



Correção do dorso nasal baixo ou em sela com enxerto composto de cartilagem conchal fragmentada fixa ao pericôndrio envolvidos à fáscia da mastóide

Correction of low or saddle nasal dorsum with a composite graft of fragmented conchal cartilage fixed to the perichondrium wrapped in mastoid fascia

ALUÍSIO MARINO ROMA ^{1,2*}
ANTONIO ROBERTO BOZOLA ²
CAMILA GARCIA SOMMER ²
MICHELLE SANTANGELO FARIA ^{2,3}
CAUE MIGUEL RABATONE JORGE ²
DANIEL HILÁRIO LONGHI ²

Instituição: Faculdade de Medicina
de São José do Rio Preto,
São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Artigo submetido: 22/9/2016.
Artigo aceito: 23/9/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0079

RESUMO

Introdução: A rinoplastia de aumento em muitos casos torna-se mais difícil que a rinoplastia de redução. Enxertos dorsais sólidos realizados com cartilagem costal têm sido muito utilizados para aumento dorsal, porém estão associados com altos índices de revisão, por isso, muitos autores passaram a utilizar cartilagem em cubos envoltos por fáscia. A fáscia da mastoide, conectada ao pericôndrio da cartilagem conchal auricular, pode formar um enxerto composto para o aumento do dorso nasal, sendo também uma opção de tratamento. O objetivo é demonstrar a possibilidade do uso de cartilagem da concha auricular fragmentada fixa ao seu pericôndrio, e envoltos na fáscia da mastoide, formando um enxerto composto para aumento do dorso nasal. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo de 9 pacientes operados entre 2012 e 2016 no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, em que foi realizado aumento do dorso nasal com cartilagem conchal fragmentada fixa ao seu pericôndrio e envolto à fáscia da mastoide. **Resultados:** Os pacientes foram acompanhados de 6 a 48 meses. Foram questionados quanto à satisfação do procedimento nasal e sensibilidade auricular, com avaliação positiva dos pacientes e cirurgiões. **Conclusão:** A cartilagem conchal parece ser uma alternativa de grande valia para procedimentos de aumento de dorso nasal. Esta cartilagem envolta com fáscia da mastoide parece ser uma alternativa vantajosa em comparação ao uso de outras fâscias, com baixa morbidade e taxa de complicações, podendo ser uma grande opção para tratamento do nariz em sela.

Descritores: Rinoplastia; Deformidades adquiridas nasais; Osso nasal; Cirurgia plástica; Cartilagens nasais.

¹ Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

³ Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: In many cases, augmentation rhinoplasty is more difficult than reduction rhinoplasty. Solid dorsal grafts performed with costal cartilage have been widely used for dorsal augmentation; however, they are associated with high rates of revision. Thus, many authors began to use cartilage cut into cubes wrapped in fascia. The mastoid fascia, connected to the perichondrium of the auricular conchal cartilage can form a composite graft to augment the nasal dorsum, which is also a treatment option. The objective is to demonstrate the possibility of using fragmented auricular conchal cartilage fixed to its perichondrium and wrapped in mastoid fascia to form a composite graft for augmentation of the nasal dorsum. **Methods:** This is a retrospective study of 9 patients who underwent operation between 2012 and 2016 at the Base Hospital of the Faculty of Medicine of São José do Rio Preto, in which the nasal dorsum was augmented with fragmented conchal cartilage fixed to its perichondrium and wrapped in the mastoid fascia. **Results:** The patients were followed up for up to 6 to 48 months. They were questioned about their satisfaction with the nasal procedure and hearing sensitivity, and provided a positive evaluation of the surgeons. **Conclusion:** The conchal cartilage seems a highly valuable alternative graft for nasal dorsum augmentation procedures. The technique of using cartilage wrapped in mastoid fascia seems to be an advantageous alternative when compared with those using cartilage wrapped in other fasciae: it has low morbidity and complications rates and can be a great option for saddle nose treatment.

Keywords: Rhinoplasty; Nasal acquired deformities; Nasal bone; Surgery, Plastic; Nasal Cartilages.

INTRODUÇÃO

A rinoplastia de aumento, em geral, torna-se, em muitos casos, mais difícil que a rinoplastia de redução. Para obter um resultado satisfatório, as subunidades, incluindo a raiz, dorso, ponta e base alar, devem ser avaliadas individualmente¹. A reparação do dorso nasal insuficiente tem importância primordial para uma boa qualidade estética do nariz.

Segundo a literatura, o uso do enxerto de cartilagem em cubos envolto em fásia teve início na década de 1940². No entanto, a técnica foi popularizada após o estudo realizado pelo Erol em 2365 doentes, quando usou o enxerto de cartilagem em cubos envolto em material sintético, o Surgicel (Ethicon, Inc., Somerville, NJ)³.

O planejamento cirúrgico para tratamento do dorso nasal baixo, insuficiente ou “em sela” apresentou grande avanço nas últimas décadas, em decorrência do melhor manejo de enxertos e implantes, com finalidade estética ou reparadora^{4,5}. Porém, a escolha é tema de controvérsias e debates. Atualmente, descrevem-se vários materiais para essa finalidade, que podem ser classificados, de acordo com sua origem, em autólogos, homólogos e sintéticos.

Enxertos dorsais sólidos realizados com cartilagem costal têm sido muito utilizados para aumento do nariz, porém estão associados com altos índices de revisão devido à reabsorção e mudanças visíveis de forma⁶⁻⁸. Por isso, muitos autores passaram a utilizar cartilagem em cubos envoltos por fásia.

A fásia da mastoide é composta por duas camadas: superficial e profunda⁹. Usamos a fásia superficial, que corresponde à fásia temporal superficial e que é conectada ao pericôndrio da cartilagem conchal auricular, o qual é fixo à cartilagem conchal, para realizar um enxerto composto destas estruturas numa só unidade, com união natural das partes.

OBJETIVO

O objetivo é demonstrar a possibilidade do uso de cartilagem da concha auricular fragmentada fixa ao seu pericôndrio, envoltos na fásia da mastoide em corpo único e unidos naturalmente, formando um enxerto composto para aumento do dorso nasal, eliminando um novo sítio cirúrgico distante.

MÉTODOS

Trata-se de uma nova proposta para a cirurgia de aumento do dorso nasal, tendo sido empregada em 9 pacientes, operados entre 2012 e 2016 no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, onde foi realizado aumento do dorso nasal com cartilagem conchal fragmentada fixa ao seu pericôndrio e envolto à fásia da mastoide. Oito pacientes eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino e todos apresentavam dorso nasal baixo ou em sela como característica étnica ou genética, seqüela cirúrgica ou ainda traumática. A cirurgia proposta foi realizada através da técnica “aberta”.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sob o protocolo número 60203316.1.0000.5415.

Técnica cirúrgica

Foi feita uma incisão em “V” na transição entre a forma triangular e quadrangular da columela para a realização da técnica aberta da rinoplastia. As subunidades nasais foram tratadas independentemente do dorso, tais como emprego de enxertos ou osteotomias.

Após o término desta fase da rinoplastia, e preparo do espaço no dorso para aumento do mesmo, é realizada a captação da cartilagem conchal auricular em conjunto com seu pericôndrio e a fásia da mastoide. Retira-se um fusso de pele retroauricular sem remover o pericôndrio. Incisa-se a porção superior do enxerto a ser obtido (extremidade lateral da concha) (Figura 1). Descola-se a mesma da pele da porção anterior da concha até obter a largura e o comprimento do enxerto desejado e incisa-se a parte mais baixa do enxerto em toda extensão, antero-posteriormente, preservando o pericôndrio (Figura 2).



Figura 1. Exposição da cartilagem conchal, mantendo intacto pericôndrio posterior.



Figura 2. Levantamento da concha sem seu pericôndrio anterior. A incisão mais posterior da concha é feita sem lesar o pericôndrio posterior.

O enxerto é rebatido e inicia-se o descolamento da fásia da mastoide de frente para trás até obter-se o comprimento e largura desejada (Figura 3). Incisa-se a fásia que ficará, então, fixa ao pericôndrio. A cartilagem é fragmentada com bisturi, mantendo a conexão das três estruturas. A seguir, envolve-se a cartilagem com a fásia fixando-a nela mesma com fio mononylon 6.0, tornando-os semelhante a um charuto (Figura 4).

Com o enxerto composto (fásia, pericôndrio e cartilagem) preparado, o mesmo é posicionado no dorso nasal (Figura 5).

A área descolada deve ser justa em relação ao volume e forma do enxerto, não necessitando fixação do mesmo, porém em casos onde a loja em dorso é maior que o enxerto, é necessário fixá-lo ao dorso ou com ponto captionado. Um curativo com gesso ou tela moldável é deixado por duas semanas.

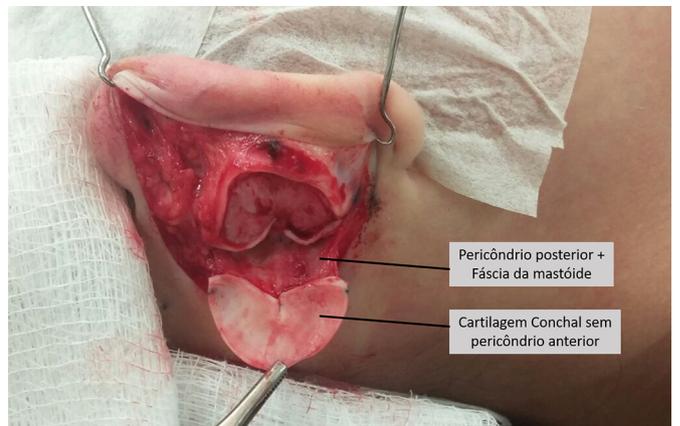


Figura 3. Dissecção do pericôndrio posterior em conjunto à fásia da mastoide.



Figura 4. Enxerto Composto. A. Cartilagem conchal fixa ao pericôndrio posterior e à fáscia da mastoide. Realizadas incisões na face anterior da cartilagem, sem incisar seu pericôndrio posterior, para fragmentar a cartilagem, sem descolá-la. B. Enxerto composto pronto - "charuto"



Figura 5. Enxerto posicionado em dorso nasal.

RESULTADOS

Foram de boa qualidade estética em todos os pacientes. Não houve nenhuma complicação, seja infecciosa, exposição ou migração do enxerto. Os pacientes foram observados em prazos variáveis de 6 meses a 4 anos, sendo questionados quanto à satisfação do resultado estético e sensibilidade auricular.

Os nove pacientes apresentaram-se satisfeitos (3) ou felizes (6) com o procedimento nasal. Não apresentaram queixas estéticas quanto à área doadora do enxerto, sendo que 3 pacientes relataram parestesia em região posterior da orelha nos primeiros meses de pós-operatório. Aqueles com evolução e tempo maior não referiram mais a parestesia quando indagados (Figuras 6, 7, 8 e 9).



Figura 6. Característica étnica - pré e pós-operatório.



Figura 7. Característica étnica - pré e pós-operatório.



Figura 8. Sequela cirúrgica - pré e pós-operatório.



Figura 9. Sequela Traumática - pré e pós-operatório.

DISCUSSÃO

A cartilagem conchal é uma alternativa de grande valia para procedimentos de aumento de dorso nasal como mostrado neste e em outros estudos. As taxas de complicações são muito baixas, e os resultados, satisfatórios. A cartilagem é flexível, mas resistente, e os seus contornos naturais, aliados ao procedimento de quebra da mesma, permitem uma fácil modelagem¹⁰.

Esta cartilagem envolta com fásia da mastoide parece ser uma alternativa vantajosa em comparação ao uso de outras fásias (como a fásia temporal profunda), pois estas exigem um local doador adicional. Em relação ao uso de cartilagem costal, a vantagem é a menor morbidade e riscos de complicações do procedimento de captação da mesma.

O uso desta técnica, mantendo a cartilagem conchal fixa ao seu pericôndrio e à fásia, permite que o enxerto permaneça com comprimento e espessura mais permanente, devido à baixa movimentação dos fragmentos. O fato de estarem naturalmente unidos sugere ainda uma melhor integração e vascularização dos componentes, o que não ocorre em enxertos onde as partes são captadas independentemente umas das outras.

CONCLUSÃO

O aumento do dorso nasal em narizes em sela com cartilagem da concha auricular fragmentada fixa ao pericôndrio e envolta à fásia superficial da mastoide é procedimento de fácil execução, baixa morbidade – captação do enxerto em sítio operatório único e de baixo risco – e com obtenção de satisfação estética em todos os casos apresentados.

Para uma conclusão mais afirmativa, é necessário um número maior de casos operados, porém a técnica apresentada mostra-se uma alternativa em situações como estas. Os resultados até aqui obtidos nos induzem a manutenção da técnica/estudo, e a busca por melhorias e novos resultados.

COLABORAÇÕES

- AMR** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- ARB** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

- CGS** Concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- MSF** Realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- CMRJ** Concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos.
- DHL** Realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

- Rohrich RJ, Ahmad J. Rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(2):49e-73e. PMID: 21788798 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e31821e7191>
- Calvert JW, Brenner K, DaCosta-Iyer M, Evans GR, Daniel RK. Histological analysis of human diced cartilage grafts. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(1):230-6. PMID: 16816701 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000220463.73865.78>
- Erol OO. Long-Term Results and Refinement of the Turkish Delight Technique for Primary and Secondary Rhinoplasty: 25 Years of Experience. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(2):423-37. PMID: 26818276 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000475755.71333.bf>
- Warren RJ, ed. *Neligan. Cirurgia Plástica. Volume 2 Estética.* 3a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- Sajjadian A, Rubinstein R, Naghshineh N. Current status of grafts and implants in rhinoplasty: part I. Autologous grafts. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(2):40e-49e. PMID: 19910845 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c82f12>
- Gurley JM, Pilgram T, Perlyn CA, Marsh JL. Long-term outcome of autogenous rib graft nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(7):1895-905. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200112000-00007>
- Gunter JP, Landecker A, Cochran CS. Frequently used grafts in rhinoplasty: nomenclature and analysis. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(1):14e-29e. PMID: 16816668 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000221222.15451.fc>
- Cárdenas-Camarena L, Guerrero MT. Use of cartilaginous autografts in nasal surgery: 8 years of experience. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103(3):1003-14. PMID: 10077096 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199903000-00039>
- Park C, Lee TJ, Shin KS, Kim YW. A single-stage two-flap method of total ear reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1991;88(3):404-12. PMID: 1871216 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199109000-00004>
- Mischkowski RA, Domingos-Hadamitzky C, Siessegger M, Zinser MJ, Zöller JE. Donor-site morbidity of ear cartilage autografts. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(1):79-87. PMID: 18176208 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000293879.46560.4c>

***Autor correspondente:**

Aluísio Marino Roma

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, São José do Rio Preto, SP, Brasil

CEP 15090-000

E-mail: zo_roma@hotmail.com