

Intercorrências com uso de material aloplástico em rinoplastia: relato de casos

LUCIANO ASSIS COSTA ^{1*}MATHEUS DIAS ARAÚJO ¹GULHERME TEIXEIRA DE SOUZA E CASTRO ¹EMÍLIA SILVA KLEIN ^{1,2}MÁRIO MÚCIO MAIA DE MEDEIROS ^{1,2}CARLOS ROBERTO NUNES ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0123

RESUMO

Introdução: Emprego de material aloplástico em rinoplastia, análise de duas intercorrências. **Método:** Apresentamos soluções em dois casos de intercorrências, encaminhados ao Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Belo Horizonte, com o uso de materiais aloplásticos em rinoplastias. **Resultados:** Foram tratados dois casos, um com extrusão antiga e outro com expulsão imediata que apresentaram soluções favoráveis. **Conclusão:** Há inúmeras controvérsias quanto ao uso de material aloplástico. No primeiro caso, a rejeição ocorreu após quatro anos do implante. No segundo, houve expulsão imediata. O resultado das abordagens foi satisfatório às pacientes.

Descritores: Materiais aloplásticos; Intercorrência; Enxertos autólogos.

INTRODUÇÃO

A rinoplastia é considerada um dos procedimentos mais desafiadores da cirurgia plástica. A rinoplastia estruturada funcional traz soluções que priorizam a funcionalidade nasal. Diante disso, diversas técnicas foram desenvolvidas com o objetivo de alcançar resultados mais naturais, previsíveis e que mais se aproximassem do desejo do paciente. O nariz, mais que qualquer outro órgão, é apontado por diversos autores como responsável pela personalidade peculiar na face¹. Na literatura mundial, existem padrões determinados, como o tamanho e a forma do nariz, que são preferencialmente desejados pela maioria das pessoas^{1,2}. Atualmente, as rinoplastias requerem o emprego de materiais que visem adequar sua forma, função e estética; no entanto, tem-se grande dificuldade na escolha do melhor enxerto ou implante para essa finalidade. Na rinoplastia estruturada funcional são empregados, preferencialmente, estruturas autólogas como cartilagens costais, septais e da orelha³. Podem ser utilizados materiais aloplásticos como os implantes de silicone pré-moldados e fabricados com elastômero de silicone de grau médio, implantes de silicone estruturados utilizando o bloco de silicone *hard*, o Medpor®, Silastic®, Proplast®, Gore-Tex®.

O objetivo deste trabalho é apresentar dois casos nos quais ocorreu expulsão do implante de silicone e a solução encontrada.

RELATO DOS CASOS

No corrente ano, dois casos vieram encaminhados ao nosso serviço com sequelas de implante de silicone para reconstrução nasal, sendo um pós-rinoplastia estética e um segundo para correção de nariz leporino. A seguir, são descritos os dois casos:

1º - Paciente F.G.O.A., faioderma, gênero feminino, 44 anos de idade. Apresenta-se em consultório de cirurgia plástica com edema acentuado no nariz, drenagem espontânea de secreção turva, importante hiperemia em toda a ponta nasal e columela, abscesso entre a porção distal do septo nasal e columela. Informou ter se submetido à rinoplastia estética com implante de silicone no dorso e na região columelar há 4 anos.

2º - Paciente M.F.Q.J., faioderma, gênero feminino, 54 anos de idade. Portadora de seqüela de fissura transalveolar à direita, queixando-se de duas intervenções para correção da deformidade nasal congênita. A última, realizada há 20 anos optando por implante de prótese pré-moldada. Relata que 15 dias após a cirurgia ocorreu expulsão espontânea do implante. As pacientes foram submetidas a rinoplastia aberta (exorinoplastia) sob anestesia geral. No primeiro caso, foi realizada incisão de Rethy com expulsão imediata do material aloplástico (Figura 1), seguida de desbridamento da cápsula da região dorsal do nariz e da columela. A seguir, foi realizada exaustiva lavagem local. Fechamento com Monocryl®, antibioticoterapia imediata e por via oral após alta durante 10 dias correntes. Cultura e antibiograma realizados no pré-operatório revelaram crescimento de *S. aureus*. No segundo caso, foi planejada uma rinoplastia estruturada funcional frente às sequelas encontradas: base deprimida com columela retroposicionada, nariz em sela, asa direita alargada. Tomografia computadorizada e em 3D revelou ausência de septo e alterações da pirâmide nasal à direita. Área doadora escolhida foi a cartilagem costal. Foi realizada uma incisão de Rethy, dissecação de toda a ponta e dorso nasal, remoção de extensa área fibrótica e retrátil. Confeção de um túnel em base nasal, túnel em porção médio-inferior da columela até a região da espinha nasal superior-anterior. Preparo das cartilagens para composição do dorso nasal, *strut* columelar para projeção da base nasal e Gunter à direita. Uma vez estruturados, foram implantados nas respectivas lojas e suturados com fio não absorvível 5-0 evitando-se, assim, o seu deslocamento. Fechamento das áreas cruentas com fio de absorção lenta 5-0, fechamento da incisão de Rethy com fio não absorvível 6-0. Realizado Wear bilateral para simetriação das cartilagens. Tamponamento e imobilização gessada.

No primeiro caso, em que foi realizada apenas a remoção do material aloplástico, encontra-se aguardando o tempo hábil para nova rinoplastia estética. O segundo caso apresenta um resultado que proporcionou acentuada melhora da autoestima da paciente (Figuras 2 e 3).

¹ Hospital Belo Horizonte, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.



Figura 1. Visualização do material aloplástico no peroperatório.



Figura 2. Pré-operatório.



Figura 3. Pós-operatório de 7 dias.

DISCUSSÃO

O uso de materiais aloplásticos seduzem os cirurgiões pela disponibilidade ilimitada, manutenção da forma, volume em longo prazo e facilidade de manipulação. A indicação de material aloplástico nos tratamentos cirúrgicos da região nasal apresenta-se com muitas controvérsias. Deve ser usado com parcimônia e naqueles casos com uma indicação mais precisa, e submetidos a uma análise criteriosa caso a caso. Na literatura, observa-se indicações ao uso de implantes aloplásticos quando há recusa do paciente à utilização dos autólogos, optando-se sempre pela escolha do que melhor adequa como implante na região nasal. Sugerem que este material tenha como características a não toxicidade, não serem alergênicos, com mínima reatividade tecidual, de fácil manipulação, inabsorvível e passível de ser retirado³; entretanto, são frequentes os relatos de expulsão deste. Muitos autores apontam para o uso de material autólogo por apresentarem excelente biocompatibilidade, facilidade de aquisição e manipulação^{4,5}. Como áreas doadoras de escolha são citadas: o septo, quando disponível, cartilagem auricular e cartilagem costal. A cartilagem septal, por estar no mesmo sítio anatômico e mostrar-se forte e retilínea, torna-se a primeira opção durante as rinoplastias⁴. As cartilagens costais possuem a vantagem de se apresentarem com maior volume, permitindo a confecção de enxertos longos, retilíneos, finos ou espessos, permitindo serem esculpido e fixados na loja do implante, prevenindo-se, assim, seu deslocamento e distorção ao longo do tempo^{4,5}. A cartilagem auricular é de fácil acesso, menor morbidade com relação às costelas, porém não disponibiliza enxertos retilíneos, o que limita sua utilização em muitos casos^{4,7}. Neste trabalho, encontramos inadequação dos implantes aloplásticos à região nasal em dois casos. No caso (paciente M.F.Q.S.) em que a expulsão ocorreu há mais tempo, na substituição por um enxerto autólogo, o resultado permitiu uma boa forma estética com melhora funcional demonstrada pela satisfação com o resultado e melhora da autoestima da paciente.

CONCLUSÃO

Com os tratamentos cirúrgicos indicados em ambos casos foram observados ganhos positivos. Destacamos no primeiro caso (paciente F.G.O.A.) que a remoção dos implantes veio trazer alívio à sintomatologia e desconforto que ele trouxe à paciente, mesmo em presença de sequela na zona II nasal e o período que aguardará a reconstituição nasal. No segundo caso (paciente M.F.Q.S.), o ganho funcional e estético e a melhora da autoestima referendam o emprego do material autólogo.

REFERÊNCIAS

1. Lupo G. The history of aesthetic rhinoplasty: special emphasis on the saddle nose. *Aesthetic Plast Surg.* 1977; 21(5):390-27.
2. Dyer WK, Beaty MM, Prabtha A. Architectural deficiencies of the nose: treatment of the saddle nose and short nose deformities. *Otolaryngol Clin North Am.* 1999; 32(1):89-112.
3. Daher JC. Rinoplastia columelar: uma nova visão com uso de silicone sólido. *Rev Bras Cir Plást.* 2010; 25(3):450-7.
4. Patrocínio LG, Patrocínio JA. Use of grafts in Rhinoplasty. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2001; 5(1):21-5.
5. Swenson RW, Koopman CF Jr. Grafts and implants. *Otolaryngol Clin North Am.* 1984; 17(2):413-28.
6. Tostes ROG, Ferreira FPM, Andrade JCCG, Lima JCSA, Almeida PN, Meira AAM et al. Uso de Gore-tex para preenchimento do dorso nasal em rinoplastias. *Rev Bras Cir Plást.* 2011; 26(3):461-5.
7. Gunther JF, Rohrich RJ, Adams WP. *Dallas Rinoplastia: Cirurgia do Nariz pelos Mestres.* Rio de Janeiro: Ed Revinter; 2002.

*Endereço Autor:

Luciano Assis Costa

Av. Presidente Antônio Carlos, 1694, sala 13 - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 31130-122

E-mail: lucianoassiscosta@gmail.com