

Sistematização do fechamento da cicatriz columelar em V na rinoplastia aberta

Systematization of V-shaped columellar scar closure in open rhinoplasty

Murillo José Castro Salvato, Mauricio da Silva Lorena de Oliveira
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking dos países mais adeptos da cirurgia plástica no mundo, sendo a rinoplastia uma das mais realizadas. A técnica cirúrgica pode ser executada por abordagem "aberta" (exorrinoplastia) ou "fechada" (endorrinoplastia), cada uma apresentando vantagens e desvantagens individuais. A cicatriz columelar visível, assim como a possibilidade de cicatrização patológica, é citada como a maior desvantagem inerente à exorrinoplastia, resultadas, principalmente, por um fechamento inadequado da ferida. De acordo com a literatura sobre métodos de incisão cutânea columelar, o tipo de pele do paciente, a localização da incisão na columela e a abordagem de fechamento tem maior impacto na determinação do resultado final da cicatrização. O fechamento da incisão é um passo importante, influenciando substancialmente o processo de cicatrização. A precisão é um dos poucos fatores controláveis que podem afetar a contratura da cicatriz. Dessa forma, o método padronizado de síntese da incisão transcolumelar na rinoplastia aberta com incisão em V, apresentou baixa incidência de complicações cicatriciais, evitando, portanto, revisões cirúrgicas, de fácil reprodutibilidade, a ser difundida em serviços de residência médica.

Descritores: Rinoplastia; cirurgia plástica; cicatriz; suturas; incisão columelar; nariz.

ABSTRACT

Brazil occupies the second place in the ranking of the most adept countries of Plastic Surgery in the World, with rhinoplasty being one of the most performed. The surgical technique can be performed using an "open" (exorhinoplasty) or "closed" approach, each with individual advantages and disadvantages. The visible columellar scar, as well as the possibility of pathological scars, is cited as the biggest disadvantage inherent to exorhinoplasty, mainly resulting from inadequate wound closure. According to the literature on columellar skin incisions methods, the patient's skin type, location of the incision in the columella, and closure approach have the greatest impact on determining the final healing outcome. Closing the incision is an important step, substantially influencing the healing process. Precision in one of the few controllable factors that can affect scar contracture. Thus, our standardized method of synthesizing the transcolumellar incision in open Rhinoplasty with a V incision showed a low incidence of scar complications, thus avoiding surgical revisions, which are easily reproducible, to be disseminated in Medical Residency Services

Keywords: Rhinoplasty; surgery, plastic; cicatrix; sutures; columellar incision; nose.

Correspondência:

Murillo José Castro Salvato
E-mail: mjcsalvato@gmail.com
Data de submissão: 18/01/2022
Data de aceite: 01/06/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino
- CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking dos países mais adeptos da cirurgia plástica. Apresenta número crescente de procedimentos a cada ano. Uma das cirurgias mais realizadas é a rinoplastia¹.

A técnica cirúrgica pode ser executada por abordagem “aberta” (exorinoplastia) ou “fechada” (endorinoplastia), cada uma apresenta vantagens e desvantagens individuais. A maior vantagem da exorinoplastia é a visualização completa do arcabouço osteocartilaginoso do nariz, permitindo o diagnóstico preciso das deformidades e seu tratamento adequado. A manipulação das estruturas, do dorso à ponta, pode ser realizada com exatidão e é totalmente reprodutível²⁻⁵.

A cicatriz columelar visível, assim como a possibilidade de cicatrização patológica, é citada como a maior desvantagem inerente à técnica⁶⁻⁷. A causa mais comum de uma cicatriz desagradável é o entalhe e a retração, resultadas por um fechamento inadequado da ferida. No entanto, essa situação é facilmente contornada com a padronização de fechamento da cicatriz columelar, minimizando uma das maiores preocupações no tocante a rinoplastia aberta⁸. Apresenta-se aqui, o método de fechamento para a incisão em V, neste serviço de cirurgia plástica.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo descrever um método padronizado de síntese da incisão transcolumelar na rinoplastia aberta com incisão em V.

MÉTODO

Estudo primário clínico e prospectivo, aprovado pelo comitê de ética de todos os pacientes submetidos à rinoplastia aberta com incisão em V, no Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” HSPE-FMO”, de São Paulo no período de Janeiro/2018 a Junho/2019, pela equipe de Cirurgia Plástica, pelo mesmo cirurgião principal.

A técnica de rinoplastia aberta foi indicada para os pacientes com a necessidade de abordagem funcional do septo osteocartilaginoso, após avaliação individualizada segundo suas queixas e características ao exame clínico e radiológico tomográfico. Todos os pacientes foram submetidos à rinoplastia aberta sob anestesia geral venosa total, com intubação oro traqueal. Após a indução anestésica, realizou-se a infiltração da região nasal com solução anestésica de lidocaína a 1% com adrenalina 1:80000.

Entre as possibilidades de incisões transcolumelares descritas na literatura para rinoplastia aberta, a incisão em “V” foi eleita de acordo com a experiência e preferência do cirurgião. A síntese da ferida operatória foi realizada de forma sequencial e padronizada.

A incisão transcolumelar é realizada sob a marcação pré-operatória (Figura 1): primeiro marca-se o traçado meridiano columelar, seguido da marcação dos pontos A (local mais estreito da crura medial direita), B (local mais estreito da crura medial esquerda) e C (equidistante a 2 mm dos pontos A e B, situado no meridiano); A seguir conecta-se os pontos AC e BC, como ilustrado abaixo.

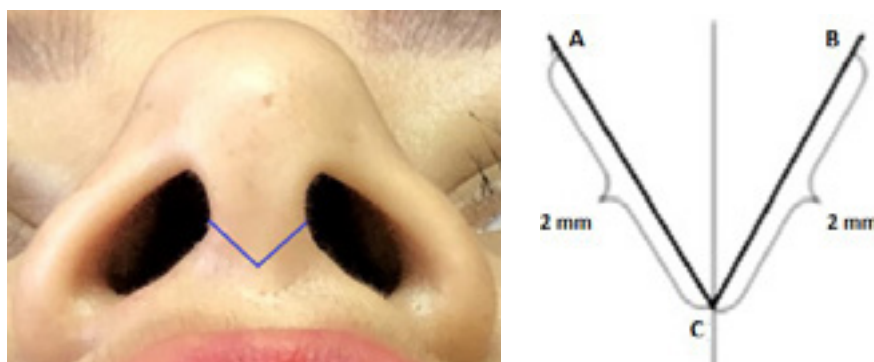


Figura 1 - a) Incisão transcolumelar em V. b) Marcação pré-operatória da incisão transcolumelar em V.

Os pacientes foram submetidos à incisão transcolumelar em “V”, conforme descrito acima, e incisão da mucosa intercartilaginosa bilateral para dissecação justacondral e justaperiostal; houve identificação das estruturas anatômicas a serem tratadas cirurgicamente por meio de ressecções, enxertos, suturas e reposicionamentos com acesso anterior do septo nasal osteocartilaginoso para melhora estética e funcional. Na sequência foi realizada fixação com fio de nylon 3.0 do *Splint* intranasal bilateral.

Ao término, foi realizada síntese da mucosa com fio Catgut® 5.0 simples e síntese cutânea com fio de nylon 6.0 (Figura 2): Ponto simples na ordem de 1 a 7.

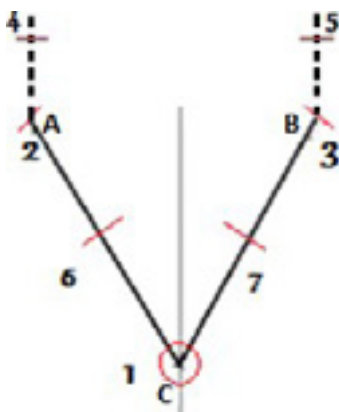


Figura 2 - Síntese da ferida operatória transcolumelar. A linha tracejada indica a incisão mucosa.

Realizado curativo em camadas com microporagem, placa termoplástica moldável e tampão externo. A utilização de tampão interno não foi adotada como padrão. No pós-operatório foi orientado o uso de antibiótico sistêmico (Cefalosporina de 1ª geração; Cefadroxila) por 7 dias e irrigação das narinas com solução salina, associada a higienização externa da ferida com sabonete neutro/antisséptico. Os pontos foram retirados com sete dias e o *splint* intranasal no 10º dia pós-operatório.

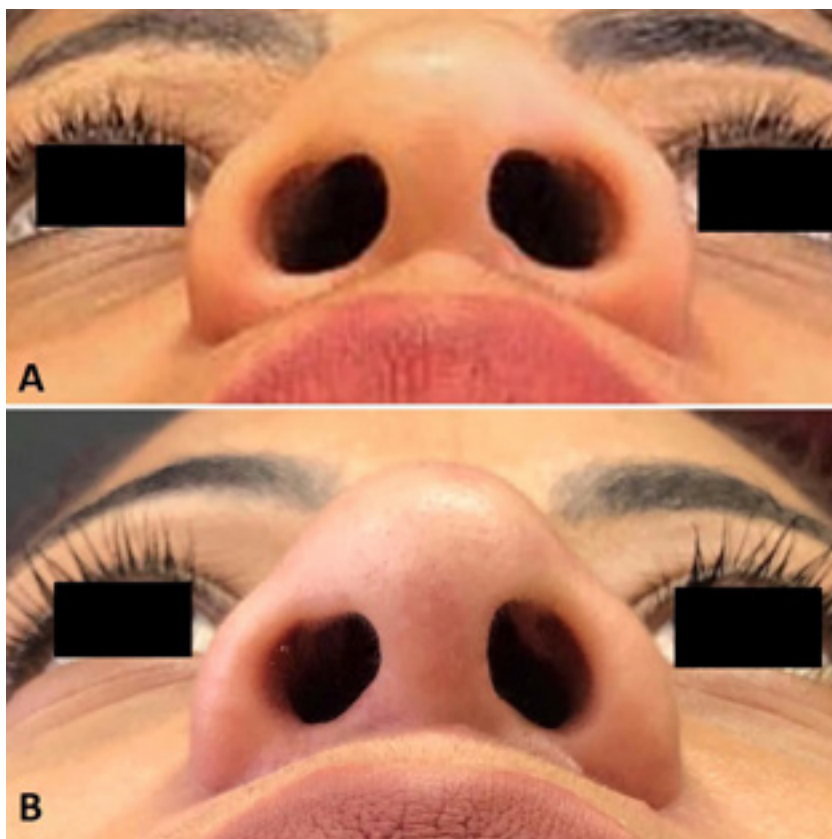


Figura 3 - a) Vista basal pré-operatória b) Vista basal 20 meses pós-operatório.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo os pacientes que procuraram espontaneamente o serviço de Cirurgia Plástica, pleiteando melhora estético-funcional do nariz e foram submetidos à rinoplastia há pelo menos 12 meses. Critérios de inclusão: classificação do estado físico ASA I e II e queixa nasal estética e funcional. Critérios de não inclusão: Classificação do estado físico ASA \geq III, portadores de neoplasias cutânea ou deformidades labionasais congênicas ou adquiridas, casos que perderam seguimento ambulatorial ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo para obtenção e utilização de imagens.

A amostra contou com 26 pacientes, com faixa etária variando entre 18 e 49 anos de idade (média de 31,8 anos) e observou-se maior prevalência do sexo feminino na amostra, representando 60%. A avaliação da cicatriz columelar ocorreu entre 12 a 24 meses (média de 17,2 meses) da cirurgia.

Os pacientes submetidos à esta proposta de sistematização do fechamento da cicatriz columelar em V nas rinoplastias abertas não apresentaram necessidade de revisões cirúrgicas da incisão, cicatrizes patológicas, retrações, distorções ou infecções, o que resultou em boa satisfação geral.

DISCUSSÃO

A cicatriz cutânea transcolumelar elenca a lista de preocupação dos pacientes, e gera grande atenção e cuidado do cirurgião para desenvolver um bom padrão para a incisão columelar. Nesse esforço, várias incisões na columela são descritas na rinoplastia aberta, incluindo o corte horizontal, em degrau, em Z, em V, em W e em V invertido⁸⁻¹⁰. Embora o formato da incisão possa variar, as incisões do tipo geométrico são preferidas para evitar segmentos longos da cicatriz e facilitar o alinhamento do retalho¹¹.

Sabe-se também que a região da columela não apresenta grandes chances de cicatrização

patológica como queiloide e hipertrofia, vistas mais comumente na região do tórax, preauricular e dorso. De acordo com a literatura sobre métodos de incisão cutânea columelar, o tipo de pele do paciente, a localização da incisão na columela e a abordagem de fechamento tem maior impacto na determinação do resultado final da cicatrização¹²⁻¹³.

O fechamento da incisão é um passo importante na rinoplastia aberta e influencia substancialmente o processo de cicatrização. A precisão é um dos poucos fatores controláveis que podem afetar a contratura da cicatriz. Dessa forma iniciou-se o método de síntese sempre pelo ponto simples de número 1, a fim de evitar isquemia e proporcionar o melhor encaixe do vértice do retalho, mantendo o alinhamento do mesmo. Não demonstrou-se diferença entre sutura em 3 pontos sem a redução do tamanho e do volume do retalho, e sem o arredondamento do mesmo⁸.

Os pontos 2 e 3 realizados em seguida nas bordas das cruras columelares são do tipo simples, promove estabilização e alinhamento da cicatriz como um todo e evita entalhes nessas regiões. As demais suturas são realizadas com as 3 pontas do triângulo estabilizadas, e os leitos cirúrgicos aproximados sem tensão, com o que se evita, dessa forma, depressões das incisões.

Destaca-se também que a padronização da sequência de suturas a ser seguida é de execução simples e fácil reprodutibilidade.

É ideal para cirurgiões experientes e em treinamento como nos serviços de residência médica.

CONCLUSÃO

A sistematização do fechamento da cicatriz columelar em V nas rinoplastias abertas apresentou baixa incidência de complicações cicatriciais, que evitou, portanto, revisões cirúrgicas. A fácil reprodutibilidade demonstrada deve ser difundida.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - SBCCP. Censo 2018 – Análise Comparativa das Pesquisas 2014, 2016 e 2018 [Internet]. 2019 [citado 2022 Ago 20]. Disponível em: <https://www2.cirurgioplastica.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Apresentacao-Censo-2018_V3.pdf>.
2. Sheen JH. Closed versus open rhinoplasty - and the debate goes on. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99(3):859-62.
3. Rohrich RJ, Adams Junior WP, Gunter JP. Advanced rhinoplasty anatomy. In: Gunter JP (Ed.). *Dallas rhinoplasty: nasal surgery by the masters*. St. Louis: Quality Medical Publishing; 2002. p.387-412.
4. Constantian MB. Differing characteristics in 100 consecutive secondary rhinoplasty patients following closed versus open surgical approaches. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(6):2097-111.
5. Gunter JP. The merits of the open approach in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99(3):863-7.
6. Padovan IF, Jugo SB. The complications of external rhinoplasty. *Ear Nose Throat J.* 1991;70(7):454-56.
7. Vuyk HD, Kalter PO. Open septorhinoplasty. Experiences in 200 patients. *Rhinology.* 1993;31(4):175-82.
8. Inanli S, Sari M, Yanik M. A new consideration of scar formation in open rhinoplasty. *J Craniofac Surg.* 2009;20(4):1228-30.
9. Rohrich RJ, Ghavami A. Rhinoplasty for middle eastern noses. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(4):1343-54.
10. Porter JP, Olson KL. Analysis of the African American female nose. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111(2):620-6.
11. Aksu I, Alim H, Tellioglu AT. Comparative columellar scar analysis between transverse and inverted-V incision in open rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2008;32(4):638-40.
12. Foda HM. External rhinoplasty for the Arabian nose: a columellar scar analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(5):312-16.
13. Bafaqeeh SA, Al-Qattan MM. Open rhinoplasty: columellar scar analysis in an Arabian population. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(4):1226-28.