

Long-term effects of pharyngeal flaps on the upper airways of subjects with velopharyngeal insufficiency

Comentado por: Camila Queiroz de Moraes Silveira Di Ninno¹

Yamashita RP, Trindade IE. Long-term effects of pharyngeal flaps on the upper airways of subjects with velopharyngeal insufficiency. *Cleft Palate Craniofac J*. 2008;45(4):364-70.

Este artigo apresenta e discute os resultados de um estudo prospectivo que investigou os efeitos da cirurgia de retalho faríngeo em longo prazo, nas dimensões nasais e nasofaríngeas de pacientes com insuficiência velofaríngea (IVF) e correlacionou estes achados com o aparecimento de queixas respiratórias depois da cirurgia.

Na introdução do artigo, as autoras comentam que a cirurgia de retalho faríngeo é um dos procedimentos mais freqüentes para a correção da IVF e citam diversos estudos que comprovaram sua eficácia para a diminuição da hipernasalidade, do escape de ar nasal e da fraca pressão intra-oral. Mencionam, também, outros estudos que mostraram que este procedimento cirúrgico pode, por outro lado, causar dificuldades respiratórias, hiponasalidade e apnéia obstrutiva do sono. Esclarecem que isto ocorre em função dos pacientes com fissura labiopalatina já apresentarem deformidades nasais, responsáveis pela diminuição da cavidade nasal e pelo aumento da resistência nasal ao fluxo aéreo, que tendem a piorar em função da presença de um retalho na região nasofaríngea.

A casuística do estudo foi composta por 58 pacientes não sindrômicos com fissura de palato com ou sem fissura labial associada, que já tinham realizado as cirurgias primárias e que apresentavam IVF. Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia de retalho faríngeo de pedículo superior, programada a partir dos achados do exame clínico e nasoendoscópico de cada paciente. Para a coleta dos dados, os pacientes foram questionados a respeito da presença de queixas respiratórias, em média, dois dias antes da cirurgia (pré-operatório) e cinco meses (pós-operatório 1) e 14 meses (pós-operatório 2) após a cirurgia. A partir dos sintomas relatados na segunda avaliação pós-operatória, os pacientes foram distribuídos em dois grupos: com queixa respiratória (21 pacientes) e sem queixa respiratória (37 pacientes). As dimensões da cavidade nasal e nasofaríngea foram medidas nos períodos pré-operatório e pós-operatório 2 por meio da rinomanometria (*PERCI-SARS*, versão 3.0), descrita detalhadamente pelas autoras.

Os resultados deste estudo mostraram que, na primeira

avaliação pós-operatória, 55% dos pacientes relataram dificuldades respiratórias durante o sono, como respiração oral, ronco, episódios de apnéia ou a combinação destes. Um destes pacientes foi excluído do estudo por ter tido que remover o retalho faríngeo, devido à gravidade dos sintomas de obstrução nasal. Na avaliação realizada no período pós-operatório 2, a porcentagem de pacientes que apresentaram queixas respiratórias diminuiu para 36%.

Em relação à medida da menor área de secção transversa da via nasal, para ambos os grupos, os valores obtidos pela rinomanometria posterior, no período pós-operatório, foram significativamente menores do que os valores obtidos no período pré-operatório e do que os valores obtidos neste mesmo período pela rinomanometria anterior. Tanto no período pré como no pós-operatório, o grupo com queixa respiratória apresentou, em média, áreas menores do que o grupo sem queixa respiratória, porém, esta diferença não foi estatisticamente significativa. O teste ANOVA demonstrou que a idade do paciente foi um fator determinante na comparação da diferença de área entre os grupos. No grupo com queixa respiratória, 81% dos pacientes apresentaram valores da menor área de secção transversa da via nasal, significativamente menores no pós-operatório; 14% apresentaram valores maiores e 5% não apresentaram mudanças. No grupo sem queixa respiratória, 54% dos pacientes apresentaram valores da menor área de secção transversa da via nasal, significativamente menores, no pós-operatório; 24% apresentaram valores maiores e 22% não apresentaram mudanças. As autoras salientaram que a maior porcentagem de diminuição da área após a cirurgia ocorreu no grupo com queixa respiratória.

Quanto à área velofaríngea, no período pré-operatório, nenhum dos pacientes de ambos os grupos apresentou área velofaríngea considerada normal, o que era esperado, tendo em vista que todos apresentavam IVF. No período pós-operatório, 33% dos pacientes com queixa respiratória apresentaram áreas menores, enquanto que no grupo sem queixa, apenas 16% apresentaram áreas velofaríngeas menores do que o normal. As autoras salientaram que, após a cirurgia, houve maior porcentagem de pacientes com queixa respiratória, apresentando áreas velofaríngeas menores do que o normal.

Na discussão do artigo, as autoras comentam sobre a grande variação existente na literatura em relação à prevalência de alterações respiratórias decorrentes do retalho faríngeo. Esta diferença é justificada pela variabilidade em relação à técnica cirúrgica utilizada, à habilidade do cirurgião, aos métodos de

(1) Doutora, Professora do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e do Curso de Especialização em Motricidade Orofacial da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG – Belo Horizonte (MG), Brasil; Responsável pelo Serviço de Fonoaudiologia do Centro de Tratamento e Reabilitação de Fissuras Labiopalatais e Deformidades Craniofaciais – CENTRARE – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Camila Queiroz de Moraes Silveira Di Ninno. Av. Dom José Gaspar, 500, prédio 25, Coração Eucarístico, Belo Horizonte – MG, CEP 30535-901. E-mail: camilandinno@uol.com.br

avaliação e ao tipo de queixa analisada. Ressaltam ainda, que muitos pacientes já apresentavam queixas respiratórias no período pré-operatório, o que é freqüente em pacientes com fissura labiopalatina e que, nestes casos, só consideraram como queixa no período pós-operatório, quando o paciente relatava que o problema havia piorado após a cirurgia de retalho faríngeo.

As autoras questionam Wells et al. (1999) que afirmam que a obstrução das vias aéreas superiores após o retalho faríngeo é decorrente do processo inflamatório e da presença de edema e, portanto, transitória. Uma vez que 36% dos pacientes do presente estudo continuaram a apresentar sintomas de dificuldade respiratória na avaliação em longo prazo, as autoras levantaram a hipótese de que outros fatores não controlados no estudo possam ter contribuído, como a largura do retalho, a hipertrofia da tonsila faríngea, a hipo-

tonia, a obesidade, a hipoplasia maxilar e/ou mandibular, dentre outros.

Com este estudo prospectivo, que avaliou os efeitos do retalho faríngeo em longo prazo, as autoras concluíram que o retalho pode levar a uma significativa diminuição das dimensões da nasofaringe e à presença de queixas respiratórias persistentes, em um número considerável de pacientes. Citando Cole (1993), elas ressaltam que as queixas respiratórias relatadas pelos pacientes podem estar relacionadas à apnéia obstrutiva do sono e a uma condição de hipóxia crônica, que podem, por sua vez, levar a problemas neuropsicológicos e cardiovasculares. Desta forma, recomendam que esta possibilidade seja considerada, ao se indicar a realização de retalho faríngeo para correção de IVF. Recomendam, ainda, que estes pacientes sejam acompanhados no período pós-operatório por exames objetivos como a polissonografia.