

Cirurgia da Ponta Nasal

Autores: José Eduardo Lutaif Dolci*, Salah Ali Osman**

*Otorrinolaringologista, Professor Adjunto do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

**Otorrinolaringologista, Pós-graduando do Programa de ORL da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Artigo recebido em 16/11/2004, aprovado em 9/12/2004

RESUMO

Introdução - Um grande número de publicações têm sido veiculadas nos periódicos científicos sobre técnicas e táticas operatórias para os diversos setores da cirurgia estética da face. Dentre os segmentos de atenção e, portanto de conflito científico potencial estão os procedimentos realizados para correções da ponta nasal. A quantidade de artigos escritos e a técnica de interesse dos mesmos podem nos ajudar a entender para onde a especialidade está caminhando e quais suas preferências. **Objetivo** - coletar informações da literatura que nos dêem substrato para a decisão quanto às técnicas de manuseio da ponta nasal nos procedimentos de rinoplastia. **Material e Métodos** - Foi feito levantamento bibliográfico dos últimos 10 anos, de 1995 a 2004, nos bancos de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e da National Library of Medicine (NLM). Após avaliação do conteúdo de cada um dos artigos, foram constatados 108 artigos em que os parâmetros objeto de estudo eram contemplados. Esta foi a amostra final de nossa investigação.

Resultados- As técnicas utilizadas foram Enxertos com 50 artigos, Ressecção cartilaginosa com 29, Sutura com 16, Implante com 10 e Retalho com 8. Cada técnica teve uma indicação específica. **Conclusão**- Há uma gama enorme de possibilidades técnicas para a ponta nasal, havendo indicações específicas para algumas delas. Entretanto a mais utilizada é a colocação de enxertos cartilagosos para corrigir os defeitos de ponta.

Descritores: Nariz; ponta; procedimento cirúrgico; revisão

SUMMARY

Introduction - A great number of publications has been published in the scientific newspapers on techniques and operative tactics for the several sections of the cosmetic surgery of face. Among the segments of attention and, therefore of potential scientific conflict there are the procedures accomplished for corrections of the nasal tip. The amount of written articles and its techniques of interest can help us to understand the specialty where is it walking to and which are its preferences. **Aim** - to collect information of the literature that give us substratum for the decision as for the techniques of handling of the nasal tip in the rhinoplasty procedures. **Material and Method** - it was made bibliographical review of the last 10 years, from 1995 to 2004, in the databases of the Regional Library of Medicine (BIREME) and of National Library of Medicine (NLM). After evaluation of the content of each one of the papers, 108 articles reached the parameters the study aimed at. This was the final sample of our investigation. **Results** - The techniques used were grafts with 50 papers, cartilaginous resection with 29, sutures with 16, implant with 10 and flap with 8. Each technique had a specific indication. **Conclusion** - there is an enormous range of technical possibilities for the nasal tip, having specific indications for some of them. However the one which is more used is the placement of cartilaginous grafts to correct the tip defects.

Keywords: Nose; tip; surgical procedure, review

INTRODUÇÃO

A cirurgia das partes moles da face, apesar de parte representativa do armamentário terapêutico do otorrinolaringologista, seja nos procedimentos de ressecção de lesões tumorais, terapia de infecções e reconstrução de inadequações funcionais, há pouco tempo tem na estética um foco de atenção acadêmico específico. Entretanto, do ponto de vista de interesse individual, dado por especialista que há muito se dedicam o assunto, um grande número de publicações têm sido veiculadas nos periódicos científicos sobre técnicas e táticas operatórias para os diversos setores da cirurgia estética da face.

Dentre os segmentos de atenção e, portanto de conflito científico potencial estão os procedimentos realizados para correções da ponta nasal.

Os problemas relatados e descritos na ponta do nariz podem ser desde a necessidade de refinamentos sutis no volume e formato do domo nasal, até assimetrias e desvios, chegando aos procedimentos de somação, elevação e reconstrução de todo o arcabouço dermocarilaginoso do nariz.

Para tantas anomalias, seguramente temos que cultivar as modalidades mais diversas de técnicas operatórias no intuito de reduzi-las e corrigi-las. Cabe ao cirurgião ter conhecimento das técnicas, assim como de suas indicações, vantagens, desvantagens, prognóstico e potenciais complicações.

Infelizmente, a quantidade de informação contida nos bancos de dados de publicações científicas, acaba por impossibilitar uma leitura completa e crítica de todo o estado da arte sobre qualquer assunto médico, exigindo a confecção de artigos de revisão sistemática de aspectos pontuais para se ter uma mínima idéia das evidências científicas que sustentam cada uma das conclusões.

O objetivo deste artigo é coletar informações da literatura que nos dêem substrato para a decisão quanto às técnicas de manuseio da ponta nasal nos procedimentos de rinoplastia.

MATERIAL E MÉTODO

O material avaliado neste trabalho se refere a levantamento bibliográfico dos últimos 25 anos, de 1980 a 2004, nos bancos de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e da National Library of Medicine (NLM).

A estratégia de busca elaborada, contou com os trabalhos indexados por bancos de dados de ambas as bibliotecas, incluindo o LILACS, Latindex, Scielo, PAHO, WHO, Index Medicus, Excerpta Medica e Pubmed Central.

Para que a busca apresentasse sensibilidade e especificidade adequadas, foi elaborado teste piloto em 3 revistas (Laryngoscope, Annals of Otolaryngology, Rhinology, Laryngology e Revista Brasileira de ORL) que serviu de máscara de apoio para a escolha das palavras-chave a serem usadas na busca booleana executada via Internet na BIREME e NLM.

Inicialmente, uma busca extensiva manual de todos os índices remissivos dos três periódicos acima, para os anos de 1980 a 2004 foi realizada. Os títulos dos artigos publicados foram lidos um a um e selecionados aqueles de possível interesse para o trabalho.

Depois de selecionados os artigos, os resumos foram lidos para identificarmos aqueles cujo estudo contivesse as informações previamente definidas como de escopo de nossa revisão.

As palavras-chave e os termos descritivos mais encontrados no resumo foram contados para cada artigo e uma lista de termos foi elaborada para determinarmos qual a combinação de palavras que fosse mais sensível e específica para o nosso objeto de estudo, nesta amostra de três revistas.

As palavras-chave escolhidas foram:

surgical procedure/operative (Procedimientos Quirúrgicos Operativos, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios) – 100% de positividade na busca;

nasal tip (ponta nasal) – 100% de positividade na busca;

methods (métodos) – 88% de positividade na busca e,

standard (padronização) – 70% de positividade na busca.

Com as palavras-chave escolhidas, foi aplicada uma busca eletrônica nas bases de dados supracitadas para todo o corpo de periódicos indexados. O resultado desta busca representa a amostra deste trabalho.

A nossa amostra representa 379 trabalhos, sendo 374 obtidos via MEDLINE e 5 obtidos via BIREME.

A partir desta amostra, foi fechada uma janela de 10 anos, entre 1995 e 2004, onde a avaliação do texto completo foi realizada, para obter informações quanto aos parâmetros designados para a pesquisa.

Os critérios de inclusão dos artigos, foram definidos a partir das questões investigadas, tipo de metodologia, idioma do texto e avaliação por pares:

Questões investigadas

Estabelecemos como parâmetros que necessitariam ser obtidos a partir da leitura dos artigos:

Tipos de técnicas cirúrgicas aplicadas para a ponta nasal; Indicações de cada uma

Vantagens e desvantagens de cada uma.

Tipo de desenho metodológico aceito para a coleta

Não houve qualquer restrição ao desenho metodológico dos artigos, portanto foram aceitos:

Relato de casos; Estudo de séries; Ensaio clínicos; Estudos experimentais; Revisões.

Idioma utilizados nos artigos

Devido às dificuldades de compreensão de alguns idiomas, só elencamos artigos nos seguintes idiomas: Português, Espanhol, Francês, Italiano, Alemão, Inglês.

Necessidade de avaliação por pares

Só foram levantados artigos cujas revistas tivessem política e linha editorial que exigisse avaliação por pares para publicação dos artigos.

Os critérios de exclusão foram: Impossibilidade de obtenção dos parâmetros desejados e, trabalhos cujo interesse de estudo não fossem diretamente relacionados aos parâmetros pesquisados, ou seja, aqueles artigos em que as informações obtidas para os parâmetros de interesse surgissem de forma periférica no texto.

RESULTADOS

Descrição geral dos trabalhos - Quanto à distribuição regional

| | | | |
|---------------------------|-----|---------------|---|
| Estados Unidos da América | 175 | Suécia | 2 |
| Sem país identificado | 72 | Colômbia | 2 |
| Alemanha | 31 | Taipei | 2 |
| França | 25 | Argentina | 2 |
| Itália | 10 | Venezuela | 1 |
| Turquia | 9 | Rússia | 1 |
| Canadá | 7 | Bélgica | 1 |
| Coréia do Sul | 7 | Áustria | 1 |
| Austrália | 4 | Jordânia | 1 |
| Espanha | 4 | Marrocos | 1 |
| Inglaterra | 4 | Chile | 1 |
| México | 4 | Grécia | 1 |
| Suíça | 3 | África do Sul | 1 |
| Holanda | 3 | Portugal | 1 |
| Egito | 3 | Omã | 1 |
| Arábia Saudita | 3 | Finlândia | 1 |
| Líbano | 2 | | |

Quanto ao idioma

| | MEDLINE | BIREME |
|-----------|---------|--------|
| Inglês | 334 | .* |
| Francês | 20 | .* |
| Italiano | 7 | .* |
| Português | 0 | 2 |
| Espanhol | 3 | 3 |
| Alemão | 22 | .* |

*não foi incluído o material da MEDLINE

Após avaliação do conteúdo de cada um dos artigos, foram constatados 108 artigos em que os parâmetros objeto de estudo eram contemplados. Esta foi a amostra final de nossa investigação.

A partir desta amostra temos os seguintes resultados:

Quanto aos “Tipos de técnicas cirúrgicas aplicadas para a ponta nasal”

| Técnica utilizada | Número de artigos |
|-------------------------|-------------------|
| Enxertos | 50 |
| Ressecção cartilaginosa | 29 |
| Sutura | 16 |
| Implante | 10 |
| Retalho | 8 |
| Miscelânea | 5 |

Obs- alguns artigos tratavam de mais de uma técnica (10)

Indicações de cada uma das técnicas cirúrgicas

| Problema | Técnica indicada | Variedade técnica | Nº |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------|----|
| Falta de sustentação | Enxerto | Crista Ilíaca | - |
| | | Septo | 19 |
| | | Costela | - |
| | | Cartilagem auricular | 8 |
| | | Matrix óssea | - |
| | | | |
| | Sutura | Rinoplastia aberta | 8 |
| | | Rinoplastia endonasal | 12 |
| | Remodelação | Rinoplastia aberta | 2 |
| | | Rinoplastia endonasal | 3 |
| | Retalho | SMAS | 4 |
| | | Labiocumelar | 3 |
| | | | |
| Implante | Silicone | 1 | |
| | Polietileno poroso | 1 | |
| Desvio e assimetria | Enxerto | Crista Ilíaca | - |
| | | Septo | - |
| | | Costela | - |
| | | Cartilagem auricular | - |
| | | Matrix óssea | 1 |
| | Sutura | Rinoplastia aberta | 11 |
| | | Rinoplastia endonasal | 8 |
| | Remodelação | Rinoplastia aberta | 5 |
| | | Rinoplastia endonasal | 5 |
| | Retalho | SMAS | 1 |
| | | Labiocolumelar | - |
| | Implante | Silicone | - |
| Polietileno poroso | | - | |
| Projeção | Enxerto | Crista ilíaca | 2 |
| | | Septo | 2 |
| | | Costela | 2 |
| | | Cartilagem auricular | 4 |
| | | Matrix óssea | - |
| | Sutura | Rinoplastia aberta | 2 |
| | | Rinoplastia endonasal | 8 |
| | Remodelação | Rinoplastia aberta | 4 |
| | | Rinoplastia endonasal | 5 |
| | Retalho | SMAS | 4 |
| | | Labiocolumelar | 1 |
| | Implante | Silicone | - |
| Polietileno poroso | | - | |
| Falata de elementos anatómicos | Enxerto | Crista ilíaca | 1 |
| | | Septo | 12 |
| | | Costela | 1 |
| | | Cartilagem auricular | 2 |
| | | Matrix óssea | - |
| | Sutura | Rinoplastia aberta | 3 |
| | | Rinoplastia endonasal | 4 |
| | Remodelação | Rinoplastia aberta | 1 |
| | | Rinoplastia endonasal | 1 |
| | Retalho | SMAS | 1 |
| | | Labiocolumelar | 1 |
| | Implante | Silicone | 3 |
| Polietileno poroso | | 2 | |

Quanto a maneira de utilização dos enxertos

| Enxerto | Técnica | Nº de Artigos |
|----------------------|-------------------------|---------------|
| Septo | <i>Spreader</i> | 8 |
| | <i>Batten</i> | 4 |
| | <i>Tongue-in-groove</i> | 3 |
| | <i>Strut</i> | 9 |
| | <i>Projeção</i> | 5 |
| | <i>Footplate</i> | 2 |
| Cartilagem auricular | <i>Spreader</i> | 2 |
| | <i>Projeção</i> | 1 |
| Crista ilíaca | <i>Strut</i> | 1 |
| | <i>Projeção</i> | 1 |
| Matrix óssea | <i>Modelagem</i> | 1 |
| Costela | <i>Projeção</i> | 2 |

Vantagens e desvantagens de cada uma das técnicas cirúrgicas

| TÉCNICA | VANTAGEM | DESvantAGEM |
|--|---|--|
| Enxerto Crista ilíaca Septo Costela Cartilagem auricular Matrix óssea | Quantidade de material Acessibilidade/maleabilidade Quantidade de material Maleabilidade/quantidade de material Modelagem | Dor no doador/ textura/absorção até 30% Exiguidade de material Dor no doador/ textura/absorção até 60% Dura incisão Falta de sustentação |
| Sutura Rinoplastia aberta Rinoplastia endonasal | Exposição Pouca distorção dos planos vizinhos | Isquemia/ ruptura dos planos de sustentação Dificuldade de exposição/ perda de sustentação no delivery |
| Remodelação Rinoplastia aberta Rinoplastia endonasal | Exposição Pouca distorção dos planos vizinhos | Isquemia/ ruptura dos planos de sustentação Dificuldade de exposição/ perda de sustentação no delivery |
| Retalho SMAS* Labiocolumelar | Bom vascularização/definição dos tecidos Liberação de retrações e forças de tensão | Espessura/Dificuldade de exposição Cicatrização não controlada com fechamento de válvula |
| Implante Silicone Polietileno poroso | Maleabilidade/quantidade de material Modelagem/ quantidade de material | Extrusão Extrusão/textura |

* superficial muscleaponeurotic system

DISCUSSÃO

A chave para uma rinoplastia bem sucedida se fundamenta na reestruturação do terço inferior do nariz. Os elementos esqueléticos modificados têm que ter forma adequada e suficiente para sustentar as partes moles suprajacentes. Um esqueleto que não tem a integridade e capacidade de sustentação é distorcido ou sofre colapsos sob o peso de tecidos suprajacentes e das forças cicatriciais.



Figura 1 – exposição da cartilagem alar com duas incisões para remodelamento por ressecção.



Figura 2 - Seqüência de incisão, dissecação, exposição e preparo das cartilagens alares durante procedimento por técnica de delivery.

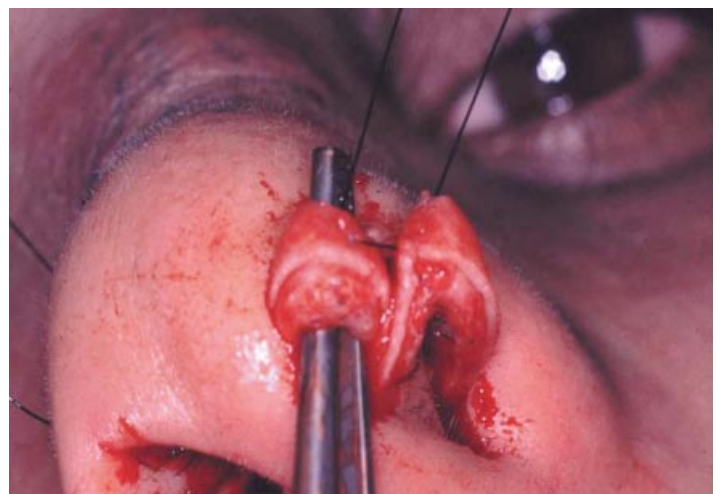
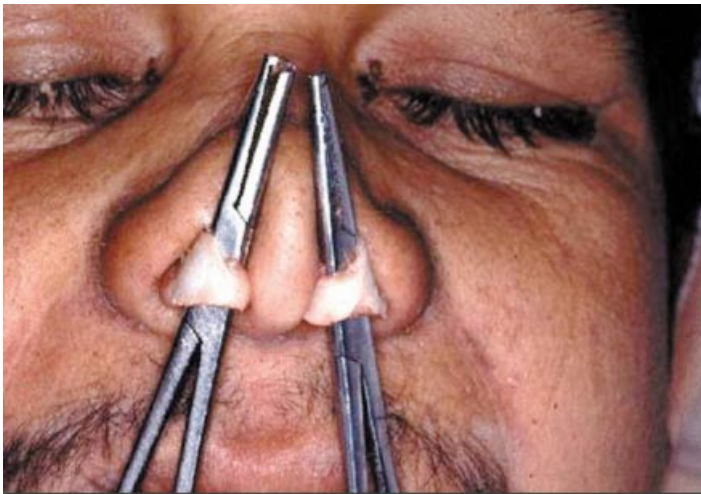


Figura 3 - Cartilagens alares tratadas e expostas e reposicionadas em um lado só para fixação por ponto de aproximação interdomal.

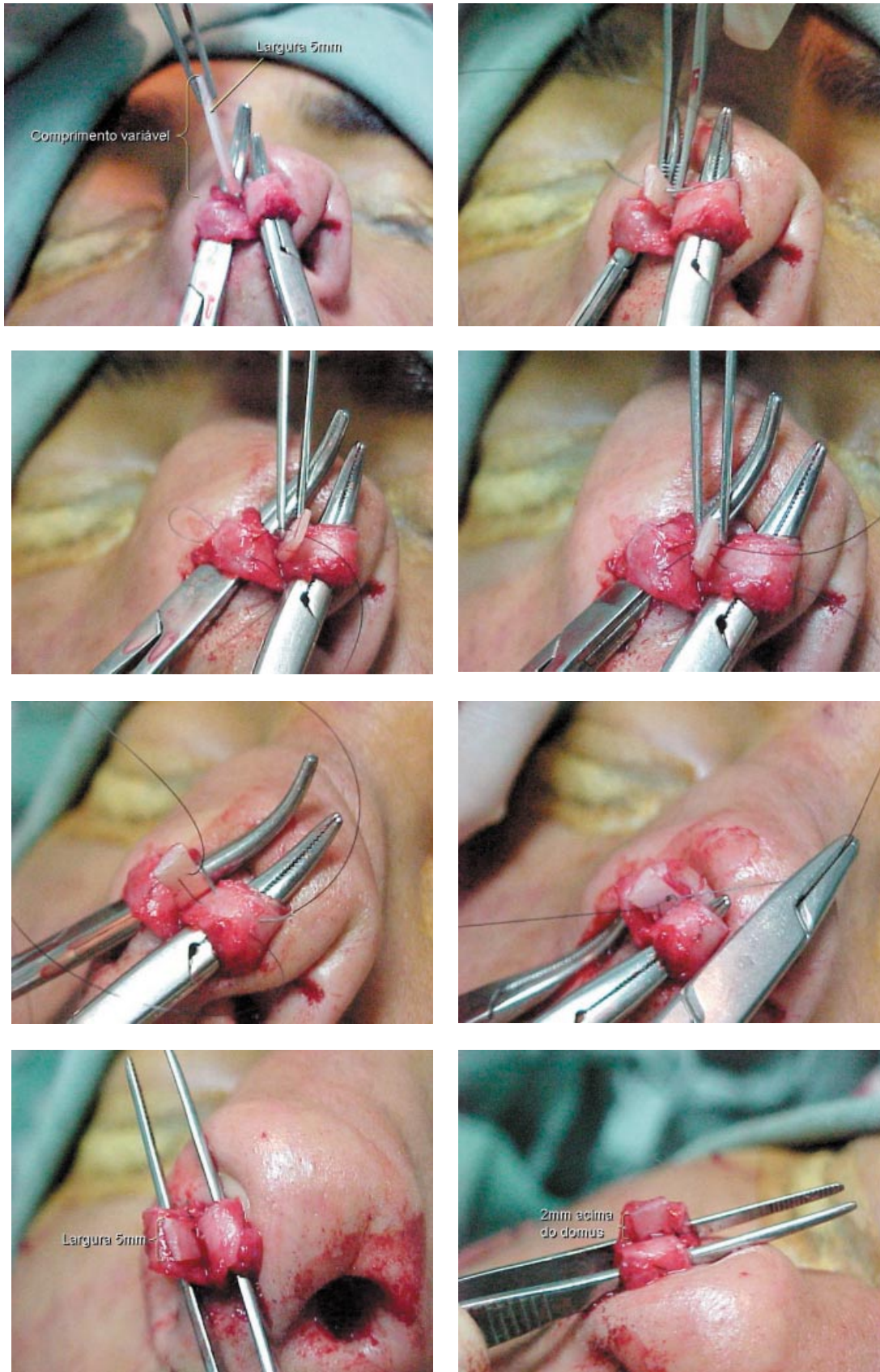


Figura 4 - Seqüência de colocação de strut de cartilagem septal para sustentação e projeção de ponta.



Figura 5 - Sequência de ponto de fixação septocolumelar para estreitamento de columela e aumento de projeção de ponta (seta indica saída do ponto).

Este conhecimento inclui o reconhecimento das fases do processo cicatricial e do fechamento da ferida, se estendendo para as camadas manipuladas cirurgicamente. Como arquitetos e engenheiros cirúrgicos nós devemos abraçar os conceitos de resistência e estabilidade das estruturas que desejamos corrigir.

A apresentação dos elementos a serem reformados deve ser equilibrada com a menor distorção e manipulação possível dos ele-

mentos a permanecerem intactos. A decisão por uma cirurgia aberta ou fechada deve encarar este dilema, procurando evitar o quanto possível a distorção de elementos estáveis e saudáveis.

O reforço, a reorientação e reposicionamento das cartilagens nasais produzem freqüentemente um resultado favorável e previsível. O trabalho de entalhe, modulação, dobra e rotação dos elementos de sustentação, associado a reforço com materiais aloplásticos dá segurança ao cirurgião para a correção de assimetrias e perda de apoio das estruturas da ponta nasal eliminando quase que completamente os problemas de longo prazo da rinoplastia. A filosofia conservadora tem sido abraçada pela maioria dos cirurgiões. Embora a conservação da anatomia do nariz seja fundamental, em algumas oportunidades há a necessidade de somação de materiais não orgânicos para dar suporte às partes moles regionais. O uso de enxertos e retalhos mostra mais segurança que o uso de materiais inorgânicos como silicone e polietileno poroso que apresentam maior freqüência de complicações. O conhecimento da anatomia e fisiologia nasal é fundamental na determinação da escolha da técnica terapêutica.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Adams WP Jr, Rohrich RJ, Hollier LH, Minoli J, Thornton LK, Gyimesi I. Anatomic basis and clinical implications for nasal tip support in open versus closed rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Jan;103(1):255-61; discussion 262-4.
- Adham MN, Teimourian B. Treatment of alar cartilage malposition using the cartilage disc graft technique. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Sep;104(4):1118-25; discussion 1126-30.
- Ahn J, Honrado C, Horn C. Combined silicone and cartilage implants: augmentation rhinoplasty in Asian patients. *Arch Facial Plast Surg.* 2004 Mar-Apr;6(2):120-3.
- Aiach G, Madjid A. Recent developments in esthetic rhinoplasty. *Ann Chir Plast Esthet.* 1995 Dec;40(6):615-38.
- Aiach G, Monaghan P. Treatment of over-reduction of the nose and subsequent deformities. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995 Aug;33(4):250-61.
- Aiach G. External transcolumellar approach and cartilage grafting: a very complementary association. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2003 Sep;104(4):215-22.
- Bafaqeh SA. Open rhinoplasty: effectiveness of different triplasty techniques to increase nasal tip projection. *Am J Otolaryngol.* 2000 Jul-Aug;21(4):231-7.
- Baker SR. Suture contouring of the nasal tip. *Arch Facial Plast Surg.* 2000 Jan-Mar;2(1):34-42.
- Beatty MM, Dyer WK 2nd, Shawl MW. The quantification of surgical changes in nasal tip support. *Arch Facial Plast Surg.* 2002 Apr-Jun;4(2):82-91.
- Berghaus A. Surgery of the tip of the nose. *Laryngorhinotologie.* 1997 Nov;76(11):680-1.
- Bloom DC, Cupp CL. The percutaneous columellar strut. *Am J Rhinol.* 2003 Nov-Dec;17(6):357-61.
- Boccieri A, Pascali M. Septal crossbar graft for the correction of the crooked nose. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Feb;111(2):629-38.
- Busca GP, Amasio ME, Staffieri A. The surgery of the tip of the nose. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2002 Jun;22(3 Suppl 70):7-29.
- Byrd HS, Andochick S, Copit S, Walton KG. Septal extension grafts: a method of controlling tip projection shape. *Plast Reconstr Surg.* 1997 Sep;100(4):999-1010.
- Byrd HS, Salomon J, Flood J. Correction of the crooked nose. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Nov;102(6):2148-57.
- Candiani P, Campiglio GL, Rizzo F, Gaini R. *Ann Plast Surg.* 1995 Jun;34(6):624-30. Anatomical reconstruction versus camouflage of the inferior two thirds of the nasal septum.
- Celik M, Tuncer S. Nasal reconstruction using both cranial bone and ear cartilage. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Apr;105(5):1624-7.
- Cetinkale O, Altintas O, Yakut H, Yucel A. Labiocolumellar graft combined with tip graft in the management of inadequate tip projection. *Aesthetic Plast Surg.* 2003 Nov-Dec;27(6):454-61. Epub 2004 Mar 04.
- Collawn SS, Fix RJ, Moore JR, Vasconez LO. Nasal cartilage grafts: more than a decade of experience. *Plast Reconstr Surg.* 1997 Nov;100(6):1547-52.
- Constantian MB. Differing characteristics in 100 consecutive secondary rhinoplasty patients following closed versus open surgical approaches. *Plast Reconstr Surg.* 2002 May;109(6):2097-111.
- Daniel RK. Secondary rhinoplasty following open rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1995 Dec;96(7):1539-46.
- Daniel RK. Hispanic rhinoplasty in the United States, with emphasis on the Mexican American nose. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Jul;112(1):244-56; discussion 257-8.
- Davis RE, Wayne I. Rhinoplasty and the nasal SMAS augmentation graft: advantages and indications. *Arch Facial Plast Surg.* 2004 Mar-Apr;6(2):124-32.
- Dyer WK 2nd, Yune ME. Structural grafting in rhinoplasty. *Facial Plast Surg.* 1997 Oct;13(4):269-77.
- Dyer WK 2nd. Nasal tip support and its surgical modification. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2004 Feb;12(1):1-13.
- Ely JF. Less is more: a conservative approach to male rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1996 Winter;20(1):23-8.
- Erocen AR, Can Z, Emiroglu M, Tekdemir I. The V-Y island dorsal nasal flap for reconstruction of the nasal tip. *Ann Plast Surg.* 2002 Jan;48(1):75-82.
- Erdogan B, Ahyan M, Gorgu M, Deren O. Umbrella graft of columella tip: 20 years' experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2002 May-Jun;26(3):167-71.
- Erol OO. The Turkish delight: a pliable graft for rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2000 May;105(6):2229-41; discussion 2242-3.
- Escobar Sanz-Dranguet P, Marquez Dorsch F, Villacampa Auba JM, Sanabria Brassart J, Gutierrez Fonseca R, Pastormerlo Botegia G, Cenjo Espanol C. Cartilaginous grafts in rhinoplasty. *Acta Otorrinolaryngol Esp.* 2002 Dec;53(10):736-40.
- Farrion EH. Dramatic refinement of the nasal tip. *Otolaryngol Clin North Am.* 1999 Aug;32(4):621-36.
- Foda HM. Alar setback technique: a controlled method of nasal tip deprojection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001 Nov;127(11):1341-6.
- Foda HM. External rhinoplasty: a critical analysis of 500 cases. *J Laryngol Otol.* 2003 Jun;117(6):473-7.
- Foda HM. Management of the droopy tip: a comparison of three alar cartilage-modifying techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Oct;112(5):1408-17; discussion 1418-21.
- Fuleihan NS. The transvestibular approach to the nasal tip and dorsum: a new refinement in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Feb;101(2):453-60.
- Galli JJ, Zavalla CA, Vivas DG, Prado C, Zanetta GC. New surgical concepts: nasal tip function. *Aesthetic Plast Surg.* 1997 Jul-Aug;21(4):240-2.
- Garramone RR Jr, Sullivan PK, Devaney K. Bulbous nasal tip: an anatomical and histological evaluation. *Ann Plast Surg.* 1995 Mar;34(3):288-90; discussion 290-1.
- Gassner HG, Remington WJ, Sherris DA. Quantitative study of nasal tip support and the effect of reconstructive rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg.* 2001 Jul-Sep;3(3):178-84.
- Gillman GS, Simons RL, Lee DJ. Nasal tip bossae in rhinoplasty. Etiology, predisposing factors, and management techniques. *Arch Facial Plast Surg.* 1999 Apr-Jun;1(2):83-9.
- Gola R. Aesthetic Functional and esthetic rhinoplasty. *Plast Surg.* 2003 Sep-Oct;27(5):390-6. Epub 2004 Jan
- Graham BS, Thiringer JK, Barrett TL. Nasal tip ulceration from infection and extrusion of a nasal alloplastic implant. *J Am Acad Dermatol.* 2001 Feb;44(2 Suppl):362-4.
- Gruber RP, Grover S. The anatomic tip graft for nasal augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1999 May;103(6):1744-53; discussion 1754-8.
- Gruber RP. Suture correction of nasal tip cartilage concavities. *Plast Reconstr Surg.* 1997 Nov;100(6):1616-7.
- Gruber RP. The short nose. *Clin Plast Surg.* 1996 Apr;23(2):297-313.
- Gryskiewicz JM. The "iatrogenic-hanging columella": preserving columellar contour after tip retroprojection. *Plast Reconstr Surg.* 2002 Jul;110(1):272-7.
- Gurley JM, Pilgram T, Perlyn CA, Marsh JL. Long-term outcome of autogenous rib graft nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Dec;108(7):1895-905; discussion 1906-7.
- Guyuron B, Behmand RA. Caudal nasal deviation. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Jun;111(7):2449-57; discussion 2458-9.
- Guyuron B, Behmand RA. Nasal tip sutures part II: the interplays. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Sep 15;112(4):1130-45; discussion 1146-9.
- Guyuron B, DeLuca L, Lash R. Supratip deformity: a closer look. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Mar;105(3):1140-51; discussion 1152-3.
- Guyuron B, Varghai A. Lengthening the nose with a tongue-and-groove technique. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Apr 1;111(4):1533-9; discussion 1540-1.
- Guyuron B. Footplates of the medial crura. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Apr;101(5):1359-63.
- Ha RY, Byrd HS. Septal extension grafts revisited: 6-year experience in controlling nasal tip projection and shape. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Dec;112(7):1929-35.
- Hamra ST. Lengthening the foreshortened nose. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Aug;108(2):547-9.
- Han SK, Ko HW, Kim WK. Advantages of adding a footplate incision in Asian rhinoplasty. *Ann Plast Surg.* 2004 Jul;53(1):65-9.
- Honrado CP, Pearlman SJ. Surgical treatment of the nasolabial angle in balanced rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg.* 2003 Jul-Aug;5(4):338-44.
- Hubbard TJ. Exploiting the septum for maximal tip control. *Ann Plast Surg.* 2000 Feb;44(2):173-80.
- Ishida LC, Ishida J, Henrike Ishida L, Passos AP, Vieira JC, Ferreira MC. Total reconstruction of the alar cartilages with a partially split septal cartilage graft. *Ann Plast Surg.* 2000 Nov;45(5):481-4.
- Jung DH, Moon HJ, Choi SH, Lam SM. Secondary rhinoplasty of the Asian nose: correction of the contracted nose. *Aesthetic Plast Surg.* 2004 Jan-Feb;28(1):1-7. Epub 2004 Mar 25.
- Khosh MM, Jen A, Honrado C, Pearlman SJ. Nasal valve reconstruction: experience in 53 consecutive patients. *Arch Facial Plast Surg.* 2004 May-Jun;6(3):167-71.
- Kridel RW, Scott BA, Foda HM. The tongue-in-groove technique in septorhinoplasty. A 10-year experience. *Arch Facial Plast Surg.* 1999 Oct-Dec;1(4):246-56; discussion 257-8.
- Kridel RW, Yoon PJ, Koch RJ. Prevention and correction of nasal tip bossae in rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg.* 2003 Sep-Oct;5(5):416-22.
- Lam SM, Kim YK. Augmentation rhinoplasty of the Asian nose with the "bird" silicone implant. *Ann Plast Surg.* 2003 Sep;51(3):249-56.
- Lambert RW, Dzubow LM. A dorsal nasal advancement flap for off-midline defects. *J Am Acad Dermatol.* 2004 Mar;50(3):380-3.
- Lawson W, Reino AJ, Seidman D. The silicone columellar strut. *Plast Reconstr Surg.* 1996 Apr;97(5):938-43.
- Marcellis GN, Ellis DA. Augmentation of the nasal spine area with tissue bone matrix sponge. *J Otolaryngol.* 1999 Oct;28(5):257-9.
- Massiha H. Elliptical horizontal excision and repair of alar cartilage in open-approach rhinoplasty to correct cartilaginous tip deformities. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Jan;101(1):177-82; discussion 183-4.
- Mavili ME, Akyurek M. Congenital isolated absence of the nasal columella: reconstruction with an internal nasal vestibular skin flap and bilateral labial mucosa flaps. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Aug;106(2):393-9.
- McKinney P. Management of the bulbous nose. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Sep;106(4):906-17; discussion 918-21.
- Micheli-Pellegrini V, Ponti L, Ponti G, Guidarelli P. Interrupted and continuous strip technique for tip surgery during traditional rhinoplasty. *Facial Plast Surg.* 1996 Oct;12(4):347-55.
- Mitz V, Malady D. Value of scaphal graft in secondary rhinoplasties. *Ann Chir Plast Esthet.* 1996 Feb;41(1):68-74.
- Mocella S, Bianchi N. Double interdomal suture in nasal tip sculpturing. *Facial Plast Surg.* 1997 Jul;13(3):179-96.
- Naficy S, Baker SR. Lengthening the short nose. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998 Jul;124(7):809-13.
- Neu BR. A problem-oriented and segmental open approach to alar cartilage losses and alar length discrepancies. *Plast Reconstr Surg.* 2002 Feb;109(2):768-79; discussion 780-2.
- Neu BR. Segmental bone and cartilage reconstruction of major nasal dorsal defects. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Jul;106(1):160-70. Leach J. Interlocking calvarial bone grafts: a solution for the short, depressed nose. *Laryngoscope.* 2000 Jun;110(6):955-60.
- Neu BR. Suture correction of nasal tip cartilage concavities. *Plast Reconstr Surg.* 1996 Nov;98(6):971-9.
- Niechajev I. Porous polyethylene implants for nasal reconstruction: clinical and histologic studies. *Aesthetic Plast Surg.* 1999 Nov-Dec;23(6):395-402.
- O'Hara D, Greenberg S, LaRossa D. Ann Plast Surg. 1997 Apr;38(4):379-84. Superficial nasalis aponeurotic system (SNAS) flap reconstruction of nasal defects.
- O'Keefe PJ. Dynamic rhinoplasty for the plunging nasal tip: functional unity of the inferior third of the nose. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Nov;108(6):1825-7.
- Orak F, Yucel A, Aydin YA. A new extrasupported tip graft in the treatment of bulbous nasal tip. *Aesthetic Plast Surg.* 1998 Jul-Aug;22(4):259-66.
- Papel ID, Mabrie DC. Deprojecting the nasal profile. *Otolaryngol Clin North Am.* 1999 Feb;32(1):65-87.

81. Park HS. Lambda-shaped implant for augmentation of anterior nasal spine in Asian rhinoplasty as an ancillary procedure. *Aesthetic Plast Surg.* 2001 Jan-Feb;25(1):8-14.
82. Paulus G. Correction of the sloping nasal tip. Comparison of various surgical methods *Mund Kiefer Gesichtschir.* 1997 May;1 Suppl 1:S75-9.
83. Pedroza FA. 20-year review of the "new domes" technique for refining the drooping nasal tip. *Arch Facial Plast Surg.* 2002 Jul-Sep;4(3):157-63.
84. Quatela VC, Leake DS, Sabini P. Surgical management of concavities of the distal nose. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2004 Feb;12(1):133-56.
85. Quatela VC, Slupchynskyj OS. Surgery of the nasal tip. *Facial Plast Surg.* 1997 Oct;13(4):253-68.
86. Raspall G, Gonzalez-Lagunas J. Management of the nasal tip by open rhinoplasty. *J Craniomaxillofac Surg.* 1996 Jun;24(3):145-50.
87. Rohrich RJ, Adams WP Jr. The boxy nasal tip: classification and management based on alar cartilage suturing techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Jun;107(7):1849-63; discussion 1864-8.
88. Rohrich RJ, Hollier LH. Rhinoplasty with advancing age. Characteristics and management. *Clin Plast Surg.* 1996 Apr;23(2):281-96.
89. Romo T 3rd, Litner JA, Sclafani AP. Management of the severe bulbous nasal tip using porous polyethylene alloimplants. *Facial Plast Surg.* 2003 Nov;19(4):341-8.
90. Romo T 3rd, Sclafani AP, Jacono AA. Nasal reconstruction using porous polyethylene implants. *Facial Plast Surg.* 2000;16(1):55-61.
91. Romo T 3rd, Sclafani AP, Sabini P. Use of porous high-density polyethylene in revision rhinoplasty and in the platyrrhine nose. *Aesthetic Plast Surg.* 1998 May-Jun;22(3):211-21.
92. Romo T 3rd, Soliemanzadeh P, Litner JA, Sclafani AP. Rhinoplasty in the aging nose. *Facial Plast Surg.* 2003 Nov;19(4):309-15.
93. Sarukawa S, Sugawara Y, Harii K. Cephalometric long-term follow-up of nasal augmentation using iliac bone graft. *J Craniomaxillofac Surg.* 2004 Aug;32(4):233-5.
94. Sheen JH. Rhinoplasty: personal evolution and milestones. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Apr;105(5):1820-52; discussion 1853.
95. Sherris DA, Kern EB. The versatile autogenous rib graft in septorhinoplasty. *Am J Rhinol.* 1998 May-Jun;12(3):221-7.
96. Shirakabe Y, Suzuki Y, Lam SMA. Systematic approach to rhinoplasty of the Japanese nose: a thirty-year experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2003 May-Jun;27(3):221-31. Epub 2003 Oct 13.
97. Shubailat GF. Cantilever rib grafting in salvage rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2003 Jul-Aug;27(4):281-5.
98. Spiro SA, Wolfe SA, Wider TM. The use of the labiocolumellar crease incision in rhinoplasty. *Ann Plast Surg.* 1996 Dec;37(6):569-76.
99. Sullivan PK, Varma M, Rozzelle AA. Optimizing bone-graft nasal reconstruction: a study of nasal bone shape and thickness. *Plast Reconstr Surg.* 1996 Feb;97(2):327-35; discussion 336-7.
100. Sulseni G, Palma P. Complications and sequelae of nasal base and tip surgery. *Facial Plast Surg.* 1997 Jan;13(1):25-43.
101. Tardy ME Jr. Graduated sculpture refinement of the nasal tip. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2004 Feb;12(1):51-80.
102. Tebbetts JB. Rethinking the logic and techniques of primary tip rhinoplasty. A perspective of the evolution of surgery of the nasal tip. *Clin Plast Surg.* 1996 Apr;23(2):245-53.
103. Toriumi DM. Structure approach in rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2002 Feb;10(1):1-22.
104. Ulloa-Gregori AO, Montemayor-Jauregui MC, Villarreal-Cardenas JA, Garza-Mejia B. Use of the nasal SMAS to reconstruct defects of the tip, alae, columella, or septum. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Sep;104(3):631-6.
105. Vacher C, Accioli de Vasconcellos JJ, Brito JA. The upper buccal sulcus approach, an alternative for post-trauma rhinoplasty. *Br J Plast Surg.* 2003 Apr;56(3):218-23.
106. Vuyk HD, Oakenfull C, Plat RE. Rhinology. 1997 Sep;35(3):124-8. A quantitative appraisal of change in nasal tip projection after open rhinoplasty.
107. Whitaker EG, Johnson CM Jr. The evolution of open structure rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg.* 2003 Jul-Aug;5(4):291-300.
108. Wong BJ, Giammanco PF. The use of preserved autogenous septal cartilage in "touch-up" rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg.* 2003 Jul-Aug;5(4):349-53.

INSTRUÇÕES GERAIS PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO

Todos os manuscritos serão submetidos em português ou inglês. Deverão ser digitados em espaço duplo em papel tamanho A4 (21cm x 29,7cm), com 2,5cm a 3,75cm margens. A ordem do manuscrito deverá ser: página de título, página de resumo e palavras-chaves, texto, referências, tabelas, legendas e figuras. O original e três cópias completas do manuscrito inteiro, inclusive figuras e tabelas, etc., deverão ser submetidos a:

Prof. Dr. Heloisa Caovila
 Editora Executiva
 Revista Acta ORL
 Alfa Comunicação e Editora - Rua Machado Bittencourt, 190 - Cj. 410 - Via Clementino - São Paulo - SP - CEP 04044-000
 A Revista encoraja fortemente que os autores submetam eletronicamente manuscritos preparados em WordPerfect ou Microsoft Word. Para isso, devem seguir as instruções exatamente; por exemplo, se a seção de referência é nomeada incorretamente, o valor da submissão por disquete será reduzido.

Preparação do manuscrito
 Página de título
 A página de título deverá estar separada e deverá incluir o título de artigo, os nomes completos e endereços, assim como os graus, de todos os autores, e o nome da instituição onde o trabalho foi executado. Os nomes dos autores só devem aparecer na página de título. O endereço de reimpressão deverá incluir o nome completo e deverá detalhar, inclusive o cep, do autor para quem serão enviados todos os pedidos de reimpressão. Favor incluir o número de telefone deste autor. Isto não aparecerá na publicação. Se o autor para quem provas serão enviadas não é aquele a quem os pedidos de reprint serão enviados, por favor indique isto, dando o nome completo e endereço do autor que receberá as provas. Deverá ser provida qualquer informação sobre concessões ou outro apoio financeiro como uma nota de rodapé da página do título de artigo.

Resumo e palavras-chaves
 Em uma folha separada, um resumo conciso de 50 a 300 palavras, em inglês e português, deverá ser acompanhado de aproximadamente 2-6 palavras-chaves pertinentes, também em inglês e português (ESTAS PALAVRAS DEVERÃO ESTAR CONTIDAS NOS DECS E NO MESH, encontrados no site www.bireme.br).

Artigos originais - são definidos como relatórios de trabalho original, e estas contribuições deverão ser significativas e válidas. Os leitores deverão poder aprender de um artigo geral o que foi firmemente estabelecido e que perguntas significativas permanecem não resolvidas. Especulação deverá ser mantida a um mínimo.

Revisão de temas - normalmente são publicados artigos de revisão. É esperado que eles cubram a literatura existente interessada com um tópico específico. A revisão deveria avaliar as bases e validade de opiniões publicadas e deveria identificar diferenças de interpretação ou opinião. O revisor deve ser informado no tópico debaixo de consideração e deve ser reconhecido como competente em julgamento e avaliação de sua literatura.

Relatos de caso- serão publicados só relatos incomuns e especialmente significantes. Será dada prioridade a relatos de interesse multidisciplinar e/ou prático.

Referências bibliográficas - deverão ser numeradas de acordo com a sua aparição no texto, seguindo o formato:

Livros
 Donner MW: Radiology in swallowing disorders. In: Heuck FHW, Donner MW (eds.): Radiology Today, 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag, 1983, pp 6-11

Artigos
 Cherry J, Siegel CI, Margulies SI, Donner MW: Pharyngeal localization of gastroesophageal reflux. Ann Otol 79: 912-6, 1970.

Tabelas
 Devem ser numeradas tabelas com números arábicos e devem ser intituladas concisamente. Abreviações usadas na tabela devem ser definidas em notas de rodapé da tabela. Use letras minúsculas sobrescritas (um, b, etc.) para listar notas de rodapé.

Legendas de figura
 Devem ser digitadas legendas de figura em espaço duplo em uma folha separada. Devem ser definidos todos os símbolos, título, setas, e abreviações usados nas figuras nas legendas.

Ilustrações
 O diário reserva o direito para devolver ilustrações para revisão.

Fotografias
 Devem ser submetidas três cópias de cada foto com impressões brilhantes, não montadas. Elas devem ser marcadas cuidadosamente na parte de trás com um rótulo adesivo ou fita que indique o número da figura, tipo de ilustração, e o nome do autor principal. Esteja seguro que eles resistirão uma redução a 169 x 226 mm. O Editor reserva o direito de cortar separadamente e rearranjar figuras que não ajustem a página.

A revista reproduz radiografia na sua apresentação original. Por exemplo, devem ser submetidas impressões do bolo de bário em branco. Ilustrações do corpo devem ser orientadas de forma que o lado direito das estruturas anatômicas esteja à esquerda do leitor; scans de cabeça devem ser orientados da maneira convencional, i.e., como se o cérebro fosse visto do topo. Devem ser orientadas visões laterais com o perfil facial para a esquerda do leitor.

Desenhos em bico de pena
 Devem ser submetidas três impressões em uma forma satisfatória para reprodução. Os desenhos devem permitir uma redução a 81 mm.

Desenhos em semitom, preto-e-brancos
 Devem ser submetidos originais e três impressões e o tamanho final deve ser indicado. A fotografia do original assegura ótima reprodução e será devolvida o mais cedo possível. Rótulos e linhas devem ser em um papel celofane sobre o original, corretamente registrado para precisão.

Ilustrações coloridas
 Serão aceitas para publicação, sem custo adicional.
 Tamanho de ilustrações
 Use a ilustração de tamanho menor que pode ser reproduzida com clareza. Se possível, prepare-a de forma que uma 1:1 reprodução seja possível. Classificando segundo o tamanho (coluna, meia página, página cheia). As dimensões do tamanho de figuras para a Acta ORL são:

Uma página cheia = um máximo de 169 mm x 226 mm.
 Uma coluna cheia = um máximo de 81 mm x 226 mm.
 Diretrizes para Ilustrações Eletronicamente Produzidas para Impressão Geral
 Envie ilustrações separadamente do texto (i.e. não deveriam ser integrados arquivos com os arquivos de texto). Sempre envie cópias imprimidas de todas as ilustrações.

Vector (linha) Gráficos
 Devem ser armazenados gráficos de vetor exportados de um programa de desenho em formato de EPS. Programa de desenho satisfatório: Ilustrador da Adobe. Para arte de linha simples os programas de desenho seguintes são também aceitáveis: Corel Draw, À mão livre, Tela.

Não use régua menor que .25 pt.
 Não use tela cinza mais clara que 15% ou mais escura que 60%.

Telas que tenham que se diferenciar umas das outras devem ter pelo menos 15% de densidade maior.
 Gráficos de planilhas ou apresentações

A maioria dos programas de apresentação (Excel, PowerPoint, Freelance) produz dados que não podem ser armazenados em um formato de EPS. Então não podem ser usados gráficos produzidos por estes programas para impressão.

Ilustrações em semitom
 Preto & branco e coloridas devem ser armazenadas em formato TIFF.
 Devem ser criadas ilustrações usando Adobe Photoshop sempre que possível.

Scans
 Preto e branco - Devem ter 300 ppi e arquivadas em formato TIFF.
 Coloridos - Devem ter um mínimo de 300 ppi com 24-bit de profundidade de cor.
 Arte de linha deveria ser provida como arquivos de TIFF a 600 ppi.
 * Nós preferimos ter a arte original, pois nossas impressoras tem scanners de tambor que permitem reprodução melhor.

Nos parágrafos que seguem oferecemos instruções práticas para a elaboração e avaliação de artigos a serem produzidos e recebidos pela Acta ORL.

O intuito destas linhas não é restringir a liberdade de produção científica de nossos autores e revisores, nem tampouco tutelar ou instruir os pesquisadores na sua trajetória de investigação.

Pretendemos, isto sim, estimular a discussão crítica em relação à produção intelectual e renovar as normas de publicação de nossa revista que, acreditamos, deve se adaptar às determinações de Vancouver, seguidas pela maior parte dos periódicos científicos em SAÚDE.

Uma vez que nem sempre é fácil modificar hábitos de há muito adquiridos, e pelo fato de há pelo menos 4 anos estarmos seguindo as normas que ora estamos mudando, consideramos salutar elaborar este pequeno manual de explicações quase que sumárias sobre as normas de publicação que devemos seguir daqui para frente.

Dividiremos nossas sugestões em duas partes: Quanto ao formato e quanto ao conteúdo.

Corpo do artigo
 Os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no chamado formato IMRDC: introdução, material e método, resultados, discussão e conclusões.

Na Introdução é onde estão o objetivo e a justificativa do trabalho. Nela devem estar presentes as razões e pertinência para a confecção do trabalho, sua importância e abrangência, lacunas, controvérsias e incoerências teóricas e as premissas teóricas ou experiências pessoais que levaram o autor a investigar o assunto.

No Material e Método espera-se encontrar a descrição da amostra estudada e um detalhamento suficiente do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência a existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de ética da Instituição onde o projeto foi concebido.

A amostra deve ser bem definida e os critérios de inclusão e exclusão definidos claramente. Também a maneira de seleção e alocação em grupos deve ser esboçada (pareamento, sorteio, sequenciamento, estratificação, etc).

O método deve ter coerência com a questão apresentada e deve ser explicitado o desenho do estudo (coorte, caso-controle, experimental, contemporâneo, histórico, estudo de prontuários, etc)

Tudo uso de método ou classificação alheia deverá ter correspondência com a literatura pertinente.

Os Resultados devem ser apresentados de forma sintética e clara. Tudo que conste deste item tem que ter sido extraído do método. O uso de gráficos e tabelas deve ser estimulado, assim como análises estatísticas descritivas e comparativas.

Na Discussão esperamos que o autor apresente sua experiência pessoal no assunto, explore seus referenciais teóricos e discuta os resultados frente a estas premissas. Também é este o local para expor possíveis dificuldades metodológicas.

As Conclusões devem ser sucintas e se ater ao objetivo proposto. É fundamental que o método e os resultados obtidos por ele sejam suficientes para fundamentar os itens arrolados na conclusão.

Os TRABALHOS DE REVISÃO e ATUALIZAÇÃO devem ter uma boa introdução com o formato seguindo as necessidades do trabalho, assim como apresentar a sistemática de levantamento utilizada. Não deve ter caráter opinativo, reservando esta tarefa para os comentários finais.

Lembramos que há diferenças entre um trabalho de revisão, uma revisão sistemática e uma meta-análise. No primeiro caso, não há um compromisso maior com os mecanismos de coleta de dados e a revisão se presta mais para ser usada em uma argumentação do autor. Tem pouco valor científico e não necessariamente representa evidência médica. Já na revisão sistemática, há um objetivo explícito para fazê-la, portanto o método deve ser detalhado, por exemplo: data limite de levantamento, local e perguntas estabelecidas para busca, critérios de inclusão e exclusão, tipos de trabalhos utilizados (retrospectivos, prospectivos, experimentais etc.). As conclusões deste tipo de revisão devem obrigatoriamente considerar apenas os dados obtidos na coleta bibliográfica.

Finalmente, a meta-análise segue os mesmos princípios da revisão sistemática, mas lança mão de análise estatística para interpretação dos dados. É óbvio, neste caso, que os trabalhos obtidos devam, necessariamente, serem considerados comparáveis entre si, uma vez que, não o sendo, poderiam falsificar as conclusões finais.

Os RELATOS DE CASO devem conter introdução com revisão pertinente que justifique sua importância, seja pela raridade ou impacto clínico, apresentação do caso com riqueza de detalhes visuais e de descrição e comentários finais, com discussão das nuances que façam deste caso um artigo digno de publicação.

Quanto ao conteúdo
 Quando se planeja um estudo na área médica, seja experimental ou não, busca-se acrescentar alguma informação ao conhecimento atual. A motivação destes estudos poderia ser classificada conforme a questão pesquisada, como: anomalia, diagnóstico, freqüência (incidência e prevalência), risco, prognóstico, tratamento, prevenção, causa, custo etc.

Durante a pesquisa procura-se identificar e analisar os eventos clínicos mais relevantes para a saúde do sujeito (desfechos). Estes eventos são descritos como os 6 "D": deslance (desfecho antes do tempo), doença, desconforto, deficiência, descontentamento, despesa.

Existem estratégias gerais para estudarmos cada questão específica, que denominamos delineamento ou desenho. Em linhas gerais teríamos as seguintes formas:

Diagnóstico - corte transversal. Prevalência - corte transversal. Incidência - estudo de coorte
 Risco - estudo de coorte ou caso/ controle
 Prognóstico - estudo de coorte. Tratamento - ensaio clínico. Prevenção - ensaio clínico
 Causa - estudo de coorte ou caso/ controle

Cada estudo tem sua própria possibilidade de erro sistemático, o chamado viés ou vício. Estes erros podem comprometer os resultados do estudo em si (validade interna, credibilidade) ou sua capacidade de generalização das conclusões, para além da amostra estudada (validade externa, transferibilidade). Os erros podem surgir nas diferentes formas de estudo e suas fases, como: viés de seleção, de aferição, de confusão, de amostragem, de montagem, de adesão, de migração, de duração etc.

Alguns erros sistemáticos são evitados pela experiência e conhecimento do pesquisador que identifica fatores inerentes ao assunto. Outros são evitados ou minimizados a partir de métodos específicos como: randomização, restrição, emparelhamento, estratificação e ajustamento (caso melhor-caso pior)
 Outro erro inerente ao estudo epidêmico-lógico é o acaso, o erro aleatório, decorrente da variação, que pode surgir no processo de mensuração ou estar vinculado à natureza do estudo. O tratamento estatístico dos resultados obtidos visa minimizar os efeitos do acaso.

Um estudo com delineamento adequado e bem conduzido, mesmo sem tratamento estatístico, pode ser avaliado corretamente com uma certa dose de bom senso. Por outro lado, um estudo inadequado, com erros sistemáticos grosseiros, não permite conclusão alguma, mesmo com tratamento estatístico rigoroso.

Estes cuidados referem-se à capacidade de tirar conclusões conferida a cada estudo. Entretanto, muitos estudos são motivados pela observação de fatos curiosos ou intrigantes, que muitas vezes trazem contribuições importantes para o direcionamento das pesquisas e, algumas vezes, até mesmo do "pensar" médico. Nestes casos, é fundamental o posicionamento coerente do pesquisador no capítulo de "conclusões" onde ele deve apresentar as hipóteses geradas das observações, fundamentá-las e, se possível, formular maneiras de testá-las.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: VERTIX. dicloridrato de flunarizina. Indicações: 1. Profilaxia e tratamento de distúrbios circulatórios cerebrais. No tratamento de sintomas como: alterações de memória, confusão mental, distúrbios do sono, dificuldade de concentração. Aterosclerose cerebral, sequelas funcionais pós-traumas cranioencefálicas. 2. Profilaxia e tratamento de distúrbios circulatórios na porção periférica-claudicação intermitente, deficiência circulatória de extremidades, doença de Raynaud, tromboangeite obliterante, angiopatia diabética. 3. Distúrbios do equilíbrio, tais como: vertigens, tonturas, síndrome de Ménière, labirintopatias. 4. Profilaxia da enxaqueca. Contra-indicações: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA À CINARIZINA. FASE AGUDA DE UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO. EM CARDIOPATIAS DESCOMPENSADAS, DOENÇAS INFECCIOSAS GRAVES E DEPRESSÕES SEVERAS, NÃO É RECOMENDADA A ADMINISTRAÇÃO DESTA MEDICAMENTO. Precauções: INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA: COMO O MEDICAMENTO É EXTENSIVAMENTE METABOLIZADO PELO FÍGADO, AJUSTE DE DOSE SERÁ NECESSÁRIO. O USO CONCOMITANTE COM ALCOOL OU DEPRESSORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL DEVE SER EVITADO. OS PACIENTES DEVEM SER ALERTADOS QUANTO À CONDUÇÃO DE VEÍCULOS, AO MANUSEIO DE MÁQUINAS PERIGOSAS E OUTROS EQUIPAMENTOS QUE REQUEIRAM ATENÇÃO. O USO DURANTE A GRAVIDEZ DEVE SER EVITADO. ESTE PRODUTO CONTÉM O CORANTE AMARELO DE TARTRAZINA QUE PODE CAUSAR ASMA BRÔNQUICA, ESPECIALMENTE EM PESSOAS ALÉRGICAS AO ÁCIDO ACETILSALICÍLICO. Interações medicamentosas: 1) Amiodarona: essa combinação pode tornar o ritmo sinusal mais lento e piorar bloqueios átrio-ventriculares. 2) Beta-bloqueadores: essa associação pode causar hipotensão, bradicardia e piorar a performance cardíaca pois reduz a contratilidade e diminuir a condução atrio-ventricular. 3) Carbamazepina: a flunarizina aumenta a concentração sérica e facilita a intoxicação pela carbamazepina. 4) Fentanil: essa associação pode causar hipotensão grave. 5) Antiinflamatórios não-hormonais: esta associação aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal. 6) Anticoagulantes orais: aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal. 7) Rifampicina: diminui a concentração sérica da flunarizina. 8) Saquinavir: diminui o metabolismo da flunarizina, aumentando sua concentração sérica e facilitando a ocorrência de intoxicação. 9) Álcool e depressores do SNC: a flunarizina pode potencializar os efeitos do álcool e dos depressores do sistema nervoso central, especialmente no início do tratamento. Reações adversas: SEDAÇÃO LEVE É O EFEITO COLATERAL MAIS COMUM. CEFALÉIA, INSÔNIA, ASTENIA, DEPRESSÃO, IRRITABILIDADE, BAIXA CONCENTRAÇÃO E SENSÇÃO DE CABEÇA LEVE PODEM OCORRER. Posologia: Pode-se iniciar o uso apenas com um comprimido à noite ao deitar, aumentando de acordo com a severidade da doença para um comprimido pela manhã e outro à noite. Doses maiores a critério médico. Dose de manutenção após melhora dos sintomas, geralmente é de um comprimido ao dia. A duração do tratamento fica a critério do médico e dependendo da indicação pode variar de 2 semanas a vários meses. Pacientes com insuficiência renal não requerem ajuste de doses. Conduta na superdosagem: Pacientes com suspeita de superdosagem por antagonistas dos canais de cálcio tem que ser hospitalizados e monitorizados, com suporte básico de manutenção da vida. O tratamento clínico é sintomático e de suporte. MS – 1.0573.0080 - VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

“A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO”

CPD 25900/01

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: PRELONE®. prednisolona. INDICAÇÕES: Distúrbios endócrinos, reumáticos e hematológicos, colagenoses, estados alérgicos, doenças dermatológicas, oftálmicas, respiratórias, neoplásicas, gastrointestinais, neurológicas, estados edematosos e outros. CONTRA-INDICAÇÕES: Infecções fúngicas sistêmicas; hipersensibilidade à prednisolona. ADVERTÊNCIAS: Recomenda-se o aumento da dosagem de corticosteróides nos pacientes sob corticoterapia submetidos a situações incomuns de estresse (trauma, cirurgia, etc.), antes, durante e após a situação estressante; os corticosteróides podem mascarar alguns sinais de infecção e novas infecções podem aparecer durante o tratamento; pode haver diminuição da resistência e dificuldade na localização de infecções; o uso prolongado pode produzir catarata, glaucoma e pode aumentar a ocorrência de infecções secundárias oculares devido a fungos e vírus; quando em terapia com corticosteróides, especialmente em altas doses, não imunizar contra varíola ou utilizar de outro tipo de imunização devido aos possíveis riscos de complicações neurológicas e a ausência de resposta imune; o uso de prednisolona em tuberculose ativa deve ser restrito a casos de tuberculose fulminante ou disseminada, nas quais o corticosteroide é usado para o controle da doença associado a um regime antituberculoso apropriado; quando os corticosteróides forem indicados a pacientes com tuberculose latente ou com reatividade à tuberculina é necessária rigorosa observação, pois pode haver reativação da doença; crianças e adultos sob terapia imunossupressora são mais sensíveis às infecções do que indivíduos saudáveis; varicela e sarampo, por exemplo, podem ser graves e até fatais em crianças e adultos não imunes sob corticoterapia; em crianças e adultos que não tiveram infecções causadas por esses agentes, deve-se ter o cuidado especial de evitar a exposição aos mesmos. Quando utilizado em altas doses, pode causar elevação da pressão arterial, retenção de sódio e água e aumento da excreção de potássio. PRECAUÇÕES: Nos portadores de hipotireoidismo ou cirrose existe aumento do efeito do corticosteroide; usar com cautela nos portadores de herpes simples ocular pois pode haver perfuração da córnea; o uso de corticosteróides pode ocasionar distúrbios psíquicos (euforia, insônia, alteração do humor, alteração de personalidade, depressão grave, manifestações de psicose ou instabilidade emocional); tendências psicóticas preexistentes podem ser agravadas pelos corticosteróides; em hipoprotrombinemia a aspirina deve ser utilizada com cautela quando associada à corticoterapia; o crescimento e desenvolvimento de crianças sob corticoterapia prolongada devem ser observados cuidadosamente; utilizar esteróides com cuidado nos casos de colite ulcerativa não específica caso haja possibilidade de perfuração, abscesso ou outras infecções piogênicas; diverticulite; anastomoses de intestino; úlcera péptica ativa ou latente; insuficiência renal; hipertensão; osteoporose e miastenia gravis. Uso na gravidez e lactação: O uso na gravidez requer que os benefícios justifiquem o risco potencial para a mãe, embrião ou feto. A prednisolona é excretada no leite materno em baixos níveis (menos de 1% da dose administrada), mesmo assim, medidas de cautela devem ser tomadas quando a prednisolona é administrada em lactantes. REAÇÕES ADVERSAS: convulsões, pseudotumor cerebral, cefaléia, vertigem; Musculoesqueléticas: fraqueza muscular, miopatia esteróide, perda de massa muscular, osteoporose, fraturas patológicas, necrose asséptica da cabeça umeral e femoral; Gastrointestinais: úlcera péptica, pancreatite, distensão abdominal, esofagite ulcerativa; Dermatológicas: retardo da cicatrização, atrofia cutânea, petéquias e equimoses, eritema facial, sudorese aumentada, supressão de testes cutâneos; Endócrinas: irregularidades menstruais, estado cushingóide, retardo do crescimento em crianças, ausência de resposta secundária adrenocortical e hipofisária, especialmente em condições de estresse, diminuição da tolerância aos carboidratos, manifestações de diabetes mellitus latente, aumento das necessidades de insulina ou hipoglicemiantes orais em diabéticos; Oftálmicas: catarata; glaucoma, exoftalmia; Hidroeletrólíticas: retenção de sódio, de líquidos, ICC em pacientes susceptíveis, perda de potássio, alcalose hipocalêmica, hipertensão arterial; Metabólicas: balanço negativo de hidrogênio devido ao catabolismo proteico. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: Álcool ou drogas antiinflamatórias não-esteroidais administradas concomitantemente com glicocorticóides podem ocasionar o aumento do risco de ulceração gastrointestinal ou hemorragia. O uso concomitante com anticolinérgicos pode aumentar a pressão intraocular. Os efeitos dos derivados cumarínicos ou idandionas geralmente diminuem com o uso concomitante com glicocorticóides. Pode ser necessário ajustar a dose baseado no tempo de protrombina após a terapia com glicocorticóides. O potencial de ocorrência de ulceração gastrointestinal ou hemorragia nos pacientes que recebem glicocorticóides e anticoagulantes ou trombolíticos está aumentado. Ajuste de dose da sulfoniluréia ou insulina pode ser necessário na descontinuação da terapia com glicocorticóides. Pode ser necessário um ajuste de dose de hormônios tireoidianos administrados concomitantemente com glicocorticóides, baseado nos testes de função da tireóide. O uso com estrogênios e anticoncepcionais orais aumentam os efeitos terapêuticos e toxicidade dos glicocorticóides. O uso concomitante com digitais aumenta a possibilidade de arritmias ou toxicidade digital associada com hipocalcemia. A monitoração da concentração de potássio sérico e função cardíaca é recomendada no uso concomitante dos diuréticos depletadores de potássio e glicocorticóides de vida à hipocalcemia resultante. O ajuste de dose da isoniazida pode ser necessária durante e após o uso concomitante de glicocorticóides. Inibição da resposta ao crescimento à somatotropina pode ocorrer com doses que excedam 2,5-3,75mg (por m2 de superfície corporal) de prednisolona oral. Se doses maiores forem necessárias, a terapia com somatotropina deve ser postergada. O uso concomitante com barbituratos e drogas indutoras enzimáticas pode requerer o aumento da dose de prednisolona. POSOLOGIA: A dosagem inicial pode variar de 5 a 60 mg por dia, dependendo da doença específica a ser tratada. Para bebês e crianças, a dosagem recomendada deve ser controlada pela resposta clínica e não pela adesão estrita ao valor indicado pelos fatores idade e peso corporal. A dosagem deve ser reduzida ou descontinuada gradualmente quando a droga for administrada por mais do que alguns dias. SUPERDOSAGEM: O tratamento da superdosagem aguda é por lavagem gástrica imediata ou indução de vômito. Nos casos de superdosagem crônica em pacientes portadores de doença grave que necessitem de corticoterapia contínua, deve-se reduzir a dose de prednisolona, por um período de tempo, ou deve-se introduzir o tratamento em dias alternados. Lote, data de fabricação e prazo de validade: vide cartucho. MS - 1.0573.0330 - VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

“A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO”

CPD 23113/00

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: NISULID® nimesulida. **INDICAÇÕES:** Condições que requeiram atividade antiinflamatória, analgésica e antipirética. **CONTRA-INDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE À NIMESULIDA; PACIENTES COM HISTÓRIA DE REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE (BRONCOESPASMO, RINITE, URTICÁRIA) EM RESPOSTA AO ÁCIDO ACETILSALICÍLICO OU A OUTROS FÁRMACOS ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDIAIS; ÚLCERA PÉPTICA EM FASE ATIVA, ULCERAÇÕES RECORRENTES OU COM HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL; DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO GRAVES; DISFUNÇÃO RENAL GRAVE; DISFUNÇÃO HEPÁTICA; AS FORMULAÇÕES DE NISULID® (NIMESULIDA) COMPRIMIDOS E GRANULADOS 100 MG NÃO DEVEM SER UTILIZADAS POR CRIANÇAS MENORES DE 12 ANOS. AS FORMULAÇÕES DE NISULID® (NIMESULIDA) SUSPENSÃO ORAL, SUPOSITÓRIOS 100 MG E 50 MG E GOTAS NÃO DEVEM SER UTILIZADAS POR CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS. PACIENTES TRATADOS COM ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDIAIS DURANTE LONGO PERÍODO DE TEMPO DEVEM FICAR SOB SUPERVISÃO MÉDICA REGULAR PARA MONITORAMENTO DOS EFEITOS ADVERSOS. PACIENTES QUE APRESENTARAM SINTOMAS COMPATÍVEIS COM DANO HEPÁTICO DURANTE O TRATAMENTO COM NIMESULIDA (POR EXEMPLO ANOREXIA, NÁUSEA, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, FADIGA, URINA ESCURA OU ICTERÍCIA) DEVEM SER CUIDADOSAMENTE MONITORADOS. PACIENTES QUE APRESENTARAM TESTES DE FUNÇÃO HEPÁTICA ANORMAIS DEVEM DESCONTINUAR O TRATAMENTO. ESTES PACIENTES NÃO DEVEM REINICIAR O TRATAMENTO COM A NIMESULIDA. COMO COM OUTROS AINES, SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL OU ULCERAÇÃO/PERFURAÇÃO PODEM OCORRER A QUALQUER TEMPO DURANTE O TRATAMENTO COM OU SEM SINTOMAS DE ADVERTÊNCIA OU HISTÓRIA PRÉVIA DE EVENTOS GASTROINTESTINAIS. EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL OU CARDÍACA, CUIDADO É REQUERIDO POIS O USO DE AINES PODE RESULTAR EM DETERIORAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL. A AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL DEVE SER FEITA ANTES DO INÍCIO DA TERAPIA E DEPOIS REGULARMENTE. NO CASO DE DETERIORAÇÃO, O TRATAMENTO DEVE SER DESCONTINUADO. O USO PROLONGADO DE AINES EM IDOSOS NÃO É RECOMENDADO. SÓ FEBRE, ISOLADAMENTE, NÃO É INDICAÇÃO PARA USO DE NISULID®. A NIMESULIDA DEVE SER USADA COM ATENÇÃO EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE ULCERAÇÃO PÉPTICA OU INFLAMAÇÕES INTESTINAIS. OS AINES DEVEM SER USADOS COM CUIDADO EM PACIENTES COM HEMORRAGIA INTRACRANIANA E ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO, EXEMPLO, HEMOFILIA E PREDISPOSIÇÃO A SANGRAMENTO. O USO CONCOMITANTE DE OUTROS ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDIAIS DURANTE A TERAPIA COM NIMESULIDA NÃO É RECOMENDADO. DEVE SER USADA COM CUIDADO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTENSÃO, PREJUÍZO DA FUNÇÃO RENAL OU DEPLEÇÃO DO VOLUME EXTRACELULAR, QUE SÃO ALTAMENTE SUSCETÍVEIS A UMA REDUÇÃO NO FLUXO SANGÜÍNEO RENAL. DEVE SER ADMINISTRADO COM CUIDADO A PACIENTES COM PREJUÍZO DA FUNÇÃO HEPÁTICA OU RENAL. EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE PERTURBAÇÕES OCULARES DEVIDO A OUTROS AINES, O TRATAMENTO DEVE SER SUSPENSO E REALIZADO EXAMES OFTALMOLÓGICOS CASO OCORRAM DISTÚRBIOS VISUAIS DURANTE O USO DA NIMESULIDA. PACIENTES COM ASMA TOLERAM BEM A NIMESULIDA, MAS A POSSIBILIDADE DE PRECIPITAÇÃO DE BRONCOESPASMO NÃO PODE SER INTEIRAMENTE EXCLUÍDA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A nimesulida pode antagonizar os efeitos dos diuréticos e em particular bloquear o aumento da atividade da renina plasmática induzida pela furosemida. A administração concomitante de nimesulida com anticoagulantes (varfarina) ou ácido acetilsalicílico pode causar efeitos aditivos. Da mesma forma a administração com outros AINES pode levar a um aumento dos efeitos adversos gastrointestinais. A administração concomitante de nimesulida com salicilatos ou talbutamida pode afetar os níveis séricos da nimesulida e portanto sua resposta terapêutica. Os medicamentos AINES tem sido reportados por reduzir o clearance do lítio, resultando em níveis plasmáticos elevados e toxicidade ao lítio. Deve-se ter cuidado com pacientes que apresentem anormalidades hepáticas, particularmente se houver intenção de administrar nimesulida em combinação com outras drogas potencialmente hepatotóxicas. A nimesulida tem um alto nível de ligação às proteínas plasmáticas e pode ser deslocada de seus sítios de ligação pela administração concomitante de outras drogas, tais como fenofibrato, ácido salicílico, ácido valproico e tolbutamida. Além disso, a nimesulida também pode deslocar outras drogas, como o ácido acetilsalicílico e metotrexato, das proteínas plasmáticas. No entanto, não há evidência até o momento de que estas interações tenham significância clínica. Pode haver potencialização da ação da fenitoína. Embora não tenham sido relatados especificamente com a nimesulida, foram documentadas interações entre antiinflamatórios não-esteroidais e lítio, metotrexato, probenecida e nimesulida. Portanto, recomenda-se cuidado na administração concomitante de nimesulida com qualquer uma destas drogas, devido ao aumento do risco de hemorragias gastrointestinais. **REAÇÕES ADVERSAS:** "RASH", URTICÁRIA, PRURIDO, ERITEMA E ANGIOEDEMA. NÁUSEA, DOR GÁSTRICA, DOR ABDOMINAL, DIARRÉIA, CONSTIPAÇÃO E ESTOMATITE. **ALTERAÇÕES DOS PARÂMETROS HEPÁTICOS, GERALMENTE TRANSITÓRIAS E REVERSÍVEIS.** SONOLÊNCIA, CEFALÉIA, TONTURAS E VERTIGENS. **POSOLOGIA:** ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DE 12 ANOS. Comprimidos: 50 - 100 mg (1/2 a 1 comprimido) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. Comprimidos dispersíveis: 100 mg (1 comprimido) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. Dissolver o comprimido em 1/2 copo de água (100 ml), agitar com auxílio de uma colher e ingerir após a dissolução. Caso necessário, colocar mais um pouco de água no copo, mexer com a colher e tomar em seguida, para melhor aproveitar o comprimido. Se preferir o comprimido poderá ser deglutido inteiro, sem dissolução prévia. Granulados: 50 a 100 mg (1/2 a 1 envelope dissolvido em um pouco de água ou suco) duas vezes ao dia, podendo alcançar até 200 mg duas vezes ao dia. **CRIANÇAS ACIMA DE 3 ANOS.** Recomenda-se que NISULID® (nimesulida), assim como para todos os AINES, seja utilizado com a menor dose efetiva possível e com o menor tempo possível de duração do tratamento. Gotas: crianças acima de 3 anos: administrar 1 gota por kg de peso, duas vezes ao dia, diretamente na boca da criança ou se preferir diluída em um pouco de água açucarada. Suspensão Oral: a posologia recomendada é de 5 mg/kg/dia - fracionada a critério médico em duas administrações ou conforme o esquema posológico a seguir: - Crianças de 3 anos de idade: 1/4 copo medido (= 2,5 ml) duas vezes ao dia. - Crianças de 4 a 7 anos de idade: 1/2 copo medido (= 5,0 ml) duas vezes ao dia. - Crianças de 8 a 10 anos de idade: 3/4 copo medido (= 7,5 ml) duas vezes ao dia. Supositórios: - Crianças de 3 a 7 anos: 1 supositório de 50 mg, duas vezes ao dia. - Crianças de 8 a 10 anos: 1 supositório de 50 mg, três vezes ao dia. - Crianças de 11 a 12 anos: 1 supositório de 100 mg, duas vezes ao dia. **SUPERDOSAGEM:** Tratamento sintomático (lavagem gástrica, investigação e restauração do balanço hidroeletrólítico). **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS - 1.0573.0301. "A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO"

CPD 21216/00

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: VERTIZINE D. mesilato de diidroergocristina. dicloridrato de flunarizina. **Indicações:** Distúrbios do equilíbrio. Profilaxia e tratamento de distúrbios circulatórios cerebrais. No tratamento de sintomas como: alterações de memória, confusão mental, distúrbios do sono, dificuldade de concentração. Aterosclerose cerebral, sequelas funcionais pós-traumas craneoencefálicas. Profilaxia e tratamento de distúrbios circulatórios a nível periférico - claudicação intermitente, deficiência circulatória de extremidades, doença de Raynaud, tromboangeíte obliterante, angiopatia diabética. **Contra-indicações:** HIPERSENSIBILIDADE A QUAISQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. HIPERSENSIBILIDADE AO DICLORIDRATO DE FLUNARIZINA OU CINARIZINA. FASE AGUDA DE UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E DURANTE O PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO. PACIENTES PORTADORES DE CARDIOPATIAS DESCOMPENSADAS, DOENÇAS INFECCIOSAS GRAVES E DEPRESSÕES SEVERAS, NÃO É RECOMENDADA A ADMINISTRAÇÃO DESTA MEDICAMENTO. **CONTRA-INDICADO NOS CASOS DE PSICOSES AGUDAS OU CRÔNICAS.** **Precauções:** INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA: COMO O MEDICAMENTO É EXTENSIVAMENTE METABOLIZADO PELO FÍGADO, AJUSTE DA DOSE SERÁ NECESSÁRIA. PACIENTES IDOSOS ESTÃO MAIS PREDISPOSTOS A DESENVOLVER EFEITOS COLATERAIS EXTRAPIRAMIDIAIS EM TRATAMENTOS PROLONGADOS. TRATAMENTO COM DICLORIDRATO DE FLUNARIZINA PODE INDUZIR DEPRESSÃO COM IDEIAÇÃO SUICIDA. O USO CONCOMITANTE COM ÁLCOOL OU DEPRESSORES DO SISTEMA NERVOSO DEVE SER EVITADO. O USO DURANTE A GRAVIDEZ DEVE SER EVITADO. O USO DURANTE A AMAMENTAÇÃO É DESACONSELHADO. **Interações medicamentosas:** Amiodarona: essa combinação pode tornar o ritmo sinusal mais lento e piorar bloqueios atrioventriculares; Beta-bloqueadores: essa associação pode causar hipotensão, bradicardia e piorar a performance cardíaca; Carbamazepina: o dicloridrato de flunarizina aumenta a concentração sérica e facilita a intoxicação pela carbamazepina; Fentanil: essa associação pode causar hipotensão grave; Antiinflamatórios não hormonais: a associação aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal; Anticoagulantes orais: a associação aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal; Rifampicina: diminui a concentração sérica da flunarizina; Saquinavir, indinavir, efavirenz e nelfinavir: a associação de anti-retrovirais e mesilato de diidroergocristina pode ocasionar ergotismo pois aumenta a concentração sérica do alcaloide do ergot. A associação com flunarizina diminui o metabolismo desta, aumentando sua concentração sérica e facilitando a ocorrência de intoxicação; Naratriptano, zolmitriptano e rizatriptano: co-administração de triptanos e alcalóides do ergot pode resultar em prolongamento das reações vasoespásticas; Dopamina: a administração concomitante das duas drogas pode ocasionar isquemia periférica e gangrena; Álcool e depressores do SNC: a associação pode potencializar os efeitos do álcool e dos depressores do sistema nervoso central. **Reações adversas:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL: SEDAÇÃO LEVE. CEFALÉIA, INSÔNIA, ASTENIA, DEPRESSÃO, IRRITABILIDADE, BAIXA CONCENTRAÇÃO E SENSAÇÃO DE CABEÇA LEVE PODEM OCORRER. OS EFEITOS EXTRAPIRAMIDIAIS INCLUEM PARKINSONISMO, ACATISIA, DISCINESIA OROFACIAL, TÓRCICOLO AGUDO E TREMOR FACIAL. **EFEITOS HEMATOLÓGICOS:** PODE CAUSAR PORFÍRIA E TROMBOFIBINITE. **EFEITOS GASTROINTESTINAIS:** MENOS DE 1% DOS PACIENTES TRATADOS COM FLUNARIZINA PODEM APRESENTAR NÁUSEAS, EPIGASTRALGIA E BOCA SECA. **Posologia:** A critério do médico assistente, um comprimido ao dia. Conduta na superdosagem: O paciente com suspeita de superdosagem por antagonistas dos canais de cálcio tem que ser hospitalizado e monitorizado, com suporte básico de manutenção da vida. O tratamento clínico é sintomático e de suporte. Até 1 hora da ingestão de grande quantidade de comprimidos, a lavagem gástrica pode ser considerada. O carvão ativado pode ser usado, na dose de 25 a 100 g no adulto, 25 a 50 g na criança de 1 a 12 anos e 1 g/kg nas crianças com menos de 1 ano. MS - 1.0573.0088. - **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO"

CPD 27105/01