

Indicações e Contraindicações da Septoplastia em Crianças

Fulvio Verucchi e Carlos Alberto Caropreso

Assistente titular (Vice-chefe) Departamento de ORL Hospital Nacional Fatebenefratelli e Oftálmico de MILÃO. Diretor da Seção Diagnóstica e Cirurgia Videoendoscópica Nassosinusal no mesmo Departamento.

Carlos: Assistente Doutor do Grupo de Cirurgia Plástica da Face da Disciplina de Otorrinolaringologia do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os problemas relacionados à obstrução nasal em crianças e adultos sempre foram motivos de preocupação. Sabe-se que a respiração bucal de suplência em crianças durante a fase de crescimento pode levar a distúrbios graves no desenvolvimento físico (facial, oral, nasal e torácico), podendo, ainda, levar a prejuízo intelectual. No adulto, prejudica a qualidade de vida, levando à fadiga maior aos exercícios físicos e favorecendo, ainda, o aparecimento de roncos e apnéia do sono.

Várias são as alterações ou doenças que podem levar à obstrução nasal em crianças, sendo o desvio do septo nasal uma delas.

Grey e Fairbanks avaliaram a incidência do desvio de septo em diferentes idades:

- a) 58% dos recém-nascidos, com 4% de alteração estética associada,
- b) entre 73 e 83% dos adultos.

Nem, por isso, todos têm necessidade de serem operados.

Uma criança com desvio de septo pode ter outras doenças ou alterações obstrutivas associadas como hipertrofia da adenóide, hipertrofia de conchas nasais, atresia coanal, corpos estranhos, fibrose cística, polipose nasal, mucoviscidose. Todos estes fatores devem ser excluídos para poder indicar, com segurança, uma septoplastia em uma criança. Por meio da história e do exame físico já é possível realizar algumas hipóteses diagnósticas (desvio septal anterior, hipertrofia de conchas nasais, rinite alérgica), porém para auxiliar e aprofundar tais hipóteses pode-se lançar mão do Raio X simples, que ainda apresenta seu valor, da nasofibrosopia flexível ou rígida e da tomografia computadorizada.

Um pergunta, porém, sempre aparece: qual é a porcentagem de obstrução nasal patológica nas crianças, causada, de forma exclusiva ou primária, pelas alterações estruturais do nariz que necessitam de tratamento cirúrgico?

Fazendo uma revisão de toda a literatura neste assunto, acreditamos que o sumário mais completo e equilibrado, com o qual concordamos nas conclusões, é um artigo de Scott C. Manning, intitulado “um menino com três anos de idade com

desvio do septo e obstrução nasal graves”, que mencionamos a seguir:

“Está indicada a septoplastia submucopericondrial conservadora com recolocação do máximo de cartilagem possível. Esta é uma abordagem razoável para um paciente pediátrico com uma obstrução nasal unilateral ou bilateral completa.”

Na experiência de Manning, deformidades septais graves com uma obstrução nasal significativa são achados raros nos pacientes desta idade. Mais comuns são pacientes com história de traumatismo, que desenvolvem obstrução nasal progressiva ao crescer. Se chegarem a um ponto em que apresentem uma obstrução completa sintomática e/ou uma sinusite ipsilateral, Manning faz uma septoplastia conservadora.

Fazer ou não fazer uma septoplastia em crianças sempre foi um assunto muito controverso, e repleto de suposições. Comentaremos algumas:

1º) a existência de centros do crescimento nasal nas áreas de contato entre a cartilagem quadrangular e o vômer;

2º) a alteração do desenvolvimento do nariz e do resto da face, palato ogival, má oclusão, etc;

3º) os efeitos dos traumatismos nasais no crescimento do nariz e da face.

Iremos avaliar a primeira suposição: a existência dos centros do crescimento nasal nas áreas de contato entre a cartilagem quadrangular e o vomer.

Conforme comentou Adolfo Colomo no seu capítulo sobre septoplastia em crianças, no III Manual de ORL pediátrica da IAPO, não foi encontrado, com segurança (nenhuma demonstração histológica) centros do crescimento nasal na cartilagem e no osso septal.

Com relação à segunda suposição, Huizing, em um artigo de 2003 sobre o desenvolvimento do septo osteocartilaginoso, descreve este como sendo constituído praticamente só de cartilagem, sendo que esta não se desenvolve com a idade, portanto o crescimento do septo nasal se deve ao crescimento do osso, o qual empurra a cartilagem para baixo e para cima, projetando a pirâmide nasal. Há três períodos de maior crescimento nasal que são durante o 2º ano, o 4º ano e mais tarde entre o 11º e o 12º anos de idade.

Além disso, os desenvolvimentos da face e do nariz não são devidos apenas ao crescimento do septo nasal, mas a outros fatores como a respiração, a dentição, o desenvolvimento cerebral, a musculatura facial e a faríngea e os tecidos conjuntivos.

Em relação à terceira suposição, sabe-se que os traumatismos nasais de qualquer tipo podem causar alterações no desenvolvimento do nariz e da face que, com frequência, manifestam-se anos mais tarde.

Quase nunca há necessidade de Raio X do nariz nas crianças menores de cinco ou seis anos. É melhor examinar uma foto, se houver, e avaliar clinicamente (palpação) os ossos nasais e, principalmente, as cartilagens, para descobrir fraturas, luxações, hematomas que devem ser corrigidos o mais cedo possível. É importante o retorno da criança, pois os abscessos e os hematomas podem se formar em até um ou dois dias. O seguimento da criança, pós-trauma de face ou nariz, deverá ser feito após 24, 48 e 72 horas do acidente.

O que deve ser feito, quando há uma fratura nasal com um desvio e uma luxação

do septo e/ou do nariz? Devem-se, necessariamente, operar e reposicionar os ossos da pirâmide nasal e corrigir o desvio do septo.

As indicações cirúrgicas para a septoplastia em pacientes pediátricos estão na dependência de um tratamento clínico adequado, quando indicado, sem resolução do quadro e deve-se sempre ponderar custo e benefício, para não lesarmos a criança mais do que a própria doença o faria.

São elas:

- obstrução respiratória nasal grave, causada por desvio septal intenso;
- alteração do desenvolvimento nasal e facial, causada por desvio septal intenso;
- trauma nasal agudo, levando a deformidades septais e/ou da pirâmide nasal;
- hematoma ou abscesso do septo nasal.

Quais são as técnicas cirúrgicas?

As técnicas devem ser individualizadas para cada caso, segundo a idade do paciente e da alteração que ocorreu.

A abordagem cirúrgica da septoplastia, segundo a idade da criança:

- reposicionamento incruento do septo em recém-nascido (0-4 meses);
- septoplastia muito conservadora sub-condral e sub-periostal (segundo Cottle ou Metzenbaun) em crianças entre 5-12 anos de idade, eventualmente com controle endoscópico. Realizamos também septoplastia com controle endoscópico e uso de brocas para os desvios ósseos (atenção para não remover osso que não poderá mais se reproduzir);
- septoplastia clássica segundo Cottle, em adolescentes com mais de 15-16 anos de idade;
- outras técnicas como a sublabial e a rinosseptoplastia aberta somente em casos especiais de traumatismos e de deformações graves do nariz.

No recém-nascido, a manipulação deve ser feita, usando instrumentos sem corte, muito delicados para recolocar o nariz e o septo na posição correta, e insistir muito com o uso da mamameira, pois o movimento do músculo orbicular na sucção pode mover a parte anterior da cartilagem nasal, sendo muito importante para o desenvolvimento septal adequado.

Na septoplastia nas crianças o mais importante é manter o contato de todas as pequenas partes que serão remanescentes no septo nasal e, principalmente, o contato entre a cartilagem, o vômere e a lâmina perpendicular.

Outro aspecto a ser considerado é a estabilização septal. Uma sustentação plástica (*splint*) deverá ser introduzida, para fixar o septo na posição correta e manter a área da válvula nasal aberta.

Conclusão

É necessária uma avaliação profunda sobre a vantagem anátomo-funcional e a alteração do crescimento antes de fazer uma septoplastia em uma criança. Quando a obstrução nasal é causada por desvio do septo nasal, este pode e deve ser tratado, de forma muito conservadora.

Não obstante, em nossa experiência, nunca tivemos a necessidade de operar crianças menores de seis anos.

Leituras recomendadas

1. Manning SC. "A 3 year-old child with a severely deviated septum and airway obstruction", Arch Otolaringol Head Neck Surg 1999; 125: 699-700
2. Crysedale WF. "Septoplasty in children – Yes, but do the right thing", Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1999; 125: 701-702
3. Derkay CS. "A conservative role for septoplasty in young children", Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1999; 125: 702-703
4. Colomo AA., "Septoplastias en Pediatría" III Manual de Otorrinolaringologia Pediatrica de la IAPO, 2003; 186-192
5. Bejar I, Farkas LG, Messner AH, Crysedale WS. "Nasal growth after external septoplasty in children", Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1996; 122: 816-821
6. Freng A, Maye R. "Experimental nasal septoplasty: influence on nasomaxillary development", Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1985; 100: 309-315
7. Pirsig W. "Septal plasty in children: influence on nasal growth", Rhinology, 1977; 15: 193-204
8. Pentz S, Pirsig W, Lenders H. Long term results of neonates with nasal deviation: a prospective study over 12 years", Int J Pediatr Otorhinolaringol, 1994; 28: 183-191
9. Cottle MH. "Nasal surgery in children", Eye Ear Nose Throat Mon., 1951; 30: 32-38
10. Stamm A. "Microcirurgia Naso Sinusal", Editora Revinter Ltda, Sao Paulo, Brasil 1995; 177-182 e 425-427
11. Risavi R, Pisl Z, Sprem N, Kaplan I. "Rhinomanometrical findings after septoplasty in children", Int J Pediatr Otorhinolaringol, 1988; 16: 149-155
12. Huizing, E. H., de Groot, J. A. M. "Functional Reconstructive Nasal Surgery", Ed. Thieme, Stuttgart New York 2003; 171-173.
13. Patrocínio, J. A. "Septoplastia na Criança", Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 1999; 65: 302-306.