

# Abordagem Externa nas Rinosseptoplastias

Flavio A. Borges Fortes, Francisco Tostes

Serviço de Microcirurgia Reconstructiva e Cirurgia Plástica da  
Santa Casa de Misericórdia - Porto Alegre - RS - Brasil

**Unitermos:** Rinoplastia, Abordagem Externa, Rinoplastia a Céu Aberto

## Resumo

Os autores apresentam os principais aspectos relacionados à abordagem externa nas rinosseptoplastias. Discutem as indicações do método, bem como a técnica cirúrgica aplicada, além da polêmica em relação à cicatriz columelar. Consideram que a visão direta das estruturas facilita o diagnóstico e tratamento das deformidades estético-funcionais nasais.

## Introdução

A rinoplastia é considerada, entre as cirurgias estéticas, a de mais difícil execução, último estágio do aperfeiçoamento do cirurgião plástico. Isso se deve, principalmente, ao fato de trabalharmos praticamente às cegas, com visualização limitada das estruturas anatômicas, confiando mais na sensibilidade tátil do que na visão. Além disso, o nariz pode apresentar problemas funcionais e estéticos graves, difíceis de serem solucionados exclusivamente através das clássicas incisões endonasais.

Cientes dessas limitações e com o objetivo de superá-las, estamos cada vez mais utilizando a abordagem externa nas rinoplastias.

Conforme consta no Sushruta Samhita (cerca de 600 aC), naquela época os indianos já realizavam incisões externas em reparações nasais<sup>30</sup>. Gillies, em 1920, descreveu sua incisão em "tromba de elefante", para abordagem e tratamento da ponta nasal<sup>1,30</sup>. Rethi<sup>25</sup>, em 1929 e 1931, apresentou a sua clássica incisão transcolumelar. Sercer<sup>27</sup>, em 1956, estendeu a exposição de Rethi para tratar o dorso

nasal, denominando a técnica de "decorticação nasal". No mesmo ano, Hauberisser publicou uma modificação da técnica de Rethi, na qual a incisão vestibular se estendia lateral e externamente, contornando as asas nasais<sup>30</sup>. Padovan<sup>22,23</sup>, em 1966, preconizou o aproveitamento da mesma técnica para o tratamento do septo nasal, empregando, pela primeira vez, o termo "operação a céu aberto".

A partir daí, diversas publicações têm surgido defendendo essa via de acesso, com as mais variadas aplicações. No Brasil, Ribeiro<sup>26</sup> apresentou seu trabalho sobre as "Rinoplastias a céu aberto" no XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, em 1985, e, mais recentemente, Sperli<sup>31</sup> tem defendido o método, que denominou de "Exorinoplastia".

## Técnica

A abordagem externa está indicada em pacientes que apresentam seqüelas de traumas com desvios importantes da pirâmide ou septo nasais<sup>5,6,12,16,17</sup>, pontas nasais muito proeminentes, bulbosas e bífidas<sup>1,2,4,5,14,17</sup>, disfunções valvulares e perfurações septais<sup>20</sup>, narizes negróides ou leporinos<sup>4,7</sup>, deformidades congênitas<sup>1,7,18</sup>, como via de acesso para esfenoideotomias transseptais<sup>19,21</sup>, ou em rinoplastias secundárias<sup>1,2,5,11,12,17</sup>. Atualmente, temos utilizado a abordagem externa em todos os nossos casos de rinoplastias, primárias ou secundárias, com resultados bastante gratificantes, apenas contra-indicando o método quando o paciente não aceita a cicatriz externa, em rinoplastias mínimas, ou quando existem cicatrizes que possam vir a comprometer a circulação do retalho columelar.

**Anestesia e infiltração:** Tanto a anestesia geral como a local, com sedação, podem ser utilizadas. Em ambas, infiltramos o nariz com aproximadamente 7-8 ml de uma solução de marcaína 0,5% sem vasoconstritor (20ml), soro fisiológico (20 ml) e adrenalina (0,5 ml). Preferimos a marcaína devido a maior duração da analgesia que provoca, proporcionando um conforto extra ao paciente no pós-operatório imediato. Iniciamos a infiltração pelo dorso, em direção céfalo-caudal; a seguir infiltramos a

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Av. 24 de Outubro, 1681/606

CEP: 90510-003

Porto Alegre - RS - Brasil

columela, espinha nasal e vestíbulo nasal. Se necessário, infiltramos o septo no plano subpericondrial. Imediatamente antes da realização das fraturas laterais, completamos a infiltração da área correspondente.

**Abordagem externa:** É obtida através de uma incisão mediocolumelar transversa, associada a incisões marginais alares bilaterais (Fig. 1). A incisão mediocolumelar transversa é quebrada por um "V" invertido, que previne futuras retrações<sup>17</sup>.

As incisões marginais devem ser colocadas ao longo dos bordos caudais das *crura lateralis*, *domus* e *crura medialis*, onde encontram, em ângulo reto, a incisão mediocolumelar de cada lado da columela. É importante salientar que a incisão deve ser marginal ao bordo caudal das cartilagens alares, e não às narinas, evitando-se, assim, retrações do bordo narinário<sup>1,15,17</sup>.

Através de dissecação cuidadosa, inicia-se a elevação do retalho cutâneo das *crura medialis*, evitando-se lesões. A dissecação prossegue no sentido cefálico sobre a *crura lateralis* e dorso osteocartilaginoso. Se executado corretamente (logo acima do pericôndrio), o plano de dissecação é praticamente avascular. Eventuais sangramentos podem ser controlados através de coagulação bipolar.

Temos, assim, ampla exposição das estruturas do dorso e ponta nasais (Fig. 2). É o momento, então, de avaliarmos as diversas alterações existentes e revisarmos nosso plano cirúrgico.

**Tratamento das deformidades do dorso:** Sob visão direta, iniciamos o tratamento da giba osteocartilaginosa, com raspas, tesoura ou escopro, dependendo da preferência de cada cirurgião<sup>17,32</sup>. Enxertos ósseos, ou cartilagosos, podem ser incluídos e posicionados sobre o dorso, corrigindo-se depressões, assimetrias e enclavamentos.

**Tratamento das deformidades da ponta:** A escolha do método de tratamento vai depender das deformidades que se apresentam e do plano cirúrgico proposto. A abordagem externa permite uma exata avaliação de simetria e harmonia, dando condições de remodelar a ponta nasal, incluindo ou excluindo elementos<sup>3,4,10,13,18,24,28,29</sup>, fixando e reposicionando-os conforme as necessidades (Fig. 3).

**Fraturas:** Esse é o único tempo executado sem a visão direta das estruturas tratadas.

As fraturas laterais podem ser realizadas por via endonasal, ou externa, conforme a experiência de cada cirurgião<sup>8,17,34</sup>.

**Tratamento das deformidades do septo nasal:** Esta via de acesso possibilita a execução de qualquer procedimento de correção de deformidades ou desvios septais, bem como a obtenção de material do septo para enxertos<sup>6,16,17</sup>.

Por via superior, após o rebaixamento do dorso, temos condições de realizar um amplo descolamento submuco-pericondrial de todo o septo, expondo desvios, fraturas ou esporões existentes. (Fig. 4).

**Fechamento e imobilização:** A incisão columelar é suturada meticulosamente com fio inabsorvível 6-0 e as incisões no vestíbulo, com fio absorvível 5-0.

A imobilização é realizada com microporagem e gesso.

Efetuamos tamponamento nasal quando da realização de procedimentos sobre o septo.

## Discussão

A via de abordagem externa para as rinoplastias tem sido objeto de muita controvérsia, principalmente em relação à cicatriz columelar. Temos observado, no entanto, que se a técnica for bem executada e a sutura da columela cuidadosamente realizada, a cicatriz, com o passar do tempo, fica praticamente imperceptível, muito menos aparente do que as clássicas incisões perialares, universalmente aceitas.

Em relação ao edema mais persistente da ponta nasal, parece estar relacionado mais à manipulação tecidual exagerada e à demora do ato cirúrgico do que propriamente a uma limitação da técnica. Sem dúvida, é um procedimento que demanda mais tempo. "Vendo" mais, a tendência do cirurgião é de corrigir mais. Mas será essa uma desvantagem real diante do refinamento obtido?

A diferença entre as áreas descoladas é mínima, se compararmos as técnicas fechadas com a aberta, e envolve um segmento de aproximadamente 0,5 cm<sup>2</sup> da columela<sup>16</sup> (Fig. 5).

Não houve em nenhum dos casos operados necrose do retalho columelar. A causa principal é a elevação desse retalho em um plano muito superficial. Com técnica apropriada, dissecando-se cuidadosamente o retalho no plano logo acima do pericôndrio, a integridade circulatória é preservada. Nas rinoplastias secundárias, o cuidado deve ser dobrado face a fibrose tecidual.

## Conclusões

Essa via de abordagem, além das indicações já referidas e da vantagem irrefutável da visão direta, trouxe também novas perspectivas no ensino da rinoplastia<sup>1,16,17,35</sup>, tornando mais compreensíveis todos os passos da técnica. No entanto, não é uma técnica de "inexperientes" ou "principiantes". Como vimos, facilita o tratamento das estruturas nasais, porém, não garante melhores resultados. Também exige senso estético e conhecimento de anatomia e de técnica operatória, além dos refinamentos cirúrgicos da rinoplastia para a adequada execução do que foi proposto no pré-operatório.