



AVALIAÇÃO DO USO DE SPLINT NASAL NA TURBINECTOMIA

EVALUATION OF NASAL SPLINT IN TURBINECTOMY

José A. Patrocínio – Professor Titular e Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia e do Hospital Santa Geneveva de Uberlândia.

Cristina S. Yegros – Residente do Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Lucas G. Patrocínio – Aluno do Curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Lessandro P. Martins – Residente do Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Sônia Regina Coelho – Médica Otorrinolaringologista e Preceptora de Residentes do Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia e do Hospital Santa Geneveva.

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia e Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Geneveva de Uberlândia.

Endereço para correspondência: José Antônio Patrocínio – Hospital Santa Geneveva – Av. Vasconcelos Costa, 962 – Martins – CEP 38400-450 – Uberlândia / MG – Telefones: (034) 239-0196 / 235-3268 – Fax: (034) 235-0882 / 235-5475 – E-mail: hsg@nanet.com.br

ABSTRACT

Sixty-four nasal functional surgeries have been done to evaluate the nasal splint efficiency in preventing nasal synechia formation. We used the nasal splint in thirty-eight (59,4%) patients. The nasal splint rested for 10 days and these patients were evaluated with 10, 20, 30 e 60 days. Synechia was present in 23,7% patients with splint and in 23,1% without splint. We concluded that there is no difference between both procedures, regarding prevention of synechia.

Key words: nasal splint, synechia.

INTRODUÇÃO

Os splints intranasais têm sido usados para manter a estabilidade septal e prevenir adesões intranasais que podem acontecer a seguir da cirurgia de correção de desvio de septo nasal e/ou turbinectomia.

A turbinectomia parcial bilateral associada ou não à septoplastia, é hoje uma das cirurgias mais realizadas pelo Otorrinolaringologista para corrigir a obstrução nasal². Várias são as complicações referentes a este ato cirúrgico, como por exemplo: hemorragia, rinite atrófica, perfurações septais, hiposmia ou anosmia, sinéquia e infecções como sinusites¹. Destas, a sinéquia é uma complicação mais ou menos comum no pós-operatório de cirurgias funcionais do nariz¹².

Várias técnicas foram descritas com o intuito de evitá-las. Destas, a que mais tem se popularizado entre os Otorrinolaringologistas é o uso do splint nasal, por período variado de uma semana a um mês, podendo ser de

plástico, silicone ou filme de RX. Portanto, o objetivo desse estudo foi comprovar a eficácia da utilização do splint nasal na cirurgia funcional do nariz através de um estudo comparativo, em pacientes com rinite crônica hipertrófica com ou sem desvio de septo nasal.

REVISÃO DA LITERATURA

Dawes em 1987⁴, estudando retrospectivamente 90 pacientes que se submeteram a turbinectomia, detectou 20% de complicações, entre elas a sinéquia.

Odetoşinbo (1987)¹⁰ na Nigéria, concluiu que mesmo em regiões de clima seco, a turbinectomia está indicada e parece não deturpar a função do nariz.

Ophir e col. (1992)¹¹ demonstraram a efetividade da turbinectomia em 186 pacientes com melhora da respiração em 88%, com seguimento de 12,3 anos em média, sem complicações pós-operatórias.

Dessie e col. (1992)⁵, em 29 turbinectomias com se-

guimento de 2 anos, tiveram 1 caso com sinéquia como complicação.

Cook e col. (1992)³ utilizaram splints intranasais de silicone em 100 pacientes submetidos a cirurgia de septo nasal unicamente (50 casos) ou associada a turbinectomia (50 casos), concluindo que o splint promoveu um desconforto significativo no pós-operatório destes pacientes e não demonstrou benefício nenhum.

El-Silimy (1993)⁶ recomenda que o tamponamento nasal anterior pós-turbinectomia deva permanecer por 48 horas para evitar hemorragia pós-operatória imediata.

Ogura (1995)⁹ encontrou 15% de sinéquia em 34 pacientes operados de turbinectomia inferior bilateral, além de 12% de obstrução persistente, 15% de rinite atrófica e 9% de sensação nasal anormal.

Percodani e col. (1996)¹⁴ fizeram 38 turbinectomias inferiores bilaterais em crianças entre 9 e 16 anos, obtendo 1 caso de sinéquia não sintomática.

Grymer e col. (1996)⁷ fizeram rinometria acústica pré e pós-operatória em 45 pacientes submetidos a turbinectomia inferior bilateral, demonstrando 93% de melhora subjetiva. Não teve complicações.

MATERIAL

Foram operados de turbinectomia parcial bilateral 64 pacientes do Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia e do Hospital Santa Geneveva, no período de Julho de 1997 à Maio de 1998.

Estes pacientes foram examinados por um médico especialista do Serviço de Otorrinolaringologia, confirmando a obstrução nasal e indicando cirurgia após falha dos tratamentos clínicos possíveis.

Destes pacientes, 40 (62,5%) eram do sexo masculino e 24 (37,5%) do sexo feminino, com idade compreendida entre 13 e 55 anos (média de 27,7 anos).

Dos 64 pacientes operados, 48 portavam desvio de septo nasal que foi corrigido no mesmo tempo cirúrgico.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética de ambos os Serviços e obtido consentimento por escrito de todos os pacientes.

MÉTODO

Realizamos um total de 64 cirurgias, com 38 (59,4%) pacientes utilizando splint nasal e 26 (40,6%) sem splint nasal. Em 48 pacientes associamos septoplastia, e destes, 33 (68,7%) utilizaram splint nasal e 15 (31,3%) não.

A análise estatística dos dados foi feita no programa Epi Info Versão 5.00. Realizamos as comparações pelo método do χ^2 (Qui-quadrado) e, quando necessário, pelo Teste Exato de Fischer.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Os pacientes foram submetidos à cirurgia sob anestesia geral ou local. Todos receberam infiltração local ao longo das conchas nasais inferiores, com Bupivacaína 0,5% associada à Adrenalina 1:80.000, após colocação de algodão nas narinas embebido em Tetracaina 20% e Cloridato de Oximetazolina por 10 minutos.

No per-operatório empregou-se antibiótico (Cefalosporina 1g EV) e analgésico (Dipirona).

Após a assepsia e colocação dos campos cirúrgicos, fez-se a infiltração. Usando um fraturador de corneto, fraturou-se as conchas inferiores na direção cefálica. Com pinça hemostática, pinçou-se o excesso de corneto inferior, no sentido ântero-posterior, para fazer a remoção. Com a tesoura de Knight, avançou-se posteriormente retirando o excesso marcado pelo pinçamento. O espécie foi retirado com pinça de Hartmann. Refraturou-se as conchas inferiormente, retirando-se a cauda da concha inferior, com a pinça Takahashi num movimento no sentido ântero-posterior. O leito sangrante é cauterizado com o bisturi de alta frequência¹³.

A septoplastia, quando necessária, foi feita antes da turbinectomia, com incisão hemitransfixante columelar, descolamento submucopericondril do lado côncavo do desvio, seguido da remoção de 3 fitas de cartilagem septal de mais ou menos 2 mm de largura (uma perpendicularmente no ângulo máximo do desvio, outra perpendicularmente na junção da cartilagem quadrangular com a lâmina perpendicular do etmóide e uma terceira horizontal e inferiormente no assoalho do nariz) juntando as outras duas incisões. A incisão hemitransfixante foi suturada com 3 pontos separados de mononylon 4.0^{8,12}.

Após a septoplastia e a turbinectomia, colocou-se o splint nasal, feito de material plástico esterilizado, obtido de frasco de soro, e recortado no momento da cirurgia, de forma retangular, para recobrir toda a extensão do septo nasal, com tamanho de 6,0 cm de comprimento por 3,0 cm de largura, com arredondamento das bordas para evitar traumatismo da mucosa nasal. Pode ser feito um corte longitudinal e no meio, nos 2/3 posteriores do splint, para facilitar a introdução na fossa nasal. Coloca-se um splint em cada fossa nasal e fixa-se com um ponto transfixante envolvendo o septo e o splints, com mononylon 3.0. O tamponamento nasal é bilateral, feito de gaze embebida em pomada de Neomicina e Subgalato de Bismuto.

O paciente permaneceu no Hospital por no máximo 12 horas, fazendo uso de antibiótico e analgésicos. O tampão foi retirado no máximo com 24 horas.

Com 10 dias retirou-se o splint nasal, fazendo-se revisões com 20, 30 e 60 dias, com remoção de crostas e sinéquias, se presentes.

RESULTADOS

Dos 38 pacientes que utilizaram splint nasal, 76,3% (29) não apresentaram sinéquias no pós operatório e 23,7% (9) as apresentaram. Dos 26 pacientes que não utilizaram o splint nasal, 76,9% (20) não apresentaram sinéquias no pós-operatório e 23,1% (6) as apresentaram (Gráfico 1).

Dos 48 pacientes submetidos a septoplastia concomitantemente, 33 usaram splint nasal, e destes, 77,8% (25) não apresentaram sinéquias; dos 15 pacientes que não o usaram, 66,7% (10) não apresentaram sinéquias.

Não houve diferença estatística significativa ($p > 0,05$) entre o uso do splint nasal e a ocorrência de sinéquia no pós-operatório.

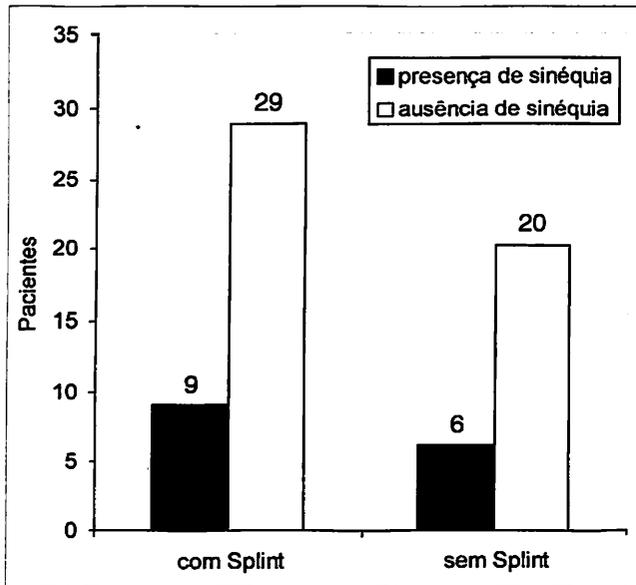


GRÁFICO 1. Distribuição dos pacientes segundo o uso do splint nasal e a ocorrência de sinéquia nos pacientes submetidos a cirurgia funcional do nariz.

DISCUSSÃO

Concordando com Dawes (1987), Dessi (1992), Ogura (1995), e Percodani (1996)^{4,5,9,14} uma das complicações mais freqüentes nas cirurgias funcionais do nariz é a sinéquia. Nos nossos pacientes obtivemos formação de sinéquias em 23,7%, num seguimento de 60 dias, que foram corrigidas com uma simples secção, ou com secção e pequeno tampão nasal por 24 horas, sob anestesia local.

Acreditamos a facilidade para corrigir as sinéquias se deva à metodologia de reavaliar estes pacientes quase que semanalmente até completar 30 dias, após a cirurgia que parece ser a fase mais crítica de cicatrização, com mais possibilidade de formar sinéquias.

El-Silimy (1993)⁶ recomenda tampão nasal anterior por 48 horas pós turbinectomia. Graças à utilização do bisturi de alta freqüência para cauterizar a área cruenta da concha nasal inferior e à associação de subgalato de bismuto com a pomada de neomicina, no tampão nasal de gaze, nossos pacientes têm permanecido tamponados por no máximo 24 horas.

Assim como descreve Cook (1992)³, muitos dos nossos casos referem desconforto e dor pelo uso do splint

nasal, além de queixarem da obstrução nasal que permanece até a remoção do mesmo.

Como Grymer (1996)⁷, os nossos pacientes demonstraram uma melhora subjetiva clara da obstrução nasal, apesar de não termos feito controle rinométrico. Também não aconteceu deturpação da função no nariz, ainda que Uberlândia apresenta um clima muito seco, com umidade média de 25% de Maio a Setembro. Odetorynbo (1987)¹⁰ referiu o mesmo em seus casos na Nigéria.

Como ficou demonstrado neste estudo, a permanência do splint nasal por 10 dias, não interfere na formação de sinéquias. Talvez, este resultado modificar-se-ia se o splint permanecesse por mais tempo, por exemplo, por 20 ou 30 dias. Se os resultados fossem satisfatórios, poderíamos utilizá-los em crianças ou em pacientes que dificultam a realização de curativos semanais. Mas acreditamos que o seguimento semanal destes pacientes com limpeza das crostas que se formam no pós-operatório (principalmente nas 4 primeiras semanas) é o que faz com que se previna as sinéquias, e não o uso do splint. Quando o paciente não retorna a cada 7 ou 10 dias, para os curativos e limpeza, aí sim poderemos ter como complicação sinéquia e devemos idealizar um tratamento para evitá-la.

CONCLUSÃO

Concluimos que a utilização do splint nasal com permanência de 10 dias nas turbinectomias parciais inferiores bilaterais, associadas ou não a septoplastia, não interfere na formação de sinéquias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERENHOLZ, L.; HESSLER, A.; SANFATI, S.; ENIATAR, E.; REGAL, D. - Chronic Sinusitis - a sequela of inferior turbinectomy. *Journal of Rhinology*, 12 (4): 257-261, 1998.
- COURATISS, E. H. - Diagnosis and treatment of nasal airway obstruction due to inferior turbinate hypertrophy. *Clinics in Plastic Surgery*, 15 (1): 1-3, 1988.
- COOK, J. A.; MURRANT, N. J.; EVANS, H. L.; LAVELLE, A. J. - Intranasal splints and their effects on intranasal adhesions and septal stability. *Clin. Otolaryngol.*, 17 (1): 24-27, 1992.
- DAWES, P. J. - The early complication of inferior turbinectomy. *J. Laryngol. Otol.*, 101 (11): 1136-1139, 1987.
- DESSI, P.; TRIGLIA, J. M.; PORTASPANA, T.; ZANARET, M.; CANNONI, M. - Lower turbinectomy with endoscopic guidance. Midterm results. *Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac.*, 109 (6): 311-315, 1992.
- EL-SILIMY, O. - Inferior resection: the need for a nasal pack. *J. Laryngol. Otol.*, 107 (10): 906-907, 1993.
- GRYMER, L. F.; ILLUM, P.; HILBERG, O. - Bilateral inferior turbinoplasty in chronic nasal obstruction. *Rhinology*, 34 (1): 50-53, 1996.
- MOCELLINI, M.; MARIAGLIA, J.; PATROCÍNIO, J. A.; PASINATO, A. - Septoplastia. *Técnica de Metzenbaum. Rev. Bras. de Otorrinolaringologia*, 56 (3): 105-109, 1990.
- OGURRA, H. O. - Complications following bilateral turbinectomy. *East Afr. Med. J.*, 72 (2): 101-102, 1995.
- ODETORYNBO, O. - Complications following total inferior turbinectomy: facts or myths? *Clin. Otolaryngol.*, 12 (5): 361-365, 1987.
- OPHIR, D.; SCHINDEL, D.; HALPERIN, D.; MARSHAK, G. - Long-term follow-up of the effectiveness and safety of inferior turbinectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 90 (6): 980-984; discussion 985-987, 1992.
- PATROCÍNIO, J. A.; MANSANO, M. C. A.; NONATO, S.; COELHO, S. - Complicações e dificuldades em rinosseptoplastia. *A Folha Médica*, 110 (supl. 2): 131-135, 1995.
- PATROCÍNIO, J. A.; MOCELLINI, M.; DORNELA, M. - Cirurgia dos quatro cornetos. *Acta Auho*, 12 (3): 99-102, 1993.
- PERCODANI, J.; NICOLLAS, A.; DESSI, P.; SERRANO, E.; TRIGLIA, J. M. - Partial lower turbinectomy in children: indications, technique, results. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord)*, 117 (3): 175-178, 1996.

AMOXIL® BD Comprimidos. **Composição:** Cada comprimido contém: Amoxicilina 875 mg, Excipiente q.s.p. l comp. **Indicações:** **AMOXIL® BD** é um antibiótico de amplo espectro indicado para o tratamento de infecções bacterianas de ocorrência comum tais como: infecções do trato respiratório superior, infecções do trato respiratório inferior, infecções do trato gastrointestinal, infecções do trato geniturinário, infecções da pele e tecidos moles, infecções do trato biliar, infecções ósseas, abscesso dentário. **Administração e dosagem:** **AMOXIL® BD** comprimidos. A dose para adultos, incluindo idosos, é de 875 mg a cada 12 horas. **Contra-Indicações:** **AMOXIL® BD** é uma penicilina e não deve ser administrado a pacientes hipersensíveis à penicilina. Deve-se dedicar atenção a possível sensibilidade cruzada com outros antibióticos beta-lactâmicos como as cefalosporinas. **Precauções:** O uso prolongado pode resultar em supercrescimento de microrganismos não suscetíveis. Quando o uso de antibióticos for necessário na gravidez, **AMOXIL® BD** pode ser considerado apropriado, quando os benefícios potenciais justificarem os riscos potenciais associados ao tratamento. **Reações adversas:** os efeitos colaterais, assim como para outras penicilinas, são incomuns e principalmente de natureza leve e transitória. As reações de hipersensibilidade podem ocorrer e o tratamento deve ser descontinuado. Náuseas, vômitos, diarreia, candidíase intestinal, foram ocasionalmente observados. **Interações:** A probenecida reduz a secreção tubular de amoxicilina. Em comum com outros antibióticos, amoxicilina pode reduzir a eficácia de contraceptivos orais e as pacientes devem ser apropriadamente advertidas. **Apresentação:** **AMOXIL® BD** de 875 mg comprimidos é apresentado em embalagens com 14 comprimidos.