

Nariz Torto e sua Correção Cirúrgica Funcional

Armando González Romero

Introdução

O nariz é um órgão altamente especializado dentro do sistema respiratório. É essencial para a homeostase. A modificação patológica de sua forma produz mudanças na fisiologia respiratória que originam doenças.

Do ponto de vista estético, o nariz tem um papel principal na harmonia do rosto, porque dá à face uma de suas características distintivas, junto com as demais proeminências esqueléticas da face.

No nariz torto, tanto a pirâmide nasal externa quanto as estruturas intranasais encontram-se alteradas patologicamente. Sua correção cirúrgica deve ser feita em qualquer idade.

Etiologia

A posição central e proeminente do nariz no conjunto anatômico da face, expõe o mesmo, ainda antes do nascimento e, também muito mais tarde, a lesões traumáticas e a alterações do desenvolvimento normal. Terminam, às vezes, em uma anomalia do seu crescimento ou em desvios assimétricos da pirâmide nasal, que a deslocam do plano centro-medial da face. O nariz adquire um aspecto torto, mais evidente no dorso nasal, quando é examinado na posição frontal.

O nariz torto é modificado em seu esqueleto ósseo (terço superior) e em seu esqueleto cartilaginoso (terços médio e inferior). Geralmente, os traumatismos são originados por uma força lateral aplicada na pirâmide nasal, que fratura algum ou todos os seus componentes anatômicos. Os ossos nasais e a processo frontal do maxilar são os mais freqüentemente danificados.

Além disso, o septo sempre é deslocado da linha mediana da face, seja em sua porção óssea (lâmina perpendicular do etmóide e do vômer) ou em sua porção cartilaginosa (cartilagem quadrangular) ou, mais freqüentemente, em ambas as porções, deixando uma cavidade nasal ampla e outra estreita, originando a obstrução na área valvular.

Fisiopatologia

Na ausência de trauma, a cartilagem septal é reta.

Cada lado da cartilagem tem uma tensão interna, uniformemente equilibrada, que é originada pelo pericôndrio.

As lesões traumáticas geralmente causam danos unilaterais à cartilagem e a seu pericôndrio, resultando em um estresse dominante de um lado sobre o outro.

A camada interna de pericôndrio prolifera em um crescimento pela “aposição” (diferenciação dos fibroblastos em condroblastos).

Com o tempo, o lado “dominante” exerce uma tensão na cartilagem, que resulta em uma convexidade ipsilateral ao local da lesão.

Manifestações clínicas

A forma e a função são modificadas patologicamente no nariz torto. A forma assimétrica origina uma falta de harmonia facial, com repercussão adversa na estética.

As funções nasais alteradas (acondicionamento do ar, regulação dos fluxos aéreos nasais e os reflexos naso-pulmonares) originam repercussões em todo o sistema respiratório.

As alterações na região valvular alteram a capacidade nasal para dirigir o fluxo aéreo intranasal. O paciente tem a sensação de obstrução da via aérea nasal do lado estreito.

Os receptores sensitivos do nervo trigêmeo (V par) detectam as mudanças no padrão do fluxo laminar (velocidade, pressão e sentido do fluxo de ar inspirado). A Rinomanometria pode medir e registrar esta situação. O sintoma principal do paciente é: obstrução nasal uni ou bilateral alternada, que não responde a descongestionantes nem corticosteróides nasais.

A área valvular, e em especial a válvula nasal (válvula interna, “*ostium internum*”) pode estar colapsada em uma das fossas nasais. Sua manifestação principal caracteriza-se pela obstrução nasal. Quando esta é crônica, propicia as infecções nasossinusais, rinofaringeas e da orelha média. Em uma grande porcentagem, nestes casos, aparece o ronco e a apnéia durante o sono.

Diagnóstico clínico

O diagnóstico clínico está baseado na história clínica, no exame físico do nariz e nos estudos radiológicos.

História clínica.

Na maioria dos casos, existe o antecedente de um traumatismo recente, que faz o paciente procurar o médico. Não obstante, em alguns casos, a causa do nariz torto não é conhecida, mas pode-se supor que se originou por uma força que empurrou o nariz para fora da linha mediana da face, e que, gradualmente, por fatores de cicatrização, ou fatores do crescimento, o nariz sofreu o desvio.

Pode ocorrer com uma história de: sinusite, rinite alérgica, síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), cirurgia nasal prévia.

Exame Físico

O aspecto do nariz pode mostrar:

- pirâmide nasal desviada;
- dorso nasal torto (desviado);
- columela e borda caudal do septo deslocados para um lado da linha média.

Rinoscopia anterior: (antes e depois de usar descongestionante tópico no nariz) com:

1. rinoscópio, 2. endoscópios (de 0° e 30° - 4mm).

Examinar: 1. o septo nas cinco áreas de Cottle;

2. a parede lateral e,

3. a rinofaringe.

- O septo pode estar curvado, reto, mas deslocado da linha média, ou ter esporões que impactam na parede lateral. De importância primordial é avaliar a válvula nasal e a manobra de Cottle.
- Na parede lateral é importante avaliar a cor da mucosa, o tamanho e a forma dos cornetos, assim como os meatos – especialmente o médio.
- Rinofaringe: cauda dos cornetos, rinorréia posterior, neoplasias.

Estudos radiográficos

- Tomografia computadorizada: excelente para avaliar a pirâmide e o septo nasal.
- Indispensável para os convênios e seguros médicos.
- O RX simples tem pouco valor, pois não mostra o septo cartilaginoso.

Rinomanometria (opcional).

- rinomanometria,
- rinometria acústica.

Os resultados não são sempre reproduzíveis, porque são afetados por vários fatores e nem sempre se correlacionam com os sintomas subjetivos do paciente. Estes estudos são muito úteis na investigação do comportamento dos fluxos intranasais e na obstrução nasal, mas têm pouco valor clínico na tomada de decisões para escolher o tratamento cirúrgico ou medicamentoso.

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico do nariz torto está condicionado a vários fatores: idade do paciente, tipo de alteração anatômica e experiência do cirurgião.

No recém-nascido, a pirâmide nasal pode ter sido deslocada pela compressão de algum segmento corporal contra o nariz durante a vida intrauterina, ou durante a passagem pelo canal do parto. Nestes casos, o tratamento com manobras fechadas deve ser aplicado imediatamente.

Nos traumatismos nasais durante o período de crescimento na infância, é muito importante reconstruir anatomicamente todos os elementos septais e do nariz, de modo que o crescimento da pirâmide nasal seja simétrico e harmônico. Deve-se pôr ênfase na cartilagem septal, para que esta permaneça em contato íntimo com o resto do septo ósseo e fixo à espinha nasal anterior, a fim de que a força dos vetores do crescimento, desde a base craniana e os maxilares, transmita harmonicamente o estímulo do crescimento. Nesta etapa do crescimento, devem ser evitadas as grandes ressecções septais para não deixar os espaços “mortos” que possam impedir a transmissão dos vetores de crescimento.

A técnica cirúrgica que utilizamos para a septoplastia é: “**a via maxila-pré-maxila**” de Maurice H. Cottle, e para a reconstrução funcional da pirâmide nasal, utilizamos em 90 % dos casos, uma abordagem endonasal (fechada) com técnica

de Joseph, modificada. Nos 10% restantes, utilizamos a abordagem externa (aberta) de Rethi.

Após a adolescência, podem modificar-se, com fins estéticos, a totalidade das estruturas nasais sem o risco de alterações no crescimento. Não obstante o processo de cicatrização deve ser considerado, podendo demorar até anos, e até alterar a posição do nariz.

Sempre que seja possível, a abordagem endonasal é a preferida, pois é mais conservadora da integridade anatômica e a dissecação cirúrgica é mais limitada, favorecendo também uma quantidade menor de tecido de cicatrização. Não obstante, há pacientes com alterações maiores do septo e da pirâmide nasal, que requerem uma abordagem externa (aberta), com o propósito de expor melhor a anatomia nasal e corrigir com enxertos (autógenos) ou suturas, os elementos deformados, levando o septo e à pirâmide nasal à linha média da face.

No tratamento cirúrgico do nariz torto, o fundamental é corrigir os desvios septais, porque o septo é que estabiliza e dá sustentação ao dorso e à ponta nasal. Nos traumatismos antigos, há uma assimetria da pirâmide nasal, porque o septo cartilaginoso unido às cartilagens lateral superiores, como uma única estrutura, encontra-se torto ou deslocado. Para seu correto tratamento, é necessário separar essa união e recolocar as cartilagens na linha média, sem tensões cicatriciais. Por essa razão a seqüência cirúrgica começa com o septo e a pirâmide nasal é corrigida finalmente, com osteotomias específicas, de acordo com cada caso.

Abordagens endonasais do septo:

- fechada (reduções)
- Técnica de Killian, (em desuso)
- Técnica de Metzenbaum
- Técnica de Cottle (via maxila-prémaxila)

Abordagem externa à pirâmide rinosseptal

- Técnica de Rethi (via transcolumelar).

Abordagem fechada

Não é feito nenhum tipo de incisão. Está particularmente indicada nos desvios rinosseptais do recém-nascido. Deve se tomar em conta o seguinte:

- a criança é um respirador nasal. Não usar tamponamento;
- a maior parte do septo é cartilaginoso;
- não requer anestesia. (fibras amielínicas);
- correção com instrumento sem corte;
- ferulização somente externa, com adesivos (micropore).

Técnica de Killian. Baseada na extirpação da maior parte do septo, deixando somente um segmento dorsal e outro anterior (caudal) do septo cartilaginoso com, no mínimo 1 cm de largura, para conservar o suporte e evitar afundamentos. Ao deixar a borda caudal septal, não se corrigem os desvios anteriores do septo nem da ponta do nariz. Também não permite extirpar os esporões ósseos maxilares. Embora na atualidade ainda muitos cirurgiões a utilizem como abordagem para obter enxertos cartilagosos septais, o consenso geral, é de que não é uma técnica funcional pois deixa um septo flácido e com pouca sustentação para o dorso e ponta do nariz.

Técnica de Metzemaum. Permite mobilizar o segmento anterior (caudal) desviado da cartilagem, desarticulando-o da inserção óssea no sulco maxilar, e corrigindo o desvio, mediante incisões na cartilagem, deixando-o unido a um segmento mucoso como se fosse uma “porta batente”.

Técnica cirúrgica: septo. Via Maxila-pré-maxila (Cottle).

Partindo da técnica de Metzemaum, Cottle baseia sua técnica no conhecimento de uma anatomia especial que descreve a existência de “fibras cruzadas” que unem a parte anterior e basal da cartilagem septal ao sulco formado pela união das porções horizontais dos maxilares primários (pré-maxila). As fibras são cruzadas na união condro-óssea e se continuam com o perióstio e a espinha nasal anterior. Estas fibras impedem que a dissecação da mucosa possa ser continuada além da junção condro-óssea septal. Para poder eliminar os esporões ósseos maxilares, devem dissecar-se túneis inferiores subperiósticos e cortar as “fibras cruzadas” para se unir - sem perfurar a mucosa septal - à dissecação subpericôndrica (superior).

A seqüência técnica é seguinte:

- incisão hemitransfixante;
- dissecação mucopericôndrica bilateral (túneis superiores);
- dissecação mucoperióstica bilateral (túneis inferiores);
- ressecção precisa, do excesso septal;
- reconstrução septal e sutura do bordo caudal;
- não deixar espaços “mortos”;
- sutura transfixante dos retalhos mucopericôndricos;
- sutura de incisão hemitransfixante.

Observações

- **O plano de dissecação deve ser preciso: não se deve penetrar no plano submucoso**
- **A “memória” da cartilagem está no pericôndrio.**
- **Dissecação unilateral > cicatrização unilateral > possibilidade de desvios.**
- **Os vasos sangüíneos correm entre o pericôndrio e a mucosa. O espaço subpericôndrico é avascular, portanto é o sítio do plano de dissecação para elevar o retalho durante a septoplastia.**

Abordagem fechada (endonasal) para o lóbulo (terço inferior onde se situa a ponta nasal) e a pirâmide nasal

O lóbulo e o dorso nasal podem ser abordados pelas seguintes incisões:

- intercartilaginosa;
- transcartilaginosa;
- “delivery approach” (combinação de duas incisões: marginal e intercartilaginosa).

Existem indicações específicas para cada uma das abordagens; sua descrição escapa ao objetivo deste tema.

Abordagem externa (aberta) para a pirâmide nasoseptal

Técnica de Rethi

É uma técnica muito utilizada atualmente para abordar, por meio de uma incisão transcolumelar, todo o lóbulo e o dorso nasal. Também a parte superior (não os

túneis inferiores) do septo, pode ser corrigida por esta via. Pode colocar-se todo tipo de enxertos com finalidade reconstrutora ou modelagem da ponta nasal, da columela e do dorso nasal.

Pirâmide nasal: técnica cirúrgica

- osteotomias mediais intranasais ou intraseptais;
- osteotomias transversas ou oblíquas (externas ou intranasais);
- osteotomias laterais subperiósticas;
- separação das cartilagens laterais do septo, só nos casos de nariz torto;
- em casos selecionados, é útil colocar tiras de cartilagem septal paralelas ao septo, como “expansores” e corretores do dorso torto ou colapsado (aspecto de “V” invertido).

Conclusões

- O nariz torto prejudica a função e a estética facial.
- A correção do septo nasal é fundamental na manipulação (abordagem) do nariz torto.
- As forças tensionais (**memória**) na cicatrização das cartilagens estão no **pericôndrio**.
- Não existe idade limite para efetuar uma cirurgia nasal funcional.
- Os procedimentos estéticos deverão ser postergados até o início da adolescência.
- Durante o crescimento, existe uma interdependência entre todos os componentes faciais, a musculatura da mastigação e o tipo de respiração.
- Os melhores resultados, em longo prazo, obtêm-se com as técnicas baseadas na função de cada elemento anatômico.
- Fazer uma cirurgia conservadora, não é fazer pouco; é *eliminar só o necessário para corrigir a anatomia alterada, evitando espaços “mortos” e conservando o resto do septo.*
- Conservar, e corrigir a anatomia normal, são preservar a função.
- A estética é o complemento que embeleza.

Leituras recomendadas

1. Huizing EH, Groot JAM. Saddle nose correction In: Functional Reconstructive Nasal Surgery. New York. Thieme, 2003. pgs. 219-28.
2. Maniglia AJ, Maniglia JJ, Maniglia JV. O nariz desviado In: Rinoplastia Estética-Funcional-Reconstrutora. Revinter, Rio de Janeiro, 2002. pgs. 169-81.
3. Oliveira PWB, Pezato, R. Deviated nose correction by using the spreader graft in the convex side. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2006 72(6): 760-763.
4. Maniglia JV. et al. Rinosseptoplastia em crianças. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2002 68(3): 320-323.
5. Foda, HM. The role of septal surgery in management of the deviated nose. Plast. Reconstr. Surg. 2005 115(2):406-15.