

Rinoplastia Moderna: integração entre preservação anatômica, suporte estrutural e função respiratória - revisão narrativa**Modern Rhinoplasty: integrating anatomic preservation, structural support, and respiratory function - a narrative review****Rinoplastia Moderna: integración de preservación anatómica, soporte estructural y función respiratoria - revisión narrativa**

DOI: 10.5281/zenodo.23784517

Recebido: 28 out 2026

Aprovado: 29 out 2026

Edwardo Arcanjo Silva

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA),
Facultad de Medicina.

Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4700-6387>E-mail: edwardoarcanjo@gmail.com**Cláudio Borges Alves**

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Escola Superior de Ciências da Saúde
(ESCS), Universidade do Distrito Federal (UnDF).

Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.

E-mail: claudioborgesalves@gmail.com**Lucas Homan Sousa do Nascimento**

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA),
Facultad de Medicina.

Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1415-1182>E-mail: lucashoman123@gmail.com**RESUMO**

Introdução: A rinoplastia contemporânea procura equilibrar refinamento estético, estabilidade biomecânica e manutenção ou melhora da via aérea nasal. A oposição entre técnicas estruturais e de preservação tornou-se insuficiente para representar a complexidade do planejamento individualizado. **Objetivo:** Discutir bases anatômicas, avaliação pré-operatória, seleção das técnicas e segurança da rinoplastia moderna. **Método:** Revisão narrativa crítica de diretriz clínica e revisões disponíveis na literatura indexada até outubro de 2026; não foi realizado protocolo de revisão sistemática ou metanálise original. **Desenvolvimento:** São examinadas a anatomia das válvulas nasais, as abordagens aberta e fechada, o tratamento do dorso, a rinoplastia de preservação, os enxertos de suporte, a cirurgia da ponta, a correção septal e as particularidades de rinoplastias secundárias. Também são discutidos medidas de resultado relatadas pelos pacientes, eventos adversos e acompanhamento longitudinal. **Resultados da síntese:** A literatura favorece decisões anatomicamente orientadas, com preservação quando viável e reconstrução estrutural quando necessária. Revisões recentes apontam resultados favoráveis em ambas as estratégias, sem comprovação robusta de superioridade universal. **Conclusão:** A escolha técnica deve depender da deformidade, da função

respiratória, da qualidade tecidual e de expectativas realistas, com seguimento mínimo suficiente para avaliar a maturação cicatricial.

Palavras-chave: Rinoplastia. Preservação anatômica. Obstrução nasal. Enxertos cartilagosos. Cirurgia estética.

ABSTRACT

Introduction: Contemporary rhinoplasty seeks to balance aesthetic refinement, biomechanical stability, and maintenance or improvement of nasal airflow. A rigid opposition between structural and preservation techniques cannot reflect the complexity of individualized planning. **Objective:** To discuss anatomical foundations, preoperative assessment, technique selection, and safety in modern rhinoplasty. **Methods:** Critical narrative review of clinical guidelines and indexed literature available through October 2026; no original systematic review or meta-analysis was performed. **Discussion:** Nasal valve anatomy, open and endonasal approaches, dorsal surgery, preservation techniques, structural grafts, tip refinement, septal correction, and revision surgery are examined. Patient-reported outcomes, adverse events, and longitudinal follow-up are also considered. **Synthesis:** Current evidence supports anatomy-guided decisions, favoring preservation when feasible and structural reconstruction when required. Recent systematic reviews describe satisfactory results with both strategies but do not establish universal superiority for either one. **Conclusion:** Technique selection should be driven by deformity characteristics, respiratory function, tissue quality, and realistic expectations, with follow-up long enough to capture scar maturation and stable functional outcomes.

Keywords: Rhinoplasty. Anatomic preservation. Nasal obstruction. Cartilage grafts. Aesthetic surgery.

RESUMEN

Introducción: La rinoplastia contemporánea busca equilibrar el refinamiento estético, la estabilidad biomecánica y la preservación o mejoría de la vía aérea nasal. Una oposición rígida entre técnicas estructurales y de preservación no describe adecuadamente la planificación individualizada. **Objetivo:** Analizar fundamentos anatómicos, evaluación preoperatoria, selección técnica y seguridad en rinoplastia moderna. **Método:** Revisión narrativa crítica de guías clínicas y literatura indexada disponible hasta octubre de 2026; no se realizó una revisión sistemática ni metaanálisis original. **Desarrollo:** Se examinan la anatomía valvular, los abordajes abierto y cerrado, el tratamiento del dorso, la preservación, los injertos de soporte, la cirugía de la punta, la corrección septal y las operaciones secundarias. Se incluyen medidas informadas por pacientes, complicaciones y seguimiento. **Síntesis:** La evidencia apoya decisiones guiadas por la anatomía, con preservación cuando sea factible y reconstrucción estructural cuando sea necesaria. Las revisiones recientes muestran resultados satisfactorios en ambos enfoques sin demostrar superioridad universal. **Conclusión:** La selección debe considerar deformidad, función respiratoria, características tisulares y expectativas realistas, con seguimiento suficiente para valorar resultados estables.

Palabras clave: Rinoplastia. Preservación anatómica. Obstrucción nasal. Injertos cartilagosos. Cirugía estética.

1. INTRODUÇÃO

A rinoplastia é uma operação sobre uma estrutura tridimensional em que pele, tecidos moles, cartilagens, ossos, septo e mucosa exercem funções interdependentes. Uma mudança aparentemente restrita ao contorno dorsal pode alterar a geometria da válvula nasal interna; a diminuição da ponta pode reduzir sua projeção e modificar a distribuição de forças na asa nasal. Por isso, o conceito contemporâneo de resultado não se resume à fotografia frontal: compreende permeabilidade respiratória, coerência facial, cicatrização e satisfação do paciente (ISHII et al., 2017).

A evolução histórica alternou ressecções agressivas, reconstrução estrutural com enxertos e estratégias de preservação. Atualmente, esses modelos devem ser entendidos como possibilidades complementares. A preferência apriorística por uma técnica pode produzir decisões inadequadas em narizes desviados, com insuficiência valvar, sequelas traumáticas ou perda de cartilagem após operações prévias. A preservação de tecido saudável é um princípio útil, mas não substitui a correção de estruturas insuficientes; de modo inverso, enxertos devem responder a uma necessidade definida e não constituir uma intervenção automática (DESISTO et al., 2023; CORNELLY et al., 2026).

O objetivo deste artigo é reunir fundamentos clínico-cirúrgicos para selecionar intervenções estéticas e funcionais de acordo com anatomia, queixa, risco e qualidade da evidência, com destaque à prevenção de obstrução iatrogênica e ao manejo das principais complicações.

2. MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa crítica, construída com consulta dirigida a diretrizes de sociedades profissionais, artigos de revisão e revisões sistemáticas sobre rinoplastia publicados ou disponíveis até outubro de 2026. As fontes centrais incluem a diretriz da American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery, revisões sobre preservação e estudos comparativos. A seleção privilegiou relevância anatômica, aplicabilidade clínica, segurança perioperatória e descrição das limitações metodológicas. Não houve estratégia exaustiva de buscas, dupla seleção de estudos, avaliação formal de viés ou síntese estatística original. Assim, os quadros apresentados são ferramentas didáticas de síntese, e não algoritmos validados prospectivamente.

3. ANATOMIA E BIOMECÂNICA NASAL

3.1 *Pirâmide osteocartilaginosa e envelope de tecidos moles*

O terço superior é sustentado predominantemente pelos ossos nasais; o terço médio envolve cartilagens laterais superiores e septo dorsal; o terço inferior reúne cartilagens alares, tecido fibroadiposo e ligamentos de suporte. A pele dorsal fina evidencia irregularidades mínimas, enquanto a pele espessa da ponta pode mascarar definição e demandar maior estabilidade estrutural. Cicatrizes prévias mudam planos de dissecação e vascularização; não se pode transpor diretamente o planejamento de um nariz primário para um secundário.

O chamado suporte em L do septo, constituído por segmentos dorsal e caudal preservados, tem papel importante na sustentação do dorso e da ponta. Intervenções septais sem planejamento podem causar

colapso, desvio residual ou deformidade em sela. A análise dinâmica permite reconhecer que a via aérea não é um tubo rígido: pressões negativas inspiratórias provocam deslocamento das paredes laterais quando as estruturas cartilaginosas são frágeis.

3.2 Válvulas nasais e repercussão funcional

A válvula interna envolve a transição entre septo, cartilagem lateral superior, cabeça do corneto inferior e tecidos adjacentes; a válvula externa inclui narinas, columela, borda alar e parede lateral distal. Estreitamento anatômico, fraqueza das cruras laterais ou desvio septal podem coexistir. A queixa de obstrução deve ser correlacionada à inspeção estática, à observação da inspiração, ao exame intranasal e, quando indicado, à endoscopia, sem presumir que a correção estética isolada resolverá sintomas respiratórios (ISHII et al., 2017).

4. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA E SELEÇÃO DE PACIENTES

4.1 Anamnese, exame e fotografia padronizada

É necessário registrar a principal motivação do paciente, o grau de desconforto estético, a presença de obstrução unilateral ou bilateral, trauma, rinossinusite, rinite, uso crônico de descongestionantes, cirurgias prévias e alterações de olfato. O exame físico observa simetria facial, projeção e rotação da ponta, largura e altura dorsais, base alar, qualidade da pele, relação columela-lábio e dinâmica das narinas. Fotografias padronizadas nas vistas frontal, perfil, oblíquas, basal e sorriso documentam condições prévias; simulações digitais são instrumentos de comunicação e não garantias de resultado.

Expectativas irreais, transtorno dismórfico corporal suspeito, transtornos hemorrágicos e apneia obstrutiva do sono exigem avaliação proporcional ao risco. A diretriz clínica recomenda discutir resultados alcançáveis, investigar comorbidades relevantes e avaliar a via aérea antes da operação (ISHII et al., 2017). Nem toda assimetria facial poderá ser corrigida por cirurgia nasal, e a busca por medidas angulares universais ignora diversidade anatômica, étnica e preferências individuais.

4.2 Instrumentos de medida de resultados

A escala NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation) mensura percepção de obstrução; instrumentos como ROE (Rhinoplasty Outcome Evaluation) e SCHNOS (Standardized Cosmesis and Health Nasal Outcomes Survey) capturam dimensões estéticas e funcionais. Seu uso pré e pós-operatório permite avaliar a mudança do ponto de vista do paciente, mas não substitui exame físico nem garante

causalidade. A comparação deve respeitar contexto cultural, versão linguística validada e tempo de seguimento.

Quadro 1. Domínios que devem integrar a consulta pré-operatória

Domínio	Perguntas essenciais	Implicação para o plano
Função	Obstrução, sintomas dinâmicos, rinite, desvio, apneia	Mapear septo, válvulas e mucosa
Morfologia	Dorso, ponta, base, pele, simetria	Escolher preservação, suporte ou combinação
Histórico	Trauma, cirurgias, cicatrizes, preenchimentos	Reavaliar disponibilidade de enxertos e vascularização
Expectativa	Mudanças desejadas, referência fotográfica, motivação	Definir limites anatômicos e consentimento
Segurança	Medicamentos, tabagismo, hemostasia, comorbidades	Otimização e planejamento anestésico

Fonte: elaboração dos autores com base na literatura discutida.

5. ESTRATÉGIAS CIRÚRGICAS CONTEMPORÂNEAS

5.1 Abordagens aberta e endonasal

A via aberta utiliza incisão transcolumelar conectada a incisões marginais, favorecendo exposição ampla, diagnóstico de assimetrias e colocação de enxertos complexos. Sua desvantagem potencial inclui edema prolongado, cicatriz externa e maior manipulação tecidual. A via endonasal evita incisão columelar e pode preservar planos em casos selecionados, mas apresenta limitações de visibilidade em reconstruções complexas. Não existe equivalência automática entre via fechada e técnica conservadora: preservação e reconstrução estrutural podem ocorrer em ambas as vias.

5.2 Rinoplastia estrutural e reconstrução do dorso

A rinoplastia estrutural enfatiza suporte estável do dorso, da ponta e das válvulas. A redução da giba por ressecção osteocartilaginosa deve ser acompanhada de avaliação do teto aberto e da transição entre terço ósseo e médio, com osteotomias quando indicadas. Enxertos expansores (spreader grafts) ou retalhos expansores (spreader flaps) podem reconstituir o terço médio e favorecer a válvula interna em casos selecionados. O objetivo não é acrescentar cartilagem indiscriminadamente, mas restabelecer dimensões e resistências adequadas.

Enxertos septais são preferíveis quando disponíveis e suficientes; cartilagem auricular pode atender a contornos específicos; enxertos costais ampliam opções reconstrutivas, porém implicam morbidade de área doadora e possibilidade de deformação do enxerto. A seleção depende da força, curvatura, volume

necessário e história cirúrgica. Fixação inadequada ou bordas mal ajustadas podem provocar irregularidade palpável, assimetria e obstrução persistente.

5.3 Rinoplastia de preservação dorsal

Preservar o teto osteocartilaginoso do dorso modifica o raciocínio da redução clássica: em técnicas como push-down e let-down busca-se abaixar o conjunto dorsal com tratamento da base óssea e/ou septal, evitando a abertura do teto. A escolha depende da altura da giba, do traçado dorsal, da largura, da estabilidade septal e de eventual assimetria. O nariz com deformidade torcida importante, desarranjo traumático ou múltiplas operações pode demandar estratégias híbridas ou estruturais (DESISTO et al., 2023; CORNELLY et al., 2026).

A preservação não significa ausência de complicações. Pode ocorrer recidiva da convexidade dorsal, manutenção de desvio, mobilização insuficiente ou alterações valvares. Estudos disponíveis frequentemente incluem pacientes selecionados e seguimentos heterogêneos. Revisões sistemáticas recentes apontam resultados funcionais e estéticos favoráveis, mas alertam que a comparação com a cirurgia estrutural permanece condicionada à qualidade metodológica e à seleção de casos (DESISTO et al., 2023; ZADEH et al., 2026).

5.4 Ponta nasal: suturas, suporte e dinâmica

Refinar a ponta requer distinguir excesso de volume aparente, divergência das cruras, projeção insuficiente e rotação inadequada. Suturas interdomais e transdomais podem modificar formato e definição; técnicas de tongue-in-groove, enxerto de extensão septal e enxerto columelar representam alternativas de estabilização. Ressecção cefálica excessiva das cruras laterais pode produzir pinçamento, retração alar ou colapso inspiratório. Em pele espessa, manobras agressivas não garantem contorno nítido e podem agravar cicatrização e assimetria.

O vetor das suturas, a quantidade de cartilagem preservada e o efeito final sobre o ângulo nasolabial devem ser avaliados conjuntamente. A rotação ideal não é um número absoluto: depende de sexo, características faciais, preferência individual e função. A simetria completa entre lados pode não ser viável em presença de assimetrias esqueléticas de base.

5.5 Septoplastia e tratamento do componente funcional

O desvio septal, a hipertrofia compensatória dos cornetos e a insuficiência valvar precisam ser discriminados. A septoplastia exige preservação dos suportes dorsal e caudal; desvios anteriores complexos

podem necessitar reconstrução mais extensa. Turbinoplastia, técnicas de suporte da parede lateral e manejo clínico da rinite podem ser complementares quando indicados. Nenhuma operação mecânica corrige isoladamente uma causa inflamatória ativa de obstrução.

5.6 Osteotomias piezoelétricas e resultados de curto prazo

A osteotomia com instrumentos piezoelétricos busca maior seletividade sobre tecido mineralizado durante remodelação óssea. Sua avaliação deve considerar edema, equimose, dor, lesão mucosa, tempo operatório e custo, em vez de presumir superioridade estética de longo prazo. Metanálise de ensaios randomizados publicada em 2026 relatou redução de determinados desfechos inflamatórios precoces em vários momentos da primeira semana e menor lesão mucosa, com diferenças heterogêneas conforme o dia da avaliação (ARMANFAR; RASTI ARDAKANI; VAHIDIATAABADI, 2026).

Esses achados não demonstram automaticamente maior satisfação permanente ou menor risco de revisão. A instrumentação, a dissecação necessária para visualização e a curva de aprendizado podem modificar o balanço entre vantagens e morbidade. Assim, a osteotomia piezoelétrica representa recurso técnico para indicações adequadas, sem substituir planejamento do teto nasal, manejo septal e análise das válvulas.

Quadro 2. Comparação crítica de estratégias rinoplásticas

Estratégia	Potencial benefício	Limitações e riscos
Preservação dorsal	Conservação do teto osteocartilaginoso em anatomia favorável	Recidiva da giba, desvio residual e curva de aprendizado
Redução estrutural	Controle direto da giba e reconstrução do terço médio	Teto aberto e necessidade de suporte complementar
Enxertos de suporte	Estabilidade de ponta e válvulas quando insuficientes	Palpabilidade, deformação e morbidade doadora
Abordagem aberta	Exposição de estruturas complexas	Edema, cicatriz transcolumelar, dissecação
Abordagem endonasal	Acesso com menor cicatriz externa	Visualização limitada em casos complexos

Fonte: elaboração dos autores com base na literatura discutida.

6. CIRURGIA DE REVISÃO, NARIZES COMPLEXOS E PERSONALIZAÇÃO

Na rinoplastia secundária, o problema frequentemente resulta de uma combinação de perda de suporte, fibrose, deformação cicatricial e expectativas desajustadas. O exame deve reconhecer o que foi retirado, o que permanece funcional e quais alterações exigem enxertos. A revisão não deve ser planejada apenas pelo aspecto fotográfico, pois um dorso aparentemente irregular pode coexistir com deficiência importante da válvula interna. É necessário considerar períodos prolongados de maturação tecidual antes de reintervir, excetuadas complicações funcionais ou infecciosas que reclamem manejo antecipado.

A diversidade de tipos de pele, projeção nasal, relação com o terço médio da face e particularidades culturais reforça a necessidade de planejamento não padronizado. A chamada rinoplastia étnica não deve ser compreendida como imposição de modelo externo, mas como negociação cuidadosa entre preservação de características identitárias e objetivos expressos pelo paciente. A função continua central, independentemente do padrão estético desejado.

7. SEGURANÇA PERIOPERATÓRIA E COMPLICAÇÕES

7.1 Hemorragia, infecção e alterações de cicatrização

Sangramento significativo, hematoma septal, epistaxe e infecção requerem reconhecimento imediato. O hematoma septal é particularmente relevante pelo risco de dano cartilaginoso e deformidade tardia: deve ser avaliado e drenado oportunamente por equipe habilitada. Assimetria transitória e edema são frequentes no período inicial, mas aumento progressivo da dor, febre, flutuação, secreção purulenta ou obstrução súbita não devem ser atribuídos simplesmente à evolução normal.

A diretriz AAO-HNS não recomenda antibioticoterapia prolongada rotineiramente além de 24 horas quando se opta por profilaxia perioperatória, nem tamponamento nasal de rotina; situações específicas podem justificar condutas individualizadas (ISHII et al., 2017). O uso de corticosteroides perioperatórios é facultativo, orientado por balanço entre benefício transitório e riscos do paciente. A decisão deve considerar extensão cirúrgica e contraindicações, não protocolos estéticos universais.

7.2 Obstrução tardia, alterações de contorno e insatisfação

Complicações tardias incluem insuficiência da válvula interna ou externa, retração alar, deformidade em V invertido, irregularidades dorsais, desvio residual, ptose de ponta e deformidades relacionadas a enxertos. Quando a queixa principal é funcional, uma reavaliação ordenada de septo, cornetos, mucosa e paredes laterais é preferível a programar nova rinoplastia exclusivamente estética. Tratamento de rinite coexistente e medidas conservadoras podem resolver parte dos sintomas sem reintervenção.

Quadro 3. Vigilância e conduta inicial diante de eventos adversos

Achado	Avaliação prioritária	Princípio de manejo
Dor intensa e abaulamento septal	Hematoma/abscesso septal	Avaliação urgente e drenagem quando confirmada
Obstrução persistente	Septo, válvulas, cornetos, inflamação	Identificar componente mecânico e mucoso
Irregularidade leve precoce	Edema e maturação cicatricial	Documentar e reavaliar antes de revisão eletiva

Achado	Avaliação prioritária	Princípio de manejo
Febre ou secreção purulenta	Infecção da ferida/enxerto	Exame presencial, controle de foco e antimicrobianos indicados
Retração alar ou V invertido	Perda de suporte cartilaginoso	Planejar reconstrução somente após avaliação estrutural

Fonte: elaboração dos autores com base na literatura discutida.

8. DESFECHOS, SEGUIMENTO E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

A avaliação estética muito precoce pode superestimar complicações transitórias ou esconder retrações tardias. Fotografias seriadas e medidas de resultados relatados pelo paciente devem ser integradas à avaliação respiratória. A diretriz AAO-HNS orienta documentar satisfação com aparência e função pelo menos 12 meses após a operação (ISHII et al., 2017); em pele espessa ou rinoplastias secundárias, a evolução cicatricial pode demandar observação adicional.

A literatura comparativa da rinoplastia de preservação apresenta limitações importantes: denominações técnicas heterogêneas, baixa quantidade de ensaios robustos, amostras pequenas, variação dos desfechos e seguimento insuficiente para deformidades tardias. A revisão sistemática de DeSisto et al. (2023) destaca a escassez de comparações de alto nível; trabalhos posteriores ampliam o conjunto de resultados, sem eliminar totalmente o confundimento por seleção e experiência cirúrgica. A indicação de uma técnica não deve ser sustentada apenas por taxas de satisfação não ajustadas.

9. DISCUSSÃO: UMA ESTRATÉGIA ANATOMICAMENTE ORIENTADA

A principal decisão clínica não se resume a escolher “preservação” ou “estrutura”. O cirurgião deve formular um diagnóstico que discrimine deformidade estética, comprometimento funcional, deficiência de suporte e limitação do envelope cutâneo. A partir desse diagnóstico, selecionam-se manobras de menor agressão suficiente para alcançar estabilidade. Em alguns pacientes, a preservação dorsal convive com enxertos valvares; em outros, uma deformidade complexa demanda reconstrução ampla.

Um processo assistencial robusto inclui consentimento específico sobre obstrução, assimetria e necessidade de revisão; fotografias padronizadas; documentação das técnicas utilizadas; e retorno para avaliação de longo prazo. Estudos futuros devem registrar indicação, morfologia inicial, experiência do operador, instrumentos validados e intervalo de seguimento, permitindo distinguir efetividade de preferência técnica. Nenhuma modalidade substitui formação anatômica, revisão crítica da literatura e comunicação honesta com o paciente.

10. CONCLUSÃO

A rinoplastia moderna é melhor compreendida como procedimento estético-funcional que exige integração entre anatomia, biomecânica e expectativas. As técnicas de preservação oferecem vantagens potenciais em anatomias favoráveis, enquanto enxertos e reconstrução estrutural são indispensáveis diante de suporte deficiente ou deformidade complexa. A literatura disponível não demonstra superioridade universal de uma estratégia; segurança, permeabilidade nasal, estabilidade e seguimento prolongado devem orientar o resultado final.

REFERÊNCIAS

ARMANFAR, S.; RASTI ARDAKANI, M.; VAHIDIATAABADI, M. Piezoelectric Versus Conventional Rhinoplasty: A GRADE-Assessed Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Aesthetic Surgery Journal*, v. 46, n. 8, p. 891–906, 2026. DOI: 10.1093/asj/sjab082.

KEYHAN, S. O. et al. Spreader Graft vs Spreader Flap in Rhinoplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis of Aesthetic and Functional Outcomes. *Aesthetic Surgery Journal*, v. 42, n. 6, p. 590–602, 2022. DOI: 10.1093/asj/sjab409.

CORNELY, R. M. et al. Preservation Rhinoplasty in Contemporary Practice: Integrating Structural and Tissue-Sparing Techniques Along a Surgical Continuum. *Annals of Plastic Surgery*, v. 97, supl. 3, p. S196–S202, 2026. DOI: 10.1097/SAP.0000000000004451.

DESISTO, N. G.; OKLAND, T. S.; PATEL, P. N.; MOST, S. P. State of the Evidence for Preservation Rhinoplasty: A Systematic Review. *Facial Plastic Surgery*, v. 39, n. 4, p. 333–361, 2023. DOI: 10.1055/s-0043-1768654.

ISHII, L. E. et al. Clinical Practice Guideline: Improving Nasal Form and Function after Rhinoplasty. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 156, supl. 2, p. S1–S30, 2017. DOI: 10.1177/0194599816683153.

ZADEH, A. Z. et al. Preservation rhinoplasty versus conventional structural reduction: a systematic review of aesthetic, functional, and patient-reported outcomes. *Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 30, 2026. DOI: 10.1007/s10006-026-01565-1.

MERETSKY, C. R. et al. Advantages and Disadvantages of Reconstructive and Preservation Rhinoplasty: Surgical Techniques, Outcomes, and Future Directions. *Cureus*, v. 16, n. 9, e69002, 2024. DOI: 10.7759/cureus.69002.

SHAPING THE FUTURE OF NASAL SURGERY: A Systematic Review of Preservation Rhinoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 50, n. 13, p. 4962–4978, 2026. DOI: 10.1007/s00266-026-05853-9.