

Correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal em pacientes fissurados unilaterais

Alar cartilage deformity correction using conchal cartilage in patients with unilateral cleft lip-nose

GUILHERME GURGEL DO
AMARAL TELES¹

Trabalho realizado no
Hospital dos Defeitos da Face,
São Paulo, SP, Brasil.

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

Artigo recebido: 21/6/2012
Artigo aceito: 7/11/2012

RESUMO

Introdução: A rinoplastia do paciente com fissura labiopalatal é uma cirurgia desafiadora, por envolver a correção de múltiplos fatores de uma anatomia alterada. **Método:** Foi realizada análise retrospectiva de 15 pacientes operados pelo autor, no período de fevereiro de 2009 a janeiro de 2012. Foram analisados parâmetros como idade, gênero e tipo de fissura. **Resultados:** Todos os pacientes foram operados com a técnica de rinoplastia aberta utilizando-se cartilagem conchal “dobrada” para correção da deformidade da cartilagem alar do lado da fissura, com resultados satisfatórios. Houve 1 (6,7%) caso de necrose do retalho columelar, que cicatrizou por segunda intenção. **Conclusões:** O enxerto de cartilagem conchal “dobrada” é uma boa opção de enxerto no tratamento da deformidade da cartilagem alar afetada do paciente com fissura labial ou labiopalatal unilateral.

Descritores: Rinoplastia. Nariz/cirurgia. Fenda labial.

ABSTRACT

Background: Rhinoplasty in patients with cleft lip and palate is a challenging surgery to the plastic surgeon because it involves the correction of multiple factors associated with an altered anatomy. **Methods:** A retrospective analysis of 15 patients that were submitted to surgery performed by the author, between February 2009 and January 2012, was performed. Investigated parameters included age, gender, and type of cleft. **Results:** All patients were subjected to open rhinoplasty using a “folded” conchal cartilage for alar cartilage deformity correction on the cleft side, with satisfactory results. Necrosis of the columella, which healed by secondary intention, was reported in a single case (6.7%). **Conclusions:** The “folded” conchal cartilage graft is a good option for correcting alar cartilage deformities in patients with cleft lip or unilateral cleft lip and palate.

Keywords: Rhinoplasty. Nose/surgery. Cleft lip.

INTRODUÇÃO

A rinoplastia do paciente com fissura labiopalatina é um procedimento cirúrgico desafiador para o cirurgião plástico, pois envolve a correção de múltiplos fatores associados a essa deformidade. O nariz do fissurado possui anatomia alterada e, por conseguinte, complexa, e sua abordagem cirúrgica deve objetivar sempre o equilíbrio entre função e estética. A primeira descrição das deformidades nasais do fissurado foi realizada por Blair & Brown¹, em 1931.

A etiopatogenia do nariz do paciente fissurado unilateral ainda não é bem compreendida. Durante muito tempo, optou-se pela realização da abordagem do defeito nasal apenas na adolescência, porém a tendência atual é abordar o nariz do fissurado durante a queiloplastia. Ainda não se sabe, no entanto, se as cicatrizes deixadas numa rinoqueiloplastia primária irão atrapalhar o procedimento futuro, além de não eliminá-lo.

O nariz do paciente fissurado apresenta-se com várias alterações, como:

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, médico assistente do Hospital dos Defeitos da Face, médico assistente do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, São Paulo, SP, Brasil.

- desabamento e deslocamento lateral das cartilagens alares;
- aumento do volume do vestíbulo nasal do lado fissurado;
- columela curta e deslocada em direção à fissura;
- base nasal alargada;
- pontos de definição da ponta nasal no sentido oblíquo;
- ângulos columelares-alares assimétricos;
- ponta nasal pouco projetada;
- ângulo nasolabial obtuso;
- nariz curto;
- assimetria narinária;
- desvio septal para o lado não-fissurado;
- implantação anormal do pelo;
- angulação branda da cruz intermediária da cartilagem alar do lado fissurado.

Há várias técnicas para correção secundária da deformidade nasal do fissurado por meio de suturas que elevam a cartilagem hipoplásica do lado fissurado²⁻⁴, porém os resultados a longo prazo não são satisfatórios. Outros autores tratavam o nariz do fissurado com múltiplos enxertos de cartilagem em ponta nasal e em cartilagem alar, com melhores resultados a longo prazo. Gelbke⁵ propôs, em 1956, o uso de enxertos autólogos. O uso de enxertos cartilagosos autógenos no nariz do fissurado também foi descrito por Musgrave⁶, Straith et al.⁷ e Millard⁸⁻¹⁰.

O nariz do fissurado possui muitas deformidades anatômicas importantes a serem tratadas. Essas alterações variam com o grau de deformidade anatômica da fissura, motivo pelo qual existem várias técnicas para correção do nariz fissurado unilateral. Não existe uma classificação bem estabelecida para a deformidade do nariz do fissurado isoladamente. A classificação das fissuras labiopalatais mais utilizada no Brasil é a de Spina¹¹. A crítica que pode ser feita a essa classificação é a de que não leva em conta a amplitude da fissura em seu sentido transversal, apenas no sentido ântero-posterior.

Os principais objetivos da rinoplastia do fissurado são o tratamento da ponta nasal e do desvio septal.

O objetivo deste trabalho é demonstrar o uso da cartilagem conchal como opção no tratamento da deformidade da cartilagem alar afetada do paciente fissurado unilateral.

MÉTODO

Foi realizada análise retrospectiva transversal de pacientes operados pelo autor, no período de fevereiro de 2009 a janeiro de 2012.

Os pacientes foram analisados quanto a gênero, idade e tipo de fissura, de acordo com a classificação de Spina. Foram incluídos pacientes com fissura labial unilateral ou labiopalatal unilateral. Foram excluídos pacientes com idade < 15 anos. Todos os pacientes foram operados pelo

autor utilizando-se da mesma técnica para reconstrução da cartilagem alar afetada.

Técnica Cirúrgica

O paciente foi colocado em decúbito dorsal horizontal, sob anestesia geral. Foi realizada assepsia e antisepsia, com posterior colocação dos campos.

As cirurgias foram realizadas após infiltração de anestésico local composto de xilocaína a 1% e adrenalina (1:120.000). O acesso foi feito através de rinoplastia aberta, com incisão em V na columela. Após a incisão, as cartilagens alares foram cuidadosamente expostas, o dorso nasal foi descolado e o septo caudal, exposto. Foi realizada septoplastia extramucosa para tratar o desvio septal e, ao mesmo tempo, coleta de cartilagem para confecção de um *strut* columelar (Figura 1). O septo caudal foi desinserido da espinha nasal anterior e reorientado para a posição normal com fio de náilon 3.0.

A cartilagem alar do lado fissurado foi dissecada e um enxerto “dobrado” de concha auricular foi posicionado sobre seu domus e fixado com pontos em U de fio de náilon 5.0 (Figura 1). Os enxertos conchais foram esculpido com bisturi sob uma placa de metal. O enxerto de concha foi coletado através de uma incisão anterior (Figura 2). Enxertos sobre a ponta nasal, no assoalho narinário e no dorso nasal foram posicionados de acordo com a necessidade de cada caso. Um *strut* com cartilagem septal foi fixado entre os joelhos mediais das cartilagens alares com fio de náilon 5.0 (Figuras 3 e 4). Após colocação do *strut*, a assimetria narinária foi avaliada e, quando necessário, realizada ressecção em fuso da pele do assoalho narinário e posicionado um enxerto de cartilagem pela mesma incisão.

A incisão columelar foi fechada com fio de náilon 6.0, fazendo um avanço em V-Y, para alongamento da columela (Figura 5).

RESULTADOS

Quinze pacientes foram operados pela técnica descrita, sendo 7 (46,7%) do gênero masculino e 8 (53,3%) do gênero feminino. A média de idade foi de 23,7 anos. O seguimento pós-operatório dos pacientes variou de 6 meses a 18 meses.

A maioria das fissuras era do lado esquerdo. A caracterização dos pacientes de acordo com a classificação de Spina pode ser observada na Tabela 1. A rinoplastia foi primária na maioria dos pacientes (86,6%).

Ocorreu pequena necrose do retalho columelar em 1 (6,7%) paciente, que cicatrizou por segunda intenção com o uso de colagenase e curativos diários (Figura 6).

As cicatrizes conchal e columelar tiveram boa evolução (Figura 5). Houve necessidade de realização de fratura em apenas 3 (20%) pacientes.



Figura 1 – Rinoplastia aberta. Visualização da assimetria das cartilagens alares e posicionamento do strut columelar.

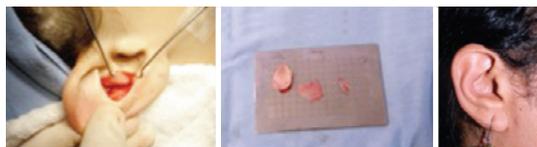


Figura 2 – Enxerto conchal. Retirada do enxerto de concha auricular e aspecto da cicatriz 1 ano após o procedimento.



Figura 3 – Aspecto intraoperatório de septoplastia extramucosa.



Figura 4 – Posicionamento final do enxerto “dobrado” de cartilagem conchal.



Figura 5 – Paciente submetido a avanço em V-Y em columela. Em A e C, aspecto pré-operatório, respectivamente, em perfil esquerdo e vista da base do nariz. Em B e D, aspecto pós-operatório imediato, respectivamente, em perfil esquerdo e vista da base do nariz.

Tabela 1 – Classificação dos pacientes de acordo com o tipo de fissura, segundo Spina.

	Direita	Esquerda
Fissura labiopalatal transforame	2	6
Fissura labial pré-forame incompleta	3	4



Figura 6 – Complicação. Necrose de retalho columelar.

As Figuras 7 a 14 ilustram alguns casos da presente casuística.

DISCUSSÃO

A rinoplastia secundária no paciente fissurado unilateral nunca teve lugar de destaque nas publicações, pois os resultados obtidos não eram encorajadores e sua realização poderia ser postergada até surgirem queixas do paciente, diferentemente da queiloplastia e da palatoplastia. Ainda não existe um consenso quanto ao momento ideal para

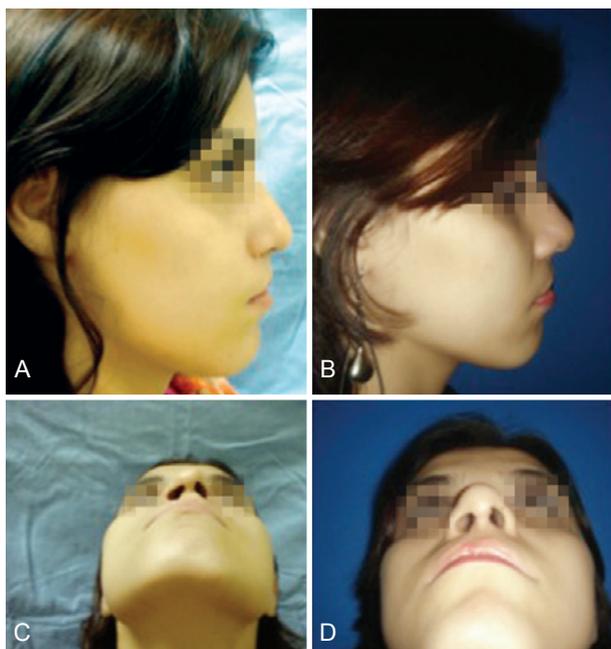


Figura 7 – Paciente submetida a correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal. Em **A** e **C**, aspecto pré-operatório, respectivamente, em perfil direito (lado fissurado) e vista da base do nariz. Em **B** e **D**, aspecto de 1 ano de pós-operatório, respectivamente, em perfil direito e vista da base do nariz.



Figura 8 – Paciente submetido a correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal. Em **A** e **C**, aspecto pré-operatório, respectivamente, em perfil esquerdo e vista da base do nariz. Em **B** e **D**, aspecto pós-operatório, respectivamente, em perfil esquerdo e vista da base do nariz.

operar o nariz do paciente fissurado. Muitos autores, como McComb³ e Skoog¹², advogam a realização da rinoqueiloplastia primária, para obter uma deformidade nasal menor no futuro. Outros autores, como Rees et al.¹³ e Broadbent



Figura 9 – Paciente submetida a correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal. Em **A**, **B** e **C**, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vista anterior, oblíqua esquerda e da base do nariz. Em **D**, **E** e **F**, aspecto pós-operatório, respectivamente, em vista anterior, oblíqua esquerda e da base do nariz.



Figura 10 – Paciente submetido a correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal. Em **A** e **B**, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vista da base do nariz e perfil esquerdo. Em **C** e **D**, aspecto pós-operatório, respectivamente, em vista da base do nariz e perfil esquerdo.

& Woolf¹⁴, acreditam que isso apenas deixará o nariz com cicatrizes que dificultarão seu tratamento na idade adulta.

Atualmente, é imprescindível o uso de enxertos cartilagosos na rinoplastia para obtenção de melhores resultados a curto e longo prazos¹⁵. No nariz do paciente fissurado, isso se torna mais importante, pois a cartilagem alar está desabada e a pele não tem sustentação. Existe consenso de que a via de acesso de escolha para rinoplastia de pacientes fissurados é a via aberta, pois há melhor exposição das estruturas a serem tratadas e os enxertos podem ser fixados mais facilmente.



Figura 11 – Paciente submetida a correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal. Em A, aspecto pré-operatório em perfil esquerdo. Em B, aspecto pós-operatório em perfil esquerdo.

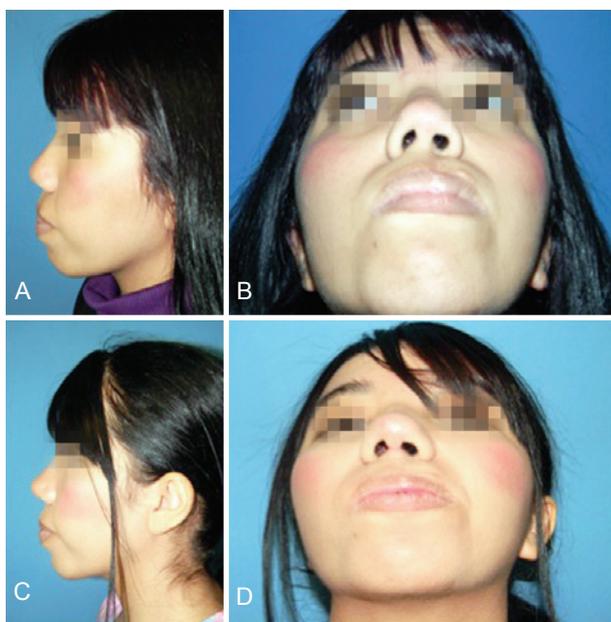


Figura 12 – Paciente submetida a correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal. Em A e B, aspecto pré-operatório, respectivamente, em perfil direito e vista da base do nariz. Em C e D, aspecto pós-operatório, respectivamente, em perfil esquerdo e vista da base do nariz.

A técnica usada neste estudo busca reconstrução da projeção da cartilagem alar do lado fissurado utilizando cartilagem conchal. Pode-se questionar que, se é para dar sustentação, não seria melhor usar cartilagem septal? Ora, muitas vezes, nós, cirurgiões, nos deparamos com narizes já operados, nos quais não existe cartilagem septal e em que deixar uma cicatriz no tórax para colher cartilagem costal seria inaceitável para



Figura 13 – Paciente submetido a correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal. Em A e B, aspecto pré-operatório, respectivamente, em perfil direito e vista da base do nariz. Em C e D, aspecto pós-operatório, respectivamente, em perfil direito e vista da base do nariz.



Figura 14 – Paciente submetida a correção da deformidade da cartilagem alar com cartilagem conchal. Em A e B, aspecto pré-operatório, respectivamente, em perfil esquerdo e vista da base do nariz. Em C e D, aspecto pós-operatório, respectivamente, em perfil esquerdo e vista da base do nariz.

o paciente. Para resolver esse problema, a técnica apresentada é viável, na qual a cartilagem conchal é posicionada de forma “dobrada”. Dessa maneira, a cartilagem conchal fica tensionada, mudando sua biomecânica e dando a sustentação necessária para a projeção da ponta nasal. A estaca columelar utilizada em todas as rinoplastias serviu tanto para sustentar o enxerto conchal como para melhorar a projeção da ponta nasal. Blackwell et al.¹⁶, em 1985, descreveram técnica semelhante em 16 pacientes, realizada através de uma rinoplastia em “alça de balde”, com obtenção de excelentes resultados. A reconstrução da cartilagem alar com cartilagem conchal também é muito utilizada para fins de rinoplastia puramente estética¹⁷.

Os resultados a longo prazo foram satisfatórios, com manutenção da projeção da ponta nasal bem como do formato narinário proporcionado pela cartilagem alar do lado fissurado. Ainda que a melhora pós-operatória seja aceitável, é importante destacar que a deformidade nunca é totalmente corrigida e que o estigma foi melhorado, mas não eliminado.

CONCLUSÕES

O uso de cartilagem conchal “dobrada” na rinoplastia para correção da cartilagem alar do paciente fissurado unilateral é uma boa opção para o tratamento dessa deformidade.

REFERÊNCIAS

1. Blair VP, Brown JB. Nasal abnormalities, fancied and real surgery. *Gynecol Obstet.* 1931;53:797.

2. McComb H. Treatment of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(5):596-601.
3. McComb H. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75(6):791-9.
4. Cutting CB. Secondary cleft lip nasal reconstruction: state-of the art. *Cleft Palate Craniofac J.* 2000;37(6):538-41.
5. Gelbke H. The nostril problem in unilateral harelips and its surgical management. *Plast Reconstr Surg.* 1956;18(1):65-75.
6. Musgrave R. Discussion to primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10 year review. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75:798-9.
7. Straith CL, Straith RE, Lawson JM. Reconstruction of the hairlip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1957;20(6):455-65.
8. Millard DR Jr. The unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1964;34:169-75.
9. Millard DR Jr. Cleft craft: the evolution of its surgery, in the unilateral deformity. Boston: Little, Brown and Co.; 1976. p. 77-139.
10. Millard DR Jr. Earlier correction of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1982;70(1):64-73.
11. Melega JM, Zanin AS, Psillakis JM. Cirurgia plástica reparadora e estética. 2ª ed. São Paulo: Medsi; 1992.
12. Skoog T. Repair of unilateral cleft lip deformity: maxilla, nose and lip. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1969;3(2):109-33.
13. Rees TD, Guy CL, Converse JM. Repair of the cleft lip nose: addendum to the synchronous technique with full-thickness skin grafting of the nasal vestibule. *Plast Reconstr Surg.* 1966;37(1):47-50.
14. Broadbent TR, Woolf RM. Cleft lip nasal deformity. *Ann Plast Surg.* 1984;12(3):216-34.
15. Mathes SJ, Noordhoff MS, Chen PKT. Plastic surgery. 2nd ed. Vol. 4. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.
16. Blackwell SJ, Parry SW, Roberg BC, Huang TT. Onlay cartilage graft of the alar lateral crus for cleft lip nasal deformities. *Plast Reconstr Surg.* 1985;76(3):395-401.
17. Gunter JP, Friedman RM. Lateral crural strut graft: technique and clinical application in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99(4):943-52.

Correspondência para:

Guilherme Gurgel do Amaral Teles
Rua Dr. Samuel Porto, 237 – ap. 154 – Saúde – São Paulo, SP, Brasil – CEP 04054-010
E-mail: guilhermeteles77@yahoo.com.br