



ARTIGO ORIGINAL

Revision rhinoplasty: physician–patient aesthetic and functional evaluation[☆]



Heloisa Nardi Koerner Vian^{a,b,*}, Cezar Augusto Sarraff Berger^{c,d}, Danielle Candia Barra^a
e Ana Paula Perin^{b,e}

^a Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia (IPO), Curitiba, PR, Brasil

^b Associação Paranaense de Otorrinolaringologia (ASPO), Liga de Otorrinolaringologia, Curitiba, PR, Brasil

^c Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia (IPO), Hospital IPO, Curitiba, PR, Brasil

^d Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

^e Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil

Recebido em 7 de abril de 2017; aceito em 22 de agosto de 2017

Disponível na Internet em 21 de novembro de 2017

KEYWORDS

Rhinoplasty;
Revision rhinoplasty;
Rhinoseptoplasty

Abstract

Introduction: Approximately 5–15% of patients submitted to rhinoplasty operations undergo revision surgery. Those patients have varied functional and aesthetic complaints that should receive a detailed assessment that includes all the expectations the patient had before the previous procedure.

Objective: To draw the profile of the main aesthetic-functional complaints reported by patients to be submitted to revision rhinoplasty and to correlate them with the internal and external objective nasal evaluation performed by the surgeon.

Methods: A prospective study was conducted with 43 patients to be submitted to revision rhinoplasty and their respective surgeons, by applying a questionnaire about the patients' epidemiological questions and subjective aesthetic-functional complaints as well as the respective functional deformities observed by the surgeons. Subsequently, these data were correlated with the purpose of observing the frequency of congruent reports between physicians and patients.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.08.011>

[☆] Como citar este artigo: Vian HN, Berger CA, Barra DC, Perin AP. Revision rhinoplasty: physician–patient aesthetic and functional evaluation. Braz J Otorhinolaryngol. 2018;84:736–43.

* Autor para correspondência.

E-mail: helo_nk@hotmail.com (H.N. Vian).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

Results: The presence of drooping tip and residual bridge hump were the patients' main complaints, confirmed by the surgeons. The correlation between subjective obstructive symptoms and the intranasal evaluation performed by surgeons was shown to be present in 87.5% of the cases. Among the patients with respiratory symptoms, the main deformity identified was residual septal deviation in 56.25% of the cases.

Conclusion: The drooping tip followed by residual hump were the main complaints reported by the patients and confirmed by the objective examination by the physicians. The presence of nasal obstructive complaints in 37.2% of the patients shows that greater attention needs to be paid to functional deformities during the first surgical procedure. The differences observed between patients' complaints and surgeons' evaluations confirm the need for detailed assessment and clarification to the patients regarding their expectations and actual surgical possibilities.

© 2017 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

PALAVRAS-CHAVE

Rinoplastia;
Rinoplastia
revisional;
Rinosseptoplastia

Rinoplastia revisional – avaliação estética e funcional médico-paciente

Resumo

Introdução: As rinoplastias possuem índice de revisão em torno de 5% a 15% dos pacientes operados. Tais pacientes possuem queixas funcionais e estéticas variadas e a avaliação detalhada é de extrema importância, tendo em vista todas as expectativas em torno de um procedimento já anteriormente realizado.

Objetivo: Traçar o perfil das principais queixas estético-funcionais referidas pelo paciente a ser submetido à rinoplastia revisional e correlacioná-las a avaliação nasal objetiva interna e externa realizada pelo cirurgião.

Método: Foi realizado um estudo prospectivo com 43 pacientes a serem submetidos à rinoplastia revisional e com seus respectivos cirurgiões, através da aplicação de questionário acerca de questões epidemiológicas e queixas estético-funcionais subjetivas dos pacientes e as respectivas deformidades funcionais observadas pelos cirurgiões. Após, esses dados foram correlacionados com a finalidade de observar a frequência de relatos concomitantes entre os médicos e pacientes.

Resultados: A presença de ponta caída e giba óssea residual foram as principais queixas dos pacientes confirmadas pelos cirurgiões. Já a correlação entre sintomas subjetivos obstrutivos e a avaliação intranasal realizada pelos cirurgiões demonstrou estar presente em 87,5% dos casos. Dentre os pacientes com sintomas respiratórios, a principal deformidade encontrada foi o desvio septal residual em 56,25% dos casos.

Conclusão: A ponta caída seguida de giba óssea residual foram as principais queixas relatadas pelos pacientes e confirmadas ao exame objetivo pelos médicos. A presença de 37,2% dos pacientes com queixas obstrutivas nasais demonstra que maior atenção deve ser dada a deformidades funcionais já durante o primeiro procedimento cirúrgico. As diferenças observadas entre as queixas dos pacientes e avaliações dos cirurgiões comprovam a necessidade da avaliação pormenorizada e esclarecimento ao paciente com relação as suas expectativas e reais possibilidades cirúrgicas.

© 2017 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Na prática otorrinolaringológica observa-se que a procura pelos pacientes por rinoplastias revisionais é muito frequente e está diretamente ligada ao número de rinoplastias primárias feitas.

A incidência de rinoplastias revisionais está longe de ser insignificante, encontra-se uma média de 5% a 15% dos casos primários operados, alguns artigos demonstram incidências superiores a 21%.¹⁻³ Tais pacientes têm, na

grande maioria dos casos, queixas funcionais e estéticas variadas que exigem desde procedimentos simples, como pequenas revisões, até correções mais extensas que, muitas vezes, necessitam do uso de técnicas e enxertos variados.

A avaliação detalhada do paciente a ser submetido a uma rinoplastia revisional é de extrema importância, já que esse é um paciente com expectativas muito superiores quando comparado com um paciente que não foi submetido a uma intervenção anterior, principalmente por encontrar-se

insatisfeito e, muitas vezes, até desapontado com os resultados da cirurgia prévia.^{2,4}

Trabalhos na literatura atual demonstram as anormalidades estéticas e funcionais encontradas em vários narizes submetidos a rinoplastias revisionais do ponto de vista do cirurgião, não dão atenção à real queixa estético-funcional do paciente. Durante uma avaliação pré-operatória, a falta de atenção à queixa do paciente pode induzir a resultados pós-operatórios insatisfatórios e aquém das expectativas do paciente.

A rinoplastia revisional é um procedimento que demanda uma maior experiência e habilidade do cirurgião. Muitos dos casos são desafiadores em vários aspectos, não apenas estético-funcionais, mas também psicológicos, ao se tratar de pacientes com altas expectativas, com queixas em desacordo com os achados no exame pré-operatório e até pacientes com alterações dismórficas corporais, os quais raramente ficarão satisfeitos com os resultados pós-operatórios.²

Nenhum outro procedimento estético requer uma avaliação pré-operatória tão rígida quanto a rinoplastia. O exame completo e bem documentado, associado ao conhecimento das queixas e expectativas do paciente, é imperativo.²

Em Berger et al., demonstra-se a importância do levantamento de dados etnológicos, culturais e antropométricos através de um protocolo eletrônico pré-operatório, a fim de se avaliar as principais indicações para o procedimento cirúrgico, além das principais manobras cirúrgicas que deverão ser feitas. Tal organização possibilita o melhor planejamento cirúrgico, visa à excelência dos resultados cirúrgicos, diminui-se a incidência de cirurgias revisionais.⁴

Por fim, como base para uma relação médico-paciente efetiva, principalmente numa situação com maiores exigências e ansiedades com relação ao resultado final, o médico deve estar consciente das queixas estéticas e funcionais do paciente, assim como dos desejos de mudança e expectativas relacionadas ao procedimento. O médico deverá reconhecer as deformidades objetivas, correlacioná-las às queixas do paciente com o objetivo de propor ao paciente as reais possibilidades de uma nova intervenção cirúrgica.³

Objetivos

O objetivo principal do trabalho é traçar o perfil das principais queixas estético-funcionais referidas pelo paciente a ser submetido à rinoplastia revisional em nosso hospital e correlacioná-las à avaliação nasal objetiva interna e externa feita pelo cirurgião. Outras questões epidemiológicas e cirúrgicas também foram pesquisadas, como número de cirurgias prévias e seu tempo de feitura, acessos cirúrgicos anteriormente feitos, os motivos pelos quais o paciente não procurou o cirurgião anterior.

Método

Durante o desenvolvimento do questionário optou-se pela divisão em três partes: questões epidemiológicas gerais, questões sobre as queixas estéticas e funcionais dos pacientes e avaliação objetiva dos cirurgiões. A primeira parte constou de perguntas sobre o número de cirurgias

anteriores, tempo de feitura da última cirurgia, o cirurgião que fez a última cirurgia e o motivo pelo qual procurou outro cirurgião, se assim ocorreu.

A segunda parte constou de perguntas ao paciente (questões epidemiológicas, preocupações funcionais e estéticas). A terceira parte era de uso exclusivo para coleta de informações solicitadas ao cirurgião (avaliação objetiva estético-funcional do nariz).

Na grande maioria dos questionamentos feitos aos pacientes e médicos havia a possibilidade de responder a mais de uma opção de acordo com as alterações encontradas – Questões 4, 6, 7 a 10, 12 a 16.

Para melhor compreensão do paciente com relação às queixas estéticas e para o devido preenchimento do questionário, o nariz foi dividido em regiões superior, média, ponta nasal e outras regiões.

As regiões superior e média foram divididas em alta ou baixa, larga ou estreita, torta (rinoescoliose), dorso com aparência irregular ou outras alterações citadas pelos entrevistados nessas regiões.

A ponta do nariz foi subdividida em globosa, estreita/pinçada, levantada/empinada (no caso de um ângulo nasolabial excessivo), caída (no caso de um ângulo nasolabial abaixo do normal), proeminente/projetada, assimétrica, com pouca definição, colapso à inspiração ou outras alterações citadas pelos entrevistados nessa região.

Na divisão em outras regiões foram avaliadas a base nasal – se alargada ou estreitada; a columela – curta ou longa; retrações cicatriciais – foram alocados todos os casos de V-invertidos; cicatriz inestética; enxerto visível e outras alterações citadas pelos entrevistados que não pudessem ser relacionadas às regiões superior, média e ponta nasal.

O trabalho foi feito em uma instituição privada de otorrinolaringologia de junho de 2012 a novembro de 2012 de forma prospectiva após devida aprovação pelo Comitê de Ética da instituição sob o número da plataforma Brasil CEP CONEP CAAE 04901012.5.0000.5529 e registro CEP 0012/2012.

Após devido conhecimento da pesquisa e autorização de suas informações através da assinatura do termo de consentimento livre e informado, 43 pacientes com indicação cirúrgica de rinoplastia revisional foram submetidos a uma entrevista no momento anterior à cirurgia pelo pesquisador principal para preenchimento do questionário.

A terceira parte do questionário foi então aplicada pelo pesquisador principal ao cirurgião responsável pela cirurgia antes do ato operatório.

Para ser incluído na pesquisa o paciente deveria ter programação cirúrgica de rinoplastia revisional, com fins estéticos obrigatórios e funcionais facultativos, e já ter sido submetido à rinoplastia previamente com o mesmo ou outro cirurgião.

Como critérios de exclusão listamos os pacientes já operados por rinoplastia que fossem submetidos apenas a correções funcionais e aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Os questionários foram então tabulados e as preocupações estéticas e funcionais dos pacientes e as avaliações objetivas dos cirurgiões foram comparadas.

De acordo com a natureza dos dados analisados procedeu-se ao tratamento estatístico julgado adequado conforme a natureza dos dados analisados. Na estatística descritiva

Tabela 1 Questões epidemiológicas

Idade, média, anos	30,6 (16–51a)
Sexo, F/M, (%)	67, 4/32, (6)
Nº de rinoplastias prévias, 1/2/3, (%)	88; 4/7,0/4; (6)
Tempo de feitura da última cirurgia < 6m, 6a12m, > 12m (%)	4; 7/32,5/62; (8)
Cirurgião que fez a última cirurgia, mesmo/outro (%)	74; 4/25; (6)

foram calculadas as frequências relacionadas às queixas funcionais e deformidades funcionais observadas pelos cirurgiões. Na estatística inferencial, foram analisadas as avaliações dos médicos e dos pacientes para as diversas variáveis relacionadas a queixas e avaliações da estética nasal, usou-se o teste de χ^2 . O nível de significância adotado para tais variáveis foi de $p < 0,05$.

Resultados

Questionamentos ao paciente

Questões epidemiológicas

Entre a população avaliada, 29 pacientes eram do sexo feminino (67,4%) e 14 do masculino (32,6%). A média foi de 30,6 anos (entre 16 e 51).

Entre os 43 pacientes avaliados, 88,4% (38) foram submetidos a apenas uma rinoplastia prévia. Apenas três pacientes (7%) foram submetidos a duas cirurgias anteriores e dois pacientes (4,6%) foram submetidos a mais de três rinoplastias prévias.

A maior parte dos pacientes (62,7%) relatou que a última cirurgia fora feita havia mais de 12 meses. Esse tempo variou de 13 meses a 16 anos, com uma média de 4,6 anos. Apenas dois pacientes foram submetidos à cirurgia com um intervalo menor do que seis meses do último procedimento.

A grande maioria dos pacientes avaliados (74,4%) tinha sido operada previamente pelo mesmo cirurgião. Apenas 11 pacientes (25,6%) foram submetidos a rinoplastia prévia por outro(s) cirurgião(ões) (tabela 1).

Entre os 11 pacientes operados por outros cirurgiões, o principal motivo relatado ao procurar outro profissional para a correção nasal foi o fato de não considerar o primeiro resultado satisfatório e não sentir segurança no cirurgião anterior ($n=6$ ou 54,5% dos pacientes). Entre os 11 pacientes, 27,3% relataram que tiveram complicações na cirurgia anterior e tinham receio que elas ocorressem novamente se fizessem a cirurgia com o mesmo cirurgião. O mesmo número de pacientes (27,3%) relatou ter procurado outro profissional porque o cirurgião anterior descredenciou-se do plano de saúde ao qual o paciente é conveniado. Apenas um paciente (9%) relatou que procurou outro profissional porque o valor pedido pelo primeiro cirurgião para uma nova correção foi excessivo e a técnica proposta pelo cirurgião escolhido foi mais promissora (fig. 1).

Preocupações funcionais relatadas pelo paciente

Dentre as alterações de forma permanente perguntadas aos pacientes, 14 (32,5%) se queixaram de uma ou mais alterações após a última cirurgia feita, correspondeu a 26 queixas (tabela 2).

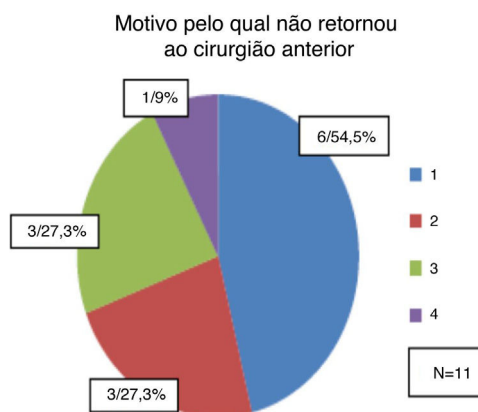


Figura 1 (1) Não considero o meu primeiro resultado satisfatório e não sinto segurança no cirurgião anterior; (2) Tive complicações na cirurgia anterior e tenho receio de que elas aconteçam novamente se fizer a cirurgia com o mesmo cirurgião; (3) O cirurgião anterior descredenciou-se do plano de saúde ao qual sou conveniado; (4) O valor cobrado pelo primeiro cirurgião para uma nova correção foi excessivo e a técnica proposta pelo cirurgião escolhido foi mais promissora.

As alterações de pele relatadas foram mudanças para pele seca e oleosa e despigmentação em área de dorso. A queixa relatada por um paciente como outras foi dor permanente na columela devido à reação ao ponto com fio de nylon.

Com relação às queixas respiratórias, 31 pacientes (72%) referiram que a respiração estava melhor ou igual após a última cirurgia feita. Doze pacientes se queixaram de pioria da respiração desde a última cirurgia, correspondeu a 38% dos pacientes.

Ainda com relação a queixas respiratórias, 16 pacientes (37,2%) se queixaram de sintomas respiratórios obstrutivos (tabela 3).

Preocupações estéticas relatadas pelo paciente

Com relação às queixas estéticas subjetivas relatadas pelos pacientes, a mais comum foi a queda da ponta nasal com 17 pacientes (39,5%), seguida do dorso em terço superior alto com 14% ou 32,5% dos pacientes e a base nasal alargada com 20,9% dos nove pacientes (tabela 4).

Questionamentos ao cirurgião

Avaliação nasal e intranasal

O principal acesso feito na cirurgia anterior foi o fechado, que corresponde a 88,4% dos 38 pacientes, três (7%) foram

Tabela 2 Alterações adquiridas de forma permanente após rinoplastia (n = 14)

Dor	Sensibilidade	Inchaço/Edema	Sangramento	Secreção nasal	Costas	Alteração de pele	Outras
3	5	4	4	2	4	3	1

Tabela 3 Sintomas respiratórios obstrutivos (n = 16)

Obstrução nasal	Respiração bucal	Roncos noturnos	Dependência de descongestionantes nasais	Outras (nariz seco e coriza/prurido nasal)
3	5	4	4	2

Tabela 4 Queixas estéticas relatadas pelo paciente (n = 43)

Queixas – dorso	Terço superior (NP)	Terço médio (NP)	Queixas – ponta	NP	Queixas – outras regiões	NP
Alto	14	4	Globosa	7	Base nasal alargada	9
Baixo	1	1	Estreita	1	Base nasal estreitada	0
Largo	2	2	Levantada (ANL excessivo)	1	Columela curta	1
Estreito	0	0	Caída (ANL abaixo do Normal)	17	Columela longa	2
Torto (rinoescoliose)	0	3	Projetada	0	Retração cicatricial	2
Irregularidade no dorso	5	4	Assimétrica	5	Cicatriz inestética	1
Outros	0	0	Pouca definição	4	Enxerto visível/deslocado	3
	Colapso a inspiração	2	Outros	1 – assimetria de base		
	Outros	0				

ANL, Ângulo Nasolabial; NP, Número de Pacientes.

Tabela 5 Acesso feito na cirurgia prévia

Fechado	Aberto	Delivery
38	03	02

submetidos a técnica aberta na cirurgia anterior e dois a cirurgia com acesso via *delivery* (4,6%) (tabela 5).

Com relação à avaliação objetiva intranasal, os cirurgiões referiram alterações ao exame de rinoscopia anterior em 20 pacientes. Dessas alterações, a mais frequente foi a presença de desvio septal residual observada em 11 pacientes dentre os 43 avaliados (25,5%).

As outras alterações observadas são sinéquias, retração cicatricial, granuloma, hipertrofia de cornetos e colapso de válvulas nasais internas e externas (tabela 6).

Avaliação objetiva da estética nasal

A avaliação objetiva feita pelo cirurgião com relação à estética nasal dos pacientes avaliados demonstrou como principal achado a queda da ponta nasal com 44,2% dos 19 pacientes, seguida do dorso alto em terço superior com

18 pacientes (41,8%) e irregularidades no dorso, ponta globosa e base nasal alargada cada uma com 12 pacientes ou 27,9% dos casos avaliados (tabela 7).

Cruzamento paciente-médico

Queixas funcionais

A avaliação intranasal relatada pelos médicos dentre os 16 pacientes que referiram sintomas respiratórios obstrutivos demonstrou que o desvio septal residual é a maior causa da não melhoria da respiração dos pacientes avaliados, corroboraram a 56,25% desses nove pacientes.

A avaliação intranasal dos pacientes que referiram sintomas nasais obstrutivos são demonstrados na tabela 8.

Queixas estéticas

Através do cruzamento das queixas subjetivas do paciente e avaliação objetiva do cirurgião demonstrou-se a maior frequência da queda da ponta nasal e a presença de dorso alto no terço superior. Esses achados foram relatados concomitantemente como queixa subjetiva dos pacientes e avaliação objetiva do cirurgião, respectivamente, em 34,9%

Tabela 6 Avaliação intranasal feita pelo cirurgião (n = 43)

SP	Desvio de septo	Hipertrofia de cornetos	Sinéquia	Colapso de VNI	Retração cicatricial	Colapso de VNE	Granuloma	Perfuração septal
23	11 (25,6%)	6 (14%)	4 (9%)	3 (7%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	0

SP, Sem Particularidades; VNE, Válvula Nasal Externa; VNI, Válvula Nasal Interna.

Tabela 7 Avaliação estética nasal objetiva feita pelo cirurgião (n = 43)

Avaliação dorso	Terço superior (NP)	Terço médio (NP)	Avaliação ponta	NP	Avaliação de outras regiões	NP
Alto	18	11	Globosa	12	Base nasal alargada	12
Baixo	2	2	Estreita	1	Base nasal estreitada	0
Largo	2	1	Levantada (ANL excessivo)	0	Columela curta	2
Estreito	0	0	Caída (ANL abaixo do normal)	19	Columela longa	3
Torto (rinoescoliose)	2	6	Projetada	1	Retração cicatricial	9
Irregularidades no dorso	12	5	Assimétrica	3	Cicatriz inestética	0
Outros	1 – teto aberto	0	Pouca definição	10	Enxerto visível/deslocado	4
	1 – Rádix profundo		Colapso a inspiração	3	Outros	1 – Nariz longo
	1 – Fratura óssea incompleta		Outros	1 – Ponta bífida		1 – Insuficiência de espinha nasal
				1 – Columela torta		
				1 – Columela larga		

ANL, Ângulo Nasolabial; NP, Número de Pacientes.

Tabela 8 Avaliação intranasal dos pacientes que referiram sintomas nasais obstrutivos (n = 16)

SP	Desvio de septo	Hipertrofia de cornetos	Sinéquias	Colapso de VNI	Retração cicatricial	Colapso de VNE
2 (12,5%)	9 (56,25%)	4 (28,5%)	4 (28,5%)	3 (18,75%)	1 (6,25%)	1 (6,25%)

SP, Sem Particularidades; VNE, Válvula Nasal Externa; VNI, Válvula Nasal Interna.

(15) e 30,23% (13) dos pacientes avaliados (tabela 8). Ainda assim, observa-se que os cirurgiões avaliados identificaram a queda da ponta nasal em pacientes com queixa de queda da ponta nasal em 78,9% dos casos. A presença de dorso alto em terço superior foi identificada pelos cirurgiões em 92,8% dos pacientes com tal queixa subjetiva.

Em terceiro lugar, a presença de base nasal alargada foi relatada de forma subjetiva pelos pacientes e objetiva pelos cirurgiões em 13,9% dos seis pacientes. Nesse caso, os cirurgiões concordaram com relação à avaliação subjetiva dos pacientes em 66,6% dos casos.

A ponta globosa teve a quarta maior frequência de relatos entre os pacientes e cirurgiões com 11,6% dos cinco pacientes. Nesse caso, os cirurgiões concordaram com as queixas subjetivas dos pacientes em 71,4% dos casos (tabela 9).

Discussão

Muitas das alterações da anatomia nasal encontradas em pacientes a serem submetidos a rinoplastias revisionais são de difícil manejo, não apenas do ponto de vista cirúrgico mas também psicológico, ao se lidar com um paciente previamente insatisfeito com o resultado anterior e que, na grande maioria dos casos, tem grandes expectativas e ansiedades que prejudicam a sua compreensão das limitações intrínsecas ao procedimento.

Na grande maioria dos casos, a necessidade de uma rinoplastia revisional é resultado de uma avaliação prévia mal feita, da seleção inadequada do paciente a ser operado, da falha nas explicações dadas ao paciente com relação às

Tabela 9 Frequência de achados concomitantes paciente-médico (n = 43)

Avaliação dorso	Terço superior (f)	p-valor	Terço médio (f)	p-valor	Avaliação ponta	f	p-valor	Avaliação de outras regiões	f	p-valor
Alto	13	0,50	3	0,09	Globosa	5	0,30	Base nasal alargada	6	0,62
Baixo	1	1,0	1	1,0	Estreita	0	0,47	Base nasal estreitada	0	—
Largo	1	0,61	1	1,0	Levantada (ANL excessivo)	0	1,0	Columela curta	0	1,0
Estreito	0	1,0	0	1,0	Caída (ANL abaixo do normal)	15	0,83	Columela longa	2	1,0
Torto (rino-escoliose)	0	0,47	3	0,48	Projetada	0	1,0	Retração cicatricial	2	0,05
Irregularidade no dorso	5	1,0	2	1,0	Assimétrica	3	0,71	Cicatriz inestética	0	1,0
Outros	0	—	0	—	Pouca definição	4	0,14	Enxerto visível/deslocado	3	1,0
	Colapso a 2 inspiração	2	1,0	Outros	0	—				
	Outros	0	—							

ANL, Ângulo Nasolabial; f, Frequência.

limitações relacionadas à cirurgia e limitações na execução das manobras cirúrgicas feitas durante o ato operatório.^{1,5}

Para aprimorar a satisfação do paciente após uma cirurgia revisional, o cirurgião deve estar consciente das queixas estéticas e funcionais relatadas pelo paciente, além de garantir uma avaliação nasal objetiva de forma irretocável e que nenhuma alteração da anatomia nasal passe despercebida e não seja considerada como passível de correção durante a cirurgia.

O cirurgião deve validar as queixas estéticas e funcionais do paciente através da avaliação externa e interna completa do nariz. O médico deve se esforçar ao máximo para “ver o que o paciente vê em si”, senão uma relação de confiança médico-paciente não se tornará efetiva.³

A grande maioria dos pacientes avaliados neste estudo (62,8%) apresentou-se para uma nova rinoplastia após 12 meses da última cirurgia. Esse tempo variou de 13 meses a 16 anos, com uma média de 4,6 anos.

Apesar de amplamente divulgado entre os cirurgiões, o conhecimento de que os tecidos moles levam cerca de um ano para retornar novamente ao estado do pré-operatório nem sempre é verdadeiro.²

Prova disso são os pacientes que passam anos satisfeitos com seus resultados pós-operatórios e depois de vários anos queixam-se novamente de deformidades estéticas visíveis. Esse fato decorre da retração cicatricial, a qual é gradativa e continua por anos após o primeiro procedimento cirúrgico.²

Dentre as queixas estéticas mais comuns apresentadas pelos pacientes nesse estudo, a queda da ponta nasal, a presença de giba óssea residual e a base nasal alargada foram as três queixas mais prevalentes dentre os 43 pacientes avaliados (tabela 4).

A avaliação objetiva da estética nasal feita pelo cirurgião demonstrou um maior número de alterações visualizadas quando comparadas as queixas dos pacientes. Ainda assim, a queda da ponta nasal e a presença de giba óssea residual foram os dois fatores mais prevalentes nos relatos das avaliações dos cirurgiões.

Outras alterações relatadas pelos cirurgiões, porém com menor frequência do que as anteriores, foram a presença de base nasal alargada, ponta globosa e irregularidades no dorso do terço superior com a mesma frequência de relatos, seguidas do dorso alto em terço médio, pontas com pouca definição e retrações cicatriciais (tabela 7).

Na grande maioria das avaliações, os relatos objetivos dos cirurgiões superaram as queixas estéticas nasais dos pacientes em frequência de achados. Os pacientes avaliados notaram apenas 48,6% das deformidades estéticas relatadas pelos cirurgiões.

Esse fato é de total compreensão, dado o conhecimento médico da correta anatomia nasal, a experiência na avaliação nasal sistemática dos profissionais quando se associam os estímulos visuais e táteis durante o exame físico, além da necessidade da avaliação pormenorizada de todas as deformidades estéticas de um paciente já submetido a uma rinoplastia.

Essa diferença entre as avaliações dos pacientes e cirurgiões é consistente com os achados de Tobin e Webster et al., nos quais se observa que os pacientes são menos críticos com relação a sua aparência pós-operatória quando comparados com os cirurgiões responsáveis por suas cirurgias.⁶

No cruzamento dos dados da avaliação estética dos médicos e das queixas estéticas dos pacientes avaliados, a

presença de ponta caída e giba óssea residual foram as duas principais queixas dos pacientes confirmadas pelos cirurgiões, seguidas da base nasal alargada, ponta globosa e irregularidades no terço superior – com o mesmo número de frequências – e pontas com pouca definição.

Tais achados confrontam os resultados de outras pesquisas como em Pearlman et al., na qual a principal queixa dos pacientes previamente operados referida no exame objetivo pelos médicos é a presença de ponta assimétrica.⁷

Esse fato pode ser devido à menor intervenção sobre a ponta nas cirurgias feitas em nosso meio, no qual a técnica fechada foi predominante e usada em 88,4% das rinoplastias primárias.

Apesar dos achados concomitantes dos pacientes e cirurgiões sugerirem uma maior preocupação de ambos com relação a deformidades estéticas mais facilmente visíveis como a giba óssea e a ponta nasal, não foi possível a correlação estatística de forma significativa ($p < 0,05$), como demonstrado na [tabela 9](#).

Com relação às queixas subjetivas funcionais relatadas pelos pacientes. 37,2% dos pacientes avaliados queixaram-se de algum tipo de sintomas obstrutivos nasais: obstrução nasal, respiração bucal, roncos noturnos, dependência em descongestionantes nasais ou outros. Esse valor encontrado em nosso estudo está abaixo das estatísticas encontradas em trabalhos encontrados na literatura internacional como em Thomson e Mendelson et al.,⁸ no qual 59% a 68% dos pacientes referem sintomas obstrutivos nasais após rinoplastias revisionais.

Esse dado sugere a maior atenção dada pelos cirurgiões do nosso meio a queixas respiratórias nasais no pré-operatório, a maior dedicação durante o ato operatório para evitar deformidades funcionais posteriores e o uso de técnicas mais controladas que evitem criar complicações funcionais aos pacientes submetidos a rinoplastias primárias.

Dentre os 16 pacientes com queixas de alterações respiratórias funcionais, apenas dois deles (12,5%) não foram indicados por seus cirurgiões como portadores de deformidades intranasais que justificassem suas queixas ([tabela 8](#)).

A correlação entre sintomas subjetivos obstrutivos e a avaliação intranasal feita pelos cirurgiões demonstrou estar presente em 87,5% dos casos e apresentou um ou mais sintomas obstrutivos nasais. Dentre os pacientes com sintomas respiratórios, a principal deformidade encontrada foi o desvio septal residual (56,25%), seguida de hipertrofia de cornetos e sinéquias, ambas observadas em 28,5% dos pacientes, e o colapso de válvula nasal interna em 19,75% dos pacientes com queixas nasais obstrutivas.

Na literatura internacional, os colapsos de válvula nasal são relatados como a segunda causa de obstrução nasal pós-operatória, atrás apenas da presença de desvio septal residual, como demonstrado em Pearlman et al.⁷

No estudo feito, a grande maioria das rinoplastias revisionais foi feita pelo mesmo cirurgião que havia feito a rinoplastia primária (74,4% dos casos). Dentre os 25,6% dos pacientes submetidos à cirurgia revisional feita por um novo cirurgião, os principais motivos pela procura por outro profissional foram o fato do paciente não considerar seu primeiro resultado satisfatório e não sentir segurança

no cirurgião anterior ou ter tido complicações na cirurgia anterior e ter receio de que elas acontecessem novamente caso fizesse a cirurgia com o cirurgião prévio.

Esse fato sugere que a busca por um cirurgião que tenha maiores habilidades e conhecimentos de técnicas mais aprimoradas é a principal razão pela qual os pacientes procuram outros profissionais quando da necessidade de uma revisão cirúrgica.

Conclusão

A ponta caída seguida de giba óssea residual foi a principal queixa relatada pelos pacientes e confirmada ao exame objetivo pelos médicos. Tais achados diferem dos encontrados em outras pesquisas, nas quais a ponta assimétrica e irregularidades no dorso em terço médio são as queixas e achados mais frequentes observados por cirurgiões. A presença de 37,2% dos pacientes com queixas obstrutivas nasais demonstra que maior atenção deve ser dada a deformidades funcionais já durante o primeiro procedimento cirúrgico, a fim de se evitarem reintervenções para correções dessas deformidades. As diferenças observadas entre as queixas dos pacientes e avaliações dos cirurgiões comprovam a necessidade da avaliação pormenorizada e esclarecimento ao paciente com relação as suas expectativas e reais possibilidades cirúrgicas.

Alguns fatores importantes da pesquisa sugerem maiores investigações. Para pesquisas futuras, a divisão entre grupos operados previamente pelo mesmo cirurgião e grupos operados por outros cirurgiões poderiam trazer novos dados a serem revelados, assim como o aumento do número de pacientes avaliados na tentativa de validar o estudo de forma estatisticamente significativa.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Yu K, Kim A, Pearlman SJ. Functional and aesthetic concerns of patients seeking revision rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg.* 2010;12:291–7.
2. Cuzalina A. Revision rhinoplasty. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2012;24:119–30.
3. Fattahi T. Considerations in revision rhinoplasty: lessons learned. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011;23:101–8.
4. Berger CAS, da Silva Freitas R, Malafaia O, Pinto JSP, Mocellin M, Macedo Filho ED, et al. Coleta de dados eletrônicos para análise das manobras cirúrgicas em pacientes submetidos a rinoplastia. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2012;16:497–501.
5. Waite PD. Avoiding revision rhinoplasty. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011;23:93–100.
6. Tobin HA, Webster RC. The less-than-satisfactory rhinoplasty: comparison of patient and surgeon satisfaction. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;94:86–95.
7. Pearlman SJ, Talei BA. An anatomic basis for revision rhinoplasty. *Facial Plast Surg.* 2012;28:390–7.
8. Thomson C, Mendelsohn M. Reducing the incidence of revision rhinoplasty. *J Otolaryngol.* 2007;36:130–4.