



Piriformeplastia associada à rinoplastia aberta

Pyiform plasty associated with open rhinoplasty

RENATO SIVIERI DE SOUZA ^{1*}
ALESSANDRA DE MATTIA ROCHA ²
RICARDO BAROUDI ³

■ RESUMO

Introdução: A respiração bucal ou mista desde a infância, por fatores alérgicos que causam hipertrofia de cornetos e adenoides ou desvio septal traumático no parto ou por traumas na primeira infância, provoca incorreto desenvolvimento da face com o palato ogival, crescimento excessivo da crista maxilar, alterações na arcada dentária e hipomaxilismo, por falta de aeração dos seios paranasais. O septo com limitado espaço para de crescer empurra o arcabouço osteocartilaginoso cranialmente, originando a giba nasal com desvios do septo, comprometendo a respiração nasal. **Método:** A piriformeplastia mediante incisão no sulco gengivolabial permite amplo acesso à crista maxilar e ao palato ogival. A crista maxilar é desgastada com broca e o palato é modelado ou pode ter sua cúpula removida subperiostealmente. **Resultados:** A rinoplastia aberta facilita a abordagem e a fixação dos enxertos alargadores para tratar as alterações da válvula interna e prevenir retrações cicatriciais ao nível da gaiola cartilaginosa, além dos enxertos estruturais na columela para projeção e evitar retração cicatricial neste nível. A abordagem aberta permite também a simetrização das estruturas nasais, que possibilita o tratamento das laterorrinias num tempo único e a correção da válvula nasal externa por meio dos enxertos específicos. A piriformeplastia permite ainda a abordagem mais abrangente das alterações nasais estéticas e funcionais. **Conclusão:** A rinoplastia aberta é por nós preferida dada a facilidade de fixação dos enxertos, bem como dos enxertos alargadores para tratamento das alterações da válvula interna com o objetivo de prevenir futuros problemas respiratórios.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Rinoplastia; Seio piriforme.

Instituição: Universidade de Uberaba,
Uberaba, MG, Brasil.

Artigo submetido: 3/4/2017.
Artigo aceito: 8/5/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0027

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Uberaba, MG, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

³ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Mouth or mixed breathing since childhood that is due to allergy factors causing turbinate hypertrophy and adenoids, or traumatic septal deviation at childbirth or first trauma in childhood leads to the impairment of facial development, including ogival palate, excessive growth of the maxillary crest, changes in the dental arch, and small jawbone. Mouth or mixed breathing may be due to the lack of aeration of the paranasal sinuses. A septum with limited space for growing pushes the osteocartilaginous framework cranially, originating from the nasal hump with septal deviations and gibbus. Consequently, this hampers nasal breathing. **Method:** Pyriform plasty by incision in the gingivolabial sulcus allows broad access to the maxillary crest and ogival palate. The maxillary crest is worn out with a drill, and the palate is modeled or may have its dome subperiosteally removed. **Results:** Open rhinoplasty facilitates the approach and fixation of graft reamers to treat changes in the internal valve and prevents scar reactions at the level of the cage cartilage grafts and structure of the columella to project and prevent a cartilaginous scar retraction at this level. The open approach also enables the symmetrization of nasal structures, which allows the treatment of bent nose at a single time, and correction of nasal valve by using external grafts. Moreover, pyriform plasty is a more comprehensive approach to nasal aesthetic and functional nasal alterations. **Conclusion:** Our preferred techniques are open rhinoplasty, given the ease of graft fixation, and use of reamer grafts to treat changes in the internal valve to prevent future respiratory problems.

Keywords: Reconstructive surgical procedures; Rhinoplasty; Pyriform sinus.

INTRODUÇÃO

A rinoplastia é, na opinião da grande maioria dos cirurgiões, a cirurgia estética mais difícil e desafiadora, sendo mesmo considerada como um jogo de xadrez, tendo como oponentes o cirurgião e a anatomia nasal¹.

A abordagem deve ser específica. Cada caso deve ser diagnosticado corretamente e o cirurgião capaz de determinar a etiologia das deformidades para estabelecer o planejamento cirúrgico. Após isto, deverá ser direto e inequívoco para reconstruir o esqueleto e alcançar o resultado estético desejado. Entretanto, a variável desconhecida é a cicatrização pós-operatória e a sua consequente retração por fibrose.

Assim, com o conceito de rinoplastia estruturada e as táticas utilizadas pelo autor para se contrapor à retração cicatricial, sendo a rinoplastia aberta a abordagem preferida para melhor fixação dos enxertos estruturais, tem se obtido maior previsibilidade de resultados, graças à anulação do fator imprevisível, que é o processo da retração cicatricial¹⁻⁶.

O correto crescimento e desenvolvimento da face depende da passagem de ar pelo nariz. A respiração bucal ou mista desde a infância, devido a processos alérgicos ou trauma nasal, contribui para a elevação do palato e da crista maxilar. O palato ogival exerce pressão sobre o septo e este se entorta, transmitindo a pressão para o dorso nasal, causando sua elevação¹. Portanto, para o tratamento completo das disfunções respiratórias nasais, é necessário que se remova a cúpula do palato, quando esta se adentra à cavidade piriforme, e também diminuir a altura ou mesmo remover a crista maxilar a fim de liberar a passagem de ar em um correto fluxo laminar^{7,8}.

Portanto, a piriformeplastia se torna necessária nos casos de estenose da cavidade piriforme, congênita (Figura 1A) ou adquirida ao longo da vida devido à respiração bucal ou mista (Figura 1B).

Para o tratamento do palato e da crista maxilar, o autor escolhe o acesso por uma incisão no sulco gengivolabial, a qual fornece ampla exposição das referidas estruturas⁷⁻⁹.

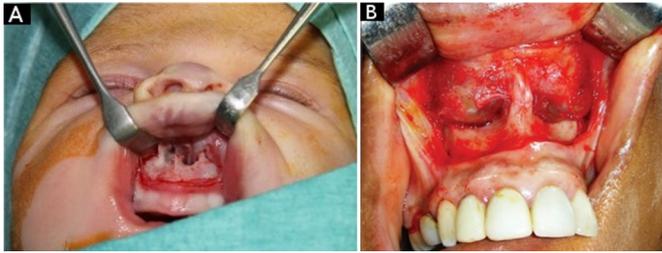


Figura 1. Crista hipertrófica. A: Congênita; B: Adquirida em adulto.

OBJETIVO

A piriformeplastia através do sulco gengivolabial permite amplo acesso em tratamento do palato ogival e a crista maxilar, oferecendo condições estruturais da anatomia local, favorecendo a respiração nasal, e evitando o crescimento da giba dorsal do nariz a partir da puberdade.

MÉTODOS

Na sala de cirurgia deverão estar expostas as fotografias pré-operatórias, além da tomografia computadorizada que poderá mostrar alterações da crista maxilar, muitas vezes assimétrica (um lado maior que o outro), o palato avançando para dentro da cavidade piriforme, desvios septais, hipertrofias de conchas, conchas bolhosas e a permeabilidade dos óstios de drenagem dos seios maxilares (Figura 2).

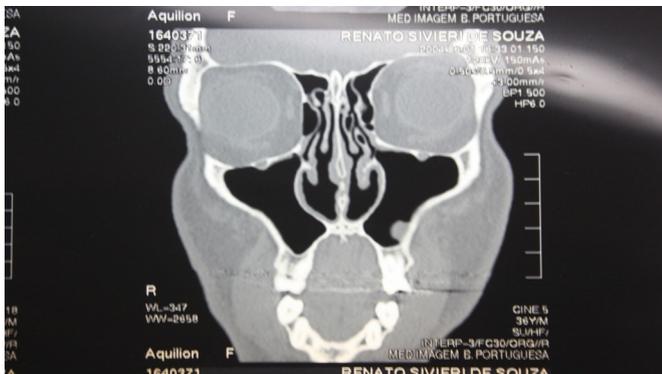


Figura 2. Tomografia computadorizada mostrando palato ogival e hipertrofia das cristas maxilares, maior à esquerda.

A cirurgia é realizada sob anestesia geral com intubação endotraqueal. O nariz e o sulco gengivolabial são infiltrados com solução de soro fisiológico e adrenalina 1:100.000. A via de acesso pode ser realizada através do sulco gengivolabial ou pela exorinoplastia.

A cirurgia é iniciada pela exorinoplastia, seguida da dissecação nasal e do septo bilateralmente, mantendo a integridade da cartilagem septal. A seguir, incisão no sulco gengivolabial e dissecação da crista maxilar no plano subperiosteal. Contorna-se a espinha nasal no mesmo

plano subperiosteal, alcançando a reborda inferior da cartilagem septal. Neste momento, inicia-se a dissecação subpericondral do septo bilateralmente, que coincide com o plano previamente dissecado pela via da exorinoplastia. Avançando a dissecação posteriormente à crista maxilar, alcança-se o assoalho da cavidade piriforme, que é dissecado no plano subperiosteal^{7,8} (Figura 3).

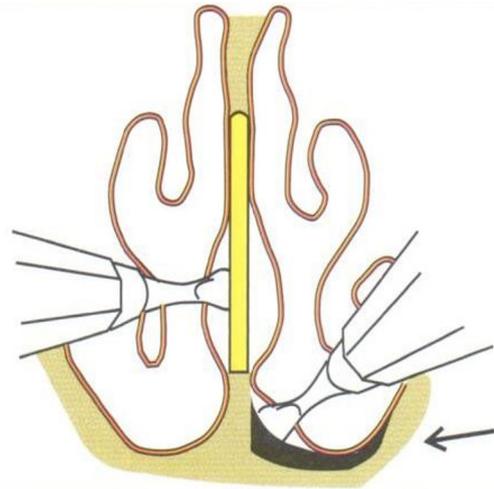


Figura 3. Dissecção subperiosteal do assoalho da cavidade piriforme e subpericondral do septo.

Após a junção dos planos dissecados subpericondral (septo) e subperiosteal (assoalho nasal), o amplo espaço obtido permite o tratamento do septo, da crista maxilar e do assoalho nasal, inclusive com remoção da cúpula do palato ogival, quando necessário^{7,8} (Figura 4 A-B e Figura 5 A-B).

A escarificação da crista maxilar e do palato é feita com uma broca elétrica. Ela se estende por todo o palato ósseo.

Após a realização da piriformeplastia, o acesso intraoral é suturado por planos: o muscular com nylon 3.0 e a mucosa oral com cat-gut 5.0. Retorna-se à exorinoplastia para completar a cirurgia estética do nariz conforme os modernos conceitos da rinoplastia^{3,10} (Figura 6 A e B).

A rinoplastia estruturada é utilizada para evitar os fenômenos de retração cicatricial e assim conferir maior previsibilidade à cirurgia. Os enxertos são fixados com nylon 5.0 de agulha cilíndrica (Figura 7).

RESULTADOS

Nos últimos oito anos, foram operados 68 pacientes, sendo 38 do sexo feminino e 30 do sexo masculino e idade variando entre 22 e 62 anos. No sexo feminino, predominava a queixa estética, porém com graus variáveis de obstrução nasal. Já no sexo masculino, predominava a queixa funcional e nestes foram encontrados os maiores graus de disfunção respiratória nasal.

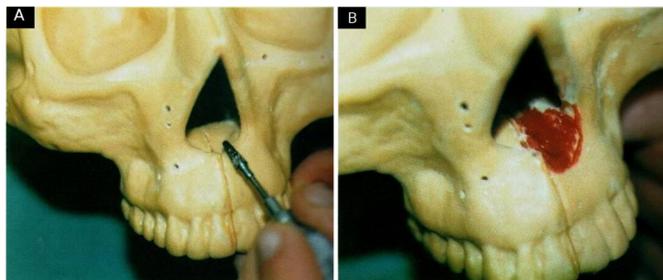


Figura 4. A e B: Mostram a escarificação da crista maxilar e do assoalho da cavidade piriforme.

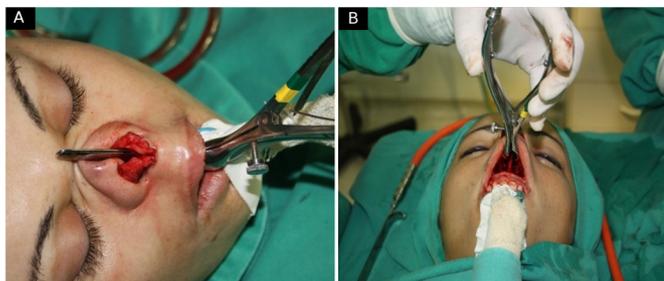


Figura 5. A e B: Mostram a comunicação entre as duas vias de acesso.

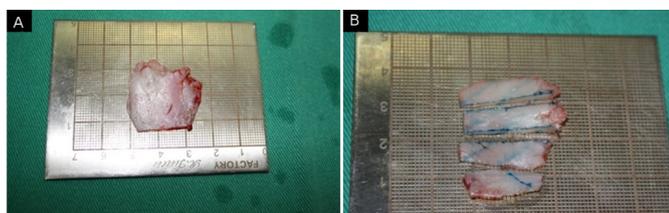


Figura 6. A e B: Mostrando a remoção de porção do septo e sua divisão para a confecção dos enxertos estruturais.

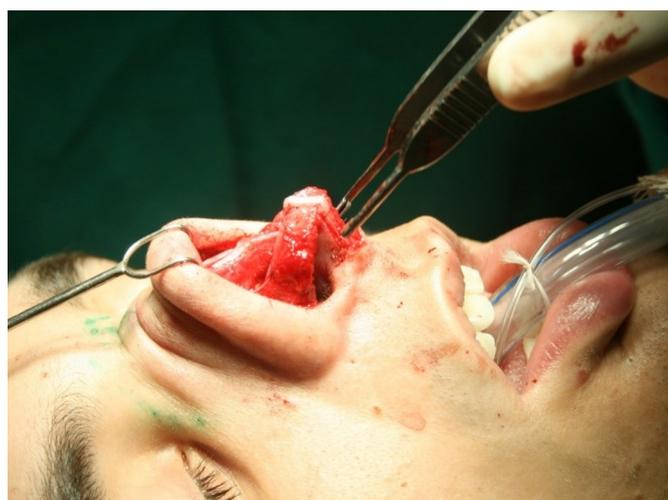


Figura 7. Enxertos estruturais posicionados.

Dos 68 pacientes, 60 referiram melhora respiratória nasal de 90 a 100%. Oito destes referiram melhora de 70 a 80%. Esta diferença foi interpretada pelo autor como sendo devido a maior grau de alergia respiratória presente

nestes oito pacientes. A figura 8 mostra uma paciente com uma face típica de respirador bucal. Apresentava laterorrinia, desvio de septo, palato ogival e crista maxilar hipertrofiada. Foi submetida à piriformeplastia associada à rinoplastia aberta. Os enxertos estruturais foram retirados do septo nasal.



Figura 8. Paciente de 32 anos submetida a piriformeplastia, associada a rinoplastia aberta.

O autor utiliza o teste de Glatzel apenas como parâmetro objetivo de comparação pré e pós-operatória, porém considera que o aspecto subjetivo relatado pela paciente é mais significativo¹¹ (Figura 9).

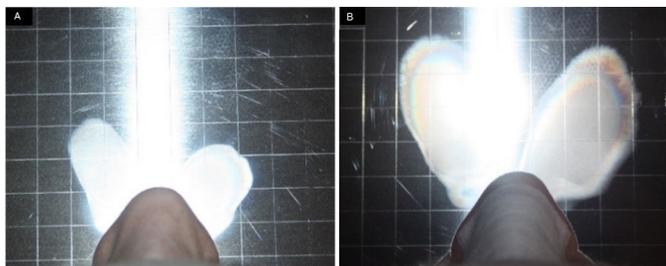


Figura 9. Paciente de 26 anos submetida a piriformeplastia, associada a rinoplastia aberta. **A:** Teste de Glatzel no pré-operatório (expiração forçada máxima); **B:** Pós-operatório de 10 dias (expiração forçada máxima).

DISCUSSÃO

A abordagem intraoral se faz necessária para o tratamento das cristas maxilares hipertróficas e também no palato ósseo, quando este se adentra excessivamente na cavidade piriforme, incrementando o fluxo aéreo nasal. O tratamento simples do septo e cornetos leva a resultados transitórios, com elevado índice de recidivas funcionais, visto que a melhora funcional é decorrente, na maioria dos casos, do tratamento dos cornetos ou conchas nasais. Entretanto, como a maior parte dos casos de disfunção respiratória ocorre ao longo da vida desde a infância, haverá alterações ósseas que deverão ser tratadas em conjunto com o septo e cornetos sob pena de recidiva funcional a curto espaço de tempo.

CONCLUSÃO

O autor entende que a piriformeplastia deva ser realizada em todos os casos de disfunção respiratória que permitam um tratamento amplo e direto de todas as estruturas envolvidas. A rinoplastia aberta possibilita, ainda, maior controle e previsibilidade no resultado

estético, principalmente por facilitar a fixação dos enxertos estruturais que irão se contrapor às forças da retração cicatricial.

COLABORAÇÕES

- RSS** Análise e/ou interpretação dos dados; realização das operações e/ou experimentos.
- AMR** Pesquisa bibliográfica; auxílio na redação do manuscrito.
- RB** Aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Sheen JH, Sheen A. *Aesthetic Rhinoplasty*, Volume I. St. Louis: Quality Medical Publishing; 1998. 174 p.
2. Cardim VLN. Crescimento ósseo e cartilaginoso da face. In: Avelar JM. *Cirurgia Plástica na Infância*. São Paulo: Hipócrates; 1989. p. 190-200.
3. Günter JP, Rhorrich RJ, Adams WP Jr. *Dallas Rinoplastia - Cirurgia de nariz por mestres*. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p. 726-729.
4. Costa LF, Muñoz AM, López D, Melo JC, Nahon MA. Exorrinoplastia para tratamento da ponta nasal bulbosa. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(2):72-81.
5. Lintz JE. Análise comparativa das rinoplastias aberta e fechada no tratamento da ponta nasal. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(3):286-95.
6. Pizarro GU, DeVuono IM, Moyses MG, Fujita RR. Rinoplastia aberta. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002;68(3):332-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992002000300007>
7. Cardim VLN. Abordagem das alterações faciais do respirador bucal. In: XXXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica; 2000 Nov 15; Porto Alegre, RS, Brasil.
8. Colombini NEP. *Cirurgia da Face: Interpretação funcional e estética síndrome da apnéia do sono: enfoque maxilo-facial e otorrinolaringológico*, Volume II. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 613-614.
9. Fortes FAB, Tostes F. Abordagem externa nas rinosseptoplastias. *Rev Bras Cir Plast.* 1997;12(1):33-40.
10. Sesenna E, Leporati M, Brevi B, Oretti G, Ferri A. Congenital nasal pyriform aperture stenosis: diagnosis and management. *Ital J Pediatr.* 2012;38:28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1824-7288-38-28>
11. Brescovici S, Roithmann R. A reprodutibilidade do espelho de Glatzel modificado na aferição da permeabilidade nasal. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008;74(2):215-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992008000200010>

*Autor correspondente:

Renato Sivieri de Souza

Rua Vigário Silva, 750 - Centro - Uberaba, MG, Brasil

CEP 38022-190

E-mail: rsivieri@terra.com.br