Simpósio sobre Rinites

Tratamento cirúrgico da rinite alérgica

Surgical treatment for allergic rhinitis

ELISABETH ARAUJO – Otorrinolaringologista – Mestre e Doutora em Medicina pela UFRGS.

✉ Endereço para correspondência:
Rua Santo Inácio, 410/ 401
Fone (51) 3222-7951
Porto Alegre – RS – 90570-001
bearaujo@terra.com.br

SINOPSE

Este artigo apresenta as principais causas de obstrução nasal associadas à descompensação da rinite alérgica e os métodos diagnósticos empregados. Apresenta uma revisão das indicações cirúrgicas das alterações anatômicas das cavidades nasais e dos tipos de procedimentos cirúrgicos.

UNITERMOS: Rinite Alérgica; Cirurgia das Conchas Nasais; Cirurgia com Laser.

ABSTRACT

This article relates the main causes of nasal obstruction associated with allergic rhinitis decompensation and the diagnostic methods used. It presents a revision on surgical indications, anatomical alterations in the nasal cavity and tipes of surgical procedures.

KEY WORDS: *Allergic Rhinitis; Turbinate Surgery; Laser Surgery.*

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RINITE ALÉRGICA

A rinite alérgica se manifesta a partir de um quadro de hipersensibilidade e o seu tratamento é eminentemente clínico. Por outro lado, naqueles pacientes com rinite alérgica que não apresentam resposta ou são rebeldes ao tratamento medicamentoso, a cirurgia pode ser indicada, não dispensando, entretanto, a continuidade do tratamento clínico (1).

A obstrução nasal é um dos motivos mais comuns de consulta médica, pois acarreta forte impacto sobre a qualidade de vida, causando importante desconforto, diminuição da qualidade do sono, alteração no desenvolvimento do terço médio da face e na formação da arcada dentária, comprometimento da concentração e redução da produtividade (2).

Entre as principais causas de obstrução nasal estão a hipertrofia das conchas nasais, o desvio do septo nasal, a hipertrofia adenoideana, os pólipos e os tumores nasais (3) (Tabela 1).

Tabela 1 – Causas de hipertrofia das conchas nasais

– rinite alérgica ou idiopática,
– rinite medicamentosa crônica,
– hipertrofia compensatória à deformidade septal contralateral,
– hipertrofia relativa por estreitamento da cavidade nasal,
– rinossinusites crônicas.

A seleção dos pacientes para cirurgia deve ser criteriosa a partir da anamnese e do exame completo do nariz. O paciente alérgico freqüentemente refere obstrução nasal associada a espirros, prurido e coriza. Na rinite idiopática, a congestão nasal é desencadeada por estresse emocional, substâncias irritantes, ar frio, alimentação ou exercício (1). Pacientes com rinossinusite crônica apresentam secreção nasal e pós-nasal, pressão facial e tosse noturna. Nos desvios septais, pólipos e outras causas mecânicas de obstrução nasal, os sintomas podem ser unilaterais e sem resposta a vasoconstritores tópicos (4).

O exame externo da estrutura nasal visa a observação de deformidades dos ossos próprios do nariz ou das cartilagens. A rinoscopia anterior permite a visualização do aspecto da mucosa das conchas inferiores e médias, de desvios do septo nasal e de pólipos ou tumores. Deve ser seguida de aplicação de vasoconstritores nasais associados ou não a anestésicos tópicos. A persistência do edema da mucosa após vasoconstrição indica irreversibilidade da hipertrofia mucosa. Nesses processos crônicos há acentuada proliferação conjuntiva do córion e hipertrofia glandular e a mucosa adquire aspecto violáceo com consistência firme e fibrosa (5).

A complementação com endoscopia nasal deve ser executada em todos os pacientes com sintomas nasais recorrentes (6). A endoscopia nasal com endoscópios rígidos ou flexíveis permite um exame completo de toda cavidade nasal, já que se visualiza áreas tradicionalmente inacessíveis à exploração convencional, como são o complexo osteomeatal e o recesso esfenoetmoidal. Esse exame pode ser realizado em consultório, tanto em adultos como em crianças, permitindo não só o diagnóstico de alterações estruturais, como também o controle da resposta ao tratamento a curto e médio prazo, assim como a de coleta de material para exames culturais a anatomopatológicos (7). Os principais achados na endoscopia nasal conforme a região anatômica avaliada encontram-se resumidos na Tabela 2.

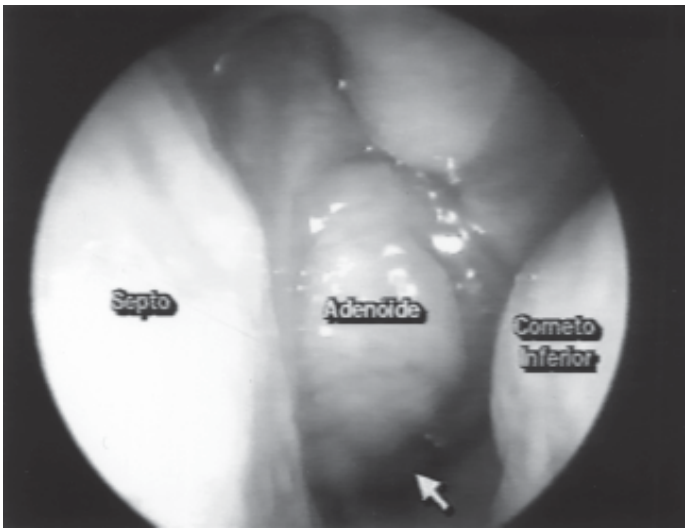


Figura 1 – Endoscopia nasal evidenciando hipertrofia de adenóide.

Tabela 2 – Achados na endoscopia nasal conforme a região anatômica

Região Anatômica	Endoscopia nasal
Septo nasal	desvios, perfuração, esporão septal
Conchas nasais	degeneração polipóide, hipertrofia, atrofia
Mucosa nasal	alterações de coloração, muco, pus, pólipos
Nasofaringe	adenoidite, hipertrofia de adenóides, herniação coanal, imperfuração coanal, degeneração cística, obstrução da tuba auditiva

Os exames de imagens devem ser solicitados principalmente na suspeita de presença de pólipos, tumores ou doença inflamatória (1).

O principal objetivo do tratamento cirúrgico nos pacientes com rinite alérgica é melhorar a obstrução nasal. Freqüentemente estes pacientes apresentam múltiplas patologias das fossas nasais e a cirurgia visa a corrigir as alterações anatômicas, como desvio de septo, hipertrofia adenoideana, hipertrofia da mucosa ou óssea das conchas nasais, pólipos e doenças como rinossinusite crônica, que propiciam a manutenção do quadro inflamatório da rinite.

Os vários procedimentos para a redução das conchas nasais encontram-se resumidos na Tabela 3.

Tabela 3 – Tipos de procedimentos para a redução das conchas nasais

1 – Mecânicos
  – Luxação e /ou
  – Fratura lateral

2 – Destrutivos
  – Cauterização
    a) extramucosa
    b) submucosa
  – Criocirurgia

3 – Ressecção
  – Vaporização com Laser
  – Turbinoplastia ou turbinectomia submucosa
  – Turbinectomia parcial
  – Turbinectomia total

Luxação e/ ou fratura lateral das conchas nasais

Consiste na fratura da inserção lateral do esqueleto ósseo da concha inferior, aproximando-a da parede lateral. É realizado sob anestesia local ou geral, sendo necessário a utilização de tamponamento nasal por 24 a 48 horas.

É recomendado nos casos em que ocorre somente de hipertrofia óssea da concha. Alguns autores referem melhora em todos os pacientes documentada por rinomanometria após 3 meses do procedimento cirúrgico (8).

Cauterização

A cauterização das conchas nasais provoca uma fibrose na mucosa e submucosa, com conseqüente redução da sua capacidade de expansão por edema ou vasodilatação. Quando ocorre lesão na mucosa nasal, existe uma reparação por tecido cicatricial, muitas vezes funcionalmente inativo (5).

Os termocautérios ou eletrocautérios (monopolar ou bipolar) são empregados para esse procedimento. A eletrocoagulação é efetuada na superfície ou na submucosa da concha. O período pós-operatório das cauterizações de superfície são mais incômodos pela formação de crostas, que devem ser removidas para evitar a infecção secundária e sinéquias. As cauterizações podem ser realizadas sob anestesia local e, em alguns casos, associadas a luxação lateral óssea da concha.

Nas crianças e nos pacientes com hipertrofia de mucosa que demostram retração na aplicação tópica dos vasoconstritores a cauterização apresenta excelentes resultados segundo Mabry (9). A cauterização não é considerada um procedimento definitivo, pois na ausência de controle do quadro alérgico, pode ocorrer nova hipertrofia dos tecidos moles.

Criocirurgia

É realizada com nitrogênio líquido, promove lesão nos tecidos moles da concha nasal por frio, ocorrendo formação de cristais no interior das células, resultando em ampla destruição tecidual. É possível a sua execução sob anestesia local. Apresenta melhores resultados em pacientes com hipertrofia de mucosa isolada. A sua efetividade varia entre 62% no primeiro ano e 35% tardiamente, podendo ser reaplicada em recidivas (10).

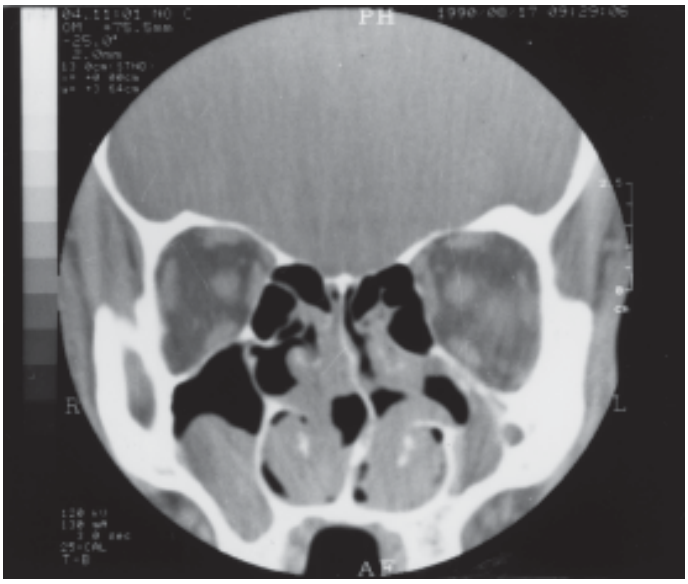


Figura 2 – TC coronal mostrando desvio do septo nasal para esquerda, hipertrofia das conchas inferiores e opacificação maxilar bilateral.

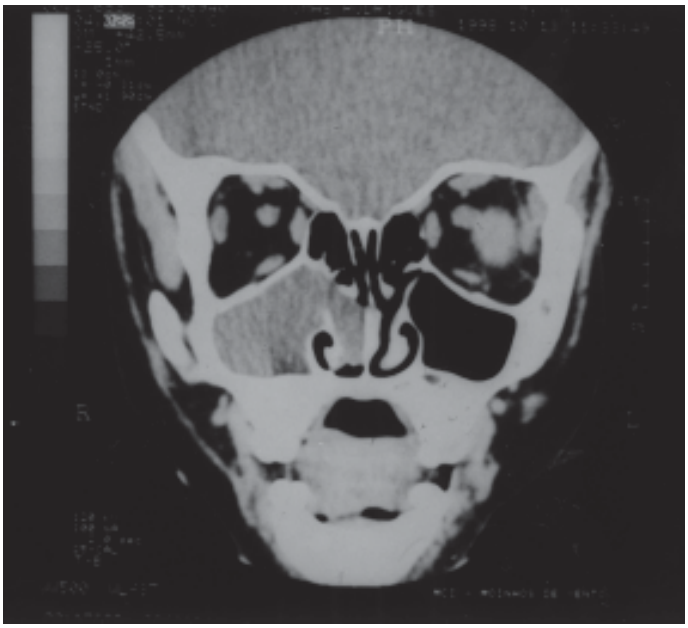


Figura 3a – TC em coronal apresentando opacificação total dos seio maxilar direito com massa obstruindo a cavidade nasal.

Vaporização com Laser

O laser corta o tecido e cauteriza os vasos através do aquecimento da água contida nesta região por um raio luminoso de alta energia concentrada em mínima superfície (3). Vários tipos de laser são empregados na cavidade nasal; o KTP e o YAG laser promovem a fotocoagulação, enquanto o CO_2, a vaporização da mucosa. A redução da mucosa com laser produz uma cicatriz tecidual na submucosa, reduz o número de células secretoras e age na inervação autonômica, minimizando a resposta vasoativa (10). O procedimento pode ser realizado sob anestesia local, dependendo da extensão e da cooperação do paciente, tamponamentos não são necessários no pós-operatório.

Fukutake *et al.* (11), analisando pacientes submetidos à redução das conchas nasais com laser, observaram melhora da obstrução em 80% dos casos. Levine (10), acompanhando 425 pacientes com rinite submetidos a procedimento à laser, por 2 a 4 anos de pós-operatório apresentou 71% de pacientes assintomáticos, 20% de assintomáticos, mas usando de pequena quantidade de vasoconstritores ou corticosteróides tópicos nasais, e 9% sem melhora. Kubota (12) relatou que 60% dos pacientes apresentavam no pós-operatório, além da desobstrução nasal, diminuição da rinorréia. À microscopia se observou redução das glândulas mucosas, comprovando a sua eficácia no tratamento de indivíduos com rinite alérgica.

Turbinectomias

As turbinectomias são ressecções parciais ou totais das conchas nasais com o objetivo de ampliar as fossas nasais. Podem ser realizadas nas conchas inferiores ou médias, apresentando grande efetividade no tratamento da obstrução nasal.

Suas complicações mais freqüentes são o sangramento pós-operatório e a ampliação exagerada da cavidade nasal, levando à dor inspiratória e formação de crostas de secreção.

Turbinoplastia ou turbinectomia submucosa

Reduz a concha nasal com máxima preservação da sua mucosa. Esta técnica envolve a exposição do esqueleto ósseo da concha com posterior ressecção, deixando a mucosa e submucosa intactas. Quando a mucosa encontra-se muito hipertrófica, executa-se a sua ressecção parcial, adaptando-a a nova superfície óssea, o que é denominado turbinoplastia. Após a cirurgia, um tamponamento nasal deve permanecer por cerca de 48 horas para evitar sangramentos (Figura 4).

Turbinectomia parcial

Este procedimento tem como objetivo a ressecção parcial da concha com remoção da sua estrutura óssea e dos tecidos moles (mucosa e submucosa).

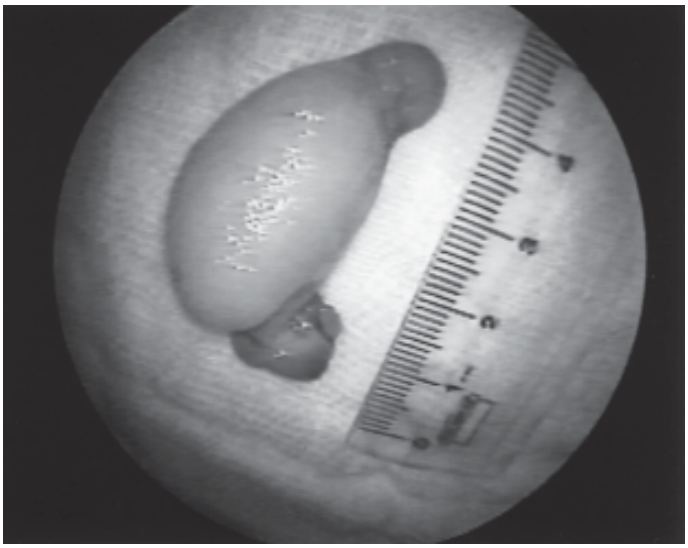


Figura 3b – Peça cirúrgica compatível com o diagnóstico de pólipo antrocoanal.

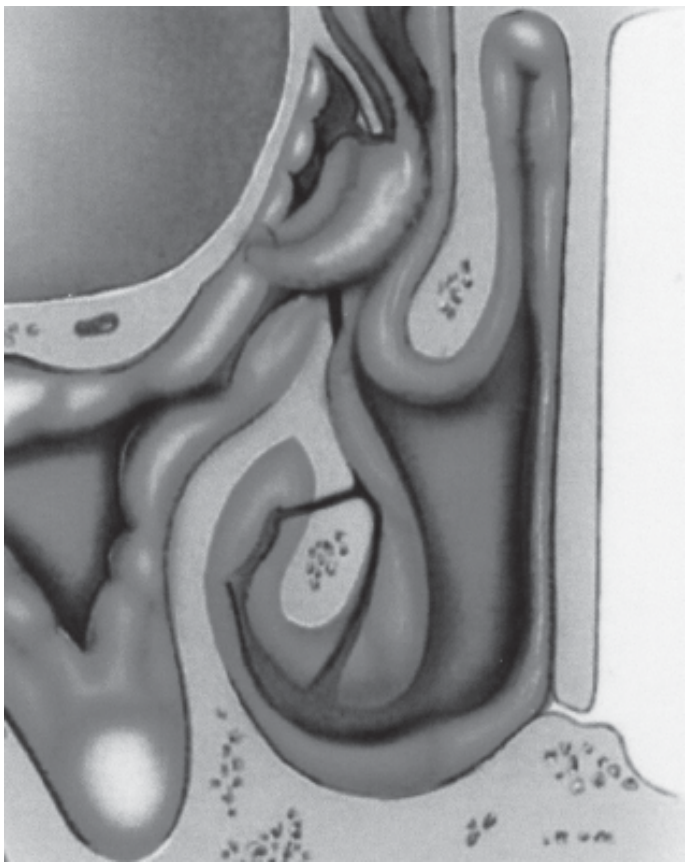


Figura 4 – Turbinoplastia inferior.

Quando associada à remoção das conchas médias e inferiores, essa deve ser bastante conservadora para evitar mudanças na fisiologia nasal com formação de secreção espessa, de sensação de secura e de crostas. No pós-operatório existe risco de sangramento, o que exige a colocação de um tampão nasal por 48-72 horas (Figura 5).

Turbinectomia total

Deve ser considerada uma cirurgia de exceção, uma vez que fossas nasais amplas não se constitui em sinônimo de respiração adequada.

Além da formação crônica de crostas, são descritas complicações álgicas inspiratórias em cavidades nasais amplas, principalmente com o frio (3). Em contraste, é descrito em pacientes submetidos à turbinectomia total um quadro chamado de dispnéia paradoxal. O paciente refere obstrução nasal, embora a a rinoscopia e a rinomanometria não demonstrem obstrução. A provável explicação destes é a falta de sensibilidade ao fluxo aéreo nasal pela ausência das proeminências das conchas durante a respiração, a diminuição da umidificação e o aquecimento do ar inspirado (13, 14).

Por estas razões, a turbinectomia total deve ser reservada a casos específicos de tumores.

Procedimentos para corrigir fatores associados:

Adenoidectomia

Nos pacientes pediátricos com rinite alérgica, a obstrução pode ser agravada pela presença de adenóide hipertrófica, tornando mais difícil o seu tratamento. Após a avaliação radiológica do cavum, endoscopia nasal e teste terapêutico, se a hipertrofia de adenóide é relevante, está então indicada a adeinoidectomia. Essa cirurgia é rápida, realizada sob anestesia geral e não provoca dor no pós-operatório.

Septoplastia

O desvio do septo nasal, projetando-se para uma ou ambas fossas nasais, é um fator freqüentemente presente em pacientes portadores de rinite alérgica e obstrução nasal significativa. Quando necessário associa-se a correção do desvio de septo ao tratamento cirúrgico das conchas nasais. Os tampões nasais permanecem por 24 a 48 horas para manter o posicionamento da mucosa septal e evitar o sangramento das conchas.

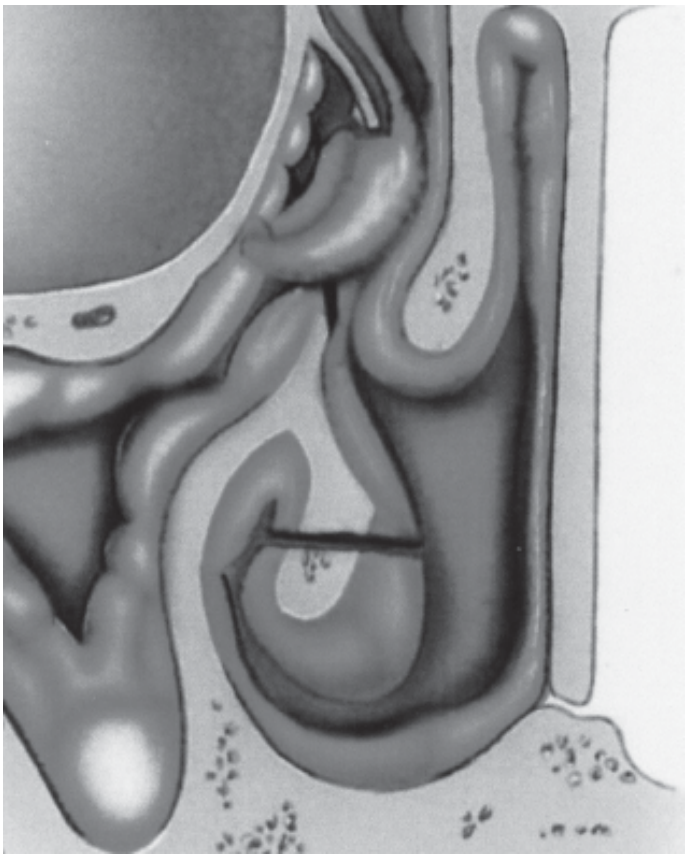


Figura 5 – Turbinectomia inferior parcial.

Polipectomia

Pólipos nasais podem ser considerados manifestações degenerativas da mucosa nasal em resposta ao processo inflamatório crônico da rinite alérgica. Os pólipos são obstáculos mecânicos do fluxo nasal, causando obstrução nasal e, muitas vezes, dos óstios de drenagem dos seios paranasais. A remoção dos pólipos deve ser indicada no tratamento adjuvante da rinite alérgica, embora o paciente deva ser esclarecido sobre a possibilidade de recidiva, especialmente quando não está controlado o processo alérgico.

Cirurgia dos seios paranasais

As rinossinusites recorrentes ou crônicas contribuem para a manutenção da inflamação da mucosa nasal e o seu tratamento é imprescindível para o controle da rinite alérgica. O tratamento cirúrgico da rinossinusite com técnicas endonasais funcionais visa a desobstruir e ampliar os óstios sinusais com mínima agressão à mucosa respiratória que reveste os seios.

Essas cirurgias não objetivam o controle direto dos sintomas da rinite alérgica, mas promovem melhores condições de recuperação da mucosa rinossinusal. Podem ser realizadas com videoendoscopia, sob anestesia local ou geral, dependendo da extensão da doença e das condições clínicas do paciente.

É de fundamental importância que as cirurgias realizadas em pacientes com rinite alérgica estejam associadas a tratamentos de manutenção do quadro alérgico, evitando assim as recidivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consenso sobre Rinites, publicado na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 66(3) parte 2, maio/junho, 2000. pág. 4-34. suplemento nº 10.
2. LUND *et al*. International consensus report on the diagnosis and management of rhinitis. Allergy 1994; 49:2-34.
3. SENNES LV, SANCHEZ TG. Tratamento cirúrgico da rinite alérgica. In: Castro FFM. Rinite alérgica: modernas abordagens para uma clássica questão. São Paulo: Lemos Editorial. 1997; 155-68.
4. ARAUJO E. Sinusites. RBM 1998; 55(4):234-47.
5. ANSELMO-LIMA WT. Tratamento cirúrgico dos cornetos nasais. Rev Bras Otorrinol 1998; 64(3).
6. ARAUJO E, SAKANO E, WECKY L. I Consenso Brasileiro sobre Rinossinusite. Rev Bras Otorrinol 2000; 65(3).
7. ARAUJO E, ANSELMI F, STOLZ DP, VILLANOVA CAC, PALOMBINI BC. Endoscopia nasal. Revista Médica Santa Casa 1998; 16:1720-3.
8. MARQUEZ F *et al*. Multiple submucosal out-fracture of inferior turbinates: evaluation of the results by acoustic rhinometry. Am J Rhinology 1996; 10:387-91.
9. MABRY RL. Allergic Rhinosinusitis. In: Bailey BJ, Head and Neck Surgery-Otolaringology, 1 st ed, JB Lippincott Company, Philadelphia, USA 1993; 290-301.
10. LEVINE HL. The laser for the treatment of turbinate dysfunction. Otolaryngol Head and Neck Surg 1991; 102:247-51.
11. FUKUTAKE T *et al*. Laser surgery for allergic rhinitis. Arch Otolaryngol 1986; 112:1280.
12. KUBOTA I. Nasal function following carbon dioxide laser turbinate surgery for allergy. Am J Rhinology 1995; 9:155-61.
13. MUCCI S, SISMANIS A. Inferior partial turbinectomy: na effectibe procedure for chronic sinusitis. ENT Journal 1994; 73:405-7.
14. ODETOYINBO O. Complications following total inferior turbinectomy: facts or myths? Clin Otolaryngol 1987; 12:361-3.