

# RINOPLASTIA ABERTA

## Cinco Anos de Experiência

CARLOS RANGEL, FERNANDA SANCHES, J. EDUARDO ALMEIDA

Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética. Hospitais da Universidade de Coimbra.

### RESUMO

As principais vantagens da rinoplastia aberta, estão relacionadas com o diagnóstico e também com as facilidades técnicas. A via transcolumelar, inicialmente descrita por Rheti em 1934 para correções cirúrgicas em doentes fissurados, foi adoptada por nós desde 1992 em 48 pacientes. Nos nossos pacientes, fizemos sistematicamente uma *incisão em degrau* no ponto mais estreito da columela, o que permitiu uma ampla exposição das estruturas nasais. Os resultados obtidos, mesmo em rinoplastias difíceis, consideramos serem bons. As cicatrizes resultantes apresentaram elevado grau de inconspicuidade, sem casos de hipertrofias ou deformidades.

### SUMMARY

#### Open Rhinoplasty - Five Years' Experience

The principle advantages of open rhinoplasty concern diagnosis as well as technical facilities. The transcolumelar approach, initially described by Rheti in 1934 for surgical corrections of the cleft lip nose, was adopted by us since 1992 in 48 patients. We have systematically made a "staggered incision" at the collumella's narrowest point, that allows a great view of nasal structures. The results were considered good, even in difficult rhinoplasties. The scars were inconspicuous, without cicatricial hypertrophies or deformities.

### INTRODUÇÃO

As dificuldades técnicas surgidas no decurso de algumas rinoplastias primárias e sobretudo secundárias executadas pela via endonasal clássica, levaram-nos a adoptar nos últimos anos, a rinoplastia por via externa transcolumelar nesses casos mais difíceis.

A via transcolumelar foi inicialmente descrita por Rheti em 1934<sup>1</sup>, no tratamento de doentes fissurados, nos quais as estruturas nasais são muito assimétricas, tornando difícil a sua correção por via endonasal.

Esta via esteve esquecida durante algumas décadas, até que nos últimos anos veio suscitar o interesse de alguns cirurgiões que a têm utilizado sistematicamente<sup>2-4</sup>.

### DOENTES E MÉTODOS

De Outubro de 1992 a Setembro de 1997 foram operados no nosso Serviço por via transcolumelar, 48 pacientes (31 rinoplastias primárias e 17 rinoplastias secundárias).

Temos adoptado sistematicamente a incisão cutânea *em degrau* (Figura 1) a nível da zona mais estreita da columela, salvo em columelas muito curtas em que fizemos a abordagem a nível da junção columelo-labial.

Ao dar uma ampla exposição das cartilagens alares, sem as deformar, permite-nos um diagnóstico correcto, revelando pequenas alterações morfológicas que de outro modo passariam despercebidas (Figura 2).

Permite também uma boa visualização da área supra-apical, a qual raramente é visível na rinoplastia fechada.

Sob o ponto de vista técnico, permite uma ressecção dos excessos das cartilagens alares ao longo de toda a sua extensão, tal como a sua reposição simétrica; possibilita igualmente uma hemostase cuidadosa por electrocoagulação, reduzindo assim a possibilidade de hematoma com consequente edema nasal, tão frequente nas rinoplastias clássicas.

Dá-nos também a possibilidade de reconstruir a anatomia normal da ponta do nariz, por vezes recorrendo ao



Fig. 1 - Incisão em degrau na zona mais estreita da columela.

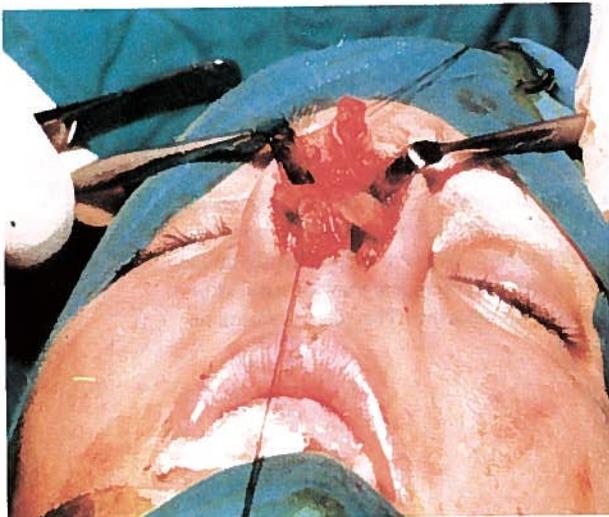


Fig. 2 - Imagem per-operatória que ilustra a ampla exposição das cartilagens alares e da área supra-apical.

uso de enxertos que são aplicados e fixados com toda a precisão, quer na ponta quer no dorso do nariz.

Estas vantagens são mais evidentes nas rinoplastias secundárias, em que a reconstrução com enxertos requer maior delicadeza e melhor visualização.

Devemos no entanto salientar como condição básica para se adoptar a via externa, a importância de se dominar bem as técnicas endonasais, sobretudo no que se refere à precisão e delicadeza das incisões, tal como à escolha do plano de dissecação. Esta deve fazer-se rasando a cartilagem e poupando a derme, para se obter um retalho de espessura adequada, reduzindo assim a possibilidade de necrose cutânea a nível da ponta nasal; a dissecação não deverá ultrapassar a extremidade lateral das cartilagens alares, tal como a união das cartilagens alares com as cartilagens triangulares.

## RESULTADOS

De um modo geral, os resultados podem ser considerados bons, sob os pontos de vista funcional e estético (Figuras 3 A e 3B).



Fig. 3A - Pré-operatório (hipertrofia nasal com nariz bosselado)

Fig. 3B- Post-operatório de um ano após rinoplastia aberta, com ressecção osteo-cartilaginosa do dorso e plastia da ponta.



Fig. 4 - Um ano após rinoplastia aberta, sendo de realçar a boa qualidade da cicatriz columelar

As cicatrizes columelares obtidas foram sempre de boa qualidade, sem hipertrofias nem deformidades e com precoce grau de inconspicuidade (Figura 4).

Registámos apenas uma complicação devida a uma infecção que surgiu três semanas após rinoplastia para correcção de *nariz em sela*, em que foi colocado um enxerto ósseo a nível do dorso nasal, fixado com cola biológica.

O tratamento foi apenas conservador (antibioterapia e drenagem), sem necessidade de reintervenção. (Figuras 5A, 5B, 5C).



Fig.5A - Nariz em sela, post traumático, com depressão do dorso nasal..



Fig.5B - Infecção três semanas após rino-  
plastia aberta



Fig. 5C - Resultado seis meses após rino-  
plastia

## CONCLUSÃO

Após o descrito, podemos considerar que a rinoplastia aberta está indicada:

- A - Em pacientes com narinas muito estreitas
- B - Em desvios nasais consideráveis, sobretudo a nível do bordo anterior
- C - Em assimetrias da ponta, sobretudo em pacientes fissurados
- D - Em rinoplastias secundárias, para correcção de deformidades iatrogénicas, sobretudo a nível da ponta e das asas.

Como contraindicações ao uso desta via, podemos apontar:

- A - Em deformidades moderadas, que poderão ser corrigidas por via endonasal.
- B - Insuficiente formação cirúrgica do operador.

## BIBLIOGRAFIA

1. RETHI E: Operation to shorten an excessive long nose. Rev Chir Plast 1934; 2 :85
2. GUNTER JP, ROHRICH RJ: The external approach for secondary rhinoplasty Plast Rec Surg 1988; 80:181
3. AIACH G: Voie d'abord externe ou endonasale pour la rhinoplastie? 1992; 37 :498-509
4. DANIEL RK: The nasal tip: Anatomy and aesthetics. Plast Rec Surg 1992; 89:216
5. RANGEL C, SANCHES F, ALMEIDA JE: Open rhinoplasty with transcolumelar external approach - comunicação apresentada no 8º Congresso Europeu de Cir Plast Rec e Estética, de 22 a 25 de Junho de 1997, Lisboa.