Reconstrução nasal neonatal na síndrome do Warfarin fetal

Neonatal nasal reconstruction in fetal warfarin syndrome

MARCUS VINÍCIUS MARTINS COLLARES – Cirurgião Plástico e Crânio-Maxilo-Facial. Chefe do Serviço de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre – RS – Brasil. Professor Substituto do Departamento de Cirurgia – Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil.
GUSTAVO JULIANI FALLER – Médico Otorrinolaringologista e Cirurgião Crânio-Maxilo-Facial – Serviço de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre – RS – Brasil.
ANDERSON CASTELO BRANCO DE CASTRO – Médico Otorrinolaringologista e Cirurgião Crânio-Maxilo-Facial – Serviço de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre – RS – Brasil.
CIRO PAZ PORTINHO – Médico Cirurgião Plástico e Crânio-Maxilo-Facial – Serviço de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre – RS – Brasil. Médico Cirurgião Plástico Contratado – Unidade de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial – Serviço de Cirurgia Plástica – Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Serviço de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial – Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre – Brasil.

✉ Endereço para correspondência:
Ciro Paz Portinho
Rua Chiriguano, 117 – Vila Assunção
91900-570 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3314-8580
cportinho@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de reconstrução nasal precoce em um paciente com síndrome do Warfarin fetal, onde um paciente de 23 dias com apresentava hipoplasia nasal isolada. O ganho ponderal estava estagnado e não havia possibilidade de introdução de sonda nasoentérica devido à deformidade. Foi realizada rinoplastia aberta com incisão transcolumelar. Dois enxertos de cartilagem tragal foram confeccionados e introduzidos na região da ponta, porção cranial do septo cartilaginoso e alares. O paciente apresentou melhoria da permeabilidade ventilatória, diminuição do ruído inspiratório, ganho de peso e também da forma. Após um ano de seguimento o resultado continuava satisfatório. Concluímos que a intervenção precoce é satisfatória e pode minimizar ou mesmo prevenir procedimentos futuros.

UNITERMOS: *Síndrome do Warfarin Fetal, Hipoplasia Nasal, Reconstrução Nasal.*

ABSTRACT

The aim of this work is to report a case of early nasal reconstruction in a 23-day-old patient with fetal Warfarin syndrome and isolated nasal hypoplasia. Weight gain was arrested and the deformity precluded the use of a nasogastric tube. An open rhinoplasty with transcolumellar incision was performed. Two grafts of tragal cartilage were made and introduced in the tip area, cranial portion of the cartilaginous septum, and alar cartilages. The patient presented improved ventilatory permeability, decrease of inspiratory noise, and weight and shape gains. At the one-year follow-up the result was still satisfactory. We concluded that early intervention is satisfactory and may minimize or even prevent future procedures.

KEYWORDS: *Fetal Warfarin Syndrome, Basal Hypoplasia, Nasal Reconstruction.*

INTRODUÇÃO

O Warfarin é um anticoagulante capaz de cruzar a barreira hemato-encefálica. Esta exposição pode levar à síndrome do Warfarin fetal (SWF) ou embriopatia do Warfarin. Pode haver: danos ao sistema nervoso central por hemorragia; anormalidades dos membros; hipoplasia nasal (1). Anormalidades oftálmicas também foram relatadas (2). A malformação nasal, no entanto, é a única característica clínica constante (3). A SWF ocorre em 4 a 6% dos fetos expostos no período crítico, que se situa entre 6 e 10 semanas (4, 5).

Há relatos de reconstruções em pacientes pediátricos, adolescentes e adultos. Os autores relatam, no entanto, um caso de reconstrução nasal neonatal.

RELATO DO CASO

Paciente C.A., sexo masculino, nascido de parto prematuro (32 semanas), tendo usado surfactante para maturação pulmonar. Foi avaliado pela equipe de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial com 14 dias de vida. Apresentava estenose nasal importante, com comprometimento respiratório e da amamentação (Figura 1). Não havia outras características da síndrome. Apresentava ganho ponderal baixo. Em avaliação com a equipe de genética, outras malformações foram descartadas. A mãe era portadora de prótese mitral metálica e utilizava Warfarin, não tendo suspendido o fármaco em nenhum momento da gestação.

Ao exame físico, apresentava hipoplasia nasal em nível de dorso e este-

Recebido: 13/8/2008 – Aprovado: 5/2/2009

22-239_reconstrução_nasal_neonatal.pmd 184 3/7/2009, 11:05



Figura 1 – Incidência pré-operatória (ântero-posterior).

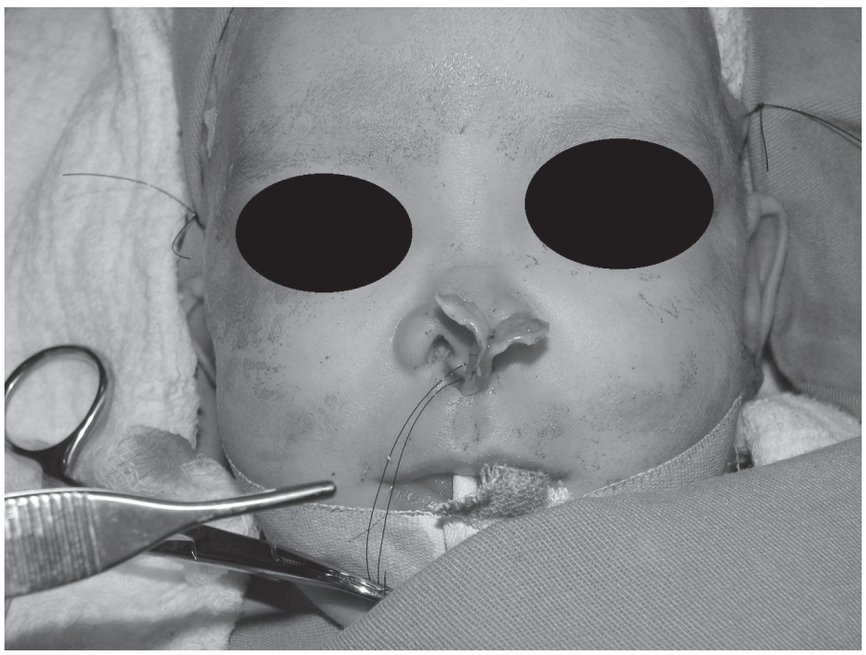


Figura 2 – Enxerto de cartilagens de concha e trago montadas para reconstrução alar bilateral.

nose valvular nasal bilateral, impedindo até mesmo a passagem de sondas e drenos. A respiração era ruidosa.

O paciente foi submetido, com 23 dias de vida, a um procedimento de reconstrução nasal com enxertos de cartilagem tragal bilateralmente, conhecido como enxerto de Max Pereira (Figura 2) (6). Utilizou-se uma abordagem de exorrinoplastia ou rinoplastia aberta. As cartilagens enxertadas foram suturadas junto ao septo cartilaginoso e às cartilagens laterais inferiores. Confeccionou-se um retalho em V-Y para alongamento da columela e proteção das cartilagens enxertadas (Figura 3). Sondas de aspiração n.º 4 foram deixadas para moldagem e prevenção de estenose pós-operatória. O paciente não necessitou mais de sonda nasogástrica após a intervenção.

O paciente evoluiu favoravelmente, tendo melhorado o ganho ponderal e a capacidade de sucção. Recebeu alta 3 semanas após a realização do procedimento e foi acompanhado ambulatorialmente. Na alta hospitalar, as sondas de aspiração – usadas para moldagem das fossas nasais – foram retiradas. Em um seguimento de 1 ano, apresentou crescimento favorável da região nasal, ganho ponderal e desenvolvimento neuro-psico-motor adequados. Embora ainda persista uma desproporção dorso-ponta leve, a cirurgia permitiu a melhoria funcional indubitavelmente. A cicatriz na área doadora ficou pouco notória após 12 meses.

DISCUSSÃO

Bradley e cols. (4) publicaram dois relatos de caso de reconstruções em múltiplos estágios, mas somente após os oito anos de idade. Ainda, estes mesmos autores não recomendavam a incisão transcolumelar. A justificativa seria o comprometimento vascular dos retalhos cutâneos por causa da pressão dos enxertos cartilaginosos.

Os autores obtiveram um resultado estético-funcional satisfatório com a intervenção neonatal. Uma vez que o crescimento facial está relacionado principalmente ao fluxo aéreo respiratório e à força muscular (7), o aumento da permeabilidade da via aérea superior – promovido pela cirurgia – pode ter facilitado e acelerado a reabilitação da hipoplasia nasal. Além disso, as técnicas vigentes de cirurgia de lábio leporino tratam também da reconstrução nasal – as ditas rinolabioplastias –, a fim de utilizar o cresci-

22-239_reconstrução_nasal_neonatal.pmd 185 3/7/2009, 11:05

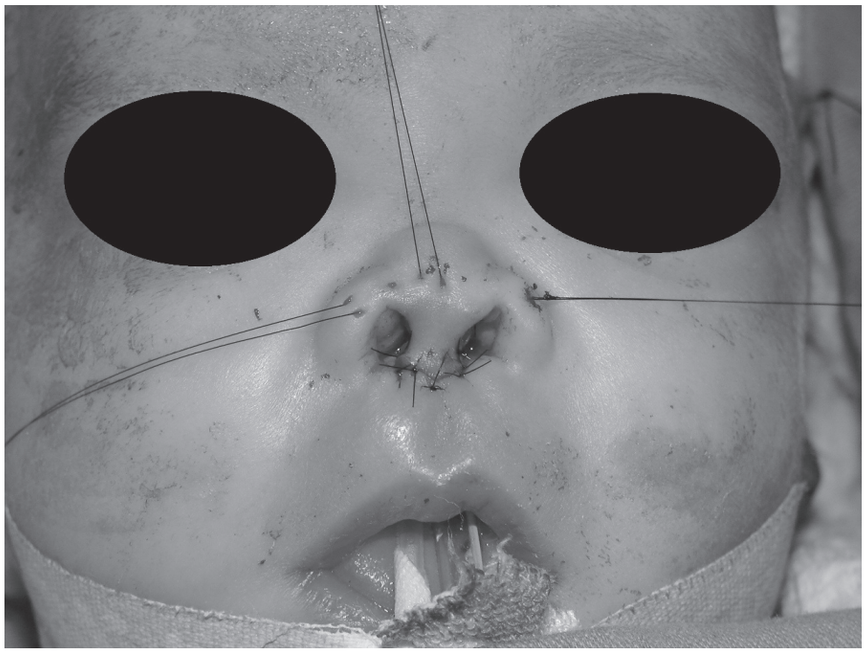


Figura 3 – Alongamento columelar e sutura dos retalhos cutâneos.

mento facial a favor da reconstrução e harmonização facial (8, 9).

CONCLUSÃO

A reconstrução nasal de pacientes com SWF no período neonatal pode melhorar os distúrbios respiratórios e alimentares associados à estenose nasal e permitir que as forças de crescimento facial ajam mais precocemente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. How JW. Fetal warfarin syndrome. Chang Gung Med J 2004; 27: 691-5.
2. Baillie M, Allen ED, Elkington AR. The congenital warfarin syndrome: a case report. Br J Ophtalmol 1980; 64: 633-5.



Figura 4 – Aspecto pós-operatório de 1 ano (incidência ântero-posterior).

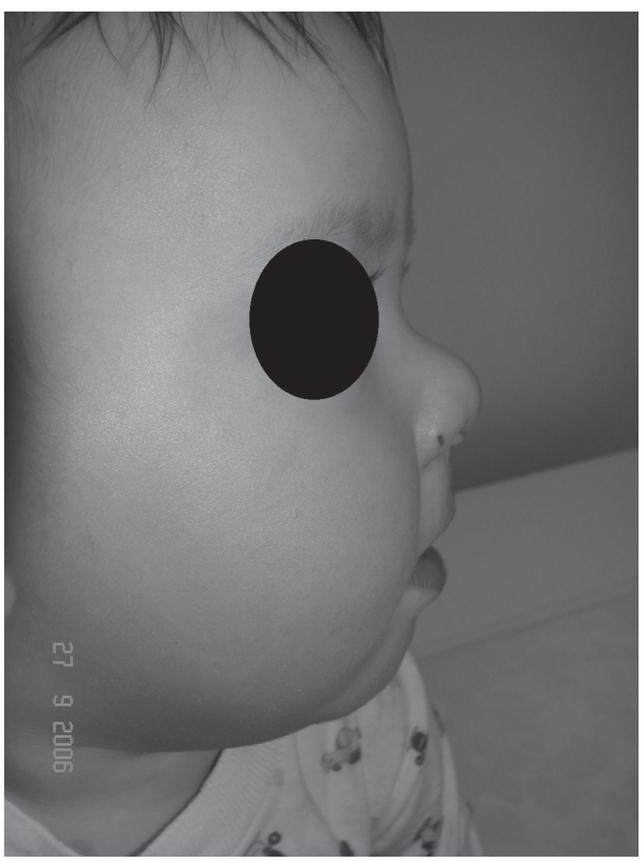


Figura 5 – Aspecto pós-operatório de 1 ano (incidência lateral).

22-239_reconstrução_nasal_neonatal.pmd 186 3/7/2009, 11:05

3. Lamontagne JM, Leclerc JE, Carrier C et al. Warfarin embriopathy – a case report. J Otolaryngol 1984; 13: 127-9.
4. Bradley JP, Kawamoto HK, Taub P. Correction of Warfarin-Induced Nasal Hypoplasia. Plast Rec Surg 2003; 111: 1680-7.
5. Bony C, Zyka F, Tiran-Rajaofera I, et al. Warfarin fetopathy. Arch Pediatr 2002; 9: 705-.
6. Ishida LC, Pereira MD, Andrews JM. The tragus as a donor area of cartilage grafts: anatomic study. Rev Assoc Med Bras 1996; 42: 95-7.
7. Enlow DH. Handbook of facial growth. 3rd. Ed. Philadelphia: Saunders, 1990.
8. McComb H. Primary correction of unilateral clef lip nasal deformity: a 10-year review. Plast Rec Surg 1985; 75: 791-9.
9. Collares MVM. Rinoplastia no tratamento primário do lábio leporino: Avaliação de 256 casos operados pela técnica de McComb. Rev Soc Bras Cir Plast 1992; 7: 53-60.

22-239_reconstrução_nasal_neonatal.pmd 187 3/7/2009, 11:05