

RINOPLASTIA ESTÉTICO-FUNCIONAL

AESTHETIC-FUNCTIONAL RHINOPLASTY

LÉO DONCATTO

DOUTOR EM MEDICINA- PUCRS, MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA,
PROFESSOR ADJUNTO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO CURSO DE MEDICINA DA ULBRA-RS.

FERNANDA GIOVANAZ

ACADÊMICA DE MEDICINA DO CURSO DE MEDICINA DA ULBRA-RS.

FILIFE LOPES DECUSATI

ACADÊMICO DE MEDICINA DO CURSO DE MEDICINA DA ULBRA-RS.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

LÉO DONCATTO - RUA MOSTARDEIRO 780 CJ 202 – MOINHOS DE VENTO - PORTO ALEGRE – RS
FONE: 051.3333.11.77 - CELULAR: 9986.89.37 - EMAIL: DONCATTO@TERRA.COM.BR

DESCRITORES

RINOPLASTIA, NARIZ, CIRURGIA PLÁSTICA, CIRURGIA ESTÉTICA, OTORRINOLARINGOLOGIA.

KEYWORDS

RHINOPLASTY, NOSE, PLASTIC SURGERY, COSMETIC SURGERY, OTOLARYNGOLOGY.

RESUMO

Introdução: A rinoplastia foi, inicialmente, desenvolvida pela Sushruta, na antiga Índia, cerca de 500 aC. A primeira rinoplastia intranasal, no Ocidente, foi atribuída à Roe, em 1887, que foi, posteriormente, utilizada para fins estéticos por Joseph em 1898. Apresentamos uma revisão de rinoplastia, avaliando as indicações, zonas tratadas, resultados obtidos e as causas de reoperações. **Método:** Foram avaliados 52 casos sucessivos de rinoplastia estético-funcional, sendo tratadas as áreas 1, 2 e 3, além do septo nasal. **Resultados:** Dos 52 pacientes sucessivos operados, foram avaliadas as principais indicações de tratamento das áreas 1, 2 e 3, os tratamentos efetuados, os resultados efetivos obtidos e as principais causas de insatisfação e reoperações. **Discussão:** Foram 40 pacientes submetidos à rinoplastia e, 12 a rinosseptoplastia. Das 134 áreas nasais apontadas como defeituosas pelos pacientes, 126 foram operadas, das quais, 119 obtiveram a solução dos problemas apresentados. Em 15 áreas nasais, os resultados obtidos foram considerados insatisfatórios, embora, apenas 5 destas áreas foram submetidas à reoperações. Na área 1, a principal causa de insatisfação foi giba residual e dorso ou base nasal larga, em 4 casos, sendo 2 deles reoperados. Na área 2, a giba residual representou insucesso em 1 caso. Já a zona 3, representada pela ponta nasal, foi a que teve as maiores causas de insatisfação, com 7 casos, sendo 2 deles reoperados. **Conclusão:** A rinosseptoplastia é uma cirurgia complexa, com bons resultados, podendo apresentar insatisfação por ponta globosa, queda residual da ponta nasal e dorso nasal residual alargado.

ABSTRACT

Introduction: The rhinoplasty was first developed by Sushruta, in the age India around 500 BC. The first intranasal rhinoplasty in the

West was attributed to Roe in 1887, which was subsequently used for aesthetic purposes by Joseph in 1898. We present a review of rhinoplasty, evaluating the indications, treated areas, results and causes of reoperations. Method: We evaluated 52 successive cases of aesthetic-functional rhinoplasty, and the treated areas 1, 2, 3, the nasal septum. Results: Of 52 successive operated patients, we evaluated the main indications for treatment of areas 1, 2 and 3, performed treatments, the effective results obtained and the main causes of dissatisfaction and reoperations. Discussion: There were 40 patients submitted to rhinoplasty and 12 to rinosseptoplastia. Of 134 nasal areas identified as defective by the patients, 126 was operated, which 119 resolved the presented problems. In 15 nose areas, the results were considered unsatisfactory, although only 5 were subjected to reoperation. In area 1, the main cause of dissatisfaction, in 4 cases, was residual hump and back or wide nasal base, being 2 reoperated. In area 2, the residual bump was unsuccessful in 1 case. However, the area 3, represented by the nasal tip had most causes of dissatisfaction, with 7 cases, being 2, reoperated. Conclusion: The rinosseptoplastia is a complex surgery, with good results, might show dissatisfaction due to globosa tip, residual drop of nasal tip and extended residual nasal dorsum.

INTRODUÇÃO

A rinoplastia foi inicialmente desenvolvido pela Sushruta, na antiga Índia cerca de 500 aC, em seu texto, Sushruta Samhita, sobre as rinoplastias para reconstruir narizes que foram amputados como uma punição para os crimes, através de um retalho frontal. A primeira rinoplastia intranasal no Ocidente foi atribuída à Roe em 1887, que foi posteriormente utilizada para fins estéticos por Joseph em 1898¹.

O procedimento incluía a redução do dorso ósseo e o re-estabelecimento e aperfeiçoamento da cartilagem nasal da ponta. Nos anos de 1950, Peck priorizou a projeção da ponta nasal utilizando enxertos de cartilagem auricular. Sheen, nos anos de 1980, propôs a utilização de dois tipos de enxerto de cartilagens para corrigir as principais seqüelas das rinoplastias, o enxerto expensor e o enxerto de ponta. Nos anos de 1990, Tebbetts preconizou a utilização sistemática da técnica aberta, com manobras conservadoras e reversíveis nas cartilagens alares e com o uso de enxertos ocultos. Em 1997, Gunter propôs uma excelente técnica para tratamento do colapso ou da insuficiência da válvula nasal externa e, mesmo, da válvula nasal interna, que foi o enxerto de suporte do ramo lateral, complementando o tratamento funcional do enxerto expensor proposto por Sheen^{1,2}.

Seguindo a tendência de rinoplastia estética do século XX, apresentamos uma revisão de casos de rinoplastia, avaliando as indicações, zonas tratadas, resultados obtidos e as causas de reoperações.

MÉTODO

Foram avaliados os últimos 52 casos sucessivos de rinoplastia, com identificação de rinoplastia estético-funcional, sendo tratadas as áreas 1, 2 e 3 além do septo nasal. Convencionou-se a correspondência da área 1 como sendo a dos ossos próprios nasais, a área 2 que corresponde às cartilagens triangulares e a área 3 como sendo a área 3. As cirurgias foram realizadas sob anestesia geral ou local, utilizando-se infiltração com anestésico local com vasoconstritor, em regime ambulatorial.

RESULTADOS

Dos 52 pacientes sucessivos operados, 32 foram do sexo feminino e 20 do sexo masculino, com uma idade média de 24 +/- 5 anos. Foram avaliadas as principais indicações de tratamento das áreas 1, 2 e 3, os tratamentos efetuados, os resultados efetivos obtidos e as principais causas de insatisfação e reoperações. Tabela 1 e 2.

Tabela 2 - Áreas nasais

	Área 1		Área 2		Área 3		TOTAL:	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Passíveis de Tratamento	43	32,1%	41	30,6%	50	37,3%	134	100%
Tratadas Cirurgicamente	39	31,0%	45	35,7%	42	33,3%	126	100%
Resolução Obtida	39	32,8%	37	31,1%	43	36,1%	119	100%
Resultados Insuficientes	4	26,7%	4	26,7%	7	46,7%	15	100%
Reoperações realizadas	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	5	100%

Tabela 1 - Rinoplastia Estético-funcional	n	%
Pacientes Operados	52	100%
Sexo		
Feminino	32	61,5%
Masculino	20	38,5%
Idade Média (anos)	24	± 5
Tipo Cirurgia realizada		
Rinoplastia	40	76,9%
Rinosseptoplastia	12	23,1%
Tratamentos aplicados:		
Secção do músculo depressor da ponta nasal	30	
Enxerto de cartilagem na columela e ponta nasal	4	
Enxerto de cartilagem na columela e ponta nasal	4	
Fratura de ossos próprios	27	
Insatisfação:	15	100%
Paciente deseja nariz menor	1	6,7%
Área 2 alargada	4	26,7%
Ponta Globosa	10	66,7%
Causas de reoperação:	12	100%
Ponta Globosa	4	33,3%
Dorso Largo	2	16,7%
Queda da Ponta	3	25,0%
Giba cartilaginosa residual	1	8,3%
Rinodesvio Recorrente	2	16,7%
Técnica utilizada nas reoperações		
Redução das áreas 1 e 2	2	
Reenxertia de estaca de cartilagem	2	
Tratamentos da área 1	1	

DISCUSSÃO

A rinoplastia é uma cirurgia de maior influência no perfil emocional dos pacientes e, quando associado à cirurgia de correção do septo nasal, apresenta uma complexidade maior, além de apresentar maiores possibilidades de haver a necessidade de retoques ou reoperações para corrigir desvios ou insatisfações^{3,4,5}.

Em nosso estudo, houve predomínio de

pacientes do sexo feminino e jovens, com queixas de que desejavam tratar todas as 3 áreas nasais, predominantemente.

Dentre os 52 pacientes, 40 foram submetidos à rinoplastia e 12 deles, foram submetidos à uma cirurgia mais complexa e extensa, a rinosseptoplastia. Nas rinoplastias, as áreas 1 foram tratadas com redução do dorso e fratura lateral, nas áreas 2, com ressecção de cartilagens e redução do dorso. Nas áreas 3, os tratamentos foram mais complexos, com ressecção de cartilagens alares, enxertos de cartilagens, ressecção de septo, secção do músculo depressor da ponta e fixação das cartilagens alares. Das 134 áreas nasais apontadas como defeituosas pelos pacientes, 126 foram operadas, das quais, 119 obtiveram a solução dos problemas apresentados^{6,7,8,9}.

Em 15 áreas nasais, os resultados obtidos foram considerados insatisfatórios, embora, apenas 5 destas áreas foram submetidas à reoperações. Na área 1, a principal causa de insatisfação foi giba residual e dorso ou base nasal larga, em 4 casos, sendo 2 deles reoperados. Na área 2, a giba residual representou insucesso em 1 caso. Já a zona 3, representada pela ponta nasal, é que teve as maiores causas de insatisfação, com 7 casos, sendo 2 deles reoperados. Nesta área, as queixas dos pacientes, muitas vezes não correspondiam à realidade do caso, tanto que, apenas 20% foram reoperadas^{10,11,12,13}. A ponta globosa remanescente foi relatada por 6 pacientes, especialmente, com a sua pele espessa, e a queda secundária da ponta, por 3. Os principais tratamentos aplicados nas reoperações envolveram a utilização de enxertos mais extensos de cartilagens auriculares^{14,15,16}.

Nas rinosseptoplastias, 2 casos apresentaram desvios residuais, que não necessitaram tratamento complementar. Ao contrário, houve um caso em que o paciente foi reoperado para realizar uma redução do volume total do nariz, embora estivesse proporcionalmente adequado ao perfil facial do paciente.

CONCLUSÃO

A rinosseptoplastia é uma cirurgia complexa, com bons resultados, que variam e dependem também da subjetividade do paciente. A espessura da pele da ponta nasal pode propiciar a ponta globosa residual, a falta de sustentação da ponta pode levar a uma ponta caída residual e a opção pela não fratura óssea lateral, poderá produzir o dorso residual alargado.

REFERÊNCIAS

1. Sykes PJ, Santoni-Rugiu P, Mazzola RF. Nicolò Manzuzzi (1639-1717) and the first report of the Indian Rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008 Dec 18.
2. Gola R. Functional and esthetic rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2003 Sep-Oct;27(5):390-6.
3. Constantian MB. The two essential elements for planning tip surgery in primary and secondary rhinoplasty: observations based on review of 100 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg*. 2004 Nov;114(6):1571-81; discussion 1582-5.
4. Gruber RP, Freeman MB, Hsu C, Elyassnia D, Reddy V. Nasal base reduction: a treatment algorithm including alar release with medialization. *Plast Reconstr Surg*. 2009;123(2):716-25.
5. Bennett GH, Lessow A, Song P, Constantinides M. The long-term effects of alar base reduction. *Arch Facial Plast Surg*. 2005 Mar-Apr;7(2):94-7.
6. Toriumi DM. New concepts in nasal tip contouring. *Arch Facial Plast Surg*. 2006 May-Jun;8(3):156-85.
7. Toriumi DM, Checcone MA. New concepts in nasal tip contouring. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2009 Feb;17(1):55-90.
8. Guyuron B. Dynamics in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2000 May;105(6):2257-9.
9. McKinney P. Management of the bulbous nose. *Plast Reconstr Surg*. 2000 Sep;106(4):906-17; discussion 918-21.
10. Holt GR, Garner ET, McLarey D. Postoperative sequelae and complications of rhinoplasty. *Otolaryngol Clin North Am*. 1987 Nov;20(4):853-76.
11. Khosh MM, Jen A, Honrado C, Pearlman SJ. Nasal valve reconstruction: experience in 53 consecutive patients. *Arch Facial Plast Surg*. 2004 May-Jun;6:167-71
12. Maniglia AJ, Maniglia JJ, Maniglia JV. *Rinoplastia estética, funcional e reconstrutora*. 1ª edição, Rio de Janeiro: editora Revinter; 2001. p. 182-96.
13. Cachay-Velasquez H. Surgical lengthening of the short columella: Division of the depressor septi muscles. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1992;249:336.
14. Reese BR, Koltai PJ, Pames SM, Decker JW. The external rhinoplasty approach for rhinologic surgery. *Ear Nose Throat J* 1992;71:408.
15. Foda HM. Rhinoplasty for the multiply revised nose. *Am J Otolaryngol*. 2005 Jan-Feb;26(1):28-34.
16. Harsha BC. Complications of rhinoplasty. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2009 Feb;21(1):81-9.