



# Morfologia nasal - harmonia e proporção aplicadas à rinoplastia

*Nasal morphology - harmony and proportion applied to rhinoplasty*

ISAAC ROCHA FURTADO <sup>1,2\*</sup>

### ■ RESUMO

O estudo da morfologia nasal é de fundamental importância para um melhor entendimento e planificação das rinoplastias. O objetivo deste trabalho é analisar a forma básica do nariz visto como estrutura isolada, e principalmente em equilíbrio com a face do paciente. Os padrões determinados são bastante subjetivos, pois o conceito de beleza depende de vários fatores. As medidas clássicas de proporção auxiliam na concepção e visão estética do cirurgião. E quando associadas ao conhecimento da anatomia e técnica cirúrgica irão determinar o resultado final da rinoplastia. Logo, o conceito do nariz “ideal” deve ser aplicado para cada um, respeitando os padrões clássicos da antropometria, o sexo, grupo étnico-racial, fatores culturais e psicossociais. A morfologia não se restringe apenas ao aspecto estático do nariz, mas relaciona-se diretamente com a dinâmica pessoal, a mímica e a personalidade.

**Descritores:** Nariz; Rinoplastia; Cartilagens nasais.

### ■ ABSTRACT

The study of nasal morphology is of fundamental importance for a better understanding and planning of rhinoplasty. The objective of this study is to analyze the basic shape of the nose seen as an isolated structure, and especially in equilibrium with the patient's face. The existing patterns to do so are quite subjective, since the concept of beauty depends on several factors. The classic proportion measurements assist the surgeon with the conception and aesthetic view. When combined with an understanding of the anatomy and surgical technique they determine the final outcome of rhinoplasty. Thus, the concept of “optimal” nose must be applied on an individual basis, respecting classical anthropometry patterns, gender, ethnic-racial, cultural and psychosocial factors. Morphology is not limited only to the static aspect of the nose, but is directly related to personal dynamics, mimicry and personality of the patient.

**Keywords:** Nose; Rhinoplasty; Nasal cartilages.

Instituição: Harmony Medical Center,  
Fortaleza, CE, Brasil.

Artigo submetido: 27/4/2016.  
Artigo aceito: 6/8/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0100

<sup>1</sup> Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Harmony Medical Center, Fortaleza, CE, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O estudo da proporção humana foi bastante desenvolvido na civilização grega. Aristóteles, no século IV a.C., já dava importância à proporção aplicada na estética. Na era da arquitetura helênica, o corpo humano era considerado o exemplo perfeito de simetria e harmonia, sendo inclusive utilizado como medida na construção de templos<sup>1</sup>.

Muito antes, os egípcios já utilizavam o dedo médio como unidade de medida básica. O comprimento total do corpo equivalia a dezenove dedos, e o nariz especificamente tinha o mesmo tamanho do dedo<sup>2</sup>. Este fato justifica a representação de figuras em perfil com o nariz tipicamente aumentado e com o dorso reto.

Mais tarde, segundo a indicação de alguns anatomistas, o nariz foi empregado como unidade, e o comprimento do corpo era de 30 narizes<sup>1</sup>. Observa-se também que existe uma relação de proporção entre o comprimento do polegar e o nariz, assim como a mão em relação à face<sup>2</sup>.

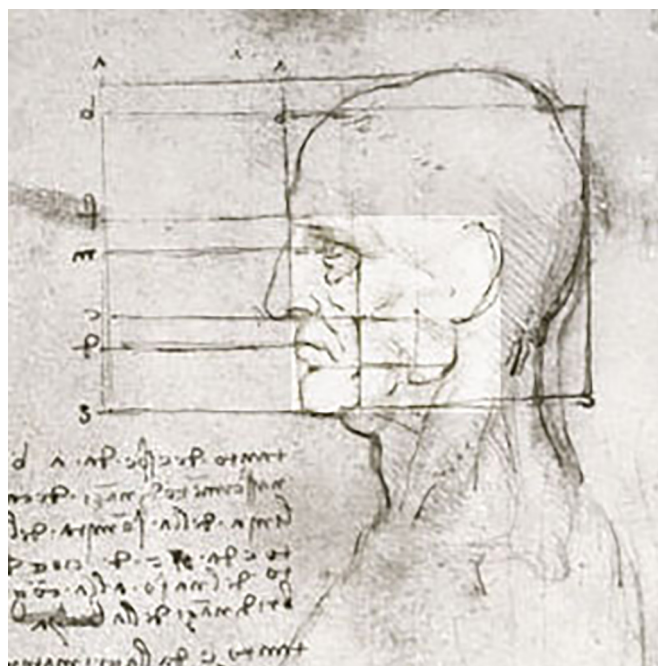
Para o estudo inicial da figura humana, algumas obras clássicas foram exemplos de perfeição. Como a máscara de Demóstenes, a cabeça de Antinous, o garoto maratonista e alguns imperadores romanos, todos enfatizando a masculinidade com o padrão nasal semelhante (discreta giba no dorso, região do nasion elevada e pouca projeção nasal). As imagens de Afrodite são exemplos de beleza feminina, com um nariz pequeno, dorso reto e ângulo nasolabial obtuso<sup>1,3</sup>.

O padrão de beleza greco-romana imperou até a renascença, quando Leonardo da Vinci determinou medidas importantes de proporção corporal e facial. Em vista frontal, a face era dividida em quatro segmentos, em que o nariz equivalia a 1/4 do total. No perfil, o complexo craniofacial era representado por um quadrado, delimitado anteriormente pelo plano vertical da face<sup>3-5</sup> (Figura 1).

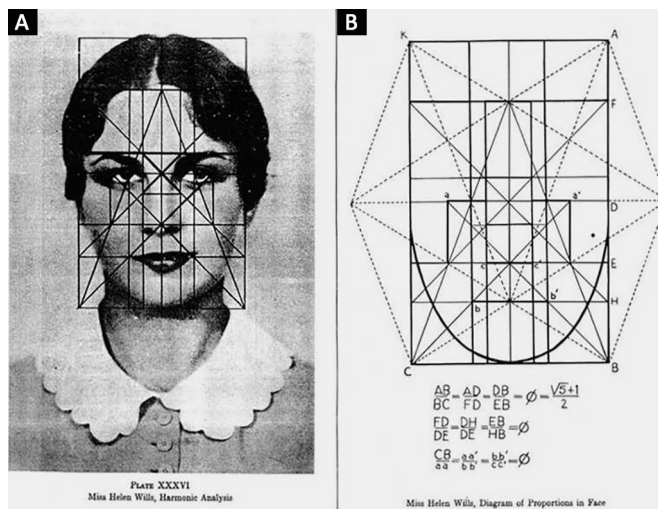
No início do século XX, Ghyka utilizou programas de proporção da face, enfatizando os padrões clássicos em linhas bem determinadas<sup>1</sup> (Figura 2). A utilização cirúrgica destas medidas foi feita inicialmente para reconstrução nasal após traumatismos com amputação.

Em 1931, Jacques Joseph utilizou medidas proporcionais na cirurgia estética, iniciando a rinoplastia por via endonasal. Ele dividiu o nariz em três zonas (zonas de Joseph). O terço superior constituído pela parte óssea do dorso nasal; o terço médio, formado pelas cartilagens triangulares ou laterais superiores; e o terço inferior, que representa a parte móvel do nariz, denominada por alguns autores de lóbulo. Para outros, o lóbulo é apenas a ponta nasal<sup>5</sup> (Figura 3).

Mais recentemente, vários autores realizaram estudos de antropometria e perfiloplastia enfatizando



**Figura 1.** As proporções da cabeça humana. Em estudo de Leonardo da Vinci mostrando um quadrado delimitado anteriormente pelo plano vertical da face, posteriormente pela implantação da orelha, na parte inferior pelo ângulo da mandíbula e superiormente pela sobrancelha. (Leonardo da Vinci. As Proporções da cabeça, 1490).

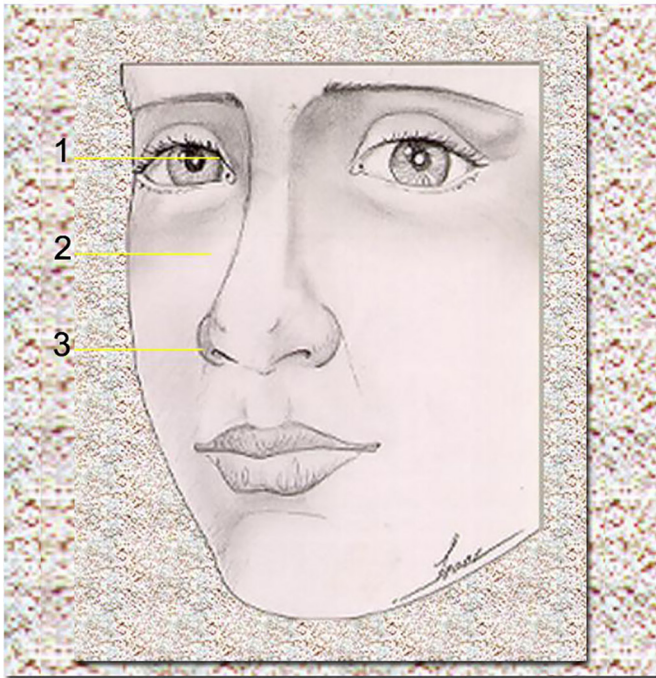


**Figura 2. A:** Análise harmônica das proporções ideais; **B:** Diagrama das proporções da face mostrado em A (Matila Ghyka. The Geometry of Art and Life, 1946).

o nariz. Entre eles, podemos citar Broabent, González-Ulloa, Farkas e Guyuron<sup>6</sup>.

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é conceituar a forma do nariz como estrutura isolada e principalmente em equilíbrio com a face para determinar a harmonia e a proporção do nariz isoladamente e sua relação com o complexo craniofacial. Para isso, é necessária uma



**Figura 3.** Zonas de Joseph. 1) Parte Óssea; 2) 1/3 médio formado pelas cartilagens triangulares; 3) 1/3 inferior ou lóbululo.

percepção artística e estética. Esta relação deve ser comparada com os padrões clássicos de proporção em casos de dúvidas.

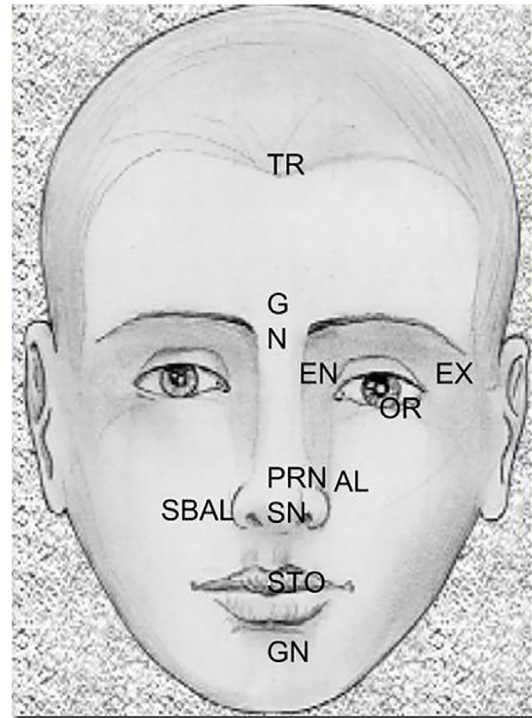
Sabemos que existe uma relação restrita entre o artista e o cirurgião plástico. O cirurgião, ao contrário do artista, trabalha com formas já determinadas, imperfeitas, transformadas por traumas ou pelo tempo. O seu trabalho é resultado da sua habilidade, da sua prática e dos cuidados no pós-operatório, ao contrário do artista, que é livre para criar e seu resultado é imediato. A matéria prima do cirurgião é nobre, por ser insubstituível. A semelhança entre os dois, artista e cirurgião, está na busca da perfeição associada à concepção de um ideal de beleza.

## PONTOS APLICADOS NA ANTROPOMETRIA

A antropometria aplicada à região nasal necessita da visão do paciente em três incidências: de frente; de perfil, abrangendo todo complexo craniofacial; e visão inferior do nariz, para estudo do padrão narinário.

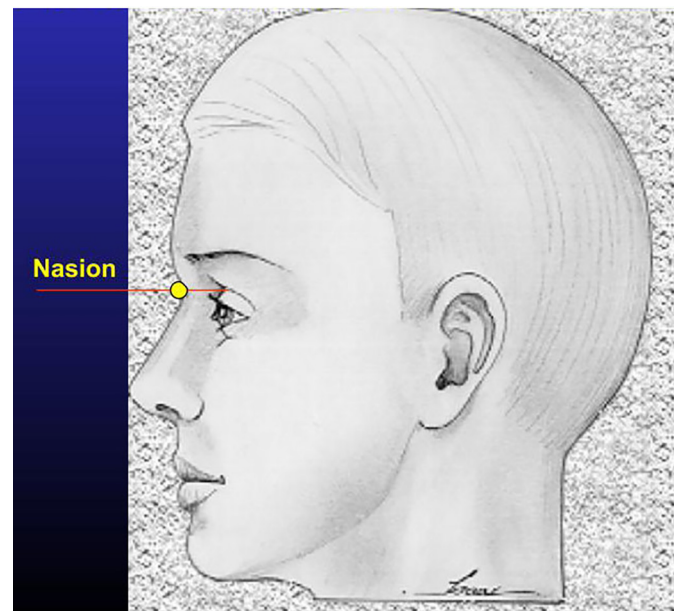
Os pontos utilizados são os seguintes: O Trichion (TR) é o ponto de implantação do cabelo na linha média, nos homens é muito variável. A Glabela (G) é a região determinada pela união das sobrancelhas, que na divisão da face em três partes separa a primeira da segunda parte (Figura 4).

O Nasion (N) é o ponto mais importante do perfil facial, fica localizado na parte mais profunda da sutura fronto-nasal, 4 a 6 mm abaixo da glabela, e



**Figura 4.** Pontos aplicados na antropometria (vistas de frente): Trichion (TR), Glabela (G), Nasion (N), Endocanto (EN), Exocanto (EX), Rebordo Orbitário Inferior (OR), Pronasal (PRN), Alare (AL), Sublare (SBAL), Subnasal (SN), Stomion (STO), Gnathion (GN).

aproximadamente na projeção da pálpebra superior<sup>7,8</sup> (Figura 5). Pronasal (PRN) é o local mais proeminente da ponta nasal, no eixo médio do *apex nasi*. Quando existe ponta bífida são dois pontos para-axiais. O Subnasal (SN) é outro ponto de importância, localizado na junção columelo-labial (Figura 6).



**Figura 5.** Região do Nasion (visto de perfil).



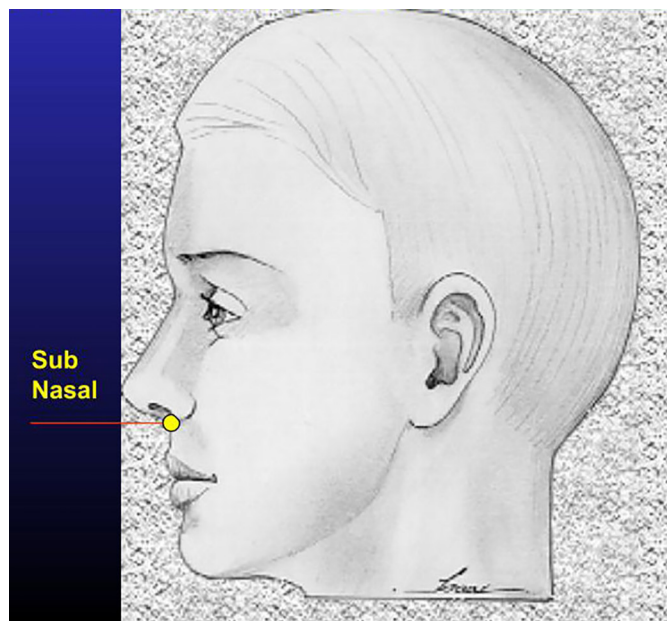


Figura 6. Região da Columela (visto de perfil).

O Maxilo-frontal (MF), ponto lateral que determina a espessura da raiz nasal, é localizado na união das suturas maxilo-frontal. Stomion (STO) é o ponto da união dos lábios. Gnathion (GN), menton ou pogonion é a região mais proeminente do mento. Endocanto (EN) e Exocanto (EX) são os pontos mais interno e mais externo do olho, respectivamente. Alare (AL) é a parte mais lateral das asas, ponto que determina a largura do lóbulo nasal.

O Sublare (SBAL) é o local onde a base alar desaparece na pele do lábio superior. E o Ponto da Curvatura Alar (AC), que é bastante variável, conforme o grupo racial<sup>8</sup> (Figura 7). A relação destes pontos entre si determina distâncias e ângulos que representam os índices de proporção da face.

### ÍNDICES DE PROPORÇÃO DO NARIZ

Os índices de proporção nasal são 16 no total. Determinam o comprimento, a largura, a inclinação e os ângulos do nariz. No eixo vertical há o Comprimento do Nariz (N-SN) e o Comprimento do Dorso (N-PRN). No eixo horizontal, a Largura Nasal (AL-AL), Comprimento da Asa (AC-PRN), Espessura da Asa (AL'-AL'), Largura da Raiz Nasal (MF-MF'), Comprimento da Vertente da Raiz (EN-M), Espessura da Columela (SN'-SN'), Largura do Assoalho Narinário (SBAL-SN). Na vista inferior há o índice da Profundidade da Raiz Nasal (EN-M'), Protrusão da Ponta (SN-PRN), Comprimento da Columela (C'-SN).

As inclinações principais do nariz são as do Dorso (BI) e da Columela (CI). Os ângulos utilizados são três: Nasofrontal (a), Nasolabial (b) e Ângulo da Ponta Nasal

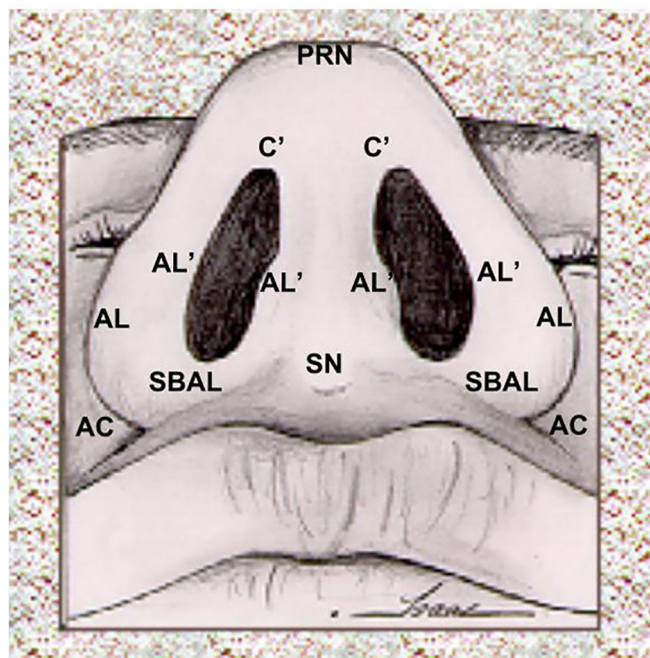


Figura 7. Pontos aplicados na antropometria nasal (visão inferior): Pronasal (PRN), Alare (AL), Espessura da Asa (AL'-AL'), Comprimento da Columela (C'-SN), Subnasal (SN), Sublare (SBAL), Ponto da Curvatura Alar (AC).

(g). Esse último conhecido como ângulo de Joseph<sup>8</sup>. Na prática, estes são os ângulos de referência mais aplicados pelos cirurgiões (Figura 8).

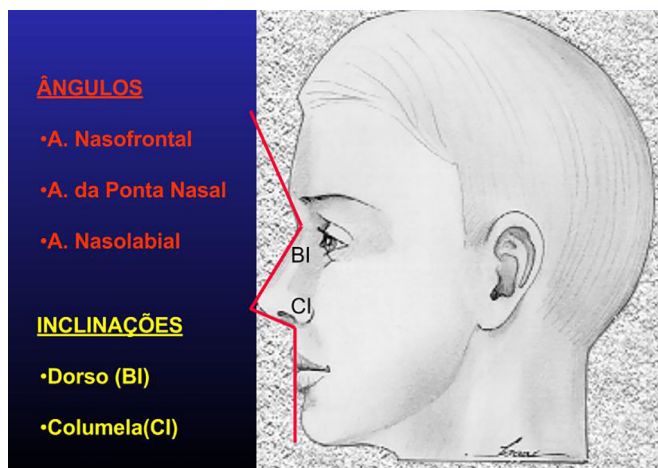


Figura 8. Ângulos de perfil: Ângulo Nasofrontal (a), Ângulo Nasolabial (b) e Ângulo da Ponta Nasal (g). Inclinações: Dorso (BI) e Columela (CI).

O Plano de Frankfurt (F) é uma referência fundamental para o estudo da perfiloplastia; através deste plano, a projeção nasal é determinada. Ele é criado pela união de dois pontos bem determinados. Da parte mais proeminente do tragus, Tragon (T), traça-se uma linha em direção ao Rebordo Orbitário Inferior (OR), que pode ser marcado externamente, na união da pálpebra inferior com a face (Figura 9).

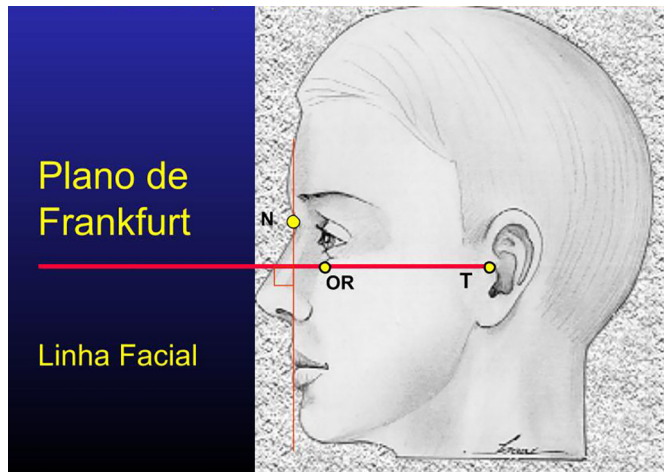


Figura 9. Plano de Frankfurt: linha traçada entre o Trágion (T) e o rebordo orbitário inferior (OR).

Esta linha forma o plano de Frankfurt, e a linha perpendicular a esse plano, que irá cruzar o Nasion, representa o eixo vertical da face, Linha Facial<sup>8</sup>. Outros autores determinam o eixo vertical pela marcação de uma linha que conecta a glabella ao pogonion, Plano Vertical<sup>4</sup>. O ângulo naso-facial é formado entre o eixo vertical da face e a linha que segue o dorso nasal. Nos homens é em média de 360, e nas mulheres discretamente menor, aproximadamente 340. Esse ângulo é que determina a projeção nasal.

Os Padrões Neoclássicos (“Canons”) que envolvem as medidas nasais são seis: Perfil da Face em três partes (testa, comprimento nasal e face inferior); Padrão Nasoaural (implantação da orelha na mesma altura do nariz); Padrão Orbito-nasal, Padrão Naso-facial e Padrão Naso-oral (que determinam a largura do nariz); Inclinação Naso-aural (relação de paralelismo entre o dorso nasal e o maior eixo do pavilhão auricular) (Figura 10).

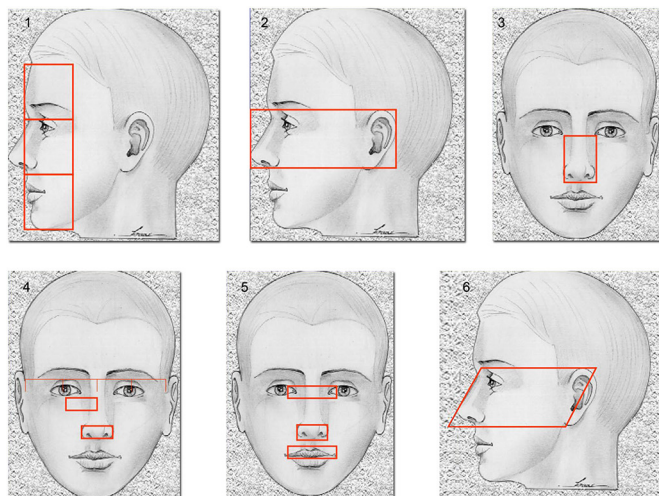


Figura 10. Padrões neoclássicos: 1. Perfil da face em 1/3 (A, B e C); 2. Padrão nasoaural; 3. Padrão orbito-nasal; 4. Padrão nasofacial; 5. Padrão naso-oral; 6. Inclinação nasoaural.

O *Index Nasal* representa o cálculo da espessura dividido pelo comprimento, vezes cem ( $N.I. = \text{espessura} / \text{comprimento} \times 100$ ). Este índice classifica o nariz em três tipos: Leptorino, menor que 60%; Mesorino, entre 60 e 80% e Platirino, maior que 80% (Figura 11).

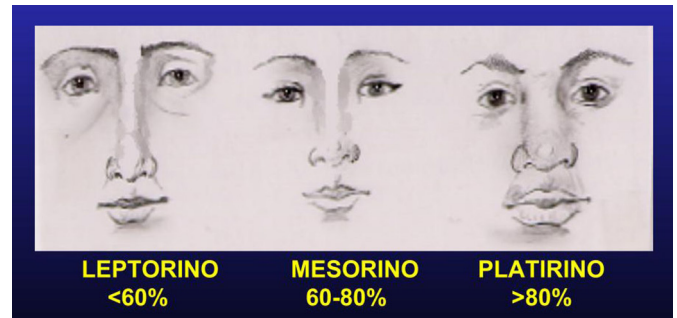


Figura 11. Index Nasal: 1. Leptorino; 2. Mesorino; 3. Platirino.

### ANATOMIA EXTERNA DO NARIZ

O nariz é dividido didaticamente em duas regiões: a parte cefálica e a parte caudal. A parte cefálica é fixa, por ser formada pela pirâmide óssea e a parte superior da cartilagem triangular. E a parte caudal é móvel, sendo também chamada de lóbulo (Figura 12). Existe controvérsia se o termo lóbulo representa apenas a ponta nasal, ou toda a parte móvel.

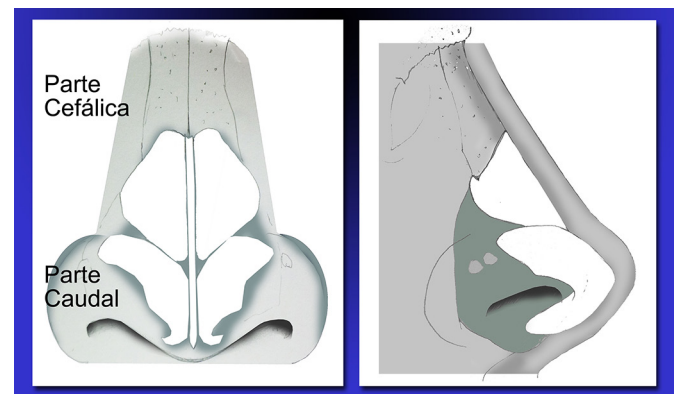


Figura 12. Anatomia externa do nariz: parte cefálica e parte caudal.

A raiz, na porção mais cranial, é limitada pela extensão da linha média do supercílio e inferiormente pela rima palpebral inferior. Também pode ser a região que fica entre o rebordo orbitário superior e o inferior. Na parte mais profunda está o nasion, que está ao nível do sulco palpebral superior. O nasion pode estar alto, no nariz tipo “grego”, ou baixo no nariz “negroide” (Figura 13).

O dorso nasal do ponto de vista cirúrgico é melhor conceituado como a válvula osteo-cartilaginosa, localiza-se entre a raiz e o lóbulo nasal. As medidas mais



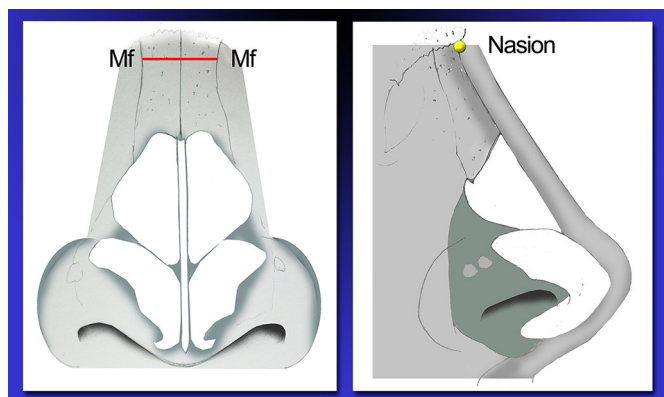


Figura 13. Anatomia externa da Raiz nasal e suas medidas. Largura da Raiz Nasal (MF-MF).

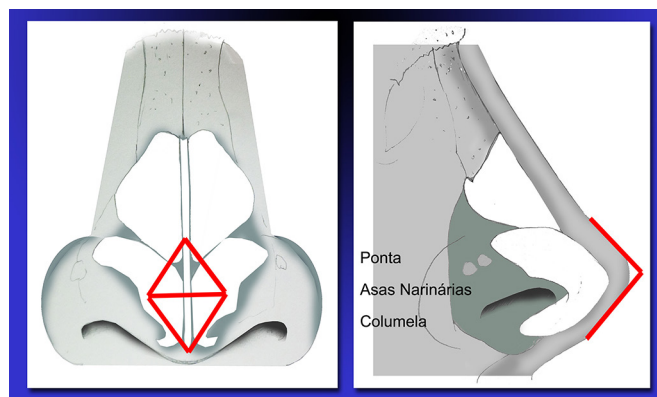


Figura 15. Triângulos isósceles da ponta nasal (Sheen); Dois pontos de luz, região do supra-tip e na junção lóbulo-columelar.

importantes são a espessura e a inclinação do dorso (Figura 14). As linhas dorsais paralelas devem ser a continuação das cristas filtrais.

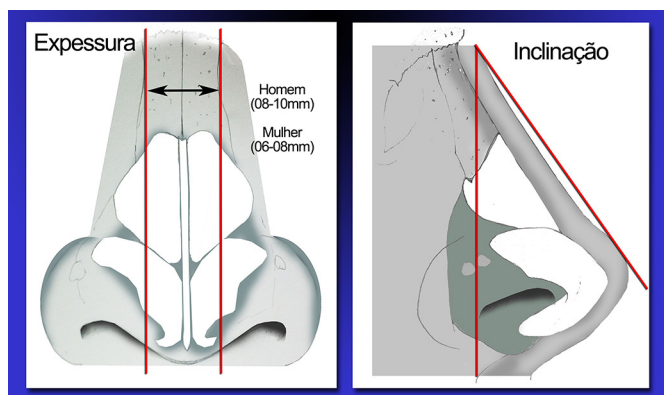


Figura 14. Anatomia externa do Dorso e suas dimensões. O dorso no homem mede entre 8 e 10 mm de espessura, e na mulher entre 6 e 8 mm, A inclinação do dorso é medida pelo ângulo nasofacial (em torno de 36° no homem e 34° na mulher).

O dorso no homem mede entre 8 e 10 mm de espessura, com um perfil discretamente convexo ou reto, e a mulher tem de 6 a 8 mm, com perfil um pouco côncavo. A inclinação do dorso é medida pelo ângulo nasofacial (em torno de 36° no homem e 34° na mulher), que é o mais importante ângulo nasal. Também deve ser observado o desvio da linha média, com alteração de todo eixo, irregularidades e tamanho da giba (óssea e cartilaginosa).

O lóbulo nasal, consiste na ponta (*apex nasi*), asas narinárias, columela e internamente o septo como estrutura de suporte. A ponta é formada pela união das cartilagens alares. Sheen determinou quatro pontos característicos na ponta: dois pontos luminosos (*light reflex*), a região do supra-tip e a junção lóbulo-columelar, formando entre si dois triângulos isósceles<sup>9</sup> (Figura 15).

A projeção da ponta nasal pode ser medida pela distância entre a região pronasal (PRN) e a subnasal

(SN), ou entre PRN e a região de inserção da asa<sup>10</sup> (Figura 16). Existe ainda um ângulo que representa a separação entre as cruras medialis, Ângulo de Divergência; e o ângulo columelo-ponta, que é o Ângulo de Rotação. Este ângulo maior que 50 graus determina a ponta “arrebitada” e quando é menor que 30 graus existe uma ponta “caída”<sup>11</sup>.

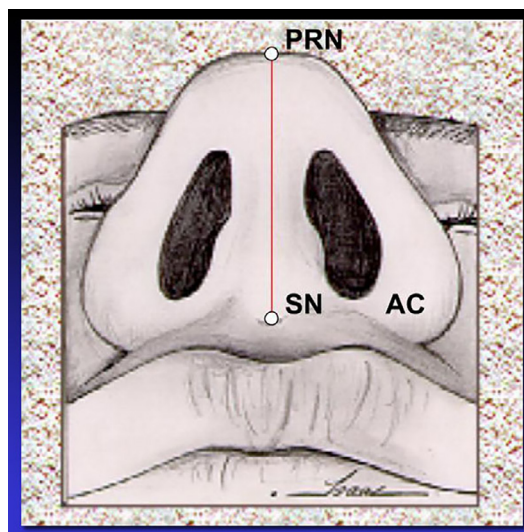


Figura 16. Métodos para medida da protrusão da ponta: Protrusão da Ponta (SN-PRN) e Comprimento da Asa (AC-PRN).

A ponta nasal deve ser estudada quanto a sua espessura, posição, rotação, simetria e projeção. A espessura é determinada pelo tipo de pele e forma das cartilagens alares no dômus. Nos casos de hiperprojeção, existem fatores intrínsecos e extrínsecos que aumentam a ponta. Nariz bulboso pesada é causada por um aumento do ângulo columelar-alar das cartilagens alares, e não tem relação com o índice nasal cefalométrico. Além disso, o nariz bulboso tem normalmente tecido adiposo em excesso presente na ponta do nariz<sup>10</sup>. Os fatores extrínsecos são a maxila avançada, o septo e a espinha

nasal aumentados. Os fatores intrínsecos incluem a cartilagem alar aumentada na *crus medialis* e columela alongada.

Quando a ponta é achatada existe um hipodesenvolvimento ou diminuição destes elementos. Existem várias formas atípicas de ponta: ponta bífida, de “boxer”, em “parênteses”, em “bola”, “caixão” e globosa<sup>10</sup>. No caso da ponta globosa (gordurosa ou sebácea), existe um aumento da espessura da pele e das glândulas sebáceas, o que prejudica o resultado estético final da cirurgia<sup>11</sup>.

A columela se estende da ponta até o lábio, separando as narinas medialmente. Em visão de perfil, ela corresponde a aproximadamente 60% do lóbulo. Esteticamente, a columela deve estar um pouco mais projetada que as asas narinárias. Sua inclinação está relacionada com o ângulo nasolabial, também chamado columelolabial ou septo-labial.

Este ângulo pode ser modificado pela ação de um ligamento dermo-cartilaginoso que se localiza longitudinalmente no dorso e desce entre o dômus em direção à columela. Com a ação da musculatura da mímica ocorre a depressão da ponta nasal. Esta depressão da ponta pode ser tratada com a secção deste ligamento<sup>12</sup>.

A asa nasal é o prolongamento lateral do lóbulo, e é constituída basicamente pelas cartilagens alares. A medida entre as duas asas nasais é a espessura nasal, que nos padrões clássicos de antropometria corresponde a um quinto da face em visão frontal (Figura 17).

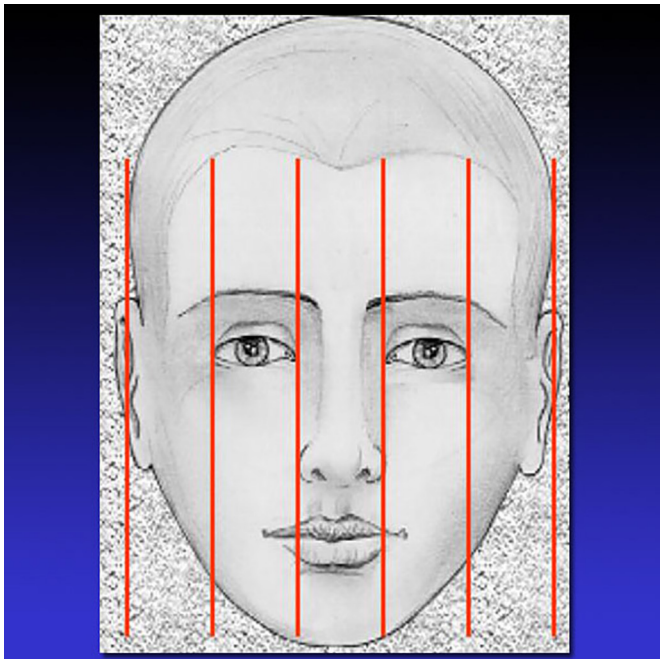


Figura 17. Visão anterior da face, dividida em 5 partes iguais. O nariz no 1/5 central.

## VARIAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS

Harmonia e simetria são elementos da beleza que são universais<sup>6</sup>. No estudo da morfologia nasal é importante o equilíbrio e a proporção naso-facial. Logo, naqueles grupos raciais nos quais existe tendência a uma face larga, com a distância intercantal e protrusão bimaxilar aumentadas, não podemos modificar o nariz a ponto de torná-lo fino e em desproporção com a face. A rinoplastia tem por objetivo nestes casos uma melhor definição dos elementos, respeitando os padrões étnico-raciais.

As variações anatômicas são determinadas por cinco elementos: tipo de pele, camada fibrogordurosa, cartilagem alar, base da asa e pirâmide nasal. Estas variações são particulares de cada grupo racial. Nos pacientes negros a pele é mais espessa na ponta, onde existe uma menor elasticidade e um aumento do tecido subcutâneo acima das alares, o que determina uma menor definição desta região, dando o aspecto bulboso ao nariz<sup>12,13</sup>.

A cartilagem alar apresenta-se fina e pouco desenvolvida nos negros, porém em estudo de 15 cadáveres, Daniel<sup>7</sup> verificou o oposto. O ângulo de divergência entre a cruz medial e a lateral é obtuso, frequentemente maior que 90 graus, e o espaço é preenchido pelo tecido fibrogorduroso. Já a espinha nasal é mais proeminente nos caucasianos. As deformidades da base alar podem ser divididas pela distância interalar e a curvatura da asa.

Normalmente, a distância interalar corresponde à linha cantal medial e nos negros ela está bastante aumentada. A curvatura do bordo lateral da alar é caracterizada por apresentar uma extensão lateral maior que 2 mm da sua implantação na face. No nariz negroide esta distância é reduzida ou ausente. A pirâmide nasal e o dorso são mais projetados nos caucasianos.

Narizes negroides e orientais apresentam a pirâmide óssea alargada, com o dorso deprimido<sup>14</sup>. O ângulo fronto-nasal também varia conforme o grupo racial, sendo mais profundo nos negros, o que aumenta o aspecto de nariz achatado (platirino). Nos caucasianos, o ângulo fronto-nasal é mais alto, aumentando a projeção do nariz, normalmente associado a uma hiperprojeção da ponta (leptorino). Os orientais apresentam o meio termo entre o nariz negroide e o caucasiano (mesorino)<sup>6</sup>.

Os índices cefalométricos são importantes também quando são necessárias reconstruções extensas da face ou nariz, sejam por problemas congênitos ou pós-traumáticos. Um banco de dados com as principais medidas foi colhido de vários grupos étnicos. A escala normal em cada banco de dados resultante foi então estabelecida, fornecendo informações valiosas sobre as principais características faciais<sup>15,16</sup>.

No Brasil existe um grande complexo étnico-racial, que abrange principalmente o caucasiano, o índio nativo e o negro africano. No início do século, a miscigenação aumentou com a imigração de diversos grupos (italianos, alemães e japoneses). O caráter dominante do negro determinou o aparecimento de algumas características no chamado nariz bulbo-negroide.

No entanto, não podemos conceituar um tipo único de nariz no brasileiro. O que encontramos são diversos elementos, de vários grupos raciais, determinando um número muito grande de formas e padrões, que exige um trabalho mais específico em cada região<sup>17</sup>.

Um estudo feito por Farkas et al.<sup>7</sup>, avaliando 200 pacientes brancos de quatro subgrupos diferentes: anglo-saxônico (n = 91), germânico (n = 26), latino (n = 25), eslavo (n = 27) e diversos (n = 31), demonstrou estatisticamente que as diferenças mais significativas ocorriam na parte móvel do nariz (lóbulo). Como a projeção da ponta, maior nos grupos germânicos e menor nos latinos, também o padrão do ângulo da ponta nasal ou inclinação da columela, que variam entre estes grupos. O maior ângulo da ponta (76,5 graus) foi encontrado nos germânicos e o menor nos latinos (70 graus).

### TIPOS DE NARINA

O padrão narinário está diretamente relacionado com o comprimento da columela, a projeção da ponta e a distância interalar, variando de forma significativa segundo o grupo racial. O tipo de narina é classificado conforme um ângulo formado entre uma linha que cruza a base nasal e o maior eixo da narina (Figura 18).

São classificados didaticamente em sete tipos (Figura 19). Durante o crescimento, existe uma modificação deste ângulo, até o nariz atingir seu tamanho final. No recém-nascido a narina é redonda, isto representa 0°; e conforme o grupo racial, sobe para 60° na criança, e finalmente pode ir a 90° no adulto.

O tipo I varia entre 70 e 90° e é característico do nariz anglo-saxônico. No tipo II (55 a 69°) são mais evidenciados os grupos europeus, nos quais a base é discretamente mais curvada que o tipo I. Na narina do tipo III (40 a 54°), base é mais larga e cheia, sendo típica nos países do sul da Europa, Ásia e América Latina.

O tipo IV é uma narina redonda que não apresenta um eixo maior, encontrada em poucos grupos não caucasianos e alguns asiáticos. O tipo V (25 a 39°) e VI (10 a 24°) é mais frequente nos narizes negroides, no qual a base é bastante larga. O último tipo, tipo VII apresenta um eixo negativo (-50 a -20°), é pouco comum mesmo na raça negra e é associado a uma columela larga, com projeção da ponta igual ao tipo VI.

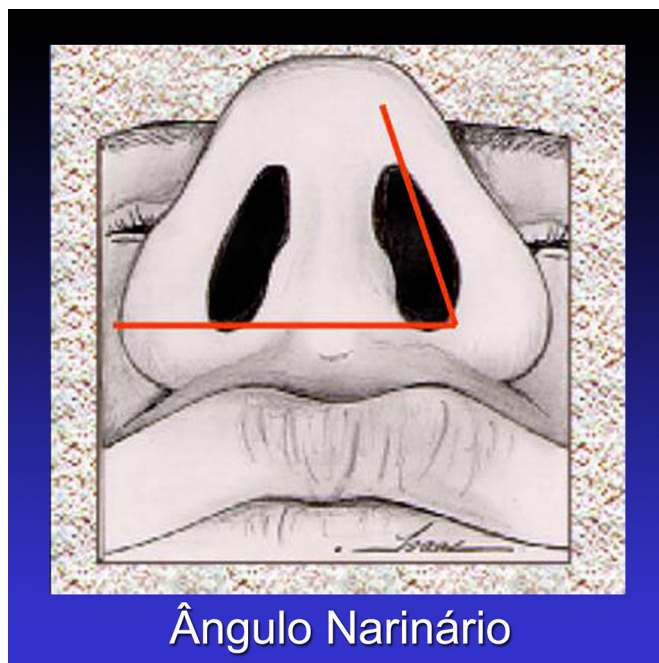


Figura 18. Determinação do ângulo narinário (linha que cruza a base nasal e o maior eixo na narina).

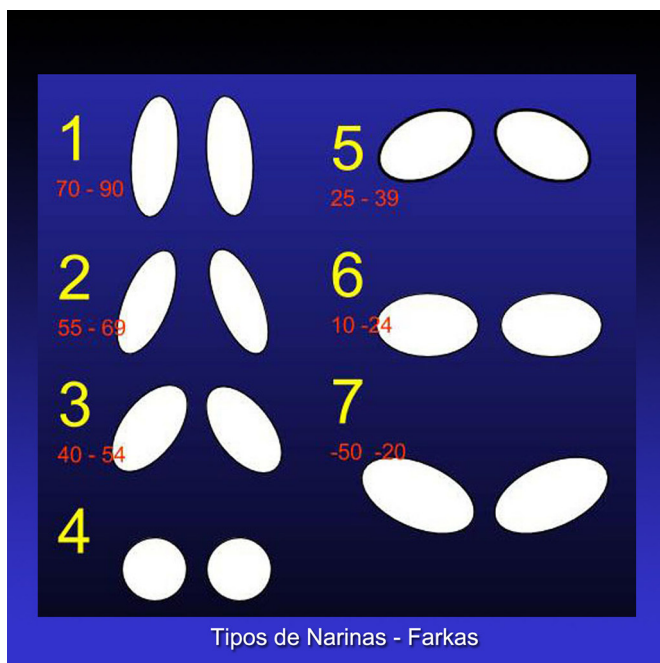


Figura 19. Classificação de Farkas para os tipos narinários: I (70 a 90°); II (55 a 69°); III (40 a 54°); IV (narina sem eixo maior); V, VI e VII (tipos negroides).

A alteração da forma nasal só deve ser determinada após o conhecimento das medidas padrões e tipos étnico-raciais. Quando, mesmo dentro dos parâmetros de normalidade, o nariz apresenta um aspecto inestético, podemos classificar em Alteração de Desarmonia.



Por outro lado, quando realmente existe uma ruptura da harmonia facial com as medidas fora do normal, classificamos como Alteração de Desproporção<sup>7</sup>.

A harmonia significa uma relação ótima de proporção. E a proporção é a relação de medidas que se mantém constantes entre si e em paralelo com outras estruturas. Com relação ao nariz, estes conceitos são totalmente aplicados e o paralelismo é feito com o complexo craniofacial. Há diferentes medidas e proporções entre as estruturas do nariz.

No entanto, não podemos padronizar um tipo básico, já que a face deve ser tida como referência. E esta, por sua vez, se apresenta nas mais variadas formas, influenciadas principalmente pelo caráter étnico-racial. Logo, baseado nos estudos já realizados desde a Renascença por artistas e anatomistas até a época atual por ortodontistas e cirurgiões plásticos, podemos determinar não uma forma exclusiva, mas uma soma de medidas que dentro da normalidade, podem representar um ideal de beleza.

Na década de 50, um ortodontista italiano chegou a declarar que “a beleza não é uma abstração criada da imaginação do artista, mas um fato concreto, desde que seja constituído por características mensuráveis demonstradas em uma correlação biométrica e caracteres somáticos”<sup>4</sup>.

Alguns autores preconizam a utilização da análise cefalométrica de partes moles, juntamente com a aplicação de moldes sobre a fotografia do paciente, para que possa ser realizada uma rinoplastia de precisão<sup>7</sup>. No entanto, na planificação da rinoplastia convencional, a maioria dos cirurgiões utiliza apenas o seu conceito de estética e seu conhecimento dos padrões de medida clássicos, sem, no entanto, fazer um estudo detalhado para cada caso.

A rinoplastia “preditiva” baseada na análise quantitativa, pode oferecer dados precisos de retirada do dorso nasal ou de cartilagens alares<sup>9</sup>. Por exemplo, sendo comparável ao uso da computação gráfica na idealização do resultado final. O que se torna uma proposta ambiciosa, muitas vezes decepcionando o paciente após a cirurgia, pois os resultados reais, por mais experiente que seja o cirurgião, jamais podem ser comparados à simulação computadorizada.

De maneira semelhante, a quantificação prévia do que vai ser ressecado ou modificado pode sofrer interferência de vários fatores, tanto durante o ato cirúrgico como no pós-operatório. Por exemplo, a fibrose decorrente da cicatrização pode alterar a definição das estruturas, prejudicando a forma final do nariz. No entanto, estas alterações não invalidam o método proposto.

Os trabalhos que evidenciam as características raciais<sup>8-12</sup> apresentam os tipos característicos de

cada grupo. No entanto, a opinião do paciente é de fundamental importância. A queixa de cada um, em determinados casos, não reflete a verdadeira alteração existente. Cabe ao cirurgião esclarecer e informar as possíveis modificações, respeitando a vontade de cada um.

Logo, a planificação da rinoplastia só deve ser feita após o conhecimento pleno do que o paciente deseja alterar em seu nariz. O perfil psicológico também deve ser respeitado, sendo melhor evitar, em alguns casos, as modificações radicais da forma nasal.

## CONCLUSÃO

Como conclusão, a morfologia nasal representa uma parte essencial no equilíbrio, harmonia e proporção da face. Vários são os parâmetros utilizados como referência na cefalometria que irão determinar alterações de desarmonia e de desproporção do nariz. O conhecimento destes dados torna-se fundamental para a realização de uma rinoplastia. No entanto, sua utilização não é necessária para cada caso, apenas em alterações extremas.

Finalmente, observamos que não existe um padrão estético único para todo nariz, mas um equilíbrio e adequação com cada face e cada indivíduo. A rinoplastia pode ser a única cirurgia estética que oferece um benefício real de “beleza” ao paciente.

## COLABORAÇÕES

**IRF** Concepção e desenho do estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Seghers MJ, Longacre JJ, Destefano GA. The Golden Proportion and Beauty. *Plast Reconstr Surg*. 1964;34(4):382-6.
2. Bellanger C. *Desenho Artístico: Contendo a nomenclatura anatômica do corpo humano adaptado para as condições brasileiras* por João Medeiros. RJ, BNG/Brasil Art; 1978.
3. Broabent TR, Mathews VL. Artistic relationships in surface anatomy of the face: application to reconstructive surgery. *Plast Reconstr Surg* (1946). 1957;20(1):1-17.
4. Farkas LG, Sohm P, Kolar JC, Katic MJ, Munro IR. Inclinations of the facial profile: art versus reality. *Plast Reconstr Surg*. 1985;75(4):509-19.
5. McCarthy JG, ed. *Plastic Surgery*. Vol. 3. Philadelphia: Saunders; 1990. p. 1785-804.
6. Daniel RK, ed. *Aesthetic Plastic Surgery: Rhinoplasty*. Boston: Little, Brown and Co; 1993.
7. Farkas LG, Kolar JC, Munro IR. Geography of the nose: a morphometric study. *Aesthetic Plast Surg*. 1986;10(4):191-223.
8. Guyuron B. Precision rhinoplasty. Part I: The role of life-size photographs and soft-tissue cephalometric analysis. *Plast Reconstr Surg*. 1988;81:489-99.
9. Sheen JH. *Aesthetic Rhinoplasty*. Vol. 1. St. Louis: CV Mosby; 1987. p. 83-93.
10. Farina R, Cury E, Ackel IA. The prominent nasal tip. *Aesthetic Plast Surg*. 1984;8(3):141-4.
11. González-Ulloa M. The fat nose. *Aesthetic Plast Surg*. 1984;8(3):135-40.

12. Pitanguy I. Surgical importance of a dermocartilaginous ligament in bulbous noses. *Plast Reconstr Surg.* 1965;36:247-53.
13. Pitanguy I. Narizes Bulbo-Negróides: experiência e contribuições pessoais ao seu tratamento. *Rev Bras Cir.* 1971;61(11-12):201-11.
14. de Avelar JM. Personal contribution for the surgical treatment of negroid noses. *Aesthetic Plast Surg.* 1976;1(1):81-8.
15. Beheri GE. Rhinoplasty in Egyptians. *Aesthetic Plast Surg.* 1984;8(3):145-50.
16. Farkas LG, Katic MJ, Forrest CR, Alt KW, Bagic I, Baltadjiev G, et al. International anthropometric study of facial morphology in various ethnic groups/races. *J Craniofac Surg.* 2005;16(4):615-46.
17. Junqueira Júnior AA, Magri LV, Melchior MO, Da Silva AMR, Rodrigues da Silva AMB, Rodrigues da Silva MAM. Facial anthropometric analysis of a healthy group of young Brazilian adults by means of stereophotogrammetry technique. *Rev Odontol UNESP.* 2016;45(3):139-45.

---

**\*Autor correspondente:**

**Isaac Rocha Furtado**

Avenida Dom Luis, 1233, sala 606 - Meireles - Fortaleza, CE, Brasil

CEP 60160-230

E-mail: dr.isaacfurtado@gmail.com