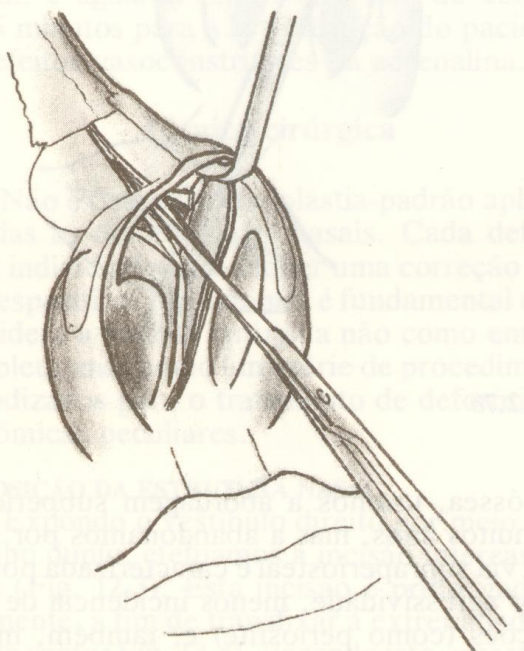


Fig. 12.8

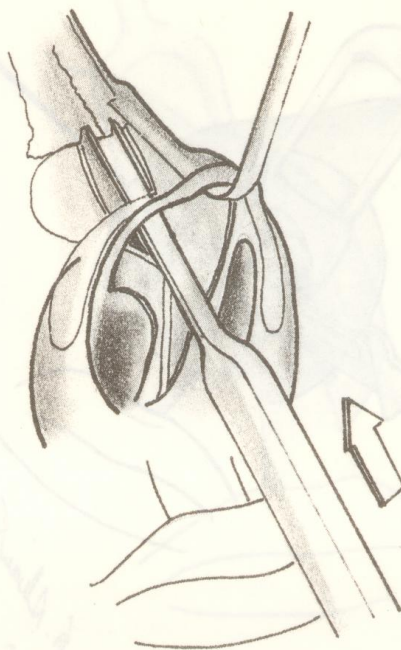


Fig. 12.9

cirurgião (Fig. 12.9), enquanto sua mão esquerda orienta a ponta do escopo a fim de assegurar a manutenção do plano, elevando a ponta do nariz e evitando lesá-la. O assistente começa, então, a aplicar cuidadosamente, porém com decisão, marteladas no escopo, a pedido do cirurgião, até que o nível predeterminado seja alcançado. A extremidade cranial do osso nasal é usualmente anunciada por um som diferente, causado pela martelada, devido à densidade e espessura do osso frontal. Movendo o escopo para cima e para

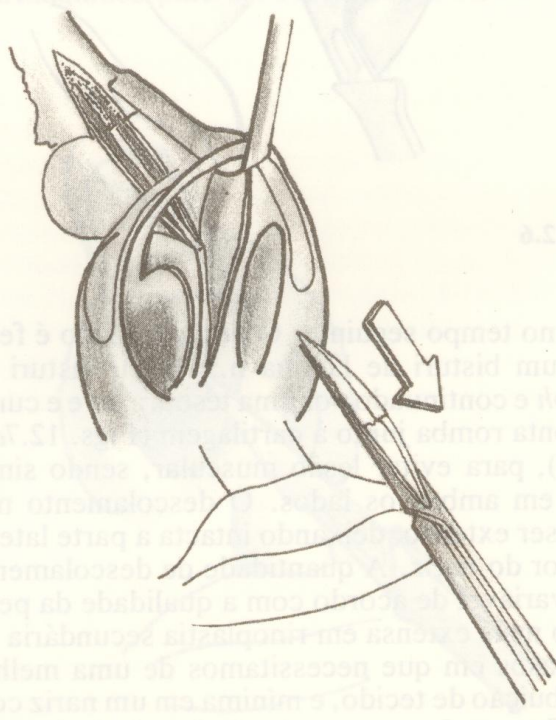


Fig. 12.10



Fig. 12.11

baixo, separamos o fragmento ósseo-cartilaginoso da aderência cranial remanescente. Com uma tesoura reta ou uma pinça de Kocher, facilmente retiramos a giba ressecada (Fig. 12.10). Rotineiramente, para retirarmos a giba ósteo-cartilaginosa, usamos um único tempo (Fig. 12.11), mas isto pode ser feito em dois tempos distintos (Figs. 12.12 e 12.13). A nova altura do nariz é, então, examinada e uma redução seguinte é cuidadosamente feita por uma raspa, firmemente movida na parte central do nariz, evitando avulsões parciais ou totais das cartilagens laterais superiores. Para a remoção da giba, usamos o escopo somente nos casos em que pelo menos 5 mm de redução da cúpula óssea se faça necessária. Achamos que,

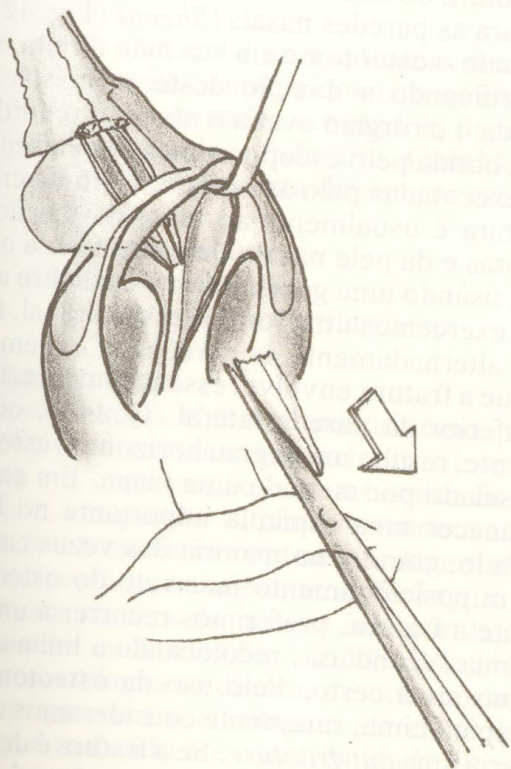


Fig. 12.12

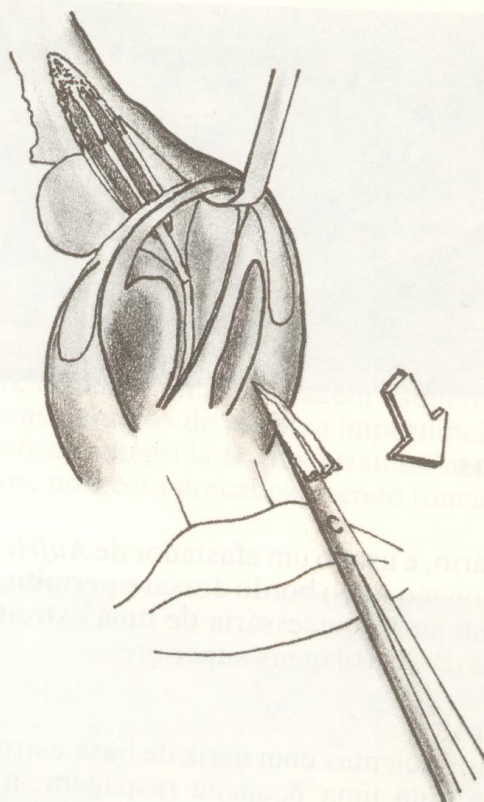


Fig. 12.13

em outros casos, a raspa é mais segura e que a quantidade da redução pode ser mais bem julgada e adaptada às dinâmicas do procedimento. Usamos rasps de diferentes tipos e formas, as quais poderão ter dentes com 90°, dentes dirigidos para cima e para baixo, cuja utilização vai depender da quantidade e localização de tecido a ser raspado. A raspa é também utilizada para remover os resíduos resultantes do seu próprio uso. Neste ponto, a altura do dorso deve ser avaliada através de uma observação apurada do novo perfil obtido (Figs. 12.14 e 12.15). Pressionando-se com o dedo a ponta do nariz, tem-se uma boa idéia da nova altura do dorso. Se nenhum rebaixamento se fizer



Fig. 12.14

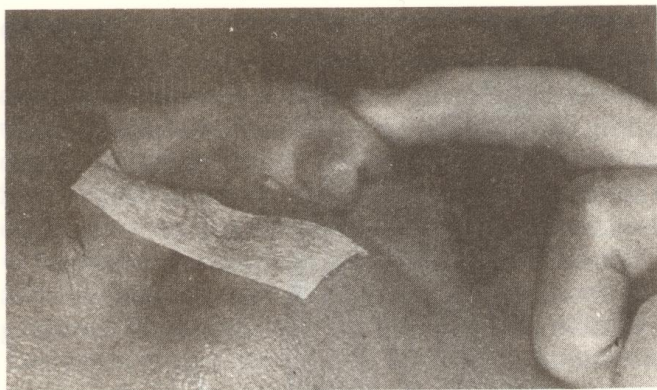


Fig. 12.15

necessário, é usado um afastador de *Aufricht* para inspecionar o novo bordo dorsal e permitir secção freqüentemente necessária de uma estreita faixa vertical das cartilagens superiores.

FRATURAS

Em pacientes com nariz de base estreita, nos quais é feita uma pequena raspagem, a fratura lateral pode ser desnecessária. Isto usualmente acontece nas chamadas Rinoplastias Mínimas, enquanto que no procedimento padrão, a fratura é necessária para evitar um achatamento da pirâmide nasal. É feita uma incisão com bisturi de lâmina 11 através da mucosa, no bordo da abertura piriforme, que é suavemente aumentada por meio de um cabo do próprio bisturi (Figs. 12.16a e 12.16b). É colocado um osteótomo de 3 mm na abertura, introduzido dentro da mucosa e suavemente avançado até que a base da parede lateral do nariz seja alcançada. A nosso ver, e em concordância com outros autores (*Sheen, Converse, Rees*), uma osteotomia de baixo para cima deveria

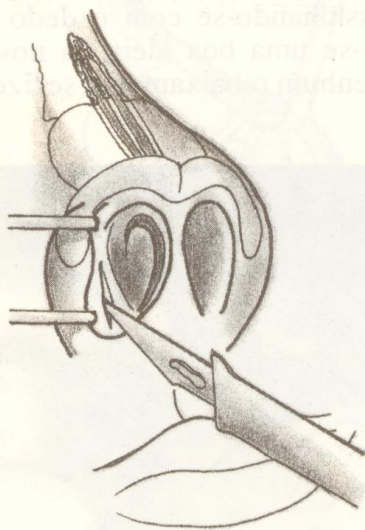


Fig. 12.16a

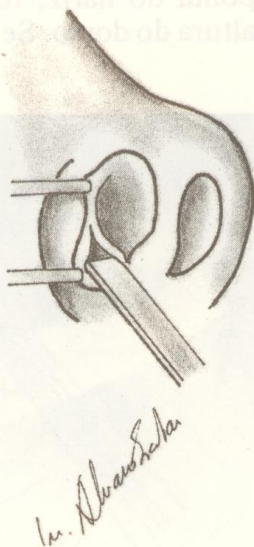


Fig. 12.16b

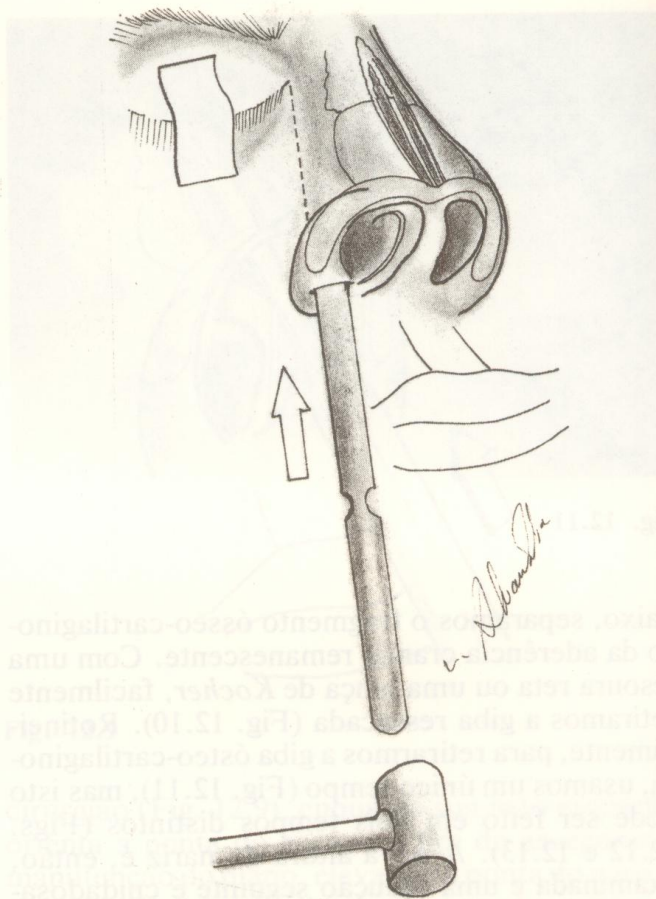


Fig. 12.17

ser a regra, de modo a evitar conseqüências tais como rotura do alinhamento nasal do bordo orbitário para as paredes nasais (*Sheen*) (Fig. 12.17). Segurando o osteótomo em sua mão direita, sempre verificando a direção deste, com sua mão esquerda o cirurgião avalia o nível do rebordo da fratura obtida pelo escopo avançado pelas marteladas executadas pelo assistente. O limite cranial da fratura é usualmente ao nível da junção das pálpebras e da pele nasal. Uma vez feita a osteotomia, usando uma gaze de 4 x 4 cm sobre a pele nasal, exercemos uma forte pressão digital, fraturando alternadamente as paredes. Convém lembrar que a fratura envolve, essencialmente, a porção inferior da parede lateral. Quando, ocasionalmente, resulta um degrau horizontal, este pode ser biselado por meio de uma raspagem. Em caso de permanecer uma espícula importante no bordo fraturado, como é na maioria das vezes causada por um posicionamento incorreto do osteótomo durante a fratura, preferimos recorrer a uma osteotomia secundária, recolocando a linha da fratura no nível certo. Pelo uso da osteotomia de baixo para cima, raramente consideramos ser necessária uma *out-fracture*. Se a fratura é de difícil realização, como em casos de ossos nasais duros ou em outros casos específicos, inserimos nosso

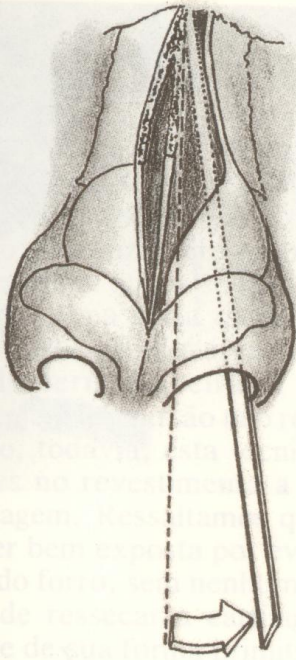


Fig. 12.18

osteótomo de *out-fracture* entre o septo e o bordo seccionado do osso nasal, suavemente movendo-o para fora, como descrito por *Aufricht*, separando as fixações superiores dos ossos nasais (Fig. 12.18). Se permanecerem fragmentos ósseos entre os bordos do osso nasal, estes devem ser removidos. A *out-fracture* segue-se, quando necessária.

A PONTA NASAL

A ponta do nariz é uma estrutura complexa, cujos componentes anatómicos têm que ser cuidadosamente examinados e tratados, de modo a se obter um resultado satisfatório. Consideramos que três estruturas da ponta devem ser essencialmente estudadas:

1. Cartilagens alares
2. Forma das narinas
3. Ligamento dermocarilaginoso

Cartilagens alares

A cartilagem alar é exposta como previamente descrevemos, através da incisão intercartilaginosa em combinação com a técnica de eversão. Com um gancho duplo evertendo a narina, descolamos superficialmente a cartilagem alar direita com uma tesoura pequena de ângulo reto, introduzida através da incisão intercartilaginosa previamente realizada (Fig. 12.19). Pela abordagem intercartilaginosa direita, descolamos ambas as cruras laterais das cartilagens alares. O descolamento é realizado até a extremidade lateral da cartilagem, de modo a liberá-la completamente e permitir sua mobilização pela eversão (Fig.

12.20). Dois ganchos pequenos, seguros pelo assistente, evertem agora a cartilagem alar direita (Figs. 12.21, 12.22a e 12.22b), deixando o retalho mucopericondrial intacto a fim de evitar o tecido fibrótico secundário e retração. O excesso de cartilagem avaliado é seccionado com um bisturi de lâmina 11, preservando-se o mucopericôndrio (Fig. 12.23). A faixa de cartilagem é colocada em solução salina e eventualmente utilizada. A cartilagem direita é agora reposicionada para sua posição anterior natural. Uma manobra similar é então realizada com a cartilagem esquerda.

Consideramos de máxima importância a preservação da integridade dos retalhos mucopericôndrios, pois esta precaução sendo tomada, não

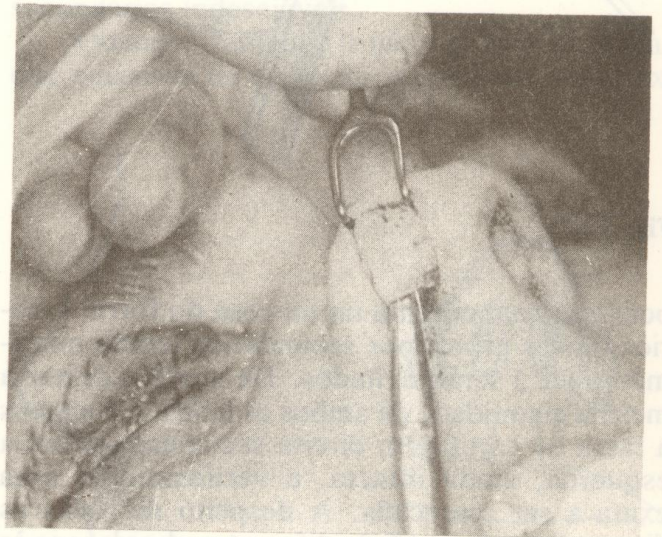


Fig. 12.19

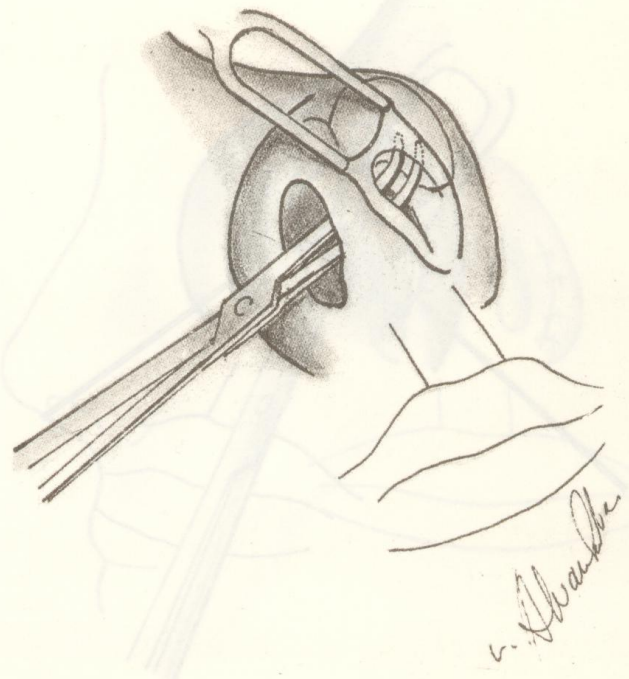


Fig. 12.20

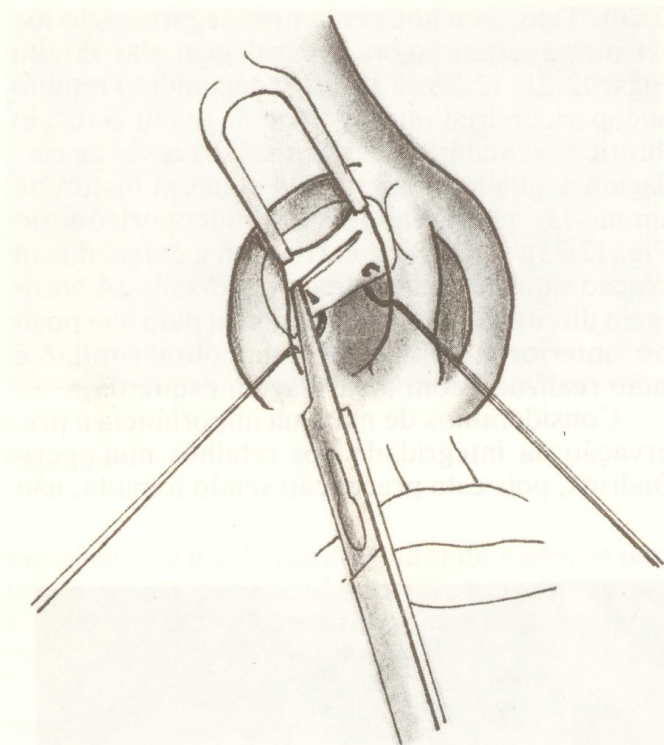


Fig. 12.21

ocorrerá área cruenta na mucosa do forro, e vários outros problemas secundários (como pinçamento etc.) serão evitados. De modo a deixar a mesma quantidade de ambos os lados, colocamos a faixa de cartilagem direita seccionada sobre a esquerda, ainda intacta, e verificamos a área exata a ser ressecada. A despeito de todas as discussões referentes às diferentes abordagens às

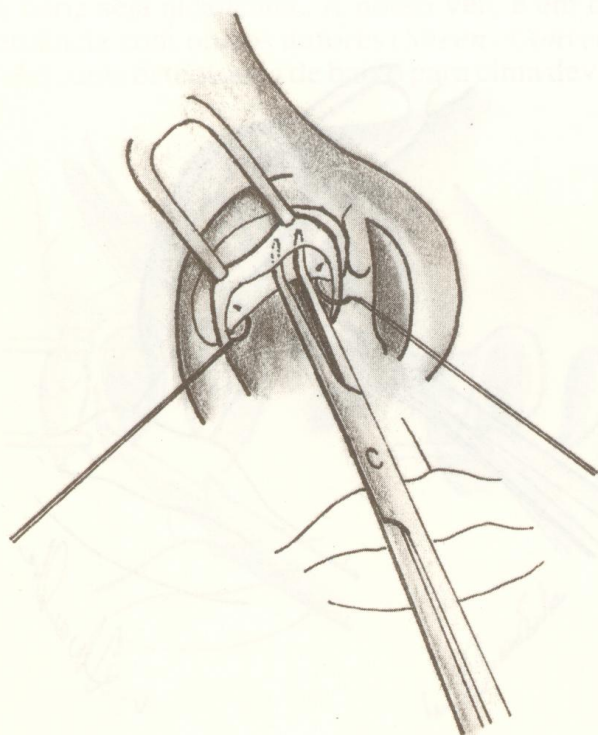


Fig. 20.22a

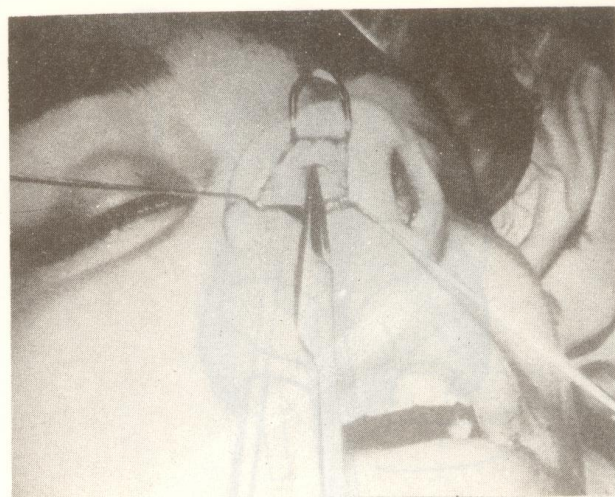


Fig. 12.22b

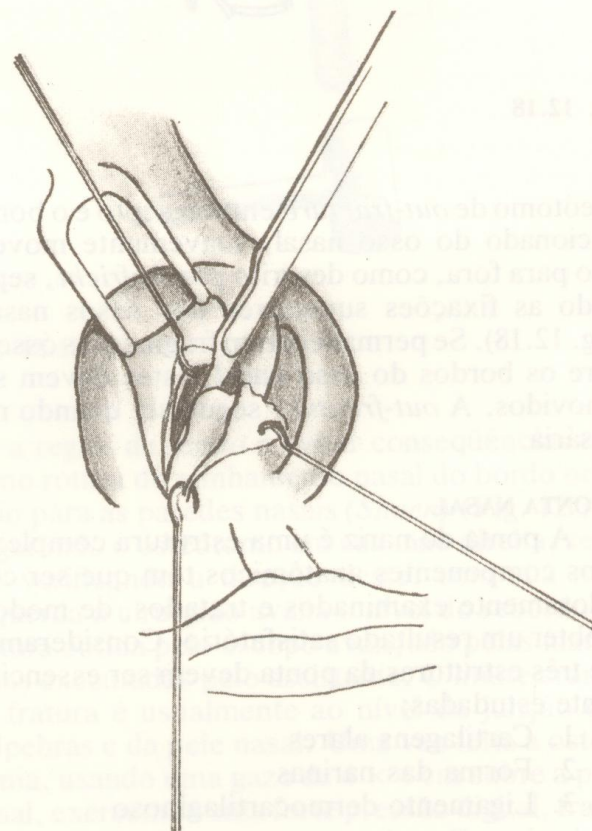


Fig. 12.23

cartilagens inferiores, consideramos que a via intercartilaginosa associada à manobra evertente permite uma visão bem mais nítida de toda a área sobre a qual estamos atuando, e, além disso, evitam-se as consequências oriundas de um maior número de incisões a serem empregadas. A junção dos bordos ântero-superior e ântero-inferior da cartilagem quadrangular formou um ângulo (ângulo ântero-superior do septo), que é geralmente de forma arredondada e correspondendo à ponta do nariz. Este ângulo é separado da colu-

mela por um tecido fibroso bem denso, o qual nunca alcança o cutâneo *cul de sac*, que é ocupado por duas faces da *crus medialis*. Esta separação dá à ponta nasal não somente uma certa independência como também uma certa mobilidade. A maioria das técnicas que tratam da cartilagem alar consiste na ressecção ou incisão no revestimento do nariz sobre a cartilagem alar. O processo cicatricial nunca se realiza com elasticidade, trazendo uma certa quantidade de tecido fibroso não-elástico a esta área cruenta, impossibilitando, de certa maneira, a mobilidade da ponta. A técnica de eversão não resseca qualquer revestimento; todavia, esta técnica consiste em duas incisões no revestimento a fim de separar dele a cartilagem. Ressaltamos que toda cartilagem pode ser bem exposta por eversão e separação da pele do forro, sem nenhuma incisão extra. A maneira de ressecar a cartilagem dependerá naturalmente de sua forma primitiva, e não pode ser rigidamente descrita para todos os casos igualmente. Consideramos que, se não criarmos nenhuma área cruenta nesta região, manteremos a independência anterior da ponta, dando uma forma mais natural ao nariz operado. Para narizes de ponta bulbo-negróide, arredondada e demasiadamente projetada para a frente, seccionamos a *crus medialis* da *lateralis*, e a suturamos com apenas um ponto de catgut 5.0 sob o pericôndrio, que permanece intacto (Fig. 12.24). Desta maneira,

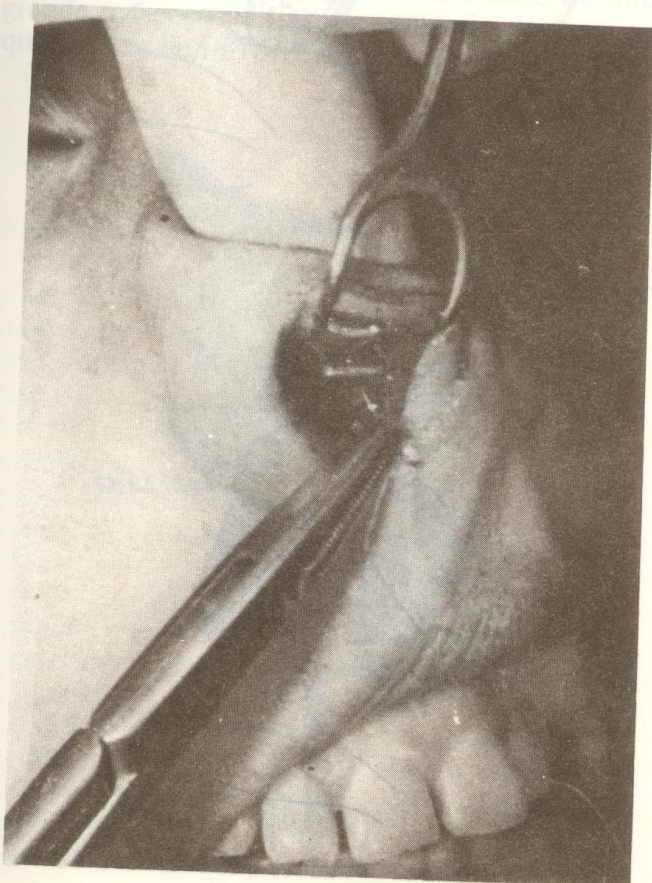


Fig. 12.24

normalmente obtemos uma ponta bem definida, com projeção adequada, evitando a enxertia que reservamos para casos mais graves.

Forma das narinas

As deformidades narinárias podem se apresentar como um espessamento exagerado das narinas ou como uma anormalidade de sua forma ou tipo. Quando o problema é representado pelo espessamento exagerado das narinas, seu tratamento é comumente gratificante, se a curvatura natural da narina é respeitada. Consiste na ressecção de uma faixa de pele em forma de espiral e tecido subcutâneo da borda alar (Millard), preservando-se, entretanto, seu fôro mucoso (Fig. 12.25a e 12.25b). Ao se preservar a mucosa nasal, evitam-se cicatrizes fibrosas e retrações secundárias indesejáveis.

Quando o tamanho (e não a grossura) da asa é que necessita de correção, excisamos uma faixa

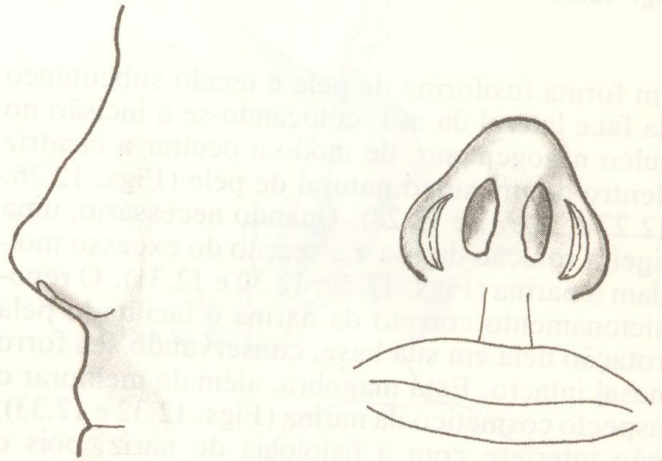


Fig. 12.25a

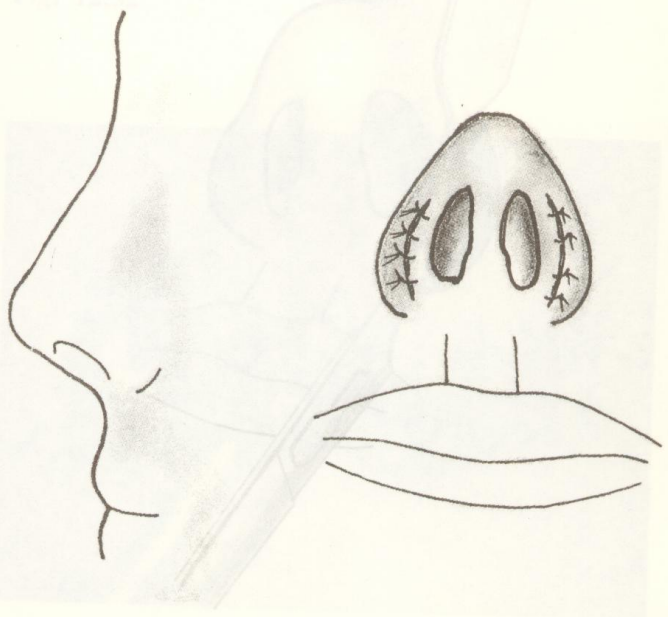


Fig. 12.25b

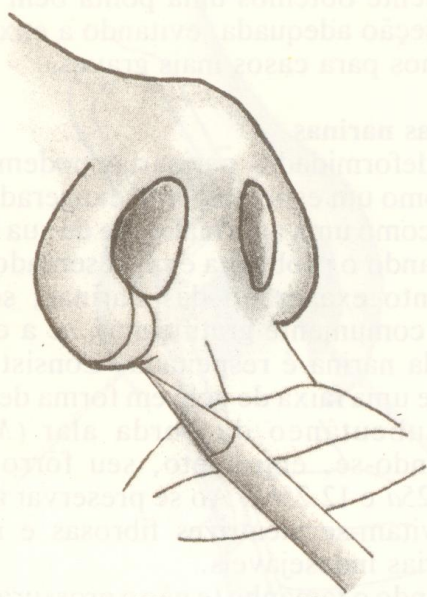


Fig. 12.26

em forma fusiforme de pele e tecido subcutâneo da face lateral da asa, colocando-se a incisão no sulco nasogeniano, de modo a ocultar a cicatriz dentro de um sulco natural de pele (Figs. 12.26, 12.27 a, b e c, e 12.28). Quando necessário, uma ligeira rotação da asa e a secção do excesso moldam a narina (Figs. 12.29, 12.30 e 12.31). O reposicionamento correto da narina é facilitado pela rotação dela em sua base, conservando seu forro nasal intacto. Esta manobra, além de melhorar o aspecto cosmético da narina (Figs. 12.32 e 12.33), não interfere com a fisiologia do nariz, pois o



Fig. 12.27a

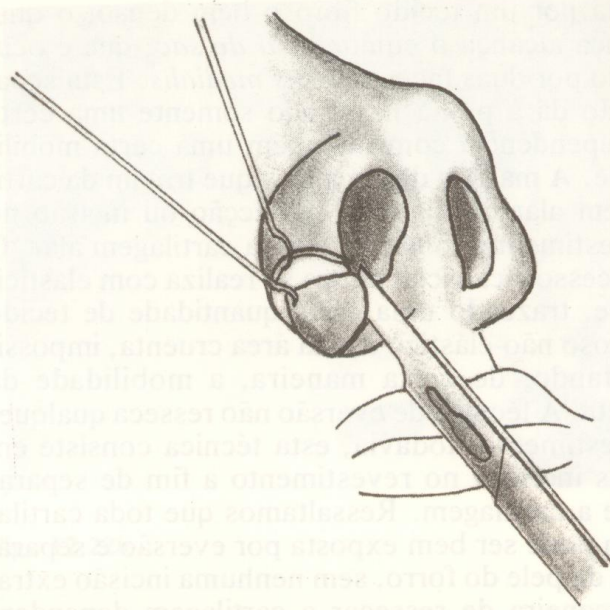


Fig. 12.27b

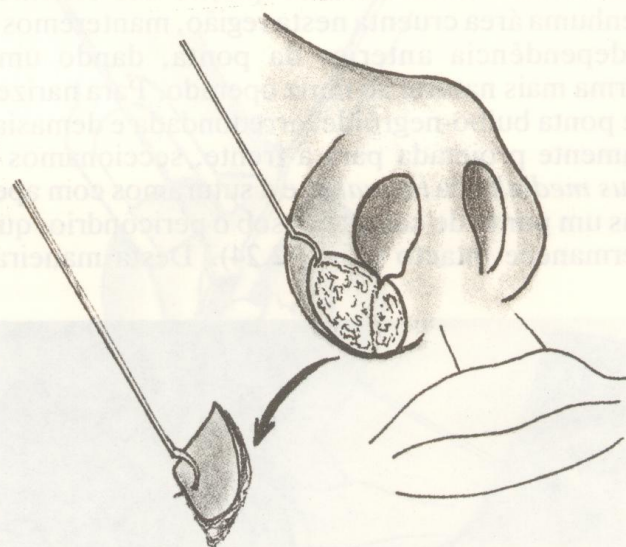


Fig. 12.27c

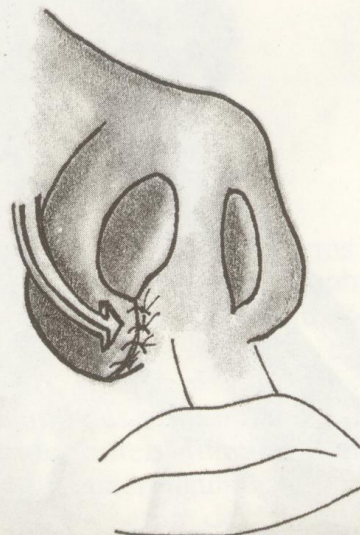


Fig. 12.28

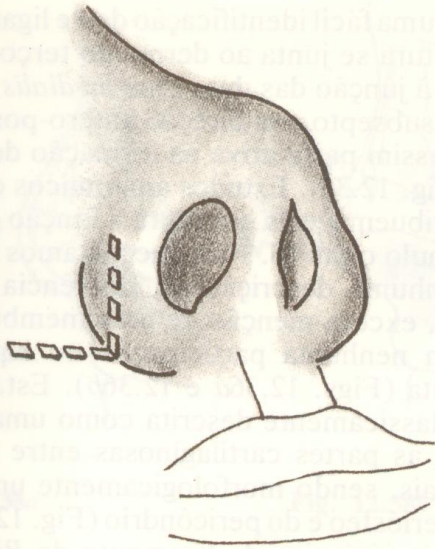


Fig. 12.29

diâmetro real da narina não diminui quando de sua mudança.

Ressecamos a asa moderadamente e consideramos que seu tamanho e sua forma devem seguir os mesmos princípios harmônicos que os outros que constituem o nariz. Além disso, o abaixamento do septo muito freqüentemente leva a um diâmetro alargado das narinas, que poderiam se beneficiar com a redução em tamanho, junto a uma judiciosa rotação da asa. Em caso de uma grande ressecção da asa, a remoção de uma pequena faixa de forro vestibular torna-se necessá-

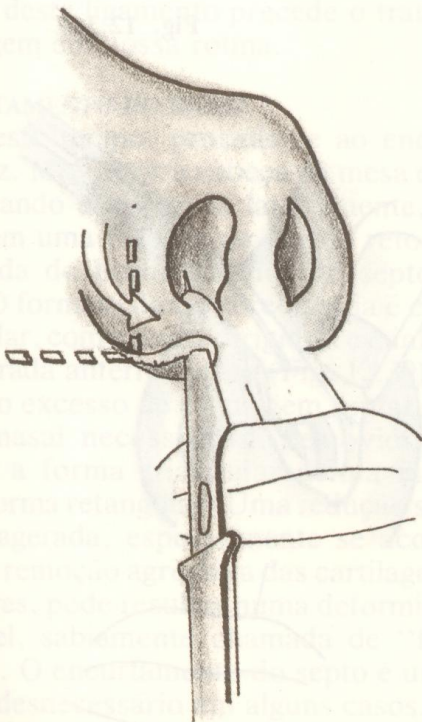


Fig. 12.30

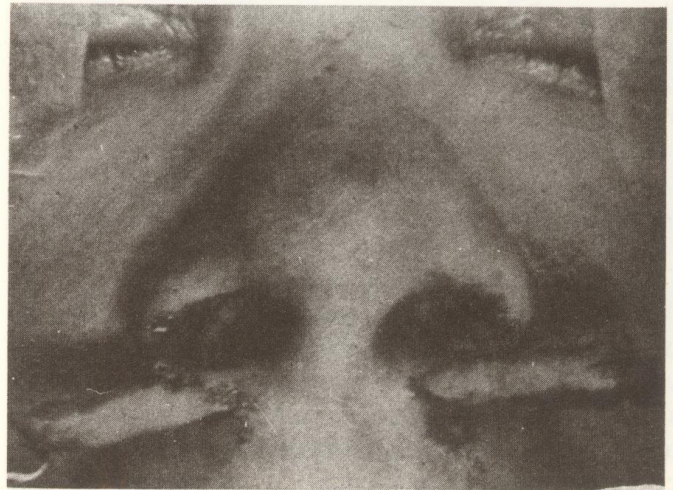


Fig. 12.31

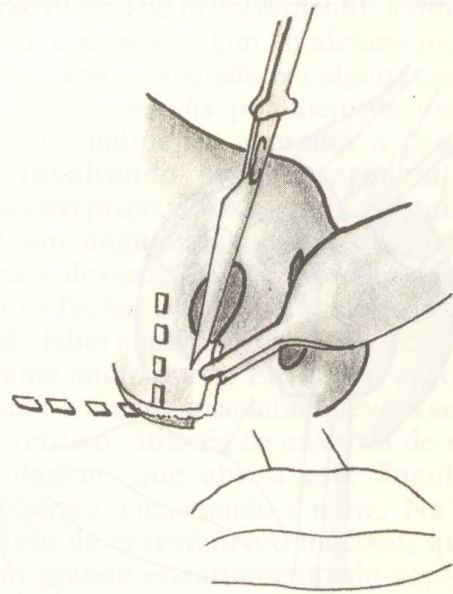


Fig. 12.32



Fig. 12.33

ria, de modo a evitar ultrapassar a capacidade de retração normal da mucosa. Por outro lado, a ressecção excessiva de asa deve ser evitada devido ao risco de perda do contorno natural do sulco nasogeniano e da forma ovóide natural das narinas, levando a um resultado insatisfatório, muito difícil de ser corrigido posteriormente.

Ligamento dermocartilaginoso

Após o tratamento adequado das estruturas osteocartilaginosas, os narizes globosos muitas vezes conservam uma marcante deformidade residual, caracterizada por uma convexidade do terço inferior do nariz. Esta deformidade pode ser corrigida pela identificação e ressecção de um verdadeiro ligamento, presente em todos os narizes globosos (Fig. 12.34). A exposição subperiôndrica, incluindo o teto e a parte superior da *crus medialis*, no tratamento das cartilagens ala-

res, leva a uma fácil identificação deste ligamento. Esta estrutura se junta ao derma do terço médio do nariz e à junção das duas *crus medialis*, penetrando no subsepto, em direção ântero-posterior, tomando assim parte ativa na formação do septo fibroso (Fig. 12.35). Estudos anatômicos comparativos atribuem a esta estrutura a função de dirigir o estímulo olfativo. Não encontramos na literatura nenhuma descrição ou referência a este ligamento, exceto menção de uma membrana fibrosa sem nenhuma participação no equilíbrio dorso-ponta (Figs. 12.36a e 12.36b). Esta membrana é classicamente descrita como uma conexão entre as partes cartilagosas entre si e os ossos nasais, sendo morfologicamente um acessório do periôsteo e do pericôndrio (Fig. 12.37). A importância cirúrgica do ligamento de Pitanguy não é a mesma em todos os narizes. Verificamos que este ligamento era de pouca importância em muitos pacientes (os anglo-saxões, por exemplo).

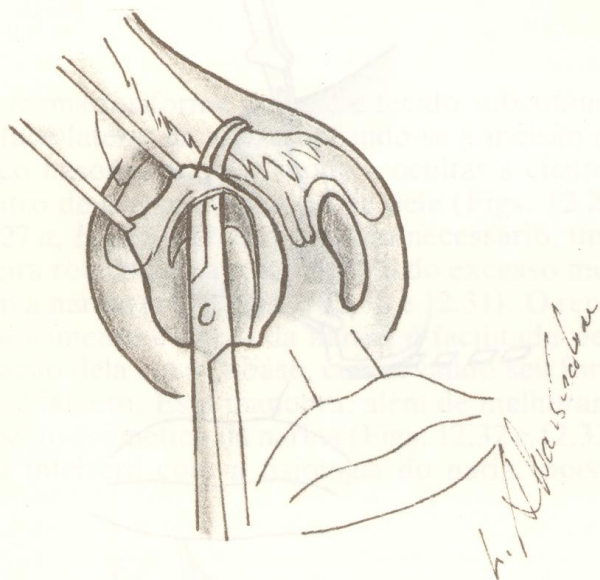


Fig. 12.34



Fig. 12.35

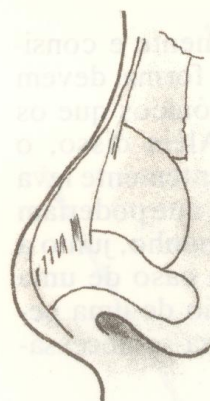


Fig. 12.36a

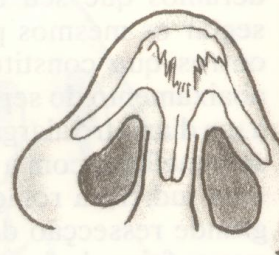


Fig. 12.36b

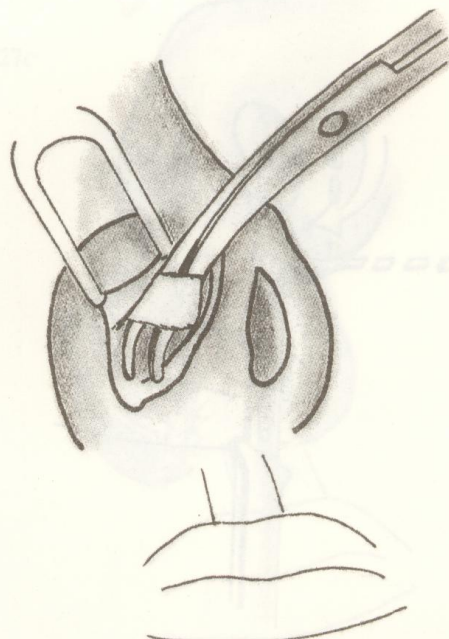


Fig. 12.37

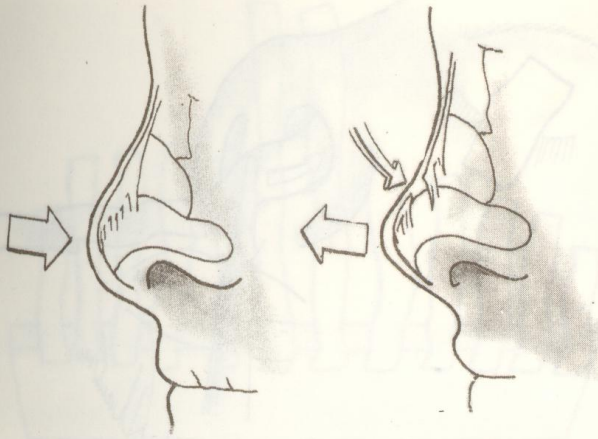


Fig. 12.38a

Fig. 12.38b

Desta forma, esta estrutura poderia ser considerada como uma característica racial. Em alguns casos, entretanto, verificamos que, quando as cartilagens eram ressecadas, permanecia ainda uma certa convexidade na ponta, que somente obtinha sua independência após ressecção deste ligamento fibroso de inserção dermocartilaginosa. Além disso, notamos que a simples excisão do tecido fibroso da área *supra-tip* levava a uma ponta endurecida. A importância destes fatos nos levou a incorporar às cirurgias rotineiras de narizes globosos ou negróides a identificação e ressecção do ligamento dermocartilaginoso (Fig. 12.38a e 12.38b). Eventualmente, encontramos este ligamento bem definido em outros tipos de nariz, especialmente naqueles em que a ponta apresenta uma real continuidade com o dorso. A secção deste ligamento precede o tratamento da cartilagem em nossa rotina.

ENCURTAMENTO DO NARIZ

Neste tempo, procede-se ao encurtamento do nariz. Movemos a cabeça na mesa cirúrgica e, empurrando a columela lateralmente, seccionamos com uma tesoura de ângulo reto uma faixa adequada do bordo inferior do septo cartilaginoso. O formato da faixa removida é comumente triangular, com a ponta dirigida à espinha nasal e a base virada anteriormente (Fig. 12.39). Algumas vezes, o excesso de cartilagem septal sobre a espinha nasal necessita ser removido, transformando a forma triangular acima mencionada numa forma retangular. Uma redução septal anterior exagerada, especialmente se acompanhada de uma remoção agressiva das cartilagens laterais inferiores, pode resultar numa deformidade desagradável, sabiamente chamada de "focinho de porco". O encurtamento do septo é um procedimento desnecessário em alguns casos. A reposição da columela deve visar um aspecto natural. O levantamento da ponta deve ser conseguido atra-



Fig. 12.39

vés de outro tipo de procedimento, a fim de evitar a "ponta operada". Um modelamento correto das cartilagens, associado em alguns casos à junção da *crura medialis* por meio de um ou dois pontos, normalmente aumenta a projeção da ponta, resultando numa aparência natural. Quando uma projeção exagerada da espinha nasal produz um ângulo nasolabial excessivamente largo, esta deverá ser cuidadosamente estudada de modo a fechar o ângulo e aumentar o comprimento do lábio superior que, nestes casos, é aparentemente muito curto. Em alguns casos, a espinha nasal e o ângulo nasolabial devem ser corrigidos, se retruso, através de enxertia de segmento de cartilagem, que abrirá este ângulo, e, ao mesmo tempo, encurtando o nariz. Na presença de excesso de revestimento mucoso, que ocorre após um grande encurtamento do septo, este é ressecado, guardando-se em mente a sua retração natural. Um encurtamento adequado do septo, uma ressecção correta da cartilagem alar, a liberação da ponta com ou sem ressecção do ligamento de *Pitanguy* e uma redução apurada do dorso do nariz são os pontos-chave que, quando bem conduzidos, evitam o risco de uma *supra-tip* protrusa que tão comumente prejudica um nariz operado.

A seqüência a ser seguida numa rinoplastia tem sido muito discutida entre os autores. Normalmente, conduzimos a rinoplastia como exposto acima, mas, dependendo do caso, preferimos substituir uma manobra por outra, a qual, baseados em nossa sensibilidade e experiência pessoais, tornaria a dinâmica operatória mais fácil e confortável.

O SEPTO

Quanto à cirurgia do septo, sabemos que um septo completamente reto é tão "fácil" de achar quanto uma agulha num palheiro, isto é, apenas

uma pequena percentagem de desvios de septo necessita ser corrigida. Embora em muitos casos poderia ser indicada, preferimos seguir indicações mais funcionais do que cosméticas, a fim de evitar qualquer interferência com a fisiologia do nariz. Como consideramos que a ressecção submucosa é um procedimento que tem indicações precisas, acreditamos que a maioria dos casos poderia também ser tratada por uma simples mobilização do septo empregando-se o fórceps de *Asche*. Por outro lado, na presença de desvios mais complicados e achando o procedimento anterior inadequado, recorreremos à ressecção submucosa clássica, penetrando a mucosa somente por um dos lados, e excisando uma faixa de cartilagem paralela ao dorso, cuidando de deixar um suporte adequado a ele, a fim de evitar o colapso da abóbada dorsal. É de nossa opinião que o uso criterioso do *lobster-tailing* tem sua indicação, permitindo um alinhamento seguro do nariz com menos perigo de causar uma deformidade em sela do que procedimentos mais agressivos. O tamponamento nasal é normalmente obrigatório após uma cirurgia de septo, para manter o septo em posição reta, a não ser que outros meios sejam empregados. Usamos como rotina um tampão de gaze vaselinada que é mantido por 48 horas.

PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES

Poucas manobras finais podem ser consideradas como sendo as últimas numa rinoplastia. O aparo do excesso das cartilagens laterais superiores é feito com um bisturi de ângulo reto, de modo a evitar o aspecto *flat-top*. Algumas vezes, dá-se um ponto bilateralmente, de modo a unir a cartilagem lateral superior ao septo. Esta manobra não é sempre necessária, pois, se um aparo cuidadoso das cartilagens é feito, estas naturalmente repousarão no septo, evitando assim a necessidade de uma aproximação posterior. A columela é, então, unida ao bordo ântero-inferior com uma agulha reta, visando, como acima mencionamos, a manutenção do aspecto natural que caracteriza um nariz bem operado (Figs. 12.40a e 12.40b). Entre

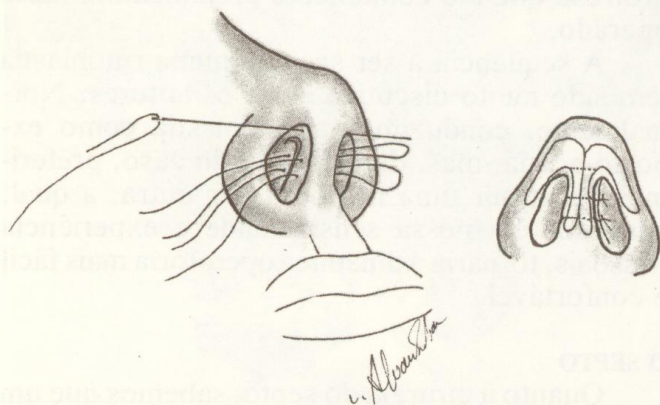


Fig. 12.40a

Fig. 12.40b

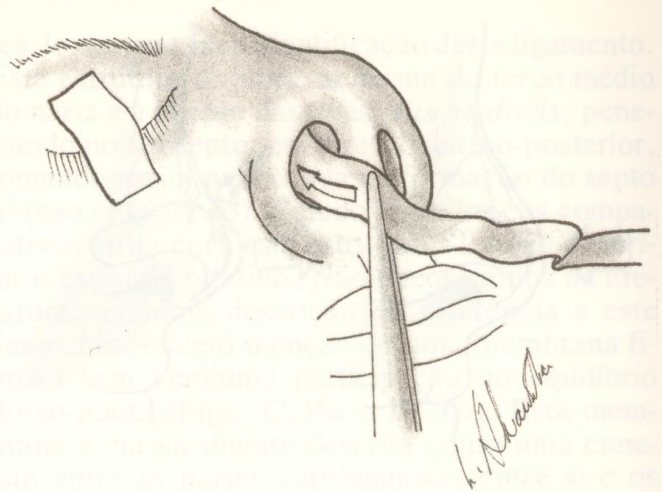


Fig. 12.41

as manobras que visam aumentar a projeção da ponta, usamos um ponto unindo o bordo lateral profundo da base da columela. Esta manobra evidencia o princípio do retalho tridimensional V-Y. Um tamponamento de gaze vaselinada é, então, introduzido, cuidando-se que seja corretamente posicionada sob visão direta (Fig. 12.41), de modo a exercer uma pressão oposta interna (a externa é exercida pelo gesso) sobre as estruturas nasais recém-modeladas.

O CURATIVO

Numa cirurgia como a rinoplastia, na qual a maioria dos componentes nasais estão envolvidos, existe um grande risco de ocorrer coleções sanguíneas, edema e descolamento secundário das estruturas liberadas, comprometendo, assim, o resultado de uma cirurgia bem conduzida. Desta forma, a modelagem do nariz é de importância básica para o resultado final. Tendo trabalhado com quase todos os materiais usados em cirurgia plástica para este fim, consideramos que os mais rígidos conseguem uma boa aproximação do nariz, mas raramente moldam os tecidos moles com sucesso à nova estrutura osteocartilaginosa, ao passo que os materiais mais moles funcionam de maneira oposta. Consideramos que o gesso tradicional é o material que melhor preenche nossas exigências. Colocamos primeiramente uma camada de fitas de *steristrip*. São colocadas várias camadas deste material no dorso do nariz, começando na raiz do dorso em direção à ponta, com o intuito de eliminar o espaço morto e fixar a pele do dorso à borda da cartilagem septal (Figs. 12.42 e 12.43). Posteriormente, uma longa tira é colocada envolvendo a ponta nasal, de baixo para cima, sustentando-a contra o bordo inferior do septo. Uma tira mais curta cruza a anterior, no seu ponto médio, imobilizando a crura lateral (Figs. 12.44a e 12.44b), e várias fitas estreitas são colocadas bem

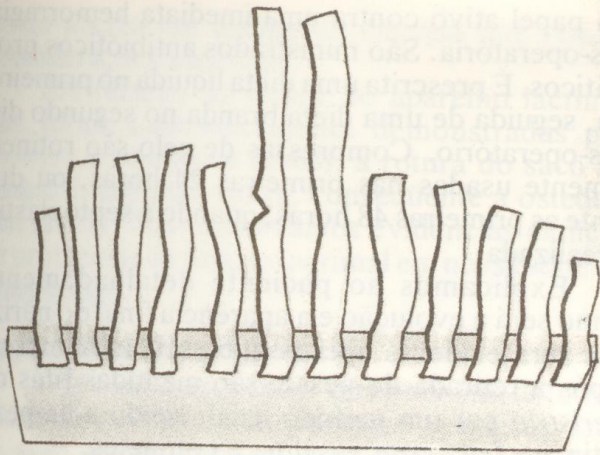


Fig. 12.42

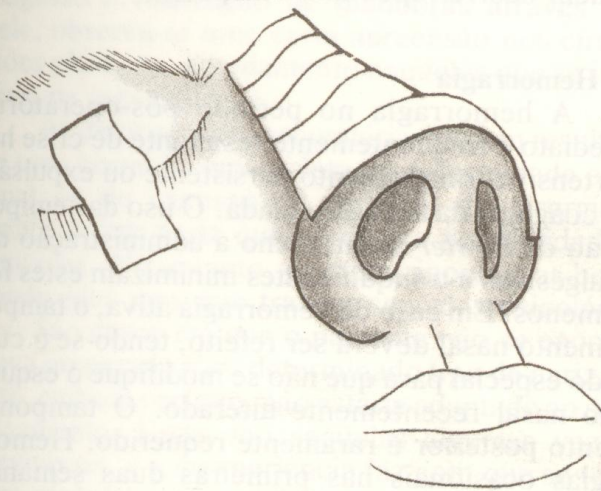


Fig. 12.43

na ponta do nariz (Figs. 12.45a e 12.45b), moldando a crura medial à sua nova forma, pois, do contrário, surgiria um edema inevitável nesta área.

Neste momento, o gesso é colocado no dorso do nariz para posicionar os ossos fraturados, e

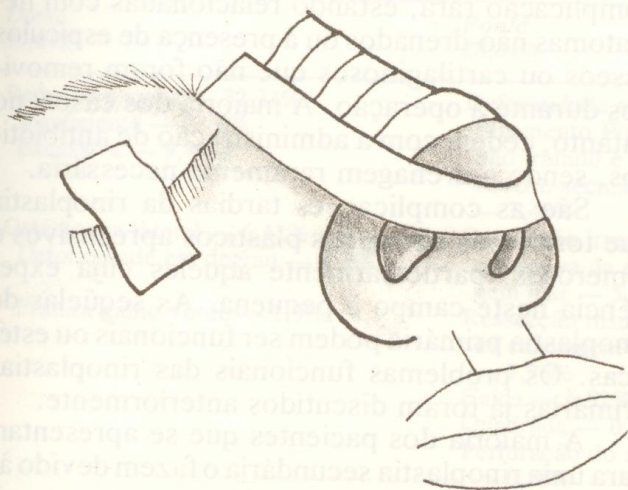


Fig. 12.44a

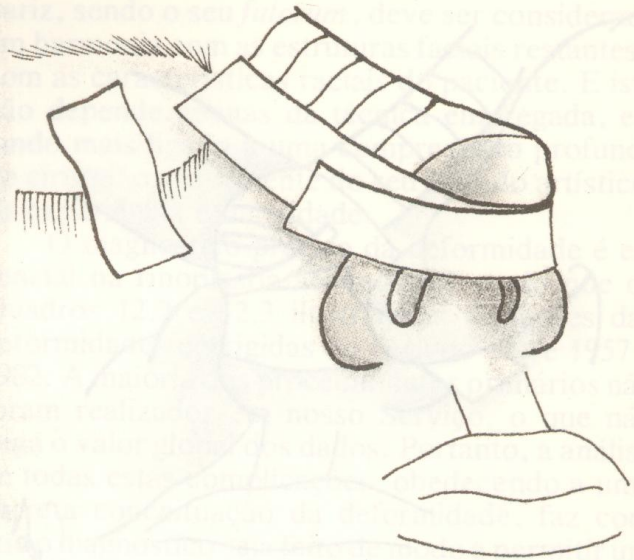


Fig. 12.44b

readaptar a pele ao arcabouço ósseo e cartilaginoso neoformado. Uma longa tira de gesso é, então, colocada, envolvendo o aspecto inferior da ponta, visando manter as cartilagens neoformadas no lugar (Fig. 12.46). Duas outras tiras são, então, colocadas de uma forma cruzada, para evitar qualquer descolamento do primeiro gesso colocado (Fig. 12.47). A última tira é colocada na borda inferior da testa, cruzando as duas anteriores e mantendo-as no lugar.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

O pós-operatório na rinoplastia não é muito complicado. A hospitalização normal em nosso serviço é de 24 horas, ou 48 horas em caso de septoplastia. Analgésicos e tranqüilizantes são generosamente empregados, pois desempenham

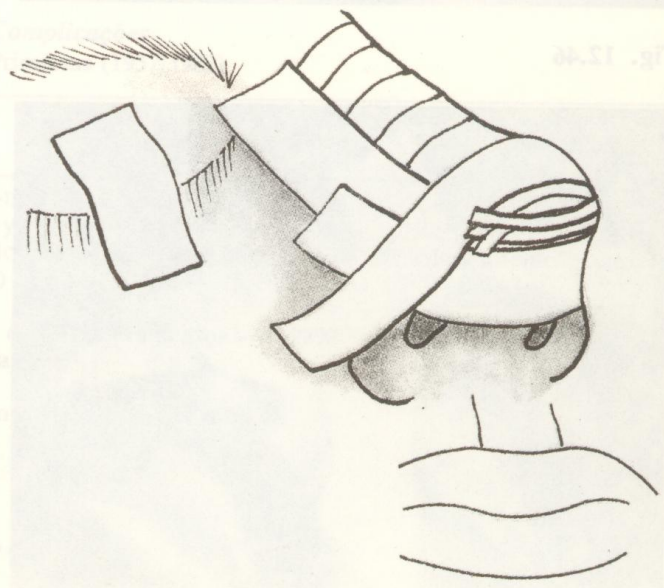


Fig. 12.45a

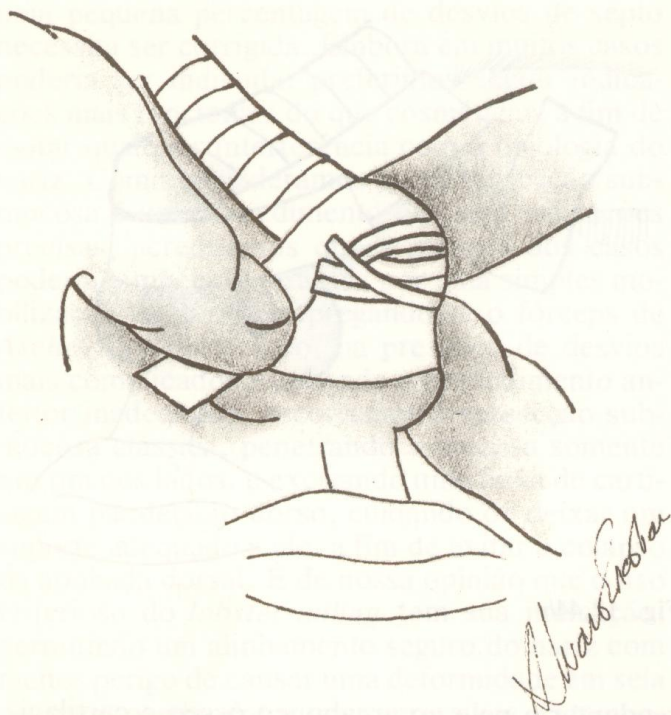


Fig. 12.45b



Fig. 12.46

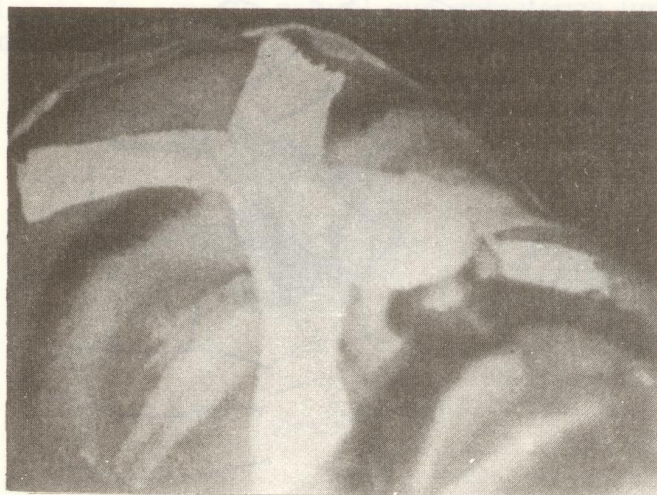


Fig. 12.47

um papel ativo contra uma imediata hemorragia pós-operatória. São ministrados antibióticos profiláticos. É prescrita uma dieta líquida no primeiro dia, seguida de uma dieta branda no segundo dia pós-operatório. Compressas de gelo são rotineiramente usadas nas primeiras 24 horas, ou durante as primeiras 48 horas, quando a septoplastia é realizada.

Explicamos ao paciente detalhadamente como será a evolução e a aparência final do nariz, que será evidente apenas após seis a 12 meses. Após a retirada do gesso, são mantidas fitas de *steristrip* por um período igual, sendo a limpeza rotineira feita com vaselina e cotonetes.

RESULTADOS E COMPLICAÇÕES

Duas importantes complicações imediatas podem ocorrer após uma rinoplastia:

a) Hemorragia

A hemorragia no período pós-operatório imediato é frequentemente resultante de crise hipertensiva, sangramento persistente ou expulsão de coágulos da área descolada. O uso da semiposição de *Fowler* assim como a administração de analgésicos e tranquilizantes minimizam estes fenômenos. Em caso de hemorragia ativa, o tamponamento nasal deverá ser refeito, tendo-se o cuidado especial para que não se modifique o esqueleto nasal recentemente alterado. O tamponamento posterior é raramente requerido. Hemorragias ocasionais nas primeiras duas semanas após a rinoplastia não são raras, em geral cedendo espontaneamente. Isto pode, entretanto, ser um sinal de infecção ou o resultado de um amplo descolamento, indicando um cuidadoso e rigoroso exame. O tamponamento nasal raramente será necessário.

b) Infecção

Felizmente as infecções constituem uma complicação rara, estando relacionadas com hematomas não-drenados ou à presença de espículos ósseos ou cartilaginosos que não foram removidos durante a operação. A maioria dos casos, no entanto, cedem com a administração de antibióticos, sendo a drenagem raramente necessária.

São as complicações tardias da rinoplastia que tornam os cirurgiões plásticos apreensivos e temerosos, particularmente aqueles cuja experiência neste campo é pequena. As seqüelas de rinoplastia primária podem ser funcionais ou estéticas. Os problemas funcionais das rinoplastias primárias já foram discutidos anteriormente.

A maioria dos pacientes que se apresentam para uma rinoplastia secundária o fazem devido às deformidades cosméticas. Estes casos geralmente são difíceis de conduzir, e não são raros,

tendo aberto um campo da cirurgia que requer considerações especiais.

Em relação às lesões do aparelho lacrimal que foram anatomicamente demonstradas por *Flowers e Anderson* (1968), a rotura do saco lacrimal é, algumas vezes, conseqüente à osteotomia lateral. Não observamos evidências clínicas de problemas da função lacrimal em nossa série de rinoplastias.

SEQÜELAS DE RINOPLASTIA

Não é de surpreender que ocorram deformidades decorrentes de rinoplastias primárias, face às suas peculiaridades anatômicas e devido à grande freqüência deste tipo de cirurgia.

Considerando que a maioria dos procedimentos não possam ser executados sob visão direta, exigindo a realização de manobras através da pele, observa-se uma certa apreensão nos cirurgiões plásticos, notadamente naqueles que se iniciam na especialidade.

As deformidades secundárias podem resultar de uma correção incompleta da deformidade original ou do excesso de ambição do cirurgião diante de um nariz que apresenta possibilidades limitadas. No entanto, existem rinoplastias bem conduzidas mas que trazem seqüelas psicológicas. São casos em que o paciente não se encontrava preparado para determinado tipo de nariz, e este, embora perfeito, não estaria adaptado ao seu julgamento. Estas são seqüelas algumas vezes inevitáveis, e a inexperiência faz com que se tornem mais freqüentes. Assim, enfatizamos a importância da relação cirurgião-paciente ao considerarmos uma rinoplastia.

Encontramos, algumas vezes, pacientes que apresentam um nariz bem delineado, mas inaceitável quanto à aparência geral da face, pois o

nariz, sendo o seu *fulcrum*, deve ser considerado em harmonia com as estruturas faciais restantes e com as características raciais do paciente. E isto não depende apenas da técnica empregada, estando mais ligado a uma compreensão profunda do cirurgião proveniente do seu sentido artístico, da experiência e habilidade.

O diagnóstico preciso da deformidade é essencial na rinoplastia secundária, sendo que os Quadros 12.2 e 12.3 ilustram as variações das deformidades corrigidas no período entre 1957 e 1982. A maioria dos procedimentos primários não foram realizados em nosso Serviço, o que não nega o valor global dos dados. Portanto, a análise de todas estas complicações, obedecendo a uma correta conceituação da deformidade, faz com que o diagnóstico seja feito de modo a permitir um tratamento adequado a cada caso, dentro das limitações que este apresente. A rinoplastia secundária, obviamente, implica uma série de problemas que vão desde o estado psicológico de um paciente, já angustiado com o resultado de uma cirurgia que não atingiu suas expectativas, a problemas do tecido conjuntivo, que substituiu estruturas normais durante o processo de cicatrização.

Indispensável se faz que um período mínimo de seis meses tenha transcorrido desde a primeira operação, para que se possa decidir pela segunda

Quadro 12.3 Técnicas

Em 487 Rinoplastias Secundárias (1957/1982)

	% casos
Ressecção do dorso	17,45%
Ressecção das cartilagens alares	13,29%
Refratura	13,29%
Tratamento da área <i>supra-tip</i>	11,95%
Encurtamento do septo nasal	9,69%

Quadro 12.2 Complicações

Em 487 Rinoplastias Primárias (1957/1982)

Dorso 39,05%	Ponta 28,81%	Narinas 26,32%	Columela 5,26%
Redução da giba — 32,31%	Deformidade <i>supra-tip</i> (ligamento Pitanguy não tratado e tecido fibroso secundário) — 7,48%	Alargamento excessivo — 6,92%	Caída — 1,93%
Insuficiente — 22,6%	Ressecção irregular e excessiva da cartila- gem alar — 5,26%	Estenose — 3,88%	Retraída — 1,93%
Excessiva — 9,4%	Ressecção insuficiente da cartilagem alar — 7,76%	Assimetria — 15,28%	Alargamento excessivo — 0,83%
Osteotomia lateral — 6,42%	Caída — 6,92%	Espessamentos — 0,28%	Espesso — 0,55%
Deformidade em degrau — 4,9%	Quadrada — 0,83%		
Fratura galho verde — 1,9%	Perfuração do septo — 0,28%		
	Ausência de cartila- gem alar — 0,28%		

intervenção, excetuando-se os casos de deformidades de fratura óssea.

Meus agradecimentos ao Dr. Alvaro Escobar por seus excelentes desenhos e ao Dr. Alberto M.L. Caldeira pela pesquisa e assistência técnica dedicada a este trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- AUFRICHT, G. Joseph's rhinoplasty with some modifications. *Surg. Clin. North Am.*, 51:299, 1971.
- BERGER, P. Rhinoplasty by the Italian method. *Bull. Acade. Med.*, (Paris), 35:204, 1896.
- BREASTED, J.H. Edwin Smith surgical papyrus. In: *Facsimile and Hieroglyphic with Translation and Commentary*. University of Chicago Press, Chicago, 1930.
- BREASTED, J.H. Edwin Smith surgical papyrus, re-edited in: *Plast. Reconstr. Surg.*, 43:402-414, 1969.
- BUCHANAN, G. Rhinoplasty from forehead, including periosteum in the flap. *Lancet*, 2:148, 1865.
- CARPUE, J.C. *An account of two successful operations for restoring a lost nose from the integuments of the forehead*. London, Longman, 1816. Reprinted in part in *Plast. Reconstr. Surg.*, 44:175, 1969.
- COHEN, S. Complications following rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 18:213, 1956.
- CONVERSE, J.M. *Reconstructive plastic surgery*, 2nd ed. Saunders, Philadelphia, 1977.
- COTTLE, M.H. The structure and function of the nasal vestibule. *Arch. Otolaryngol.*, 62:173, 1955.
- COTTLE, M.H. Concepts of nasal physiology as related to corrective nasal surgery. *Arch. Otolaryngol.*, 72:11, 1960.
- DIEFFENBACH, J.F. *Die operative Chirurgie*. Brockhaus, Leipzig, 1845.
- DINGMAN, R. & WALTER, C. Use of composite ear grafts in correction of the short nose. *Plast. Reconstr. Surg.*, 43:117, 1969.
- FLOWERS, R. & ANDERSON, R. Injury of the lacrimal apparatus during rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 32:577-581, 1968.
- FOMON, S.; SAYAD, W.Y., SCHATTNER, A. & NEIVERT, H. Physiological principles in rhinoplasty. *Arch. Otolaryngol.*, 53:256, 1951.
- GNUDIN, M.T. & WEBSTER, J.P. *Life and times of Gaspare Tagliacozzi*. Reichner, New York, 1950.
- GOLDWYN, R.M. & Physiological principles in rhinoplasty. *Arch. Otolaryngol.*, 53:256, 1951.
- HARDIE, J. On a new rhinoplastic operation. *Brit. Med. J.*, 393, 1875.
- JOSEPH, J. Operative reduction of the size of a nose (rhinosis). *Berl. Klin. Wochenschr.*, 40:882, 1868.
- JOSEPH, J. *Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik*. Kaibisch. Leipzig 1931.
- KEEGAN, D.F. *Rhinoplastic operations, with a description of recent improvements in the Indian method*. Ballière, Tindall & Cox, London, 1900.
- KÖNIG, F. A new method of correcting sunken noses with a skinperiosteal-bone forehead bb-flap. *Arch. Klin. Chir.*, 34:165, 1886.
- KÜSTER, E. Rhinoplasty from the arm. *Arch. Klin. Chir.*, 48:179, 1894.
- MANGOLDT, F. von. Reconstruction of saddle nose by cartilage overlay. *Ges. Chir.*, 29:460, 1900.
- MASTERS, F.W. & LEWIS, J.R. Jr. *Symposium on aesthetic surgery of the nose, ears and chin*. Mosby, St. Louis, 1974.
- McDOWELL, F. The B.L. bombshell. *Plast. Reconstr. Surg.*, 44:71, 1969.
- McDOWELL, F. Case of elusive Mr. Lucas, the mysterious Major Heitland et al. *Plast. Reconstr. Surg.*, 49:77, 1972.
- McDOWELL, F.; VALONE, J. & BROWN, J.B. Bibliography and historical note on plastic surgery of the nose. *Reconstr. Surg.*, 10:149-185, 1952.
- MILLARD, D.R. The triad of columella deformities. *Plast. Reconstr. Surg.*, 31:370, 1963.
- MILLARD, D.R. Alar margin sculpturing. *Plast. Reconstr. Surg.*, 40:337, 1967.
- MILLARD, D.R. Secondary corrective rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 44:545-557, 1969.
- MILLARD, R.D. Jr. *Symposium on corrective rhinoplasty*, v. 13. Mosby, St. Louis, 1976.
- NELATON, C. & OMBREDANNE, L. *The rhinoplasty*. Steinheil, Paris, 1945.
- NEW, G.B. Sickle flap for reconstruction of nose. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 80:497, 1945.
- O'CONNOR, G.B. & MCGREGOR, M.W. Secondary rhinoplasties: their cause and prevention. *Plast. Reconstr. Surg.*, 15:404-410, 1955.
- OGURA, J.H.; UNNO, T. & NELSON, J.R. Nasal surgery. Physiological considerations of nasal obstruction. *Arch. Otolaryngol.*, 88:288, 1968.
- OLLIER Osteoplasty applied to restoration of the nose. *Gaz. Hop. Paris*, 349, 1864.
- PITANGUY, I. Management of alar cartilage defects. *Am. J. Surg.*, 95:331-333, 1958.
- PITANGUY, I. Rinoplastias: técnicas e complicações. *Rev. Bras. Cir.*, 38 4: 284, 1959.
- PITANGUY, I. Rhino-queilo-plastie a ciel ouvert dans les esquelles du bec-du-lièvre. *Ann. Chir. Plast.*, 8/1:47, 1963.
- PITANGUY, I. Contribuição cirúrgica e anatômica ao tratamento da ponta do nariz. *Rev. Bras. Cir.*, 43:167, 1965.
- PITANGUY, I. Surgical importance of a demorcartilaginous ligament in bulbous noses. *Plast. Reconstr. Surg.*, 36:247-253, 1965.
- PITANGUY, I. & LIMA, J.P. de. Imobilização para rinoplastia. *Rev. Bras. Cir.*, 54, 1968.
- PITANGUY, I. & TRZECIAK, H. Operative Therapie bei Nasenspitzenläsionen. *A esthet. Med.*, 18/12:233, 1969.
- PITANGUY, I.; CANSÃO, A. & BARBOSA, D. Narizes bulbo-negróides: experiências e contribuições pessoais ao seu tratamento. *Rev. Bras. Cir.*, 61:201-211, 1971.
- PITANGUY, I. & al. A ponta bulbo-negróide: contribuições pessoais ao seu tratamento. *Rev. Bras. Cir.*, 63:51-58, 1973.
- PITANGUY, I.; PAULO, V.C. de & PORTOCARRERO, J.R.D. Sequelas de rinoplastia. *Rev. Bras. Cir.*, 68:376-388, 1978.
- PITANGUY, I.; CERAVOLO, M.P.; ARAÚJO, T.M. & CORREIA, J.P.D.P. Rinoplastia: nossa conduta. *Rev. Bras. Cir.*, 70(5/6):215-226, 1980.
- PITANGUY, I.; CERAVOLO, M.P.; DÉGAND M. & TASCA, R. Rinoplastia — 2.ª parte. Nossa conduta. *Rev. Bras. Cir.*, 70(7/8):275-290, 1980.
- PITANGUY, I. & CERAVOLO, M.P. Secondary rhinoplasty. *Aesth. Plast. Surg.*, 6:47-54, 1982.
- PITANGUY, I. & CERAVOLO, M.P. Nasal polyposis after secondary rhinoplasty: a case report. *Aesth. Plast. Surg.*, 6:93-97, 1982.
- PROETZ, A.W. Respiratory air currents and their clinical aspects. *J. Laryngol.*, 67:1, 1953.
- REES, T.D.; KRUPP, S. & WOODSMITH, D. Secondary rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 46:322-340, 1970.
- REES, T.D. An aid in the treatment of supratip swelling after rhinoplasty. *Laryngoscope*, 81:308, 1971.
- REES, T.D. & WOODSMITH, D. *Cosmetic facial surgery*. Saunders, Philadelphia, 1973.
- ROE, J.O. The deformity termed pug nose and its correction by a simple operation. *Med. Rec.*, 31:621, 1887; reprinted in *Plast. Reconstr. Surg.*, 45:78, 1970.
- ROE, J.O. The correction of angular deformities of the nose by a subcutaneous operation. *Med. Rec.*, 40:57, 1891;

- reprinted in *Plast. Reconstr. Surg.*, 45:283, 1970.
- SAFIAN, J. *Corrective rhinoplastic surgery*. Hoeber, New York, 1935.
- SAFIAN, J. A new anatomical concept of postoperative complications in aesthetic rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 51:162-163, 1973.
- SHEEHAN, J.E. *Plastic surgery of the nose*. Hoeber. New York, 1st ed. 1925, 2nd ed. 1936.
- SHEEN, J.M. *Aesthetic rhinoplasty*. Mosby, St. Louis., 1978.
- STEINTHAL, K. Rhinoplasty from chest skin. *Beitr. Klin. Chir.*, 29:485, 1900.
- SUSHRUTA, S. *Ancient earlobe and rhinoplastic operations in India*. Reprinted in *Plast. Reconstr. Surg.*, 43:515, 1969.
- TAKAHASHI, K. Vorläufige Mitteilungen über die Erforschung. *Z. Laryngol.*, 11:203, 1922.
- THIERSCH, K.V. A rhinoplastic modification. *Ges. Chir.*, 8:67, 1879.
- WARREN, J.M. Rhinoplastic operation. *Boston Med. Surg. J.*, 16:69, 1857.
- WEIR, R.F. On restoring sunken noses. *N.Y. Med. J.*, 56:449, 1892; reprinted in *Plast. Reconstr. Surg.*, 45:382, 1970.
- WEXLER, M. Post-rhinoplastic complications. *Eye Ear Nose Throat Monthly*, 31:553, 1969.