

ARTIGO ORIGINAL

CIRURGIA RECONSTRUTIVA DA PIRÂMIDE NASAL RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE NASAL PYRAMID

Pedro Machado de Sousa*, Carlos Alexandre**, Canas Marques***, João Marta Pimentel****

RESUMO:

A pirâmide nasal é uma estrutura complexa, com um importante papel estético e funcional. Qualquer perda de substância (traumática ou cirúrgica) pode acarretar alterações quer na estética da pirâmide quer na sua função. Deste modo, a cirurgia reconstrutiva do nariz deve ter por objectivos a restauração da estética nasal, sendo para tal necessário respeitar as subunidades nasais, e a preservação da função, principalmente quando existe lesão do esqueleto osteo-cartilaginoso.

Numerosas técnicas reconstrutivas têm sido descritas, contudo, a escolha deverá assentar sempre nas técnicas mais fiáveis, reprodutíveis e cujos resultados sejam os mais satisfatórios. Este artigo tem por objectivo a sistematização da pirâmide nasal sob o ponto de vista reconstrutivo e a descrição das principais técnicas para cada subunidade nasal.

PALAVRAS-CHAVE:

Pirâmide Nasal, Cirurgia Reconstrutiva.

SUMMARY:

The nose is a complex structure, with an important esthetical and functional part. Any lost of substance (traumatic or surgical) can compromise one or both functions. So being, reconstructive surgery of the nose must aim the restoration of the esthetics, having in mind the nasal sub-unities, and the preservation of its function, mainly when there's an osteocartilaginous lesion.

Many reconstructive techniques have been described, however, the surgeon's choice should favor those which are easily reproducible and give the most satisfactory results. The authors propose a systematization of the nasal pyramid and will describe the main techniques suitable for each nasal sub-unity.

KEY-WORDS:

Nasal Pyramid, Reconstructive Surgery.

CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS

A pirâmide nasal é constituída por três camadas de tecido, nomeadamente a mucosa, o esqueleto osteocartilaginoso e a pele.

Do ponto de vista reconstrutivo pode ser dividida em ponta, região alar, região lateral, columela e dorso.

A pele que reveste a pirâmide nasal tem um certo grau de mobilidade sobre a parte óssea e cartilagens triangulares, sendo praticamente fixa aos tecidos subjacentes ao nível das cartilagens alares. Do ponto de vista cirúrgico, a pele varia enormemente de doente para doente, contribuindo para tal, entre outros factores, a actividade das glândulas sebáceas.

Em relação aos retalhos, quanto mais intensa a actividade das glândulas sebáceas, maior a dificuldade de se conseguir bons resultados estéticos.

CONSIDERAÇÕES ANATOMOPATOLÓGICAS

Os tumores mais frequentes da pirâmide nasal são o carcinoma de células basais (maioria) e o carcinoma de células escamosas.

O carcinoma de células basais pode ocorrer em qualquer ponto da pirâmide tendo, no entanto, especial predilecção pelo sulco genio-alar.

* Interno do Internato Complementar de ORL do Hospital Garcia de Orta
** Assistente Hospitalar de ORL do Hospital Garcia de Orta
*** Chefe de Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial do Hospital Garcia de Orta
**** Director de Serviço de ORL do Hospital Garcia de Orta - Almada

Esta localização coloca alguns problemas devido à irregularidade da superfície e à forma de crescimento atípica destes tumores, que além do crescimento superficial, poderão crescer em profundidade, dificultando a sua ressecção.

Nesta área poderá estar indicada a realização de um retalho livre de pele temporário, após a ressecção tumoral, no sentido de um controlo mais apertado de uma eventual recidiva.

RECONSTRUÇÃO

A reconstrução dos defeitos da pirâmide nasal segue as regras gerais para os tumores da face. Deste modo, poder-se-á dividir a reconstrução em sutura directa, enxertos livres de pele e retalhos. Os primeiros dois métodos são úteis quando a perda de substância limita-se à pele, enquanto os retalhos têm maior aplicação nas perdas concomitantes de tecido subjacente.

Sutura Directa

A exeresse em elipse seguida de sutura directa é um método simples e bastante utilizado, sendo, no entanto, necessário respeitar determinadas condições.

Em primeiro lugar, a perda de substância passível de ser encerrada por sutura directa está dependente da zona ressecada.

Na área das cartilagens alares, a fixação da pele ao tecido subjacente torna praticamente impossível um encerramento deste tipo, enquanto na ponta já são possíveis encerramentos de pequenos defeitos, sendo o resultado mais favorável caso o defeito se encontre na linha média.

Na zona dos ossos próprios do nariz e cartilagens triangulares, o encerramento directo pode ser utilizado com maior liberdade, devido à já referida facilidade de descolamento da pele e tecido celular subcutâneo nestas áreas.

O eixo da cicatriz deverá respeitar as linhas de Langër e a orientação do próprio tumor. Se não for possível respeitar uma orientação favorável, dever-se-á optar por outro tipo de reconstrução.

Por último, a tensão exercida na sutura não deve ser exagerada, com prejuízo no plano funcional e estético.

Enxerto livre de pele

Um enxerto livre de pele consiste num fragmento de tecido cutâneo destacado de um local dador e colocado numa zona receptora, onde será fixado. Progressivamente o enxerto adapta-se à zona receptora, fixando-se aos planos subjacentes.

No caso da pirâmide nasal, a maior parte dos enxertos realizados são de pele total (epiderme, derme e córion subjacente).

A actividade das glândulas sebáceas na zona receptora deve ser cuidadosamente avaliada, pois em caso de hiperactividade, o contraste em termos de textura com o material dador, bem como a reacção inflamatória em volta da sutura, tornam o resultado estético menos aceitável.

Por outro lado, este método não deverá ser aplicado em defeitos com extensão profunda. As indicações para este tipo de enxerto são principalmente alterações actínicas multifocais e carcinomas in situ. As zonas dadoras mais frequentemente utilizadas são a pele retro-auricular, para pequenos defeitos, e a região supraclavicular, nos defeitos mais extensos.

Retalhos

A face tem caracteristicamente áreas onde a pele e o tecido celular subcutâneo são consideravelmente laxos, nas quais é possível disponibilizar tecido para a confecção de retalhos locais. No que diz respeito à reconstrução da pirâmide nasal, a região fronto-glabelar e a região nasogeniana são as áreas dadoras mais utilizadas.

Além de fornecerem o tecido necessário à reconstrução, é possível, na maioria dos casos, o encerramento do defeito secundário por sutura directa, com resultados estéticos bastante aceitáveis.

A rica vascularização destas zonas permite a realização de inúmeros tipos de retalhos, com diferentes eixos, que foram sendo descritos ao longo do último século por diversos autores. A descrição e o domínio de todos os retalhos descritos não é possível, nem desejável, sendo contudo essencial um conhecimento alargado sobre a anatomia da região, optando-se a partir daí pelo método reconstrutivo mais conveniente e no qual se possua uma boa experiência.

UTILIZAÇÃO DE RETALHOS PARA PEQUENOS DEFEITOS DA PIRÂMIDE NASAL

Na maioria das perdas de substância consideradas de pequena dimensão, exceptuando as da região alar, a estrutura osteo-cartilaginosa da pirâmide está conservada.

Quando se impõe a realização de um retalho, este vai ser determinado pela área nasal que se pretende reconstruir;

Região Lateral Inferior

Na região lateral inferior da pirâmide nasal, um pequeno defeito pode ser convenientemente encerrado utilizando-se um retalho nasogeniano.

A transferência do material dador pode ser feita num único ou em dois tempos operatórios. A área nasogeniana é uma das mais consistentes em termos de área dadora, embora a área máxima difira de doente para doente. Contudo, na maioria dos adultos é possível confeccionar um retalho com pelo menos 1 cm.

O defeito secundário é encerrado por sutura directa na maioria das vezes. Este retalho de transposição pode ter pedículo superior

ou inferior, dependendo do tamanho, forma e local do defeito, embora opte-se na maioria das vezes por um pedículo superior.

A zona pediculada deve ser baixa o suficiente para se evitar um ectropion, ao mesmo tempo que deve evitar-se a transposição de pele com folículos pilosos, por motivos estéticos.

Região Lateral Superior

À medida que avançamos para a região superior da pirâmide, o retalho nasogeniano torna-se menos útil, optando-se nestes casos por um retalho da região glabelar ou da região frontal.

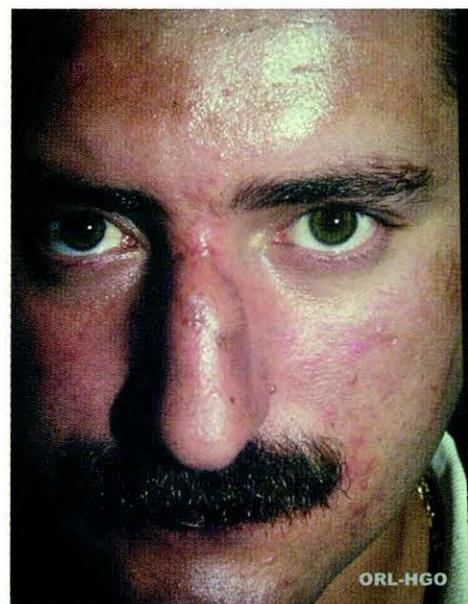
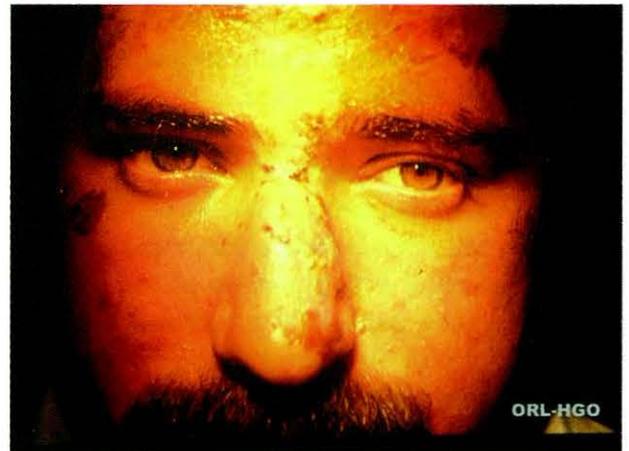


FIGURA 1- RETALHO DA REGIÃO GLABELAR.

O retalho vertical da região frontal tem um alcance maior e está particularmente indicado quando o defeito é demasiado baixo para um retalho de glabella e demasiado alto para um retalho nasogeniano.

Normalmente implica dois tempos cirúrgicos, excepto se o pedículo for transposto através de um plano subcutâneo.

Contudo, em termos de viabilidade e resultado estético final, é preferível a confecção deste retalho em dois tempos.

Dorso da Pirâmide Nasal

As perdas de substância da linha média ou dorso da pirâmide nasal são na maioria dos casos reconstruídas com um retalho glabellar, principalmente se o defeito se situar nos dois terços superiores do nariz.

Ponta da Pirâmide Nasal

Nos defeitos da ponta, a escolha do retalho depende da forma do defeito, da proximidade do rebordo nasal e da perda em profundidade. Assim, para perdas de substância menores que 2 cm, poder-se-á obter por um retalho local, como o retalho bilobado, o retalho musculo-cutâneo do transverso do nariz, o retalho de rotação de Rieger ou o retalho de avanço vertical do dorso nasal.

No caso do retalho bilobado, embora seja versátil, permitindo a reconstrução num único tempo cirúrgico, factores como o tipo de defeito, a pele do doente e a experiência do cirurgião induzem uma elevada variabilidade nos resultados estéticos finais.

O retalho musculo-cutâneo do transverso do nariz consiste num retalho de avanço, com pedículo vascular, no qual são descoladas as fibras inferiores do músculo transverso do nariz, ao nível do orifício piriforme, procedendo-se igualmente à dissecção do plano pericondrial a nível do bordo superior da cartilagem alar. Procede-se seguidamente ao avanço do retalho em direcção da ponta do nariz e ao encerramento em dois planos.

O retalho de rotação de Rieger é uma técnica algo complexa, que requer a dissecção de quase toda a pirâmide nasal, no mesmo plano da rinoplastia (acima do perióstio e pericôndrio), e onde se efectua uma rotação a partir de um ponto situado ligeiramente para dentro do cantus interno do olho, do lado oposto à perda de substância.

Deve ser evitado no doente jovem, devido à imprevisibilidade da cicatrização.

O retalho de avanço vertical do dorso do nariz consiste num retalho em U onde a vascularização é assegurada pelos ramos longitudinais das artérias angulares.

Este retalho deve ser simétrico, o seu comprimento poderá ser duas vezes superior à largura, e a dissecção efectua-se num plano profundo, justa-periostico.

Pode também ser utilizado em defeitos do terço inferior do dorso do nariz.



FIGURA 2- RETALHO DA REGIÃO FRONTAL

Nos casos de perda de substância superior a 2 cm, está indicada a realização de retalhos regionais, principalmente o retalho nasogeniano de pedículo superior ou o retalho frontal de pedículo longo.

Nos casos em que a perda de substância prolonga-se para a região lateral, o retalho nasogeniano está mais indicado, sendo o retalho frontal mais apropriado para os defeitos com extensão superior.

No caso do retalho nasogeniano, a distância entre a zona dadora e a receptora é significativa, pelo que o pedículo entre as duas é deixado durante três semanas, ao fim das quais é seccionado e a zona receptora revista.

No retalho frontal de pedículo longo pode-se optar pela colocação de expansores cutâneos na região frontal num primeiro tempo cirúrgico, de modo a aumentar a área dadora e permitir o encerramento do defeito secundário por sutura directa.

Região Alar

As perdas de substância da região alar podem ser divididas em superficiais e profundas, com perda de vários ou todos os planos da asa do nariz.

Nos casos de perda de substância superficial podem ser utilizados retalhos locais, como o bilobado ou regionais, nomeadamente o retalho nasogeniano de pedículo superior.

As perdas de substância em vários planos devem ser reconstruídas em dois ou mais tempos cirúrgicos, utilizando-se um retalho para dar forma à asa do nariz e outro de revestimento.

Na maioria das vezes, é prefabricado um enxerto composto na zona dadora, habitualmente com cartilagem auricular, de modo a simular o defeito a reconstruir. Os enxertos compostos são constituídos por duas ou mais estruturas tecidulares diferentes, nomeadamente pele, cartilagem, mucosa ou gordura.



FIGURA 3- RETALHO NASOGENIANO

A revascularização destes enxertos ocorre em toda a margem dérmica.

Os enxertos mais utilizados são os condro-cutâneos e os condro-mucosos.

Os enxertos condro-cutâneos são colhidos no pavilhão auricular e utilizados na reconstrução da asa do nariz e ponta.

Este tipo de enxerto requer algum cuidado no seu manuseamento e sutura.

Todos os factores locais ou sistémicos que reduzam a vascularização na superfície de contacto entre a zona receptora e o enxerto, como a radioterapia prévia, doenças de pele com hipoperfusão da mesma e tecido cicatricial não excisado, comprometem sobremaneira a sua viabilidade.

Os enxertos condro-mucosos podem ser colhidos ao nível do septo nasal, bordo inferior da cartilagem triangular ou bordo superior da cartilagem alar, para serem igualmente utilizados nas reconstruções da asa do nariz.

RECONSTRUÇÃO DE GRANDES PERDAS DE SUBSTÂNCIA DA PIRÂMIDE NASAL

A reconstrução de uma amputação parcial ou total da pirâmide nasal com um resultado esteticamente aceitável é um dos exercícios mais exigentes na cirurgia reconstructiva facial.

Nas grandes ressecções da pirâmide nasal devem estar presentes equipas multidisciplinares, onde se inclui o cirurgião plástico com experiência na área.

Nas perdas de substância parciais do nariz é necessária a confecção de um retalho composto, para a reconstrução do plano mucoso, cartilaginoso e cutâneo.

A reconstrução do plano mucoso é feita com mucosa septal. Na reconstrução do plano cartilaginoso utiliza-se cartilagem auricular (concha).

O plano cutâneo é confeccionado com um retalho frontal de base inferior ou lateral, e cuja forma é definida pelo defeito a reconstruir.

A reconstrução total do nariz sofreu alguns avanços importantes ao longo das últimas décadas, principalmente com os trabalhos de Millard, Converse e Burget. Um dos factores que contribuiu para o relativo insucesso estético das primeiras intervenções foi a falta de suporte dos retalhos realizados. A confecção deste suporte constitui um dos conceitos principais na rinopoeise actual.

A confecção do suporte da pirâmide nasal, tal como Millard descreveu, é realizada através de um retalho nasogeniano bilateral tunelizado para a reconstrução da região alar e columela, associado a um retalho glabellar.

A reconstrução do plano mucoso pode ser feita com mucosa septal, caso esta esteja disponível ou com mucosa dos cornetos.

O plano osteo-cartilaginoso é habitualmente confeccionado com osso da crista ilíaca e cartilagem do pavilhão auricular. É importante a sua fixação aos ossos próprios do nariz restantes, a fim de estabilizar o retalho cutâneo de cobertura.

Existem vários tipos de planos cutâneos de cobertura, nomeadamente os retalhos frontais, o retalho de Converse e os retalhos fronto-parieto-retro-auriculares de tipo Washio. O retalho frontal é um retalho fiável, de pedículo inferior, capaz de fornecer uma superfície cutânea significativa e uma cicatriz aceitável.

Têm sido descritas várias formas para este retalho, mas a que melhores resultados parece trazer é em forma de "voo de gaivota", onde a "cabeça" é utilizada para a columela, ambas as "asas" para recobrir a região alar e o "corpo" a restante porção da pirâmide.

O eixo do retalho depende da altura da região frontal.

CONCLUSÃO

A cirurgia reconstrutiva da pirâmide nasal é uma área complexa da cirurgia cervico-facial, com diversas opções, onde o conhecimento anatómico, a experiência do cirurgião e a correcta avaliação pré-operatória são pilares fundamentais para a obtenção de resultados encorajadores.

A sistematização das diferentes áreas nasais e as respectivas opções reconstrutivas facilitam o planeamento cirúrgico.

Neste artigo, os autores descreveram as opções reconstrutivas mais consensuais na bibliografia, algumas delas amplamente utilizadas no Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial do Hospital Garcia de Orta, tentando deste modo contribuir para uma sistematização simples e prática da problemática reconstrutiva nasal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 MILLARD DR; Total Reconstructive Rhinoplasty and a Missing Link. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1966, 37-167.
- 2 CONVERSE JM; Full-thickness loss of nasal tissue. In *Reconstructive Plastic Surgery*, 2nd ed., Saunders, 1977, 1209.
- 3 MCGREGOR, I; MCGREGOR F; The Nose. In *Cancer of the Face and Mouth*, Churchill Livingstone, 1986, 255-270.
- 4 JOURDAIN A, GUICHARD S; Les Reconstructions Nasales Partielles. In MONTREUIL C, BESSÈDE J-P, *Chirurgie des Tumeurs Cutanées de la Face*, Société Française de ORL-CFC, 2002, 131-176.
- 5 ZANARET M; Reconstruction Totale de la Pyramide Nasale. In MONTREUIL C, BESSÈDE J-P, *Chirurgie des Tumeurs Cutanées de la Face*, Société Française de ORL-CFC, 2002, 177-182.
- 6 MEYER R. Aesthetic Aspects in Reconstructive Surgery of the Nose. *Ann Chir Plast Esthét* 1992; 37: 145-153.