

Tratamento cirúrgico da columela retraída em narizes primários

Surgical treatment of retracted columella in primary noses

AYMAR EDISON SPERLI¹
 JOSÉ OCTÁVIO GONÇALVES DE
 FREITAS²
 RINALDO FISCHLER³

Trabalho realizado nos
 Serviços Integrados de
 Cirurgia Plástica do Hospital
 Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
 (Sistema de Gestão de
 Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 6/8/2011
 Artigo aceito: 17/10/2011

RESUMO

Introdução: A columela retraída pode estar presente em narizes primários e em pacientes já submetidos a rinoplastias estéticas e/ou funcionais. O objetivo deste trabalho é demonstrar a utilização do músculo depressor do septo nasal (músculo depressor da ponta nasal) em sua porção labial e do músculo orbicular do lábio superior na correção da columela retraída. **Método:** No total, 20 pacientes com idades variando entre 20 anos e 35 anos, sendo 4 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, foram submetidos a rinoplastia estética primária. **Resultados:** Presença de edema moderado pós-operatório foi observada em todos os casos, com resolução dentro de 1 mês a 3 meses. As cicatrizes em “V” na base da columela apresentaram excelente aspecto estético. **Conclusões:** A técnica cirúrgica é de fácil execução e apresenta curva de aprendizado rápida. A correção da columela com a técnica apresentada proporcionou resultados naturais e previsíveis.

Descritores: Rinoplastia. Nariz/cirurgia. Cirurgia plástica/métodos.

ABSTRACT

Background: Retracted columella may be present in primary noses as well as in patients who have undergone aesthetic or functional rhinoplasty. This study aims to demonstrate the use of the labial portion of the depressor septi nasi (the depressive muscle of the nasal tip) and upper lip orbicularis muscle for retracted columella correction. **Methods:** The subjects included 20 patients between 20 and 35 years old (4 males and 16 females) who underwent primary aesthetic rhinoplasty. **Results:** Moderate edema was observed postoperatively in all patients and was resolved within 1 to 3 months. V-shaped scars at the base of the columella presented excellent aesthetic aspects. **Conclusions:** The surgical technique is easy and the learning curve is fast. Columella correction with the presented technique provides natural and predictable results.

Keywords: Rhinoplasty. Nose/surgery. Plastic surgery/methods.

INTRODUÇÃO

A columela retraída ocorre quando os dois terços posteriores da columela não se projetam de forma correta, inferiormente à margem alar, não sendo vistos de maneira adequada, em especial na posição de perfil¹⁻³.

Segundo Günter et al.² e Sperli et al.⁴, é necessário primeiro estabelecer se o problema é da columela, ou seja, se ela é retraída realmente ou se ela é normal e apenas aparenta ser retraída em decorrência de asas nasais protrusivas. Günter

et al.² e, posteriormente, Sperli et al.⁴ estabeleceram padrão normal de relação entre a columela e a margem alar (Figura 1).

A columela retraída pode estar presente em narizes primários e em narizes secundários submetidos a rinoplastias estéticas ou funcionais, em decorrência de ressecções excessivas e/ou desnecessárias da porção caudal da cartilagem septal.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, a columela retraída deve ser projetada de modo a que seus dois terços posteriores se projetem de forma adequada, inferiormente à margem alar.

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), regente dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.
2. Médico-chefe dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.
3. Membro titular da SBCP, cirurgião plástico dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.

Enxertos cartilagosos (cartilagem septal, cartilagem auricular, porção cranial dos ramos laterais das cartilagens alares) e retalhos musculares podem ser utilizados para correção da columela retraída⁵⁻¹⁰.

O objetivo deste estudo é demonstrar a utilização do músculo depressor do septo nasal (músculo depressor da ponta nasal) em sua porção labial e do músculo orbicular do lábio superior, na correção da columela retraída.

MÉTODO

Foi realizado estudo prospectivo em 20 pacientes candidatos a rinoplastia estética primária, apresentando narizes com columelas retraídas e idades variando entre 20 anos e 35 anos, sendo 4 pacientes do sexo masculino e 16 do sexo feminino.

Em 7 pacientes foi utilizada anestesia local, com sedação assistida pelo anestesista; nos 13 pacientes restantes, foi utilizada anestesia geral associada a local.

As cirurgias foram realizadas no período compreendido entre 1990 e 2008, em pacientes da clínica privada e nos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga.

Anatomia Cirúrgica

O complexo músculo-ligamentar do nariz, que envolve os músculos nasal, depressor do septo/ponta e ligamento de Pitanguy, foi largamente estudado por Sperli et al.⁴. O músculo foi classificado em atrófico, normal e hipertrofiado (Figura 2). Nesse trabalho, constatou-se, ainda, que esse complexo pode ser dividido em três partes: base, corpo e extremidade (Figura 3). Para o presente trabalho, foi utilizada a base do complexo músculo-ligamentar do nariz, assim como parte do músculo orbicular do lábio.

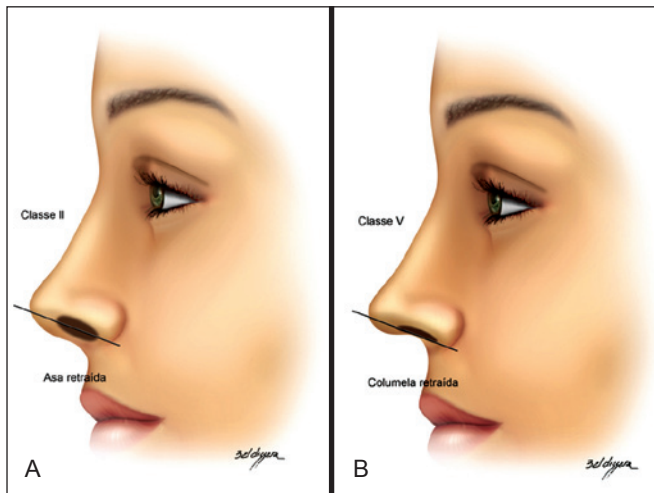


Figura 1 – Em A, columela normal. Em B, columela oculta.

Técnica Cirúrgica

Foi realizada exorrinoplastia, com a técnica aberta (*open technique*) com incisão transcolumelar em “V” na base da columela (Figura 4) no ângulo definido pelo nariz e lábio superior.

Na confecção do retalho, foi dissecada a área 1 do músculo depressor do septo/ponta e parte do músculo orbicular do lábio superior, fazendo-se um descolamento a partir das bordas da

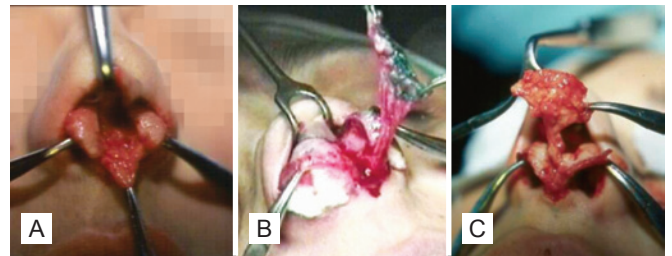


Figura 2 – Em A, músculo atrófico. Em B, músculo normal. Em C, músculo hipertrofiado.

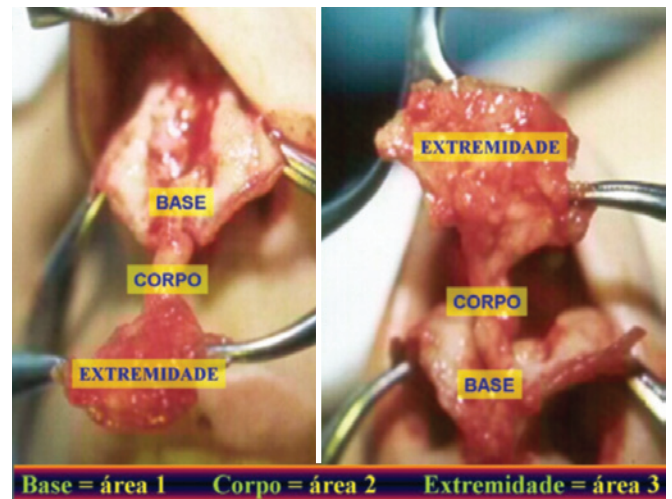


Figura 3 – Complexo músculo-ligamentar dividido em suas três áreas: base, corpo e extremidade.

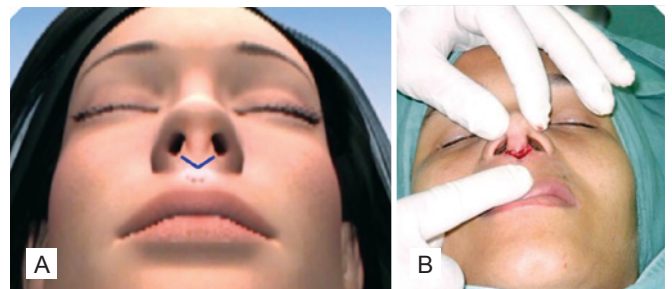


Figura 4 – Exorrinoplastia com técnica aberta. Em A, demarcação esquemática. Em B, incisão na base da columela.

incisão em “V” da base da columela, de modo a identificar a musculatura orbicular do lábio superior e a porção labial do músculo depressor da ponta nasal (Figuras 5 e 6).

O retalho foi demarcado de modo a ficar pediculado na base da columela e ter aproximadamente 1,3 cm de comprimento por 0,6 cm de largura.

Foram realizadas, então, as incisões laterais e inferior, elevando-se o retalho com aproximadamente um terço da espessura da musculatura labial. Dessa forma, é possível reduzir o volume do retalho de acordo com a projeção desejável.

A seguir, o retalho foi suturado com três pontos simples de mononáilon 6-0, rebatendo-o e fixando-o sobre os ramos mediais das cartilagens alares, obtendo-se, assim, a projeção da columela.

Após a fixação do retalho, em pacientes com base alar alargada, foi realizada aproximação das bordas musculares resultantes da área doadora do retalho com um ou dois pontos invertidos de mononáilon 4-0. Nos pacientes com largura da base alar normal, não foi realizada aproximação das bordas musculares.

A sutura da incisão em “V” na base da columela foi feita com pontos simples de mononáilon 4-0 e as incisões marginais, com categute simples 4-0.

RESULTADOS

Em todos os pacientes foi evidenciado edema moderado no pós-operatório, chegando a dar impressão de

hipercorreção da columela retraída, que normalizou com a regressão gradual do edema, no período de 8 dias a 15 dias.

A fixação do retalho aos ramos mediais das cartilagens alares não produziu tração caudal da ponta nasal na avaliação tanto estática como dinâmica durante o acompanhamento pós-operatório.

A utilização de músculo orbicular não causou qualquer tipo de seqüela no lábio superior, como retração local ou alterações sensitivas ou motoras.

As cicatrizes em “V” na base da columela apresentaram ótimo aspecto estético.

As Figuras 7 a 12 ilustram alguns casos da presente casuística.

DISCUSSÃO

A técnica de utilização do músculo depressor do septo nasal em sua porção labial e do músculo orbicular do lábio superior na correção da columela retraída é de fácil confecção, apresentando curva de aprendizado bastante rápida.

Não é necessária hipercorreção da columela, devendo o retalho ter o volume necessário para projetar a columela de forma natural ao final da cirurgia.

Nos pacientes em que não houve necessidade de tratamento da ponta nasal, observou-se menor dificuldade na realização da técnica quando comparados aos casos em que as incisões marginais foram completas.

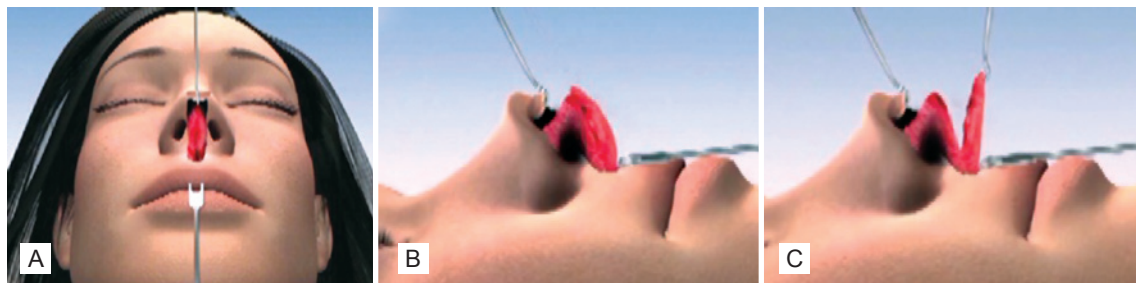


Figura 5 – Confecção do retalho. Em **A**, dissecção esquemática do músculo. Em **B**, esquema demonstrando músculo liberado. Em **C**, esquema demonstrando músculo rebatido.



Figura 6 – Confecção do retalho. Em **A**, dissecção do músculo. Em **B**, músculo liberado. Em **C**, músculo rebatido.



Figura 7 – Paciente 1. Em A e B, pré-operatório.
Em C e D, pós-operatório.

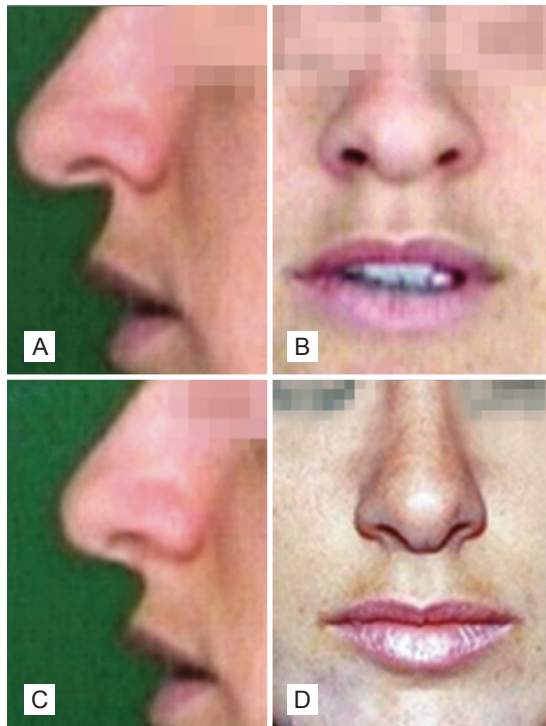


Figura 8 – Paciente 2. Em A e B, pré-operatório.
Em C e D, pós-operatório.



Figura 9 – Paciente 3. Em A, pré-operatório.
Em B, pós-operatório.

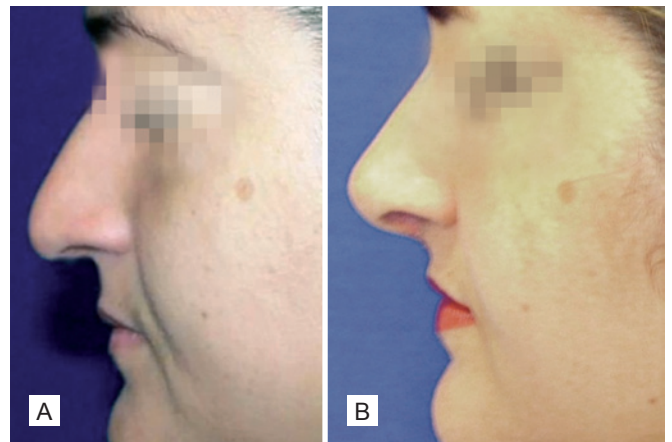


Figura 10 – Paciente 4. Em A, pré-operatório.
Em B, pós-operatório.

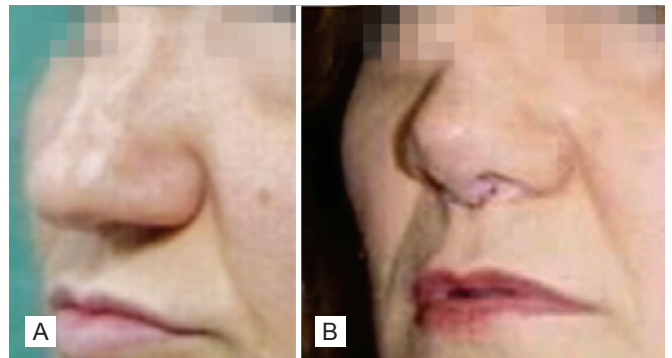


Figura 11 – Paciente 5. Em A, pré-operatório.
Em B, pós-operatório.

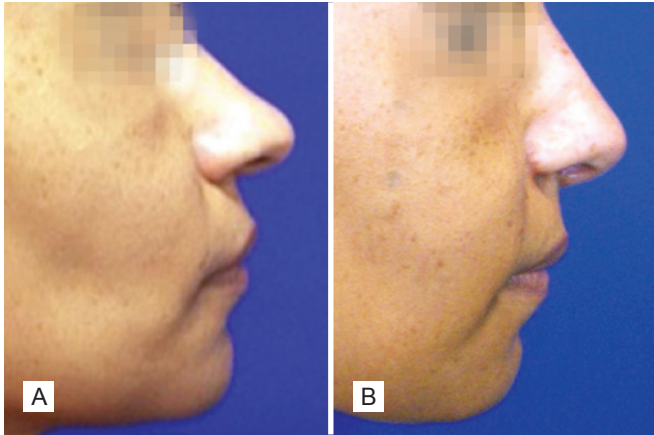


Figura 12 – Paciente 6. Em **A**, pré-operatório. Em **B**, pós-operatório.

Nos casos em que houve necessidade de tratamento da ponta nasal, foi observado edema mais intenso e persistente na columela, decorrente do tratamento da ponta.

A aproximação das bordas laterais do músculo orbicular do lábio na área doadora do retalho propiciou o estreitamento discreto da base alar, e, em alguns casos, não houve necessidade da alectomia previamente programada.

A aproximação das bordas do músculo orbicular não é necessária e não deve ser realizada nos pacientes em que a base alar é normal, pois pode causar pinçamento nasal, com alteração da válvula nasal externa.

Em pacientes com columela retraída e curta, a incisão em “V” ficou situada no lábio superior, com o objetivo de alongar a columela.

É necessário que o lábio superior tenha musculatura suficiente para a confecção do retalho; portanto, o lábio curto inviabiliza o emprego da técnica.

CONCLUSÕES

A técnica de correção da columela retraída com a utilização do músculo depressor do septo nasal em sua porção labial e do músculo orbicular do lábio superior produz resultados naturais e previsíveis, além de ser de fácil execução.

REFERÊNCIAS

1. Tebbetts JB. Complexo lábio-columelar. In: Tebbetts JB, ed. *Rinoplastia primária: a nova abordagem lógica das técnicas*. Rio de Janeiro: Di-Livros; 2002. p. 453-83.
2. Gunter JP, Rohrich RJ, Friedman RM. Classification and correction of alar-columellar discrepancies in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1996;97(3):643-8.
3. Mottura AA. Short columella nasolabial complex in aesthetic rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2001;25(4):266-72.
4. Sperli AE, Prado Neto JM, Pitombo V. Refinamentos em rinoplastia: uma visão atual. Rio de Janeiro: Di-Livros; 2009.
5. Cachay-Velásquez H. Rhinoplasty and facial expression. *Ann Plast Surg*. 1992;28(5):427-33.
6. Cronin TD. Lengthening columella by use of skin nasal floor and alae. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull*. 1958;21(6):417-26.
7. Shin KS, Lee CH. Columella lengthening in nasal tip plasty of Orientals. *Plast Reconstr Surg*. 1994;94(3):446-53.
8. Rees TD. Unique problems associated with the lip-columella-tip complex: rhinoplasty problems and controversies. *Aesthetic Plast Surg*. 1988; 12:118.
9. Rohrich R, Huynh B, Muzaffar AR, Adams WP Jr., Robinson JB Jr. Importance of the depressor septi nasi muscle in rhinoplasty: anatomic study and clinical application. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105(1):376-83.
10. Santana PS. Treatment of the Negroid nose without nasal alar excision: a personal technique. *Ann Plast Surg*. 1991;27(5):498-507.

Correspondência para:

Aymar Sperli
Rua Pedro de Toledo, 129 – cj. 11/12 – São Paulo, SP, Brasil – CEP 04039-030
E-mail: aymar.sperli@uol.com.br