



Tratamento estético da columela nasal: columela oculta e columela pendente

Aesthetic treatment of retracted and hanging nasal columellas

LIACYR RIBEIRO¹
MARCELO CASTRO MARÇAL PESSOA²
RENATO MONTEIRO DE ANDRADE³

RESUMO

Os autores revelam, no presente trabalho, suas abordagens frente às alterações estéticas da columela nasal, mais observadas em sua prática clínica, a columela oculta e a columela pendente. Para a columela oculta os autores descrevem o uso de um retalho condro-mucopericondral do septo nasal como escolha preferencial. Para o tratamento da columela pendente os autores utilizam as abordagens, direta e indireta, descritas por Randall, nos casos leves a moderados, e para os casos mais acentuados utilizam uma associação de táticas além de uma modificação do que é descrito por Armstrong e Joseph. Suas opções de tratamento são confrontadas com o que há descrito na literatura da especialidade e seus resultados comparativos são apresentados.

Descritores: Nariz Cirurgia; Rinoplastia Métodos; Columela Estética.

ABSTRACT

This study discusses approaches for aesthetic correction of nasal columellas, i.e. retracted and hanging columellas, most commonly observed in clinical practice. We describe a chondral-mucoperichondrial nasal septal flap and direct or indirect approaches described by Randall as our preferred procedures to correct retracted and mild to moderate hanging columella, respectively. A combination of procedures is used in more severe cases, in addition to modified Armstrong and Joseph's approaches. These treatment options are compared to other literature reports on this specialty.

Keywords: Nose Surgery; Rhinoplasty Methods; Columella Aesthetics.

Instituição: Clínica privada.

Artigo submetido: 17/07/2013.
Artigo aceito: 30/10/2013.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0026

INTRODUÇÃO

A literatura da especialidade é riquíssima em publicações que versam sobre rinoplastia⁽¹⁾. Da mesma forma, há farta bibliografia a respeito do tratamento das deformidades da columela nasal relacionadas a fissuras lábio-palatinas e do "Nariz Negróide"⁽²⁾. Por outro lado, em menor número, autores relatam suas experiências no tratamento das alterações estéticas da columela nasal⁽³⁻¹⁴⁾. O presente trabalho visa revelar nossa abordagem frente às alterações estéticas da columela

nasal mais comumente observadas em nossa prática clínica, a Columela Oculta e a Columela Pendente. Nossas propostas de tratamento serão confrontadas com os dados disponíveis na literatura da especialidade^(3,15).

A Columela ideal, as desarmonias da Columela e seus tratamentos

Diversos autores procuraram definir os aspectos anatómicos da columela ideal e as variantes da normalidade^(2, 4-14, 16). Sheen descreveu que a relação ideal entre a columela e a

1- Ex. Presidente SBCP e FILACP. - Membro Honorário SBCP, FILACP. Membro ASAPS, ASPS, ISAPS. Membro da Academia Fluminense de Medicina.

2- Membro Titular SBCP, ISAPS. - Cirurgião Plástico.

3- Membro Titular da SBCP. - Cirurgião Plástico.

asa nasal não deveria exceder 2 – 3mm abaixo de uma linha paralela da margem inferior da asa nasal a vista de perfil⁴. Gunter propõe um método sistemático de classificação do padrão ideal das relações asa nasal e da columela, bem como suas alterações. (Figura 1) Sua classificação resulta em seis subtipos, de I – VI, com proposta de tratamento para cada uma das alterações, e foi baseada em minuciosa análise de fotografias em tamanho real de centenas de pacientes⁵. (Figura 2)

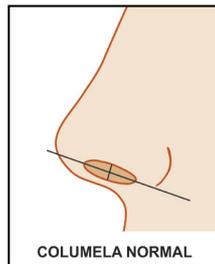


Figura 1. *Columela Normal. Aspecto esquemático das relações ideais da Columela e Asa Nasal.*

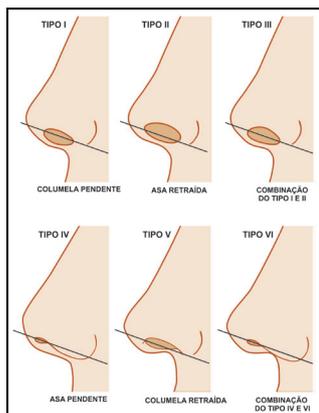


Figura 2. *Classificação de Gunter das Relações da Columela e Asa Nasal. Gunter classifica em cinco Subtipos. As deformidades primárias são os Tipos I, II, IV e V. Os Tipos III e VI são a associação das alterações observadas dos Tipos I com II e Tipos IV com V, respectivamente.*

Aceitamos a classificação de Gunter como a mais completa publicada na literatura, embora tenha alguns questionamentos de outros autores quanto à exequibilidade do seu método de classificação⁶. A classificação de Gunter é portanto, para nós, uma referência didática que auxilia a confrontar o padrão de normalidade com as alterações morfológicas das relações da Columela e a asa nasal.

Ao longo de nossa prática, analisamos as alterações morfológicas da columela nasal mais comumente observadas de acordo com suas características anatômicas. Julgamos que a Columela Retraída e a Columela Pendente, de Gunter, sejam os achados mais frequentes. Por razões de familiaridade, o que Gunter descreve como Columela Retraída, preferimos denominar de Columela Oculta. As alterações podem ser de caráter primário ou secundário. Usualmente as alterações primárias são tratadas em rinoplastias estéticas ou em

procedimentos menores com atuação direta sobre o problema identificado. Para a correção de resultados inferiores aos desejados, oriundos dos casos secundários, pode haver a necessidade da associação de mais de uma modalidade de tratamento de acordo com a complexidade do caso.

Assim descreveremos, no presente trabalho, nossas opções de tratamento para as desarmonias estéticas da Columela Nasal, a Columela Oculta e a Columela Pendente confrontando com o que há disponível na literatura da especialidade.

Columela Oculta

Columela Oculta é uma das desarmonias estéticas da columela mais descritas. É o Tipo V, classificado por Gunter⁽⁵⁾. (Figura 2)

Usualmente é condição presente em pacientes com idade mais avançada, com ângulo columelo-labial agudo e lábio longo. O envelhecimento introduz novas variáveis a rinoplastia. No nariz senil há uma perda de sustentação dos ligamentos suspensores, atrofia dos tecidos moles, rotação caudal da ponta nasal, agudização do ângulo columelo-labial, divergência dos "footplates" promovendo a sensação de encurtamento da columela. Absorções ósseas na área da espinha nasal anterior e da maxila levam a retrações da porção posterior da columela e redundância do septo membranoso⁷. (Figura 3)

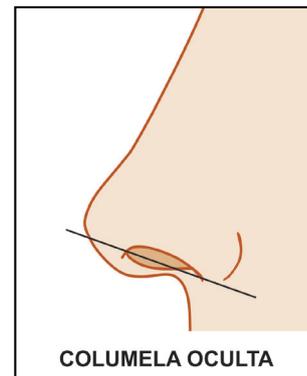


Figura 3. *Columela Oculta. Representação esquemática da Columela Oculta, chamada de Columela Retraída por Gunter e classificada como Tipo V. Normalmente, presente em pacientes Senis com ângulos Columelo-Labiais agudos.*

Flowers descreve a confecção de um retalho de derme decorticada da área da base do nariz, tunelizado através da columela e fixado à ponta nasal como forma de tratamento alternativo ao uso de materiais aloplásticos, enxertos e preenchimentos da columela retraída⁸. Posteriormente, Haddad Filho descreve em nosso meio o uso de retalho similar ao descrito por Flowers, com propósito de correção do ângulo columelo-labial agudo⁹. Toriumi descreve a utilização de enxertos extensores de cartilagem septal para correção da columela oculta¹⁰. (Figura 4)

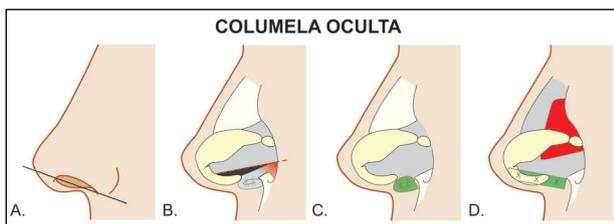


Figura 4. Opções de tratamento para correção da Columela Oculta. (A) Representação esquemática da Columela Oculta. (B) Nossa preferência em utilizar o Retalho Condro-Mucopericondral do Septo. (C) Enxerto de Cartilagem sobre a Espinha Nasal Anterior. (D) Enxerto Estrutural tipo "STRUT" na crux nedialis.

Em nossas mãos a Columela Oculta é tratada com a confecção de um retalho Condro-Mucopericondral da porção excedente da cartilagem quadrangular. O Retalho pode ser conduzido de maneira isolada ou em associação com outras opções de tratamento acima descritas. (Figura 5)

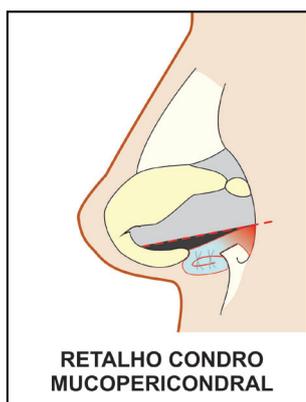


Figura 5. Retalho condro-mucopericondral do septo nasal. Representação esquemática do retalho condro-mucopericondral do septo nasal posicionado sobre a topografia da espinha nasal anterior, o que reestabelece o ângulo columelo-labial dentro dos padrões estabelecidos tratando a Columela Oculta.

Retalho condro-mucopericondral do septo nasal

Quando há redundância da cartilagem septal, com indicação de encurtamento do nariz, o segmento caudal que seria ressecado é material para a confecção de um retalho decorticado da mucosa do septo caudal. A cartilagem excedente, antes descartada, é dobrada sobre ela mesma com incisões de relaxamento, acrescentando volume a região da espinha nasal anterior. Como é mantido o pericôndrio intacto preservando a vascularização primária deste segmento de cartilagem. (Figura 6)

Essa manobra corrige ângulos columelo-labiais fechados e colabora com a rotação cranial da ponta nasal desejada. Passamos um fio de nylon 6-0 no retalho que é exteriorizado na região da espinha nasal em fixação externa, que é retirada no sétimo dia de pós-operatório. (Figura 7)

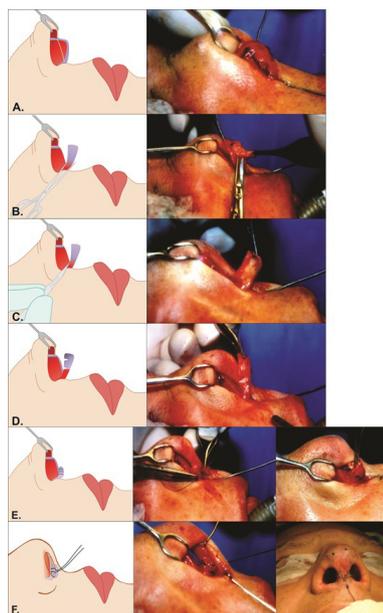


Figura 6. Sequência cirúrgica do retalho condro-mucopericondral. (A) A porção excedente da cartilagem quadrangular é demarcada. (B) Incisamos o segmento em excesso até a sua fixação junto à crista maxilar. (C) A seguir a mucosa do segmento distal é cuidadosamente decorticada mantendo Pericôndrio íntegro. (D) Realizamos incisões de relaxamento em espessura parcial sobre o segmento cranial do retalho a fim de facilitar a dobradura sobre ele mesmo. (E) Uma vez dobrado, o retalho é moldado com pontos de nylon 5-0. (F) Por último o Retalho é posicionado sobre topografia da espinha nasal anterior e é estabilizado com fio de nylon 6-0, através de fixação externa que é mantida por 7 dias.

Preferimos o Retalho Condro-Mucopericondral do septo nasal, como primeira escolha, aos enxertos, uma vez que observamos certo grau de absorção do volume da cartilagem utilizada nos enxertos, ao passo que o retalho, por ter mantida sua vascularização primária, tem nos proporcionado resultados mais estáveis e satisfatórios. Utilizamos este retalho tanto em Rinoplastias abertas como em acessos endonasais. (Figura 8 e 9)



Figura 7. Fixação externa de retalho condro-mucopericondral do septo nasal. O Retalho é estabilizado através de um ponto de fixação externa com nylon 6-0 exteriorizado ao nível do Ângulo Columelo-Labial, onde é deixado por sete dias.

Columela Pendente

Columela pendente é descrita na literatura como um problema estético frequente, que é caracterizado como uma acentuação da curvatura da borda caudal da columela e consequente exposição da pele do septo membranoso¹¹. Na classificação de Gunter a Columela Pendente é o Tipo I e pode estar ou não combinada com Retração da asa, Tipo II. Quando associada à retração da asa, Gunter denomina Tipo III, que é a associação do Tipo I e Tipo II⁵. (Figura 10)

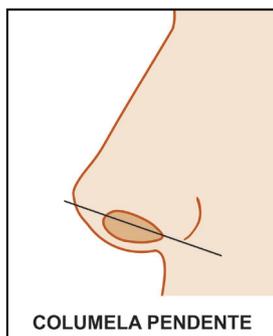


Figura 8. Pré x pós-operatórios de pacientes tratados com o retalho condro-mucopericondral. Nariz Negróide com Columela Oculta tratada com Retalho Condro-Mucopericondral.

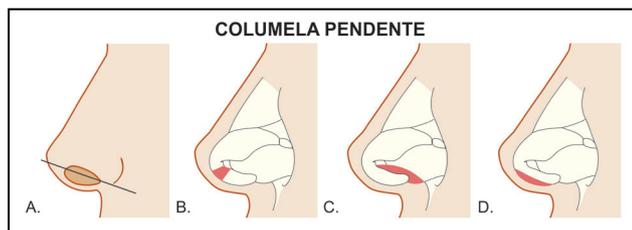


Figura 9. Pré x pós-operatórios de pacientes tratados com o retalho condro-mucopericondral. Nariz longo com ângulo columelo-labial agudo com consequente columela oculta. Paciente operado através de abordagem aberta com retalho condro-mucopericondral, rebaixamento do dorso osteocartilaginoso, strut columelar e ressecção da porção cefálica das cartilagens laterais inferiores.

Matarasso simplifica o diagnóstico de columela pendente em dois subtipos; Verdadeiro e Falso. Sua proposta leva em conta quatro referencias a vista de perfil, 1- área da mucosa do septo nasal, 2- linha da margem da asa nasal, 3- linha da porção media da columela e a 4- ângulo subnasal. Columela pendente verdadeira é quando há projeção inferior das cartilagens da crux medialis, usualmente é congênita e exige abordagem dos excessos de cartilagem quadrangular, septo membranoso ou em casos extremos das cartilagens da crux medialis. A Columela pendente falsa é caracterizada por uma retração iatrogênica da asa nasal por ressecção excessiva das cartilagens laterais inferiores, a correção desta deformidade exige abordagem direta sobre a asa nasal.

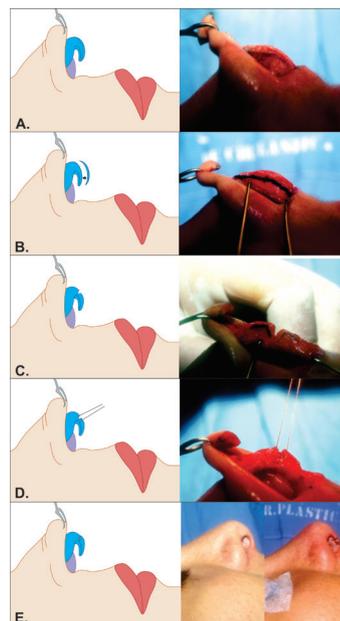


Figura 10. Representação esquemática da Columela Pendente. A Columela Pendente é o Tipo I segundo a classificação de Gunter.

O preciso diagnóstico define o melhor tratamento, uma vez que cada uma das deformidades necessita abordagens distintas, entretanto, para os casos de columela pendente falsa pode haver necessidade de combinações de tratamento⁽⁶⁾.

Randall descreve dois tipos de abordagem de tratamento para a columela pendente, a abordagem "Indireta", onde se resseca porções excedentes de cartilagem septal ou ressecções de redundâncias do septo membranoso, isto para os casos leves a moderados. Para os casos mais severos ou resultantes de cirurgias mal sucedidas a abordagem "Direta" é recomendada. Nessa modalidade há ressecções de segmentos distais da Crux medialis^{11,12} Armstrong relata a utilização da abordagem "Agressiva" da Columela Pendente, onde resseca inteiramente a crux medialis, o excedente de pele e mucosa do septo membranoso, afirmando que é possível manter suporte da ponta mesmo com esta abordagem.⁽¹²⁾ Joseph descreve uma série de casos em que trata columela pendente através de rinoplastia aberta com transecção da crux medialis medial, e inferiormente ao domus e crux lateralis lateralmente para reorientar a relação dessas estruturas, associando, por vezes, a utilização de enxerto de estaca columelar¹³. (Figura 11)

Nossa preferência é que para os casos primários, de Columela Pendente, ou para aqueles secundários, de leve a moderados, a abordagem escolhida seja a "Indireta", onde ressecamos as porções excedentes de cartilagem septal e septo membranoso por acesso endonasal ou em rinoplastia aberta.

Para os casos mais severos, de Columela Pendente, utilizamos a abordagem "Direta", como descreve Randall⁽¹¹⁾, ressecando porções distais da Crux Medialis e ainda associando a ressecções, totais ou parciais, abaixo do ângulo do domus¹³. (Figura 12 e 13).



Figura 11. Diagramas de opções de tratamento para columela pendente. (A) – Representação esquemática da Columela Pendente. (B) Diagrama representando as abordagens "TRANSCOLUMELARES" descritas por Armstrong (Agressiva) e Joseph (Em Rinoplastias abertas, Joseph reconstrói a Crux Medialis através de enxertos estruturais estabilizados por suturas). (C) Abordagem "indireta" de Randall. (D) abordagem "direta" de Randall.



Figura 12. Sequência cirúrgica de columela pendente. (A) Com o retalho cutâneo elevado evidencia-se a porção excedente da Crux Medialis. (B) Demarca-se a porção a ser ressecada. (C) Realizamos uma ressecção em cunha da Crux Medialis, para corrigir a hiperconvexidade das cartilagens muito presente nesta deformidade. (D) Reestabelecemos a anatomia da Crux Medialis com suturas sobre as áreas corrigidas. (E) Representação esquemática e os aspectos antes e após o tratamento no per-operatório.



Figura 13. Resultado do tratamento da Columela Pendente. Caso severo de Columela Pendente. Tratamento com abordagem da soma das técnicas acima descritas devido à complexidade do caso. Utilizamos as abordagens "direta e indireta" de Randall e adaptamos uma ressecção parcial da Crux Medialis com sutura para tratamento da convexidade característica da Columela Pendente, modificando os conceitos de Armstrong e Joseph.

DISCUSSÃO

A rinoplastia é considerada um dos mais complexos e desafiadores procedimentos em cirurgia plástica.⁽¹⁾ Consideramos que os melhores resultados estéticos e funcionais em rinoplastia, somente poderão ser alcançados através da contínua busca por conhecimento, pela observância de critérios diagnósticos muito bem estabelecidos, que irão nortear o tratamento adequado para cada alteração ou deformidade¹⁷.

Gunter desenvolveu a classificação mais completa e sistematizada das alterações estéticas da relação entre a Columela e Asa nasal⁵. Ainda sim existem questionamentos quanto a sua complexidade e aplicação na prática clínica⁶. Contudo, não há dúvidas de que um diagnóstico acurado facilita a escolha da melhor abordagem de tratamento^{3, 5-14}. As opções de tratamento, das alterações estéticas da columela nasal, variam quanto ao grau da deformidade, preferência e a expertise de cada cirurgião. Pode haver alterações assimétricas, o que aumenta a complexidade para correção, exigindo a aplicação de táticas diferentes para cada lado.

Temos observado que as alterações estéticas da columela nasal mais comumente encontradas, ao longo dos anos, são a Columela Pendente e a Columela Oculta.

O Retalho Condro-Mucopericondril do Septo Nasal é a nossa preferência para os casos de Columela Oculta, porém, não sonhamos as alternativas descritas por outros autores, e nem tão pouco frequente associamos as técnicas anteriormente descritas^{5, 7, 10, 16}. Quanto ao que descreve Flowers e Haddad

Filho, julgamos ser uma boa alternativa para o tratamento dos casos de Columela Oculta, entretanto, não temos experiência clínica com os métodos descritos pelos autores citados^{8,9}.

Nossa abordagem frente à **Columela Pendente** é conduzida de acordo com a severidade da deformidade. Para os casos mais brandos utilizamos as abordagens de Randall e para os casos mais severos utilizamos as manobras de Randall associadas a uma ressecção parcial da Crux Medialis, que é restaurada com suturas de estabilização^{5,6,11-14}.

Concordamos com o que descreve Rees, que a rinoplastia é constituída de um conjunto de manobras que visam harmonizar a estética nasal como um todo³. Acrescentaríamos, contudo, que a manutenção e/ou a restauração da função, é de fundamental importância para trazer, o que estabelece Rees, aos conceitos atuais de Rinoplastia.

Acreditamos que todas as técnicas e táticas acima apresentadas são, usualmente, descritas de maneira isolada com finalidades didáticas, porém, frequentemente, são aplicadas em combinação a fim de proporcionar os melhores resultados estéticos e funcionais.

CONCLUSÃO

Ao Longo de mais de quarenta anos, o autor Sênior, solidificou uma abordagem sistemática para o tratamento das deformidades da columela nasal, mais comumente, observadas em sua prática clínica, a Columela Oculta e a Columela Pendente. Uma minuciosa análise diagnóstica é fundamental, sob pena de se alcançar resultados abaixo do desejado. O diagnóstico preciso orienta a escolha da técnica apropriada para a correção das alterações e deformidades da columela, sendo assim, a classificação de Gunter oferece as melhores ferramentas. É possível concluir que as opções táticas selecionadas, pelos autores, são seguras, reprodutíveis e proporcionam resultados apreciáveis podendo ser aplicadas individualmente ou em associação, como parte do arsenal de recursos terapêuticos aplicados em Rinoplastia.

REFERÊNCIAS

- Dini GM, Ferreira LM. Rhinoplasty and PubMed. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(1):289.
- Mottura AA. Short columella nasolabial complex in aesthetic rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2001;25(4):266-72.
- Rees TD, Baker DC, Tabbal N. Rhinoplasty problems and controversies: a discussion with the experts. St. Louis: Mosby; 1988.
- Sheen JH, Sheen AP. Aesthetic rhinoplasty. St. Louis: C. V. Mosby Co.; 1978.
- Gunter JP, Rohrich RJ, Friedman RM. Classification and correction of alar-columellar discrepancies in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(3):643-8.
- Matarasso A, Greer SE, Longaker MT. The true hanging columella: simplified diagnosis and treatment using a modified direct approach. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(2):469-74.
- Guyuron B. The aging nose. *Dermatol Clin.* 1997;15(4):659-64.
- Flowers RS, Smith EM, Jr. Technique for correction of the retracted columella, acute columellar-labial angle, and long upper lip. *Aesthetic Plast Surg.* 1999;23(4):243-6.
- Haddad Filho DH, Alonso N, Oksman D, Wulkan M, Godoy P. Surgical treatment of the acute columellar-labial angle. *Aesthet Surg J.* 2008;28(6):627-30.
- Toriumi DM, Checcone MA. New concepts in nasal tip contouring. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2009;17(1):55-90, vi.
- Randall P. The direct approach to the "hanging columella". *Plast Reconstr Surg.* 1974;53(5):544-7.
- Armstrong DP. Aggressive management of the hanging columella. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(4):513-6.
- Joseph EM, Glasgold AI. Anatomical considerations in the management of the hanging columella. *Arch Facial Plast Surg.* 2000;2(3):173-7.
- Gryskiewicz JM. The "iatrogenic-hanging columella": preserving columellar contour after tip retroprojection. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(1):272-7.
- Rees TD, Baker DC, Tabbal N, Manhattan Eye Ear and Throat Hospital. Department of Plastic Surgery., New York University. Medical Center. Institute of Reconstructive Plastic Surgery. Rhinoplasty: problems and controversies: a discussion with the experts. St. Louis: Mosby; 1988.
- Rohrich RJ, Huynh B, Muzaffar AR, Adams WP, Robinson. Importance of the depressor septi nasi muscle in rhinoplasty: anatomic study and clinical application. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(1):376-83; discussion 84-8.
- Dini GM, Albuquerque LG, Ferreira LM. The future of rhinoplasty and the Dallas rhinoplasty symposium. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(2):64e-5e.

Autor correspondente:

Liacyr Ribeiro

Rua Visconde Silva, 52, salas 903/904. Botafogo, Rio de Janeiro. - CEP: 22271-092. Tel: (21) 2539-4893.