

Abordagem nasolabial primária nas fissuras lábio-palatinas unilaterais

Primary nasolabial approach in the unilateral cleft lip and palate fissures

LUCIANO SAMPAIO BUSATO¹, RENATO DA SILVA FREITAS²

RESUMO

Introdução: As deformidades anatômicas e alterações fisiológicas das fissuras lábio-palatinas unilaterais são objeto de estudo de vários pesquisadores onde é enfatizada a necessidade da reparação primária não apenas da fissura labial como do reposicionamento das estruturas do nariz. Existem inúmeras técnicas descritas para o tratamento concomitante destas alterações, tanto para a reparação do lábio quanto do nariz. Independentemente da técnica escolhida, muitas controvérsias existem envolvendo a abordagem cirúrgica da fissura nasolabial unilateral, principalmente no que se refere ao tempo cirúrgico, o uso de ortopedia pré-operatória ou adesão labial para diminuir a tensão no reparo definitivo da fissura. Podemos afirmar que o resultado é cirurgião-dependente, ou seja, quanto mais familiarizado com a técnica empregada, melhores serão os resultados estéticos e funcionais. **Método:** Foram tratados 134 pacientes com fissura lábio-palatina unilateral com a técnica de Millard combinada com a técnica de McComb para a abordagem do nariz, no período de 1 de janeiro de 2003 a 24 de abril de 2007. **Resultados:** A terapêutica empregada proporcionou resultados estéticos melhores com a diminuição de procedimentos secundários aliados à sistematização do procedimento com menor tempo cirúrgico.

Descritores: Fenda labial. Fissura palatina/cirurgia. Nariz/anormalidades.

SUMMARY

Introduction: The anatomic deformities and physiologic alterations of the unilateral cleft lip and palate are study objects of many researchers where the necessities of primary repairs not only of the labial cleft but also the reposition of the nose structures are emphasized. There are innumerable techniques described for the concomitant treatment of these alterations, for both lip and nose repair. Independently on the chosen technique, there are many controversies involving the surgical approach of the unilateral nasolabial fissure, mainly when referred to surgical timing, the orthopedic pre-surgery or labial adhesion use to reduce the tension on the fissure's definitive repair. We can affirm the result is surgeon dependent, which means, the more familiarized with the technique applied, the best will be the aesthetic and functional results. **Methods:** 134 patients were treated with the Millard technique combined with the McComb technique to the nose's approach in the period from January 1st, 2003 to April 24th, 2007. **Results:** The therapeutic adopted provides better aesthetic results with the reduction of secondary procedures allied to the procedure's systematization with less surgical time.

Descriptors: Cleft lip. Cleft palate/surgery. Nose/abnormalities.

1.Cirurgião plástico do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal (CAIF) – Curitiba, PR.

2.Professor adjunto III da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Paraná, cirurgião craniofacial do CAIF – Curitiba, PR.

Correspondência: Luciano Sampaio Busato
Av. Republica Argentina, 4334 – Portão – Curitiba, PR – CEP 81050-000
E-mail: lucianosbusato@gmail.com

INTRODUÇÃO

A fissura lábio-palatina é a malformação facial mais comum. Estima-se um caso novo a cada 700 nascidos vivos e um total de 6000 novos casos por ano no Brasil. Junto com o diagnóstico da deformidade surgem desafios no manejo não só das alterações anatômicas encontradas, mas também da relação médico-paciente-famíliares, onde a ansiedade e as dúvidas existentes devem ser saneadas de maneira límpida e objetiva, com a intenção de prevenir e amenizar alterações do crescimento facial, do desenvolvimento de funções cognitivas (fala) e propiciar a integração social destes pacientes. O tratamento multidisciplinar desta complexa deformidade é a melhor forma para uma reabilitação adequada, mesmo que se dê de forma real e definitiva ao término do crescimento craniofacial¹. É importante que ao longo dos anos que antecedem este resultado final o paciente possa se sentir integrado à sociedade.

Muito embora a cirurgia plástica tenha avançado sobremaneira, ainda não dispomos de uma técnica única e infalível para o tratamento das fissuras lábio-palatinas. Historicamente, a primeira cirurgia de correção de fissura labial foi realizada na China, em 390 A.D., sendo que Ambroise Pare, no século XVI, descreveu técnica de reavivamento dos bordos da fissura e sutura laçada em oito. Inúmeros outros autores contribuíram para a evolução do tratamento das fissuras lábio-palatinas, destacando-se William Rose (1879) e James Thompson (1912) que descreveram técnica de correção em linhas retas, hoje conhecida como Rose-Thompson, técnica esta que marcou a primeira metade do século XX². A partir de 1930, autores como Brown e McDowell descreveram retalhos triangulares laterais para a correção. Le Mesurier (1945) propôs a reconstrução com retalhos quadrangulares, enquanto Tennison (1951) divulgou seu método com retalhos triangulares e plástica em Z, sendo que ambos enfatizaram a necessidade de introduzir tecido na porção inferior do lábio e foram técnicas bastante utilizadas nos anos 50 e 60 do século passado¹. Em 1955, Ralph Millard descreveu o conceito de avanço do retalho lateral com rotação de retalho da porção medial inferiormente, preservando o arco de cupido e a crista filtral^{3,4}. Independente de outros autores que publicaram suas modificações da técnica de Millard⁵, esta continua sendo a mais popular e utilizada para a correção da fissura lábio-palatina unilateral.

Todas as técnicas até então citadas não tratavam a deformidade nasal presente nas fissuras lábio-palatinas, pois se pensava que qualquer intervenção no nariz traria alterações do crescimento facial. Foi a partir de 1969 com Skoog⁶, que abordava a deformidade nasal com incisão intercartilaginosa, McComb (1975)⁷, com descolamento da ponta nasal através da incisão no sulco gengivolabial superior, seguido por Millard (1978)³, com ressecção da borda alar, e Salyer (1986)⁸, que se determinou de forma consensual na literatura mundial de que se deve sempre procurar “suturar a cartilagem inferior do lado fissurado à correspondente do lado não-fissurado ou à cartilagem lateral superior”, tentando evitar o colapso da ponta nasal e da cartilagem lateral inferior pela falta persistente de suporte da ponta nasal⁹. Baseado nestes pilares que a literatura apresenta e, sabidamente, a melhor técnica é aquela que o cirurgião tem maior facilidade, optamos pela utilização da

técnica de Millard associada à técnica de McComb para a abordagem nasolabial primária nos pacientes com fissuras lábio-palatinas, pelo baixo índice de complicações e bons resultados estéticos, seguindo uma padronização em nossos pacientes.

Este estudo demonstra a experiência do autor (LSB) no tratamento da fissura labial e da deformidade nasal numa abordagem única, utilizada no Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal (CAIF), em Curitiba, PR.

MÉTODO

No período de janeiro de 2003 a abril de 2007, foram realizadas 134 abordagens nasolabiais primárias, sendo 81 pacientes do sexo masculino e 53 do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de quatro meses a três anos, com uma média de idade de 6,2 meses. Iniciou-se o procedimento com anestesia geral combinada (inalatória e venosa), que foi mantida com inalatória e ventilação espontânea logo após a indução, associada à infiltração local com solução de lidocaína 0,5% com adrenalina 1:100.000 conjuntamente com o bloqueio da emergência dos nervos infra-orbitários. A técnica de Millard foi utilizada para reparo da deformidade labial com sutura em três planos (Figura 1). Os fios foram os seguintes: vicryl 4.0 para mucosa, nylon 4.0 para a sutura muscular e nylon 6.0 para pele. A técnica de McComb foi a escolhida para a correção da deformidade nasal, empregando pontos de vicryl 4.0 sem uso de pontos capitonados na fixação das cartilagens. Os pontos da pele foram retirados no 9º dia pós-operatório e iniciadas massagens locais e uso de protetor solar. Em nenhum caso foi utilizado qualquer tipo de procedimento ortopédico ou modeladores nasais, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório. O tempo médio do início da indução anestésica ao término do curativo foi de 42 minutos (Figura 2). Avaliaram-se as complicações transoperatórias, pós-operatórias imediatas e tardias com intervenção cirúrgica imediata ou tratamento da seqüela.

RESULTADOS

Nos 134 pacientes avaliados obtiveram-se os seguintes achados:

- complicações transoperatórias - sete pacientes apresentaram alterações no transoperatório que necessitaram de intervenção imediata. Em dois pacientes ocorreu extubação acidental durante o procedimento cirúrgico, sendo necessária a reintubação imediatamente; quatro pacientes apresentaram broncoespasmo leve, sendo manuseados farmacologicamente pelo anestesista sem a necessidade de interromper o procedimento. Um paciente apresentou taquicardia supraventricular associado à hipoglicemia, sendo necessário manejo pós-operatório em unidade de terapia intensiva, recebendo alta 48 horas após o procedimento cirúrgico;
- complicações pós-operatórias imediatas - cinco pacientes apresentaram deiscência parcial de mucosa labial, optando-se pelo tratamento expectante com necessidade de correção secundária, e um paciente apresentou deiscência total no sétimo dia pós-operatório, sendo

Figura 1 - Técnica de Millard para abordagem labial e McComb para abordagem nasal. **A:** fotografia pré-operatória; **B:** demarcação das incisões; **C:** descolamento da ponta nasal; **D:** correção do músculo orbicular do lábio; **E:** avanço medial da asa nasal e reconstrução do assoalho nasal; **F:** fixação da cartilagem alar através de pontos percutâneos; **G:** resultado imediato.

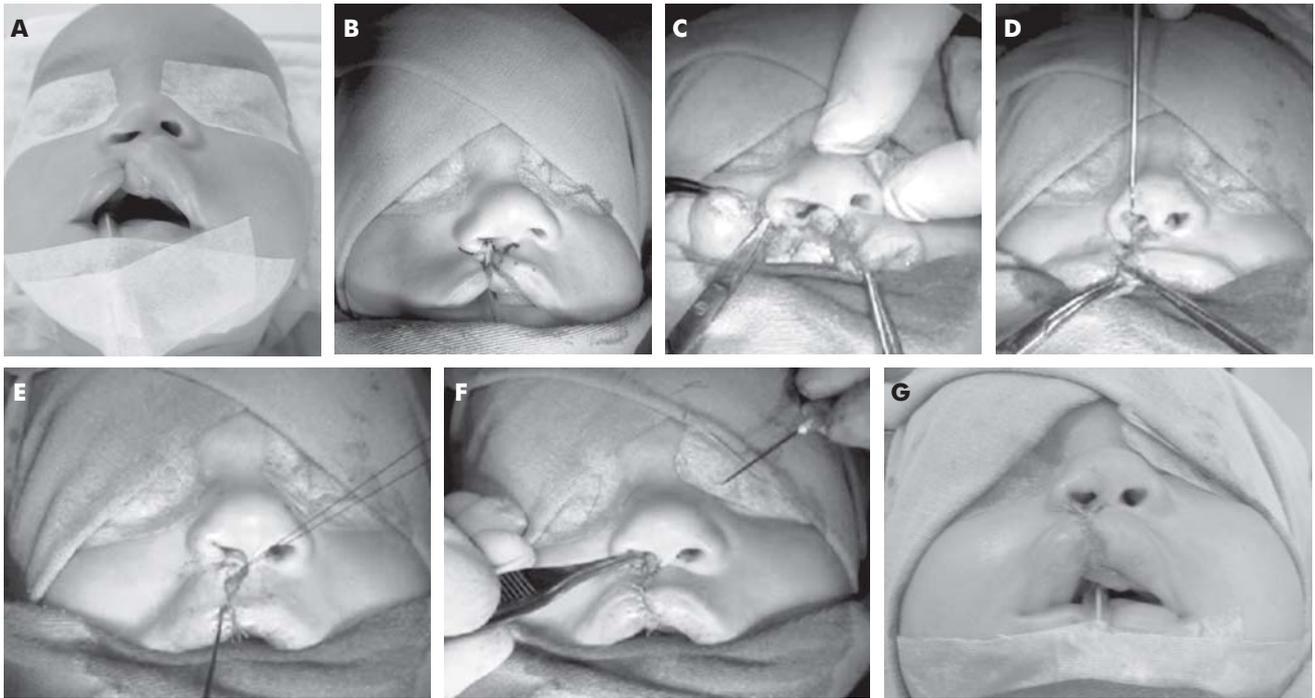


Figura 2 - Paciente com fissura labial incompleta esquerda. Abordagem nasolabial primária pré-operatória (**A**), pós-operatória imediata (**B**) e resultado tardio (**C**).



realizados curativos e uso de fitas para manter as bordas da ferida próximas. Nova cirurgia foi realizada seis meses após o primeiro procedimento;

- complicações pós-operatórias tardias - neste grupo, considerou-se os cinco pacientes com deiscência parcial, o paciente com deiscência total e mais 12 pacientes que apresentaram perda da projeção da asa narinária, dois pacientes que apresentaram lábio curto e um paciente que apresentou cicatriz hipertrófica da queiloplastia, totalizando 21 pacientes com necessidade de cirurgia secundária precoce.

DISCUSSÃO

A fissura lábio-palatina permanece como um desafio às múltiplas especialidades envolvidas no seu tratamento. É incontestável a evolução e a especialização que a cirurgia plástica vem alcançando nas últimas décadas, porém a deformidade congênita mais comum da face não tem definido na literatura mundial um protocolo de tratamento estanque e conciso¹⁰⁻¹⁶. A partir de 1990, um estudo multicêntrico e de grandes proporções envolvendo centros europeus e escandinavos demonstrou que tratamentos menos

complexos e menos custosos se equiparam aos tratamentos mais longos, duradouros e caros, onde se define de maneira geral que o sucesso se deve ao trabalho interdisciplinar, padronização dos procedimentos e profissionais especializados e experientes. Baseado nestes dados padronizou-se a abordagem nasolabial primária em pacientes com fissura lábio-palatina com as técnicas de Millard e McComb. Em nossos casos não observamos complicações transoperatórias que impedissem o término do procedimento completo e, em somente um caso, houve necessidade de suporte em unidade de terapia intensiva, com boa evolução. Isto se deve ao alto grau de especialização do profissional de anestesiologia que, além da versatilidade em manejar situações de risco, tem uma sistematização do procedimento executado. Como complicações imediatas e tardias apresentamos 21 pacientes que necessitaram de cirurgia secundária precoce, quer seja por deiscências parciais ou totais, quer seja por assimetrias labiais e/ou narinárias, casos estes que, via de regra, foram os iniciais de nossa carreira no tratamento dos pacientes fissurados. Vale salientar que o caso que evoluiu com deiscência total foi o primeiro operado pelo autor sem supervisão de um cirurgião com maior experiência. Não é objetivo deste trabalho ressaltar qualquer técnica em especial, mas a importância de uma padronização dos procedimentos adotados, visando a maior índice de bons resultados, com menor incidência de complicações. Isso acarreta uma série de benefícios para o paciente e seus familiares, tais como: proporciona melhor simetria nasal e labial, e conseqüente melhor imagem facial, com menores deformidades anatômicas e funcionais; diminui a possibilidade de cirurgias secundárias precoces; e minimiza os procedimentos subseqüentes, com menor morbidade, menor quantidade de tecido manipulado, e conseqüente menor retração cicatricial.

Não se admite atualmente cirurgias labiais isoladas sem a abordagem nasal primária. Vários são os artigos que demonstram que a rinoplastia primária não interfere no crescimento facial⁶⁻⁹. Assim como se sabe que não é tratamento definitivo, pois em seguimento a longo prazo demonstrou-se que aquelas técnicas que inicialmente pareciam satisfatórias proporcionavam correção inadequada com o crescimento e o tempo, requerendo reconstruções adicionais. Entretanto, certamente, minimizam as deformidades nasais secundárias à fissura lábio-palatina. Ainda devemos ressaltar que a padronização tanto dos procedimentos anestésicos quanto das técnicas cirúrgicas utilizadas corrobora para cirurgias mais rápidas, com menores dosagens de anestésicos, sangramentos, intercorrências pós-operatórias e tempo de internação hospitalar.

CONCLUSÃO

A abordagem nasolabial primária em pacientes com fissura lábio-palatina unilateral é parte de um tratamento longo, multidisciplinar e altamente especializado. Quando

nos deparamos com familiares trazendo seu filho com esta deformidade facial tão comum, sabemos que o inter-relacionamento entre as diversas especialidades e a integração da família no tratamento do fissurado lábio-palatina são os pilares de uma reparação adequada. Inúmeros protocolos descritos, revisados, descartados e alvissareiros passam pela nossa mente, porém faz-se mister a sistematização de um protocolo a ser seguido. Não existe consenso na literatura sobre as diversas técnicas existentes, porém existe o consenso de que a abordagem nasolabial primária deve sempre ser utilizada. Baseado nesta padronização, onde utilizamos as técnicas combinadas, obtivemos um baixo índice de complicações maiores que necessitaram de cirurgia secundária precoce, menor tempo cirúrgico, com bons resultados estéticos corroborando a importância de se estabelecer uma rotina para a abordagem primária dos pacientes com fissuras lábio-palatinas.

REFERÊNCIAS

1. Bardach J, Morris HL. Multidisciplinary management of cleft lip and palate. Philadelphia:W.B. Saunders;1990.
2. Rose W. Harelip and cleft palate. London:HK Levis;1891.
3. Millard DR Jr. Earlier correction of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1982;70(1):64-73.
4. Millard DR Jr, Morovic CG. Primary unilateral cleft nose correction: a 10-year follow-up. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(5):1331-8.
5. Becker M, Svensson H, McWilliam J, Samäs KV, Jacobsson S. Millard repair of unilateral isolated cleft lip: a 25-year follow-up. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1998;32(4):387-94.
6. Skoog T. A design for the repair of unilateral cleft lips. *Am J Surg.* 1958;95(2):223-6 7.
7. McComb H. Primary repair of unilateral cleft lip nasal deformity. *Oper Tech Plast Reconstr Surg.* 1995;2:200-5.
8. Salyer KE. Primary correction of the unilateral cleft lip nose: a 15-year experience. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77(4):558-68.
9. Silva Freitas R, Busato L, Gamborgi MA. Nariz do fissurado. *Cirurgia Plástica.* 1ª ed. São Paulo:Editora Atheneu;2005. p.217-32.
10. Tajima S. Follow-up results of the unilateral primary cleft lip operation with special reference to primary nasal correction by the author's method. *Facial Plast Surg.* 1999;7-97.
11. Cohen SR, Corrigan M, Wilmot J, Trotman CA. Cumulative operative procedures in patients aged 14 years and older with unilateral or bilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg.* 1995;96(2):267-71.
12. Joos U. Skeletal growth after muscular reconstruction for cleft lip, alveolus and palate. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995;33(3):139-44.
13. Moss ML, Salentijn L. The primary role of functional matrices in facial growth. *Am J Orthod.* 1969;55(6):566-77.
14. Shibata K, Nakajima T, Yoshimura Y, Skakibara A, Aoki T. Use of long retainer for post-operative correction of cleft lip nose. *Jap J Plast Reconstr Surg.* 1991;34(2):179-83.
15. Noordhoff MS. Reconstruction of vermilion in unilateral and bilateral cleft lips. *Plast Reconstr Surg.* 1984;73(1):52-61.
16. Nakajima T. Early and one stage repair of bilateral cleft lip and nose. *Keio J Med.* 1998;47(4):212-8.