

Correção Cirúrgica do Nariz em Sela: Relato de Caso

Surgical Correction of the Saddle Nose: Case Report

Francisco Sales de Almeida*, **Leandro Lemos Miñarro****, **Paulo Roberto Pialarissi*****,
Edson Shirane****.

* Doutor em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo - USP/SP. Staff do Hospital Odontomed.

** Acadêmico da Faculdade de Medicina de Itajubá - MG.

*** Doutor em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo - USP/SP. Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**** Pós-graduação em Anestesiologista pela USP/SP. Staff do Hospital Odontomed.

Instituição: Núcleo de Pesquisa e Ensino do Hospital Odontomed.
Itajubá / MG – Brasil.

Endereço para correspondência: Francisco Sales de Almeida – Hospital Odontomed – Rua Major Belo Lisboa, 88 – Itajubá / MG – Brasil – CEP: 37500-016 – Telefone: (+55 35) 3629-5333 – E-mail: fsalesdr@sulminas.com.br

Artigo recebido em 9 de Setembro de 2008. Artigo aprovado em 24 de Fevereiro de 2009.

RESUMO

- Introdução:** O nariz em sela pode ser causado por diferentes fatores; biológicos, genéticos e iatrogênicos. As lesões podem comprometer a parte cartilaginosa, a óssea, ou ambas. A intervenção cirúrgica é necessária para corrigir transtornos anatômicos, fisiológicos e melhorar o aspecto estético e o emocional.
- Objetivo:** O objetivo desse relato de caso é abordar diferentes técnicas cirúrgicas para reconstrução do nariz em sela enfatizando a utilização da cartilagem condro-costal.
- Relato do Caso:** A Paciente DBJD, 42 anos de idade apresentava deformidade nasal, nariz em sela, de etiologia traumática. Foi submetido à correção utilizando a cartilagem condro-costal.
- Considerações Finais:** A utilização dessa cartilagem para reconstrução do nariz em sela é de fácil manuseio e apresentando bom resultado estético-funcional.
- Palavras-chave:** nariz/cirurgia, rinoplastia.

SUMMARY

- Introduction:** The saddle nose may be caused by many factors: biologic, genetic and iatrogenic. The lesions may affect the cartilaginous and osseous parts or both. Surgical intervention is required to correct the anatomic and physiologic disorders and improve the aesthetic and emotional aspect.
- Objective:** The objective of this case report is to approach different surgical techniques for rebuilding of the saddle nose, by emphasizing the use of the chondrocostal cartilage.
- Case Report:** The patient DBJD, 43 years old, presented nasal deformity, saddle nose, of traumatic etiology. He was submitted to correction using chondrocostal cartilage.
- Final Comments:** The use of this cartilage for rebuilding of the saddle nose has an easy handling and a good aesthetic-functional outcome.
- Keywords:** nose/surgery, rhinoplasty.

INTRODUÇÃO

O nariz como uma estrutura anatômica de projeção facial é vulnerável a traumas, e sua apresentação oferece um grau de diferenciação personalizado. O padrão de normalidade anatômica do nariz é relativo e depende do biotipo humano, embora existam padrões tipicamente consagrados como anormais. O nariz é constituído por duas partes uma móvel (cartilaginosa) e outra fixa (óssea). Esse órgão, fisiologicamente, tem a função de aquecer, purificar e umidecer o ar inspirado (1).

Quando há uma deformidade anatômica, a exemplo, comprometimentos do dorso, nariz em sela, rinoescoliose, desvio septal ou uma anomalia congênita, poderá prejudicar sua fisiologia e até acarretar transtornos de ordem sistêmica (2).

O nariz em sela pode ser decorrente de um traumatismo seguido de abscesso septal. Consideram-se como fatores etiológicos do nariz em sela, as infecções como hanseníase, sífilis, tubérculos e blastomicoses. Destacam-se, ainda, as causas iatrogênicas, originárias primariamente das sequelas das cirurgias naso-fronto-orbitária (2).

Segundo Villela, os traumas crânios faciais deixam como sequela depressões no dorso do nariz denominado nariz em sela que causam lesão no canto interno da órbita, ocorrendo o telecanto. O aparelho lacrimal pode ser comprometido levando a dacriocistite. O paciente pode sofrer obstrução narinária, devendo às vezes, submeter-se à correção cirúrgica do septo e do corneto (3).

O nariz é uma estrutura vulnerável ao trauma e se não for corrigida de maneira adequada resultará em sequela anátomo-fisiológica. Esta é denominada nariz em sela que é classificada em anterior, devido ao acometimento da porção cartilaginosa, e posterior, com o acometimento da porção óssea. Hoje, apesar dos extensos registros na literatura sobre os diferentes tipos de enxerto, neste relato de caso, primou-se pela a enxertia costal pela a maior facilidade técnica do cirurgião. Deve-se estar atento para o cuidado com a osteogênese, que, diferentemente do que se pensava, ela é ocasionada pelos tecidos receptores e não dos doadores (1,4).

Segundo LIMA, o nariz em sela pode ser anterior devido a constrição do dorso aparecendo em consequência de infecção do septo nasal e contusões do mesmo, o posterior deve-se aos traumatismos crânios-faciais como contusões de acidentes de trânsito e infecções granulomatosas (5).

THOMASSIN et al. apud GURLEK et al. descrevem as causas do nariz em sela, resumidamente, divididas em três

grandes áreas: infecções, traumática e iatrogênicas. O uso de biomateriais, osso, cartilagens, e material sintético, já foram descritos como solução para o suporte dos enxertos (6).

O objetivo desse relato de caso é abordar diferentes técnicas cirúrgicas para a reconstrução do nariz em sela enfatizando a utilização da cartilagem condro-costal.

REVISÃO DE LITERATURA

Data-se que as primeiras cirurgias de reconstrução do nariz iniciaram-se na Índia do século VII antes de Cristo. O tipo de material que deverá ser usado para a correção do nariz em sela deve-se primar pelas características de ser facilmente obtido, moldado, baixo custo, causar o mínimo de reação tecidual e reabsorção pelo corpo. Os implantes aloplásticos estão sendo utilizados nas rinocirurgias, tendo como vantagem a simplificação da cirurgia, porém, ainda com uma significativa taxa de rejeição. Os homoenxertos apresentam vantagem sobre os autoenxertos por ser menos sujeito ao encurtamento. Dentre os autoenxertos utilizados destacam-se as cartilagens septais e as costais. A utilização de um determinado tipo de enxerto e de uma técnica cirúrgica está ligado implicitamente a experiência do cirurgião (7).

No decurso histórico, considerando-se a reconstrução óssea na face, o primeiro procedimento cirúrgico realizado teve como objetivo o reparo de um defeito craniano e foi utilizado o xenoenxerto canino. Para a correção cirúrgica do nariz em sela, inicialmente, utilizou-se crista tibial, ílaca, costela, cúbito e calota craniana. Em relação a utilização do enxerto autógeno de costela tanto seu segmento cartilaginoso, ósseo ou osteocartilaginoso pode ser manejado. Há relatos de sua aplicabilidade a partir de 1920 pelo cirurgião GILLIES (1).

Segundo RAMOS et al. a correção do nariz em sela pode ser realizada por diferentes técnicas e/ou táticas cirúrgicas, mas a utilização do retalho do pavilhão auricular apresenta bom resultado. A vantagem da utilização desse retalho se presta a sua facilidade de remoção da área doadora e resultado estético, porém, como desvantagem, destaca-se a necessidade de refazer a cirurgia, devido, às vezes, ao inconveniente da absorção do retalho e as dificuldades técnicas inerentes à própria pirâmide nasal (2).

Para GURLEK et al. o uso do corneto inferior apresenta-se favorável para a reconstrução do nariz em sela, pois é fácil obtenção, baixo custo, pronto para ser usado, sem reabsorção em longo prazo e não é necessária uma área doadora secundária e aumentando a passagem de ar, prevenindo assim, uma possível obstrução. Os autores

apresentam três casos de nariz e sela e adotam esse material para sua reconstrução. Na cirurgia, o corneto inferior foi seccionado com tesoura e dissecado de modo a deixar o periósteo intacto. O tamanho e volume do enxerto obedeceram às condições do formato do molde realizado previamente. O osso do corneto inferior sofre pequena absorção por ser do tipo membranoso e não endocondral (6).

DEMIRTAS et al. relatam o uso de parafuso biosintético para a fixação do osso parietal para a reconstrução nasal, especialmente o nariz em sela. Utilizou-se em 10 pacientes, os quais foram bem sucedidos e demonstrou uma opção terapêutica para correção desta deformidade. A vantagem do uso do osso parietal deve-se pelo fato de não apresentar reabsorção óssea e usando o parafuso não há necessidade de uma segunda cirurgia para sua remoção. Retirou-se um enxerto ósseo, o qual foi ajustado à deformidade do nariz em sela. Fez-se uma incisão no dorso nasal no sentido crânio-caudal e inserido o retalho com posterior fixação cranial com parafuso biodegradável. O parafuso foi fixado um centímetro abaixo do ângulo nasofrontal. A vantagem do uso do mesmo concerne no melhor método para a fixação do enxerto, pois faz uma absoluta imobilização óssea e não causa reabsorção em volta do fio (8).

Em deformidades nasais precedidas de nariz em sela, o uso de fio de Kirschener fixado no processo frontal da maxila, apresenta-se uma maneira fácil e segura sem uma deformidade da pele. O uso de tais técnicas demonstra-se favorável em fraturas nasais, acompanhadas da fratura septal e de instável fixação o que pode causar uma deformidade secundária. Caso o processo frontal esteja instável devido à fratura, deve-se primeiramente fixar a fratura ou suturar o fio de Kirschener em algum outro osso estável (9).

As deformidades complexas do nariz em sela podem estar acompanhadas de outras anormalidades como hipoplasia nasal, dobras epicantais, baixa projeção da ponta nasal e columela curta. Nestes casos, usa-se a sexta cartilagem costal, seguindo os padrões de GIBSON e DAVIS. As propriedades do enxerto costal, quando usadas, têm as vantagens da consistência, flexibilidade, facilidade para esculpir, baixa imunidade e baixa reabsorção fazendo-se parecer com as cartilagens costais, sendo que tal enxertia pode ser preferida ao invés do uso das tradicionais enxertias da crista ílfaca ou osso calvário, e demonstra-se uma boa opção. A reconstrução do nariz em sela necessita material suficiente para sustentar as retrações que possam ocorrer no pós-operatório, sendo a cartilagem costal a melhor enxertia para essa tarefa (9).

A partir da década de 70 GILLIES aborda uma técnica usando retalho de pele da região nasomaxilar para o

tratamento cirúrgico do nariz em sela. Realiza-se uma incisão vestibular superior endereçando ao periósteo maxilar, continua a dessecção na parte septal anterior, liberando em seguindo todo dorso nasal. Coloca-se um fragmento de pele da coxa no arcabouço. Duas semanas depois o molde é removido e é colocado silicone temporariamente para preservar o espaço. Aproximadamente três meses depois, uma prótese permanente será posta definitivamente. Originalmente tal método era usado por GILLIES somente em casos severos de nariz em sela ou em caso de sífilis. Esta técnica foi utilizada por outros autores. Hoje essa técnica foi abandonada devido o grande número de complicações e o surgimento de técnicas mais refinadas e menos traumáticas (10).

Para correções de pequenas alterações do dorso nasal, KALOGJERA et al. utilizam as cartilagens inferior e superior. Na cartilagem alar inferior faz-se uma incisão vertical com pedículo superior. O mesmo procedimento é realizado na cartilagem oposta. Levantam-se os dois retalhos e realiza-se a sutura. Este fragmento cartilaginoso vai aloca-se sobre o segmento superior do septo nasal. Na cartilagem superior faz-se uma incisão na área de união com a cartilagem quadrangular. Em seguida se eleva e medializa a cartilagem superior, realizando a sutura dos segmentos previamente seccionados. Esta técnica promove uma melhora significativa da estética facial, aumenta a projeção da ponta do nariz e corrige a retração columelar, bem como restabelece o pertuíto narinário melhorando a respiração nasal (11).

ÇELIK et al. descrevem o uso de cartilagem septal e auricular na reconstrução severa e preferem usar enxertia óssea craniana. Os autores usaram o retalho osteocartilaginoso em pequenas deformidades do dorso nasal em mais de 60 pacientes. Em deformidades significativas usaram as enxertias ósseas temporoparietais associadas à cartilaginosa auricular, sendo estas interpostas e unidas com Spongostan®. Mantém-se um curativo sob pressão por duas semanas e a enxertia estará consolidada em três meses. Em casos de deformidades sutis do nariz em sela ainda pode ser necessária uma camada de enxertia muito fina, sendo assim, como consagrado pela literatura, prefere-se o uso de enxertia autógena (12).

RELATO DO CASO

A Paciente DBJD, 42 de idade, natural de Itajubá, Minas Gerais, procurou o serviço Otorrinolaringológico para submeter-se à avaliação quanto à possibilidade de correção do nariz em sela. Ao exame físico foi confirmado a deformidade nasal com aspecto de nariz em sela, com o comprometimento dos ossos próprios do nariz.



Figura 1. Apresentação pré-operatória do nariz em sela.



Figura 2. Exposição do enxerto demonstrando sua acomodação.

A paciente alegou ter sofrido uma queda que resultou na deformidade nasal e somente apresentava como história clínica a obstrução nasal.

Ao exame físico otorrinolaringológico apresentava obstrução nasal à custa do desvio septal e das hipertrofias dos cornetos inferiores. Havia nítido comprometimento dos ossos próprios do nariz em suas porções laterais. Ao exame físico geral nada foi evidenciado digno de nota. Todos os aparelhos encontravam-se nos padrões de normalidades.

A paciente foi submetida aos seguintes exames específicos: videorinoscopia e raios-X das cavidades paranasais. Destes, o resultado relevante foi o encontrado pela videorinoscopia, confirmando a obstrução nasal parcial devido ao desvio septal e a hipertrofias dos cornetos inferiores.

Após avaliação e liberação cardiorespiratória, quanto aos riscos cirúrgicos, foram indicados a septoplastia, turbinectomia, e correção do nariz em sela. Para a correção desta última deformidade optou-se pela utilização da cartilagem costal e o procedimento cirúrgico foi indicado.

Descrição Cirúrgica

Inicialmente optamos pela correção dos cornetos, procedendo a turbinectomia inferior parcial, para facilitar, caso necessário, o acesso cirúrgico ao septo nasal. Realizado em seguida a septoplastia pela técnica de Killiam.

Para a correção do nariz em sela optamos pela utilização da oitava cartilagem costal. Foi realizada uma moldagem da área do nariz em sela que apresentava a deformidade trabalhada em modelito de plástico no sentido de fornecer o comprimento, largura e espessura local.



Figura 3. Apresentação no pós-operatório.

A cartilagem costal foi moldada no sentido de aproximar-se o mais próximo possível do modelito a ser colocado na área de perda. Procedeu-se uma incisão de um centímetro nos espaços intercartilagosos bilateralmente, para poder acoplar a cartilagem. Após a realização deste procedimento, o enxerto ósseo foi colocado e fixado com um ponto transfixante, fio de nylon três zeros, um cranial e outro caudal.

Finalmente procederam-se as suturas nas áreas costal com fio de nylon três zeros e nasal com categutle dois zeros, esta seguida de tamponamento e colocação de tubo para respiração. O dorso nasal foi mantido com micropore.

DISCUSSÃO

Para a correção cirúrgica do nariz em sela, dentre as diversas técnicas e os diferentes enxertos, destacamos a utilização da cartilagem costal escolhida desde o início dos procedimentos cirúrgicos para a correção desta deformidade física (1).

A correção da deformidade nasal é extremamente importante para restabelecer a anatomia e a fisiologia respiratória o qual ratificamos no pós-operatório (2). Res-saltamos, também, não termos encontradas outras compli-cações associadas a esta deformidade, no per-operatório (3).

Atribuímos a deformidade septal ao traumatismo nasal o qual é também relatado por outros autores (4, 6).

A experiência do profissional é de suma importância na escolha do melhor enxerto e da técnica cirúrgica a ser eleita para o melhor êxito da cirurgia (7). Utilizamos preferencialmente, para a reconstrução do nariz em sela, a cartilagem condro-costal. Há uma boa aceitação pelas próprias características desse tecido aliado a um bom resultado estético-funcional.

A enxertia exógena, embora utilizada por muitos autores, para a correção do nariz em sela ainda é pouco estudada e dispendiosa para a realidade da medicina brasileira (8).

Inúmeras técnicas de reconstrução do nariz em sela são abordadas na literatura (1, 2, 6, 7, 8, 11 e 12), mas optamos pela reconstrução utilizando a cartilagem condro-costal que nos ofereceu bom resultado o qual vai ao encontro e está em conformidade com resultados da literatura (1,4, 7, 9).

As cartilagens homólogas são mais estudadas e quando aplicadas apresentam bons resultados estéticos. Preferimos à cartilagem costal pelo fato de ter pouca reabsorção óssea, fácil manuseio, pequena morbidade da aérea doadora e é facilmente adaptada, mesmo em grandes traumas narinários. Deve-se estar atento, pois a osteogênese provém da área receptora e não da área doadora, diferentemente do que se pensava (1).

Apesar das inúmeras técnicas apresentadas por diferentes cirurgiões, a satisfação da paciente com a técnica utilizada foi evidente, bem como o sucesso da correção anatômica do nariz em sela e a melhoria da fisiologia respiratória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da cartilagem condro-costal para reconstrução do nariz em sela apresenta-se como uma alternativa cirúrgica de fácil manuseio, bom resultado estético-funcional e boa aceitabilidade pela paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa EA, Pitanguy I. Enxerto costal em nariz. *Rev Bras Cirurgia*. 1991, 81(4):197-3.
- Ramos CC, Mello JR JF. Cornetos nasais na reconstrução do dorso nasal. Relato de caso cirúrgico. *Arq Intl Otorrinolaringol*. 1992, 8(5):195-205.
- Villela FS, Reginato LE. Tratamento das fraturas naso-orbitárias nas crianças e suas seqüelas-atualização e considerações em torno de dois casos. *Rev Bras Otorinolaringol*. 1972, 38(2):267-2.
- Demirtas Y, Yavuzer R, Findikcioglu K, Atabay K, Jackson IT. Surgical Strategies - Fixation of the Split Calvarial Graft in Nasal Reconstruction. *The Journal of Craniofacial Surgery*. 2006, 17(1):131-8.
- Lima, JC. Nariz em Sela-Etiologia, Clínica e Técnica Cirúrgica. In: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Anais do Simpósio Brasileiro do Contorno Facial. s.l. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. 1983, 188-93.
- Gurlek A, Askar I, Bilen BT, Aydogan H, Fariz A, Alaybeyoglu N. The use of Lower Turbinate Bone Graft in the Treatment of Saddle Nose Deformities. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2002, 26:407-12.
- Patrocínio L, Patrocínio A. Uso de Enxertos em Rinoplastia. *Arq Intl Otorrinolaringol*. 2001, 5(1):21-5.
- Yabe T, Muraoka. Treatment of Saddle Type Nasal Fracture Using Kirschner Wire Fixation of Nasal Septum. *Annals of Plastic Surgery*. 2004, 53(1):89-92.
- Riechelmann H, Rettinger G. Three-Step Reconstruction of Complex Saddle Nose Deformities. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2004, 130:334-38.
- Okazaki M, Ohmori K, Akizuki T. Long-Term Follow-Up of Nasomaxillary Epithelial Inlay Skin Graft for the Saddle Nose. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2003, 112(1):64-70.
- Kalogjera L, Bedekovic V, Baudoin T, Ivkic M. Modified Alar Swing Procedure in Saddle Nose Correction. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2003, 27:209-12.
- Çelik M, Haliloglu T, Bayçin N. Bone Chips and Diced Cartilage: An Anatomically Adopted Graft for the Nasal Dorsum. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2004, 28:8-12.