

# Rinoplastia Open aberta rhinoplasty

Gilberto U. Pizarro<sup>1</sup>, Isabela M. DeVuono<sup>2</sup>, Márcia  
G. Moysés<sup>3</sup>, Reginaldo R. Fujita<sup>4</sup>

Palavras-chave: rinoplastia, rinoplastia aberta,  
indicações, cirurgia.  
Key words: rhinoplasty, open rhinoplasty,  
indications, surgery.

## Resumo / Summary

**Introdução:** A rinoplastia aberta teve início na década de 1930; em 1956 Secer publicou pela primeira vez a técnica de rinoplastia aberta, porém esta ganhou crédito a partir de 1972 com Padovan na América do Norte. As indicações da rinoplastia aberta são: nariz sem projeção da cartilagem da ponta ou que requer avanço funcional da cartilagem nasal; laterorínia; nariz traumático; casos de rinoplastia secundária; deformidades congênitas incluindo fenda labial; valvuloplastia nasal e aprendizado da rinoplastia. **Forma de estudo:** Clínico, retrospectivo. **Material e método:** Os autores realizaram um estudo retrospectivo de 16 pacientes submetidos à rinoplastia aberta, demonstrando suas indicações, vantagens e desvantagens. A rinoplastia aberta permite a manipulação global das estruturas nasais e suas correções, demonstrando ser uma técnica de simples manipulação e fácil aprendizado. **Conclusão:** Neste estudo não foram observadas complicações pós-operatórias relacionadas à técnica de rinoplastia aberta.

**Introduction:** The open rhinoplasty began in the decade of 1930; in 1956 Secer published the technique of open rhinoplasty for the first time, even so it won credit starting from 1970. As indications of the open rhinoplasty are: nose without projection of the cartilage of the point or that requests functional progress of the nasal cartilage; twisted nose; traumatic nose; cases of secondary rhinoplasty; congenital deformities including labial rift; nasal valvuloplasty and learning of the rhinoplasty. **Study design:** Clinical retrospective. **Material and method:** In this study the authors bring the open rhinoplasty standing out its indications, advantages, disadvantages and the experience in 16 cases. The open rhinoplasty when, correct suitable, allows the global manipulation of the nasal structures and its corrections. The open rhinoplasty demonstrates to be a technique of simple manipulation and easy learning. **Conclusion:** In our sample complications were not observed demonstrating to be a safe surgery.

<sup>1</sup> Mestrando da UNIFESP – EPM.

<sup>2</sup> Residente do Hospital Paulista de Otorrinolaringologia.

<sup>3</sup> Residente do Hospital Paulista de Otorrinolaringologia.

<sup>4</sup> Responsável pelo serviço de residência do Hospital Paulista de Otorrinolaringologia.

Instituição: Hospital Paulista de Otorrinolaringologia

Endereço para Correspondência: Gilberto Ulson Pizarro, rua Zacarias de Góis, 1526 Campo Belo – São Paulo – SP

Tel.(0xx11) 241.1870 Tele/fax: (0xx11) 5561.4953 E-mail: gapotrrinoc@osite.com.br

Trabalho apresentado no 35º Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia – outubro 2000 – Natal

Artigo recebido em 31 de julho de 2001. Artigo aceito em 07 de fevereiro de 2002.

---

## INTRODUÇÃO

---

O nariz apresenta variações anatômicas individuais necessitando de diferentes abordagens cirúrgicas de acordo com o tipo de alteração estrutural observada. As técnicas de rinoplastia fechadas tornaram-se mais populares, porém em casos de deformidades nasais onde é necessário uma exposição tridimensional da relação entre a pele e a subestrutura nasal, a via externa permite uma melhor visualização pelo cirurgião. A rinoplastia aberta teve início na década de 1930 sendo Secer (1956) o primeiro a publicar sua técnica. Houve uma evolução gradual da técnica e, em 1972, foi introduzida por Padovan na América do Norte. Anderson, Goodman, Johnson e Toriumi, entre outros, refinaram e popularizaram a técnica na última metade do século. As indicações para realização de rinoplastia aberta são: nariz sem projeção da cartilagem da ponta ou que requer avanço funcional da cartilagem nasal; laterorínia; nariz traumático; casos de rinoplastia secundária; deformidades congênitas incluindo fenda labial; valvuloplastia nasal e aprendizado da rinoplastia.

Neste estudo ressaltamos suas indicações, vantagens, desvantagens e a experiência em 16 casos que foram submetidos a esta técnica.

---

## MATERIAL E MÉTODO

---

Realizou-se um estudo retrospectivo com 16 pacientes submetidos a rinoplastia aberta, com acompanhamento pós-operatório durante 5 anos e 6 meses, avaliando-se os resultados obtidos. Os pacientes foram subdivididos em grupos segundo sua indicação: laterorínia isolada; laterorínia pós-trauma; rinoplastia secundária.

A técnica cirúrgica da rinoplastia aberta consiste em:

Inicialmente realiza-se uma incisão marginal esquerda e direita que serão conectadas com uma incisão columelar, permitindo a elevação do envelope pele-pericôndrio. A incisão columelar é realizada na porção média (região mais estreita), com um "V" invertido na linha média, continuando-se com incisões marginais bilaterais.

Realizadas as incisões, inicia-se a elevação do envelope pele-pericôndrio do esqueleto ósseo e cartilaginoso. A dissecação é feita cuidadosamente retirando-se as ligações fibrosas remanescentes. Uma vez que a dissecação atinja a margem caudal dos ossos nasais, o periósteo é cortado e elevado como parte da cobertura de tecido mole.

Nesse momento, serão realizadas as correções necessárias para as deformidades nasais (septoplastia, refinamento da ponta nasal, redução ou aumento do dorso nasal e osteotomias).

O fechamento inicia-se pela incisão columelar (náilon 6-0) seguido do fechamento das incisões marginais (catégute 4-0).

---

## RESULTADOS

---

Neste estudo dezesseis pacientes foram submetidos à rinoplastia aberta, sendo que suas indicações foram devido à laterorínia isolada (cinco); laterorínia pós-trauma (nove); rinoplastia secundária (dois). Foi observado um tempo cirúrgico maior devido à manipulação mais meticulosa exigida por essa técnica, edema de ponta nasal que regrediu no pós-operatório tardio, uma maior facilidade de manipulação cirúrgica das estruturas cartilagosas e ósseas e melhor visualização da relação facial com as estruturas nasais. As técnicas utilizadas foram melhor compreendidas pelos observadores por oferecer um melhor entendimento das relações espaciais tridimensionais da pele e da subestrutura nasal e dessa forma relacionar as variações anatômicas com a estética nasal. O seguimento pós-operatório desses pacientes foi realizado semanalmente no primeiro mês, mensalmente durante cinco meses e anualmente por um período de cinco anos. As cicatrizes cirúrgicas tornaram-se imperceptíveis no pós-cirúrgico tardio. Não foram observadas complicações no pós-cirúrgico imediato e tardio.

---

## DISCUSSÃO

---

A rinoplastia aberta apresenta como indicações nariz sem projeção da cartilagem da ponta ou que requer avanço funcional da cartilagem nasal, laterorínia, nariz traumático, casos de rinoplastia secundária, deformidades congênitas incluindo fenda labial, valvuloplastia nasal e aprendizado da rinoplastia. A abordagem aberta para rinoplastia permite a exposição necessária para diagnosticar as deformidades existentes, como também para executar as manobras exigidas de rinoplastia aberta. Com a elevação do envelope de Tecido Pele-pericôndrio (S-STE) (Figura 1), a parte óssea e a armação cartilaginosa são trazidas em visão completa com seus componentes na verdadeira posição anatômica. Deformidade ósseas/ cartilagosas e assimetrias são aparentes, e deste modo o cirurgião correlaciona rapidamente a topografia de superfície com a anatomia de esqueleto subjacente.

Na rinoplastia aberta é dada mais ênfase em reformar o contorno nasal que em reduzi-lo. A abordagem aberta apresenta uma boa exposição permitindo modificações estruturais precisas. Manipulações sofisticadas das cartilagens tornam possíveis técnicas como a modificação do domus através de sutura columelar e enxertos de cartilagem alar realizados com precisão e de forma simétrica com visualização total das estruturas.

A projeção da cartilagem pode ser mantida ou



**Figura 1.** Envelope de tecido pele-pericôndrio.



**Figura 2.** Enxerto para projeção de ponta com cartilagem homóloga.

aumentada pelo uso de enxertos de cartilagem autólogos suturados em posições estratégicas. O cirurgião tem sob controle a projeção de cartilagem (Figura 3), podendo determinar a altura do dorso que pode ser primeiramente modificada e a projeção da cartilagem pode ser trazida em uma relação estética favorável ao dorso. O resultado global é a redução nasal mantendo a estrutura esquelética fazendo com que a pele fique com a forma da estrutura subjacente e o nariz pareça mais harmônico, mais definido e mais elegante.

A abordagem aberta também é revolucionária em seu impacto no ensino da rinoplastia. Na rinoplastia fechada os cirurgiões experientes tendem a concordar que são exigidos muitos anos de experiência para a utilização desta técnica, pois esta é realizada basicamente através de sensações táteis, ao contrário da técnica aberta que permite a visualização direta, demonstração da técnica e avaliação dos efeitos (Figura 2).

A rinoplastia aberta apresenta algumas desvantagens



**Figura 3.** Incisão em tromba de elefante para abertura do envelope pele-pericôndrio.

como o consumo de maior tempo cirúrgico, devido principalmente à manipulação da reconstrução das estruturas nasais e da incisão transcolumelar que necessita de uma dissecação meticulosa no plano subpericôndrial. Nos primeiros dias de pós-operatório apresenta um edema adicional de ponta nasal que melhora sendo raramente persistente. Esteticamente essa é criticada devido à cicatriz em região columelar (Figura 3), apesar de, na maioria dos casos, ela ficar imperceptível com o tempo.

Como complicação pode apresentar necrose da pele da columela por associação de fatores como hematomas, infecções e uma ponta nasal sob tensão o que não é observado na rinoplastia fechada.

Nesse estudo, os dezesseis casos submetidos à rinoplastia aberta apresentaram um tempo cirúrgico maior devido à manipulação mais meticulosa exigida por essa técnica e edema de ponta nasal que regrediu no pós-operatório tardio. A manipulação cirúrgica das estruturas cartilaginosas e ósseas e a observação da relação facial com as estruturas nasais foram mais facilmente realizadas. As técnicas utilizadas foram melhor compreendidas pelos observadores pois permitiram uma visualização da estrutura interna nasal de forma completa. Esta exposição permite entender as relações tridimensionais da pele e da subestrutura nasal, permitindo correlacionar as alterações anatômicas com a função e a aparência do nariz. As cicatrizes cirúrgicas tornaram-se imperceptíveis no pós-cirúrgico tardio. Não foram observadas complicações no pós-cirúrgico imediato e tardio.

## CONCLUSÕES

A rinoplastia aberta permite a manipulação global das estruturas nasais e a correção de suas deformidades, demonstrando ser uma técnica de melhor visualização pelo cirurgião e, portanto, de fácil aprendizado.

---

Neste estudo não foram observadas complicações relacionadas à técnica, demonstrando ser uma cirurgia segura quando bem indicada e quando a dissecação é realizada pelos planos adequados.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Maniglia AJ, Maniglia JJ, Maniglia JV. Rinoplastia estética, funcional e reconstrutora. 1ª edição, Rio de Janeiro: editora Revinter; 2001. p. 182-96.
2. Cachay-Velasquez H. Surgical lengthening of the short columella: Division of the depressor septi muscles. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1992;249:336.
3. Chen T-H, Chen Y-R. Extended open-tip rhinoplasty with three V-fiaps for secondary correction of bilateral cleft lip nasal deformity. *Ann Plast Surg* 1996;37:482.
4. Cronin TD. Lengthening columella by use of skin from nasal floor and alae. *Plast Reconstr Surg* 1958;21:417.
5. Eskeland G, Borchgrevink H, Abyholm FE. Columella lengthening in bilateral cleft lip patients. Experience with the forked flap procedure. *Scand J Plast Surg* 1979;13:429.
6. Friedman GD, Gruber RP. A freslá look at the open rhinoplasty technique. *Plast Reconstr Surg* 1988;82:973.
7. Jugo S. Fundamental surgical technique. In Jugo S (ed) *Surgical atlas of external rhinoplasty: Decortication approach*. Churchill Livingstone: Edinburgh; 1995. p. 32-3.
8. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: A 15-year review and a new treatment plan. *Plast Reconstr Surg* 1990;86:882.
9. Miliard DR Jr. *Cleft craft II*. Little, Brown: Boston; 1977. p 524, 685.
10. Millard DR. Columella lengthening by a forked flap. *Plast Reconstr Surg* 1958;22:454.
11. Perlman PW, Nathan MJ. Cosmetic rhinoplasty using the external approach. *Ear Nose Throat J* 1991;70:425.
12. Reese BR, Koltai PJ, Pames SM, Decker JW. The external rhinoplasty approach for rhinologic surgery. *Ear Nose Throat J* 1992;71:408.
13. Rohrich RJ, Gunter JP, Friedinan RM. Nasal tip blood supply: An anatomic study validating the safety of the transcolumellar incision in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1995;95:795.
14. Shin KS, Lee CH. Columella lengthening in nasal tip plasty of orientals. *Plast Reconstr Surg* 1994;94:446.
15. Smith O, Goodman W. Open rhinoplasty: its past and future. *J Otolaryngol* 1993;22:21.
16. Teichgraeber JF, Riley WB, Russo RC. External rhinoplasty: indication for use. *Br J Plast Surg* 1992;45:47.
17. Toriumi DM, Mueller RA, Grosch T, Bhattacharyya TK, Larrabee WF. Vascular anatomy of the nose and the external rhinoplasty approach. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122:24.
18. Trenite GJN, Paping RHL, Trenning AH. Rhinoplasty in the cleft lip patient. *Cleft Palate Craniofac J* 1997;34:63.
19. Van der Meulen JC. Columellar elongation in bilateral cleft lip repair: Early results. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:1060.