

Tratamento cirúrgico da rinite atrófica: descrição de uma nova via de acesso para os implantes nasais

Artigo Original

Recebido em 25/03/2008
Aprovado em 30/04/2008

Surgical treatment of atrophic rhinitis: a new technique

Tatiana de Aguiar Vidigal¹, Daniele Cristine Gomes Pinto², Maria Cecília Canela e Paiva³, Flávio Sirihal Werkema⁴, Dário Antunes Martins⁵

1) Médica Otorrinolaringologista - Fellow do setor de rinologia da UNIFESP

2) Médica Otorrinolaringologista - Médica Otorrinolaringologista

3) Médica Otorrinolaringologista - Médica Otorrinolaringologista

4) Médico Otorrinolaringologista - Médico Assistente da Clínica de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Belo Horizonte, MG

5) Médico Otorrinolaringologista - Médico Assistente da Clínica de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Belo Horizonte, MG

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte-MG, Brasil

Endereço para correspondência: Daniele Cristine Gomes Pinto, Rua Formosa, 245 Santa Teresa, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP 31015050

RESUMO

INTRODUÇÃO: A rinite atrófica é uma doença crônica e socialmente excludente. A cirurgia é indicada para pacientes com doença severa que não respondem ao tratamento clínico. Apesar das inúmeras técnicas cirúrgicas descritas, nenhuma apresenta resultados satisfatórios a longo prazo. Dentre as técnicas propostas, o implante de materiais autógenos e sintéticos, a fim de estreitar as fossas nasais é uma das opções com melhores resultados. **OBJETIVO:** Desenvolver uma nova via de acesso para implantes nasais no tratamento cirúrgico da rinite atrófica. **MÉTODO:** Estudo de coorte histórico longitudinal no qual oito pacientes com rinite atrófica foram operados no período de 2004 a 2005. Foram usados implantes ósseos e cartilagosos no espaço submucoso do nariz por via intranasal. **Resultados:** Resolução dos sintomas foi obtida em 7 pacientes. Um paciente apresentou reabsorção do enxerto, sendo submetido à nova cirurgia. Nenhum paciente apresentou extrusão do enxerto. Não ocorreram casos de infecção pós-operatória ou outras complicações. **CONCLUSÃO:** A via de acesso intranasal é mais simples do que a labial, permitindo uma cirurgia mais rápida e mais precisa. A técnica apresentou bons resultados com a melhora dos sintomas em todos os pacientes. Nenhum caso de extrusão do enxerto foi observado, provavelmente devido à boa preservação da mucosa nasal.

Descritores: Rinite atrófica, implantes, nariz, cirurgia

ABSTRACT

INTRODUCTION: Atrophic rhinitis is a chronic, socially-excluding disease. Surgical intervention is indicated for patients with a severe manifestation who don't respond to clinical treatment. In spite of the large number of surgical techniques described, a procedure that provides good long-term results in all patients is still lacking. Implants of autogenous and synthetic materials, for the purpose of narrowing the nasal lumen, are among the most frequently-used techniques. **AIM:** To develop a new approach for nasal-implant surgery in atrophic rhinitis. **METHODS:** Cohort longitudinal studies where eight patients with atrophic rhinitis were submitted to a nasal procedure, through the implantation of bone and cartilage grafts in the submucous space of the nose, between 2004 and 2005. **RESULTS:** Relief of symptoms were obtained in seven patients. In one patient, it was observed that the graft had been absorbed by the body; therefore a second surgery was performed. There were no cases of graft extrusion, post-operative infection, or other complications in our series. **CONCLUSION:** The intranasal access for nasal implants is quite simple. The technique provided good surgical outcomes with resolution of the symptoms in most patients. Graft extrusion was not observed, probably due to the intra-operative preservation of the nasal mucosa.

Keywords: Rhinitis atrophic, implants, nose, surgical

INTRODUÇÃO

A rinite atrófica é uma doença nasal crônica caracterizada pela atrofia progressiva da mucosa nasal, reabsorção óssea das conchas nasais, presença de uma secreção viscosa, formação de crostas amarelo-esverdeadas e por um odor fétido característico, algumas vezes chamado de ozena^{1,2}. A doença foi inicialmente descrita como uma entidade clínica isolada por Fraenkel em 1876^{1,2,3}. Parece ser mais comum em mulheres que em homens numa proporção de 1.6:1^{2,4,5}.

A rinite atrófica primária (idiopática) ocorre em um nariz previamente normal. A etiologia da doença continua desconhecida, mas vários estudos têm sugerido uma multiplicidade de fatores. Infecção bacteriana crônica do nariz e seios paranasais (particularmente por *Klebsiella ozaenae*), deficiências nutricionais, alterações hormonais, desordens vasculares, distúrbio imunológico, predisposição hereditária e exposição crônica a agentes irritantes e tóxicos são algumas das hipóteses propostas na literatura⁶. Recentemente, Garcia e colaboradores propuseram a hipótese de que vários sintomas da rinite atrófica podem ser explicados por uma distribuição anormal do fluxo de ar na cavidade atrófica e por uma redução na área superficial do nariz, levando a níveis excessivos de evaporação do muco nasal e ressecamento da mucosa. Simulações computacionais do fluxo de ar no nariz de um paciente com rinite atrófica suportam esta hipótese⁷.

A rinite atrófica secundária ocorre mais comumente como uma complicação pós-operatória tardia de cirurgia nasal⁸. Pode resultar também da destruição da mucosa nasal associada a doenças infecciosas ou granulomatosas como tuberculose, sífilis, hanseníase, sarcoidose, rinoscleroma e lúpus vulgar⁶.

Ambas as formas da doença, primária e secundária, resultam em uma cavidade nasal ampla, com epitélio metaplásico, pobre em cílios e elementos glandulares, e coberta com crostas espessas e fétidas^{3,6,9}.

A rinite atrófica geralmente se manifesta na infância⁶. Há queixa de obstrução nasal paradoxal apesar da cavidade nasal ampla^{6,10}. Essa sensação de obstrução pode resultar das crostas ou de distúrbios sensoriais devido à destruição da mucosa e provável perda de terminações nervosas^{7,8,10}. Anosmia é outra queixa freqüente. Dor de cabeça e epistaxes também ocorrem com relativa freqüência.

A cruel rejeição social a que estes pacientes estão expostos, devido ao odor nasal ofensivo, associada aos distúrbios do sono causados pela obstrução nasal, frequentemente resultam em um comportamento psicótico que pode levar ao suicídio^{1,10,11}.

O diagnóstico da rinite atrófica é feito clinicamente pela presença das alterações nasais características.

O objetivo do tratamento da rinite atrófica é acabar com a infecção secundária, diminuir a quantidade de crostas e aliviar o odor nasal fétido. A remoção mecânica rotineira das crostas, lavagens intranasais vigorosas com solução salina ou bicarbonatada, o uso de antibióticos por longos períodos e complementação dietética com vitaminas e ferro são indicados.² Os estudos mais recentes têm mostrado boa resposta com o uso de ciprofloxacina¹².

Quando o tratamento clínico não mostra resposta satisfatória, a intervenção cirúrgica é indicada¹³. Várias técnicas cirúrgicas foram descritas no passado e muitas outras são apresentadas com resultados variáveis.

Cirurgias para estreitar as fossas nasais incluem a medialização da parede lateral da fossa nasal (cirurgia de Lautenschlager, 1952)^{1,6,9} cirurgias de fechamento narinário (Procedimento de Young, 1967, 1971)^{2,6,9,14,15}, faringoplastia e implantes nasais^{1,6,9}. Estas técnicas cirúrgicas visam fechar as narinas ou estreitar as fossas nasais para tornar a passagem de ar mais fisiológica. Implantes de tecidos vivos como gordura, dermofat, osso ou cartilagem são tentados, mas, devido à sua absorção gradual, os sintomas tendem a recorrer¹. Materiais sintéticos como acrílico, silicone, teflon, polietileno e silastic são também implantados no mucopericôndrio do septo, assoalho e parede lateral do nariz¹. O principal inconveniente dos enxertos sintéticos é a sua freqüente extrusão⁹. Os fatores de risco para a extrusão dos implantes são as lesões na mucosa durante as dissecções, a sutura mal feita no fechamento, a regressão da margem da parede lateral e enxertos muito grandes⁹. O objetivo do trabalho consiste em apresentar uma nova via de acesso para as cirurgias de implante nasal, na rinite atrófica, primária ou secundária, usando enxertos de cartilagem costo-condral ou osso de crista ilíaca.

MATERIAL E MÉTODO

Oito pacientes com rinite atrófica foram submetidos a tratamento cirúrgico em um período de 2 anos (2004 e 2005). Todos os pacientes continuavam em acompanhamento pós-operatório no momento em que este trabalho foi escrito. Dados dos pacientes como idade, sexo, cirurgia nasal prévia, história familiar da doença e sintomas apresentados são mostrados na tabela 1. A idade dos pacientes variou de 26 a 57 anos. (média de 31 anos). Três pacientes eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Nenhum dos pacientes apresentava outras comorbidades. Em nossa casuística, sete pacientes eram portadores de rinite atrófica primária e apenas um deles apresentava doença secundária a turbinectomia inferior prévia, com ressecção excessiva do corneto. Ao exame físico, os pacientes apresentavam cavidades nasais amplas, crostas amareladas cobrindo os cornetos e

atrofia dos cornetos. O restante do exame otorrinolaringológico era normal. Tomografia computadorizada pré-operatória foi realizada em três pacientes. Os achados tomográficos foram: atrofia osteomucosa dos cornetos médios e inferiores, cavidades nasais amplas e, em um caso, espessamento mucoso maxilar. Os sintomas foram avaliados antes e após a cirurgia, objetivamente pelo uso de endoscopia nasal e subjetivamente pelo relato dos pacientes.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes: Idade, sexo, história familiar, cirurgia prévia, lado afetado, presença de odor fétido e crostas.

Caso	Idade	Sexo	História Familiar	Cirurgia Prévia	Lado Afetado	Obstrução nasal	Odor fétido	Crostas
1	34	F	Não	Não	ambos	Sim	Sim	Sim
2	33	M	Sim	Não	ambos	Sim	Sim	Sim
3	52	F	Sim	Não	ambos	Sim	Sim	Sim
4	45	M	Sim	Não	ambos	Sim	Sim	Sim
5	32	F	Sim	Não	ambos	Sim	Sim	Não
6	57	M	Não	Sim	ambos	Sim	Sim	Sim
7	26	M	Não	Não	ambos	Sim	Sim	Sim
8	35	M	Não	Não	ambos	Sim	Sim	Sim

Técnica cirúrgica

A cirurgia é realizada sob anestesia geral e intubação oro-traqueal. Retirado fragmento de cartilagem costal geralmente entre a sexta e oitava costela (incisão inframamária), com periosteio com cerca de 10 a 12 mm de largura, ou enxerto de crista ilíaca ou tibia. Mantêm-se o enxerto ósseo conservado em soro fisiológico morno até ser colocado na cavidade nasal. A técnica cirúrgica está ilustrada nas figuras 1, 2 e 3. A mucosa nasal é infiltrada com solução de lidocaína 2% com adrenalina na concentração de 1:80000. Infiltra-se septo nasal, assoalho e paredes nasais laterais com agulha longa e fina.

A seguir, executa-se a técnica de inclusão endonasal. É realizada incisão intercartilaginosa feita a 2mm do rebordo inferior da cartilagem lateral superior e outra incisão hemitransfixante no bordo caudal do septo. Essas incisões são unidas no assoalho nasal. Descola-se então a mucosa nasal do assoalho, septo e parede lateral, criando um compartimento único e amplo para inclusão do material. Os enxertos são introduzidos na região do septo nasal, assoalho e parede lateral do nariz. No caso da cartilagem costal, a inclusão do material é feita com a parte côncava voltada para a parede lateral e a convexa para o septo nasal, na projeção da concha inferior. A seguir realiza-se sutura da mucosa com pontos simples de catégute 3-0. Não é necessário o uso

de tamponamento nasal. No pós-operatório são utilizados antibioticoterapia, se necessário analgésicos, e compressas de gelo nas primeiras 24 horas.

RESULTADOS

Os sete pacientes portadores de rinite atrófica primária apresentaram excelente resultado pós-operatório, relatando melhora da obstrução nasal, ausência de crostas nasais e melhora da qualidade de vida. O paciente portador de rinite atrófica secundária a turbinectomia apresentou reabsorção do enxerto de osso de crista ilíaca, com retorno dos sintomas em 2 meses de pós-operatório. Foi reoperado após 6 meses usando enxerto de cartilagem costo-condral com bom resultado. Nenhum dos pacientes apresentou extrusão do enxerto. Não foram observadas complicações pós-cirúrgicas. Nenhum dos pacientes apresentou sangramento pós-operatório, mesmo sem a utilização de tamponamento nasal. A maioria dos pacientes apresentou dor pós-operatória intensa, devido ao procedimento torácico, que foi controlada com analgésicos opióides. Seis pacientes receberam alta hospitalar no dia seguinte a cirurgia. Dois pacientes permaneceram internados, por mais 24 horas, devido à dor. Outras complicações, como infecção pós-operatória, não foram observadas. O exame endoscópico mostrou estreitamento adequado das fossas nasais em todos os pacientes após 1 mês de cirurgia.

DISCUSSÃO

Apesar da incidência ter diminuído significativamente em países desenvolvidos, a rinite atrófica permanece como um problema comum nos países em desenvolvimento. A doença parece ser endêmica em regiões desérticas e em climas subtropicais e temperados, como no Sul da Ásia, África, Europa Oriental e Mediterrâneo, sendo encontrada principalmente no Egito, Arábia Saudita, Grécia, Hungria, Iugoslávia, Brasil, Malásia, Filipinas e Índia.

Nas últimas décadas, a rinite atrófica secundária tem sido descrita após ressecção excessiva da mucosa septal, turbinectomia inferior total, cirurgias nasais para correção de sinéquias e radioterapia para tratamento de doenças granulomatosas ou neoplásicas. Em contraste com a forma primária da doença, a incidência da forma secundária tem aumentado³.

Não existe cura para rinite atrófica. Todas as medidas clínicas e cirúrgicas têm efeito paliativo curto ou duradouro. As cirurgias para implantes nasais tanto de materiais sintéticos como tecidos vivos utilizam a técnica de inclusão endonasal por via sublabial⁹. Esta via vem sendo utilizada como método de escolha. Nesta técnica é realizada uma incisão no sulco

gengivolabial superior, desde o freio labial, estendendo-se até a altura do segundo pré-molar. Com o uso de afastadores, afastam-se os tecidos moles, expondo-se e levantando cuidadosamente o mucoperiósteo, até o aparecimento da abertura piriforme e exposição da espinha nasal anterior. Descola-se a mucosa nasal até a exposição do vestibulo nasal e da parte anterior da fossa nasal. Ao final do procedimento a cavidade nasal permanece tamponada por 48 horas⁹.

Na via sublabial, o descolamento mucoso deve ser realizado com muito cuidado para não romper a mucosa, normalmente muito aderida. Muitas vezes a concha nasal e sua mucosa são separados em um só bloco com a ajuda de escopro e martelo. O rompimento da mucosa é um problema grave, podendo mesmo impedir o prosseguimento da cirurgia.

Considerando todas as técnicas cirúrgicas descritas e suas modificações nos últimos 50 anos, fica claro que a rinite atrófica tem atraído o interesse de vários investigadores de diversos países. Porém a doença tem se mostrado extremamente resistente à terapia quando se avaliam os resultados a longo prazo. Apesar de encontrarmos várias técnicas descritas na literatura, nenhuma mostrou ser a melhor. Nosso trabalho foi realizado com a intenção de apresentar uma nova via de acesso para a colocação de enxertos vivos e sintéticos. A técnica cirúrgica é relativamente simples de ser executada, permite um descolamento sem perfurações mu-

cosas, o que diminui a ocorrência de extrusão do enxerto e diminui também a probabilidade de infecção pós-operatória devido a ausência de patógenos da cavidade oral. A não utilização do tamponamento nasal contribui para diminuir o desconforto do paciente no pós-operatório. Os pacientes foram submetidos a questionários a respeito da qualidade de vida pré e pós operatória, onde relataram melhora importante da obstrução nasal, das crostas e do odor fétido após 6 meses de procedimento cirúrgico.

CONCLUSÃO

Oito casos de rinite atrófica primária e secundária foram tratados cirurgicamente em nossa instituição. A técnica cirúrgica apresentada para estreitamento da cavidade nasal é relativamente simples de ser realizada levando a uma melhora significativa da sintomatologia, sem complicações importantes. Apesar de nossa casuística pequena, os pacientes tiveram ótimos resultados após a cirurgia, com seguimento mínimo de um ano, levando-nos a concluir que os resultados obtidos são encorajadores.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Dr. Guilherme Garcia (The Hamner Institutes for Health Sciences, USA) pela revisão cuidadosa do manuscrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shehata MA. Atrophic Rhinitis. *Am J Otolaryngol* 1996; 17 (2): 81-6.
2. Chand MS, Macarthur CJ. Primary atrophic rhinitis: A summary of four cases and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116 (4): 554-8.
3. Goldenberg D, Danino J, Netzer A, Joachims HZ. Plastipore implants in the surgical treatment of atrophic rhinitis: Technique and results. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122(6): 794-7.
4. Bunnag C, Jareoncharsri P, Tansuriyawong P, Bhothisuwan W, Chantarakul N. Characteristics of atrophic rhinitis in Thai patients at the Siriraj Hospital. *Rhinology* 1999; 37: 125-130.
5. Dutt SN, Kameswaran M. The etiology and management of atrophic rhinitis. *The Journal of laryngology and otology* 2005; 119: 843-852.
6. Meirelles RC, Atherino CCT. Rinites Atroficas In: SBORL. *Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo, Roca, p82-87; 2003.
7. Garcia GJM, Bailie N, Martins DA, Kimbell JS. Atrophic rhinitis: A CFD study of air conditioning in the nasal cavity. *J Appl Physiol* In press 2007.
8. Moore EJ, Kern EB. Atrophic rhinitis: a review of 242 cases. *Am J Rhinol* 2001; 15: 355-361.
9. Cadar A. Ozena: um problema médico-social. *Folha Médica* 1986; 93(5-6): 337-48.
10. Place Balzam A, Shankar L, Hawke M. Computed tomographic findings in atrophic rhinitis. *J Otolaryngol* 1991; 20:428-32.
11. Girgis IH. Surgical treatment of ozena by dermofat graft. *The Journal of laryngology and otology* 1966; 80: 615-627.
12. Borgestein J, Sada E, Cortes R. Ciprofloxacin for rhinoscleroma and ozena [Letter]. *Lancet* 1993; 342: 122.
13. Shehata M, Dogheim Y. Surgical treatment of primary chronic atrophic rhinitis. *J Laringol Otol* 1986; 100:803-7.
14. Young A. Closure of the nostrils in atrophic rhinitis. *The Journal of laryngology and otology* 1967; 81: 515-524.
15. Young A. Closure of the nostrils in atrophic rhinitis. *The Journal of laryngology and otology* 1971; 85: 715-718.