

Cirurgia Endoscópica Nasossinusal e Muito Além

Abhilash Balakrishnan

Introdução

Gostaria de deixar clara minha filosofia desde o início. Acredito que a sinusite pediátrica é uma patologia clínica e somente quando as terapêuticas clínicas ideais ou ótimas deixam de funcionar é que as intervenções cirúrgicas devem ser indicadas ¹.

Sabemos que as crianças têm 6-8 episódios de infecções respiratórias por ano e algumas levam à sinusite. Se a abordagem clínica falhar, devemos considerar as causas contribuidoras. Uma das principais razões de falha é o não tratamento concomitante da rinite alérgica. Devemos ter em mente as outras causas da rinorréia infantil e sempre fazer os testes cutâneos de alergia em cada criança que apresenta rinossinusite crônica ou recorrente. A terapia antibiótica deve ser baseada em cultura apesar de a terapia inicial em geral lançar mão de antibióticos de espectro mais amplo dependendo da experiência da comunidade da criança ². Acredito em terapia clínica adjuvante e terapia cirúrgica - como, por exemplo, lavagens do antro e adenoidectomia. Quando a cirurgia endoscópica funcional tem que ser feita, ela é limitada ao procedimento FESS (cirurgia endoscópica funcional dos seios da face). Uma pesquisa recente realizada entre otorrinopediatras da ASPO (Sociedade Americana de Otorrinopediatria) parece concordar com esta opinião³.

Duração da terapêutica

Não acredito que haja qualquer estudo sistemático que diga por quanto tempo deve-se tratar de rinossinusite crônica. Com certeza deve-se exaurir todas as opções clínicas. E às vezes, trata-se até seis semanas antes de se considerar a cirurgia endoscópica. Lembrem-se sempre de que a mucosa sinusal leva um longo tempo para cicatrizar.

Antes de fazer a cirurgia endoscópica, o padrão ouro é fazer uma tomografia computadorizada (TC) coronal. Mas este exame não deve ser feito precocemente no tratamento porque tem que ser o que chamamos de “exame tratado clinicamente”. Há um tempo radiológico de até três meses até a cicatrização completa das cavidades paranasais. Se for feita muito cedo, os laudos dos radiologistas serão confusos.

É claro que há grandes diferenças entre a cirurgia endoscópica de adultos e de

crianças. Esta é uma mensagem que sempre passamos a nossos residentes: exige-se grande experiência e capacitação para a execução do procedimento em crianças. Na maioria dos adultos, pode-se resolver o assunto com cirurgia limitada, como uncinectomia ou etmoidectomia anterior. Somente tiramos os tecidos afetados e fazemos uma antrostomia meatal média.

Follow-up pós-operatório

Deixei de usar a técnica de revisão no centro cirúrgico. Uso MeroGel (um éster de ácido hialurônico) como tampão e muitas vezes podemos fazer a avaliação endoscópica na clínica para ver se há aderências ou remanescentes de MeroGel após cerca de 2 semanas.

Os relatos na literatura sugerem uma taxa de sucesso de 80% para cirurgia endoscópica pediátrica. Cada vez mais otorrinolaringologistas concordam que em muitas situações o procedimento endoscópico não está indicado na rinossinusite pediátrica e deve ser reservado para complicações ou outros casos específicos.

Um painel de consenso para o tratamento da rinossinusite em crianças reuniu-se em Bruxelas, na Bélgica em 1996 e formulou as indicações absolutas para o procedimento endoscópico cirúrgico em crianças, ou seja, complicações orbitais da sinusite e fistulas liquóricas⁴.

Se analisarmos a fibrose cística, sua prevalência na Europa e na América do Norte é de cerca de um em cada 2.000 casos, mas é uma patologia praticamente desconhecida em outras partes do mundo. No Sudeste da Ásia raramente vemos a fibrose cística em crianças, então há raros pólipos em crianças jovens. Assim, não temos razão para indicar a cirurgia endoscópica, exceto nos casos de indicações absolutas.

A partir de uma série pessoal de casos atendidos em um período de 10 anos, realizamos o procedimento para as indicações absolutas. Vou cobrir alguns exemplos dessas condições para mostrar como o uso do endoscópio mudou nossa prática clínica na abordagem dessas patologias.

Sabemos que quando operamos estas crianças pequenas de 3-4 anos de idade os tecidos estão inflamados, há pouco espaço para se operar e é extremamente difícil trabalhar. Não recomendamos aos residentes que operem complicações orbitais usando técnicas endoscópicas. Tento usar um endoscópio de 4mm, se possível, mas às vezes é muito difícil - temos que passar para o de 2,7. Assim, ambos devem estar disponíveis, assim como o debridador.

Atresia de coana

Ouvi falar sobre esta técnica endoscópica em 1989. Uso o telescópio de Hopkins de 120° e enquanto faço o controle videoendoscópico retropalatal, opero o nariz. É importante ter este controle visual no monitor enquanto se opera através da cavidade nasal pois a base do crânio está em risco. Uso um instrumento emprestado da ginecologia (dilatador de Hegar) para perfurar a placa atrésica da membrana, então uso o microdebridador para remover o tecido mole e o osso. Isto ajuda a prevenir as recidivas.

Pólipos antrocoanais podem ser operados totalmente pelo endoscópio.

O ponto mais importante no qual as pessoas que atuam na cavidade sinusal maxilar devem perceber é que a base do pólipo está normalmente na área ântero-lateral e

algumas vezes temos que usar o microdebridador angulado para removê-lo, caso contrário há tendência de recidiva.

Também podemos corrigir as fístulas líquóricas. Atendemos um paciente com avanço fronto-orbital por craniosinostose que apresentou iatrogenia causada por fratura da base do crânio. A TC e a ressonância confirmaram a encefalocele. Primeiro, empurramos para trás o máximo possível, e então usamos a diatermia bipolar para reduzir o remanescente da dura-máter. Como não se trata de tecido cerebral funcional, podemos remover o remanescente se não conseguirmos empurrar através da dura-máter.

Para as lesões com menos de 4mm, uso *fáscia lata* para fechar a ferida, como uma primeira camada de fechamento e após empurrar para dentro, trago gordura do abdômen como uma segunda camada. Então, uso cola de fibrina sobre a ferida.

Conclusão

As condições acima nos dão idéia de como aplicar a técnica da cirurgia endoscópica para condições outras que não a rinossinusite crônica em crianças. A mensagem que fica é tentar a terapêutica clínica e adjuvante antes de lançar mão da cirurgia endoscópica em crianças muito pequenas, usada somente se houver falha terapêutica.

Referências bibliográficas

1. Parsons D. Pediatric Sinusitis. The Otolaryngological Clinics of North America Vol 29, Number 1, Feb 1996.
2. Goldsmith AJ, Rosenfeld RM. Treatment of pediatric sinusitis. Pediatric Clinics of North America. Apr 2003. 50(2).
3. Sobol et al. Laryngoscope 2005. Jan; 115(2): 78-80.
4. EACCI Consensus Panel for the Management of Rhinosinusitis in Children, Brussels, Belgium 1996.