

Reconstrução de columela após necrose por uso de sonda nasogástrica

Collumela reconstruction in a patient with necrosis resulting from nasogastric tube

JOSÉ OCTÁVIO
GONÇALVES DE FREITAS¹
AYMAR EDISON SPERLI²
RINALDO FISCHLER³

Trabalho realizado nos
Serviços Integrados
de Cirurgia Plástica,
Serviços Oficiais de Ensino
Pós-Graduado (MEC-SBCP),
Hospital Ipiranga,
São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
(Sistema de Gestão
de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 22/1/2010
Artigo aceito: 20/5/2010

RESUMO

Os autores apresentam o caso de paciente portador de seqüela de sonda nasogástrica utilizada para procedimento na infância. A reconstrução foi realizada em dois tempos cirúrgicos. No primeiro tempo cirúrgico, foi realizada reconstrução da neocolumela com retalhos nasogenianos rodados de baixo para cima. No segundo tempo, foram realizados osteotomia e ortosseptoplastia.

Descritores: Rinoplastia. Nariz/cirurgia. Necrose.

ABSTRACT

The present report describes the case of a patient with sequelae from a nasogastric tube used for a prior procedure performed during childhood. The reconstruction required 2 separate surgical procedures. The first surgery involved reconstruction of the columella with nasogenian flaps rotated upwards and the second procedure consisted of osteotomy and septoplasty.

Keywords: Rhinoplasty. Nose/surgery. Necrosis.

INTRODUÇÃO

“Nós restauramos, reparamos e fazemos um todo das partes... que foram criadas pela natureza e arrancadas pelo destino, não tanto a ponto de trazer deleite aos olhos, mas de forma a enaltecer o espírito e auxiliar a mente dos aflitos.”
Gaspere Tagliacozzi

Histórico

A reconstrução do nariz foi um dos primeiros procedimentos a ser executado, desde a Antiguidade. As primeiras referências constam como sendo dos egípcios, em 2.200 a.C., e, posteriormente, dos indianos, em 2.000 a.C. (retalho indiano)

Hipócrates, em 500 a.C., descreveu a redução com imobilização das fraturas. No Renascimento, houve grande surto de hanseníase e sífilis, que afetavam o nariz. Nessa época,

foram propostas reconstruções com retalhos de braço (Tagliacozzi/Branca).

Em 1845, Dieffenbach, em seu livro *Operative Chirurgie*, fez longas referências à reconstrução nasal. Mais recentemente, Gillies e Millard, em 1957, divulgaram o retalho frontal em forma de U, que, em 1959, foi ampliado em sua base pelos trabalhos de Converse.

Desde então, várias técnicas de rinoplastia foram descritas¹⁻⁸.

Anatomia Cirúrgica

Na reconstrução nasal, devem-se considerar os elementos de irrigação de grande importância na anatomia da região facial, principalmente no que refere à área nasal^{9,10}. Dentre os principais troncos vasculares, salientam-se as artérias esfenopalatina, palatina maior, infraorbitária, artéria angular, labial superior, nasal lateral, etmoidal anterior e posterior, além da artéria dorsal.

1. Médico-chefe dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica, Serviços Oficiais de Ensino Pós-Graduado, MEC-SBCP, Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.
2. Regente dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica, Serviços Oficiais de Ensino Pós-Graduado, MEC-SBCP, Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.
3. Supervisor de Ensino dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica, Serviços Oficiais de Ensino Pós-Graduado, MEC-SBCP, Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.

RELATO DO CASO

Paciente de 24 anos, branco, sexo masculino, nascido e residente em São Paulo, com história de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há 23 anos, ocasião em que foi submetido a tratamento com sonda nasogástrica, evoluindo com necrose de columela. O paciente apresentava ausência de columela e de ponta nasal, com nariz muito encurtado (Figura 1).

A reconstrução foi realizada em dois tempos cirúrgicos.

No primeiro tempo cirúrgico, foram confeccionados retalhos de rotação nasogenianos, bilaterais, com pedículo superior, rodados de baixo para cima (Figura 2).

A Figura 3 ilustra o resultado temporário no terceiro dia de pós-operatório.

No segundo tempo cirúrgico, foi executada osteotomia e ortosseptoplastia, com o objetivo de melhorar a relação dorso/ponta.

A Figura 4 demonstra o resultado final, obtido após os dois tempos cirúrgicos.

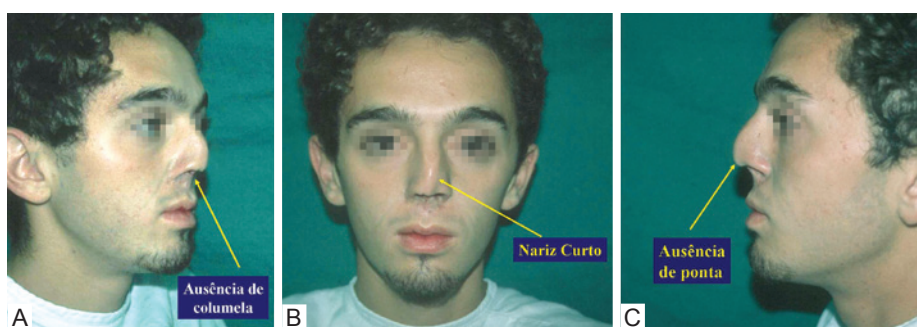


Figura 1 – Aspecto pré-operatório. Em **A**, meio perfil direito. Em **B**, vista anterior. Em **C**, perfil esquerdo.



Figura 2 – Aspecto transoperatório. Em **A**, demarcação. Em **B**, retalho confeccionado. Em **C**, retalho rodado.

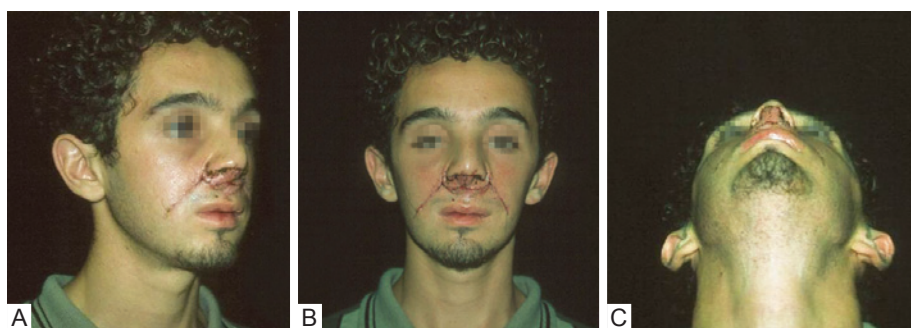


Figura 3 – Aspecto pós-operatório imediato, demonstrando resultado temporário, após o primeiro tempo cirúrgico. Em **A**, meio perfil direito. Em **B**, vista anterior. Em **C**, mento-naso.



Figura 4 – Aspecto pós-operatório imediato. Em **A**, meio perfil direito. Em **B**, vista anterior. Em **C**, perfil esquerdo. Em **D**, mento-naso.

DISCUSSÃO

Ponderou-se sobre as diversas possibilidades para a reconstrução deste caso, dentre elas retalhos de base de nariz, retalho frontal e enxertos compostos. Chegou-se à conclusão de que o melhor seria fazer a reconstrução em dois tempos, sendo a primeira com retalhos nasogenianos para a reconstrução da neocolumela e, posteriormente, com rinoplastia com osteotomia e ortoposicionamento da pirâmide nasal.

O resultado cirúrgico obtido foi bastante compensador sob o ponto de vista de reparação estética, além de preservar as condições de fisiologia nasal.

REFERÊNCIAS

1. Schaupp H. Submental hair-bearing skin flap to upper lip. In: Strauch B, Vasconez LO, Hall-Findlay EJ, eds. Grabb's encyclopedia of flaps. Boston: Little, Brown and Company; 1990. p. 647-8.
2. Tobin GR. Functional lower lip and oral sphincter reconstruction with innervated depressor anguli oris flaps. In: Strauch B, Vasconez LO,

Hall-Findlay EJ, eds. Grabb's encyclopedia of flaps. Boston: Little, Brown and Company; 1990. p. 665.

3. Kernahan DA. Reconstruction of the nose. In: Grabb W, Smiths J, eds. Plastic surgery: a concise guide to clinical practice. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company; 1973.
4. Metzenbaum M. Replacement of the lower end of the dislocated septal cartilage versus submucous resection of the dislocated end of the septal cartilage. Arch Otolaryngol HNS. 1929;9:282-311.
5. Seltzer AP. The nasal septum: plastic repair of the deviated septum associated with a deflected tip. Arch Otolaryngol. 1944;40:443-4.
6. Cottle MH, Loring RM. Surgery of the nasal septum: new operative procedures and indications. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1948;57(3): 705-13.
7. Cottle MH, Loring RM, Fischer GG, Gaynon IE. The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery. AMA Arch Otolaryngol. 1958;68(3):301-13.
8. Cutting C, Grayson B, Brecht L, Santiago P, Wood R, Kwon S. Presurgical columellar elongation and primary retrograde nasal reconstruction in one-stage bilateral cleft lip and nose repair. Plast Reconstr Surg. 1998;101(3):630-9.
9. Lockhart RD. Anatomia humana. Cidade do México: Editorial Interamericana; 1965.
10. Sabino Neto M. Anatomia do músculo depressor do ângulo da boca [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1995. p. 71.

Correspondência para:

Aymar Sperli
Avenida Açocê, 174 – Moema – São Paulo, SP, Brasil – CEP 04075-020
E-mail: aymar.sperli@uol.com.br