

LEÃO MOCELLIN



CIRURGIA DO CORNETO INFERIOR

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná para obtenção do Título de Mestre Curso de Pós-Graduação em Cirurgia.

CURITIBA
1988

LEÃO MOCELLIN

CIRURGIA DO CORNETO INFERIOR

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDER
RAL DO PARANÁ PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE MESTRE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIRURGIA

CURITIBA

1988

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: OTORRINOLARINGOLOGIA

COORDENADOR: Prof. Dr. Leonidas Mocellin
Professor Catedrático da Disciplina de Otorrinolaringologia do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná.

ORIENTADOR : Prof. Dr. Leonidas Mocellin
Professor Catedrático da Disciplina de Otorrinolaringologia do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná.

Aos meus pais

LUIZ FERNANDO e NORMA

À minha esposa

MARIA BEATRIZ

Ao meu filho

LUIZ GUILHERME

Com muito amor, carinho e gratidão
dedico-lhes este trabalho.

Ao Professor Catedrático Leonidas Mocellin, pelo estímulo, apoio e orientação fundamentais na elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

- Ao Professor Adjunto Osvaldo Malafaia, coordenador do curso de Pós-graduação em Cirurgia pela cooperação e orientação;
- Ao Professor Adjunto Carlos Eduardo Barrinuevo pelo apoio e estímulo;
- À Professora Leonor Demeterco Correia Oliveira pela revisão lingüística do texto;
- Ao Sr. Joaquim Pedro da Silveira Martins, pela composição datilográfica do texto.

Í N D I C E

	Página
INTRODUÇÃO	07
REVISÃO DE LITERATURA	09
ANATOMIA E FISIOLOGIA DO NARIZ	13
CASUÍSTICA	21
MÉTODOS	64
RESULTADOS	68
DISCUSSÃO	71
CONCLUSÕES	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A obstrução nasal crônica, refratária aos tratamentos clínicos e persistente pós-septoplastia, é um problema freqüente com o qual o otorrinolaringologista se depara.

O paciente com obstrução nasal tem freqüentemente respiração bucal, boca e garganta seca, sono agitado acompanhado de roncos e dispnéia noturna.

Estudos recentes, como os de HIGHT e COLE (1983), evidenciam que a hipertrofia do corneto inferior pode causar ou contribuir para a obstrução nasal crônica.

Durante anos, inúmeros tratamentos cirúrgicos têm sido utilizados para tratamento da hipertrofia dos cornetos.

A ressecção total do corneto inferior tem sido descrita como causa de rinite atrófica e ozena. Atribui-se a este procedimento uma perda de superfície mucosa, destruição ciliar, atrofia, necrose tecidual e infecção.

A ressecção parcial do corneto inferior foi o procedimento por nós utilizado na tentativa de obter uma melhora no fluxo de ar, através das fossas nasais, sem a ocorrência das seqüelas anteriormente relatadas.

REVISÃO DE LITERATURA

REVISÃO DA LITERATURA

MOREL e MACHENZIE (1888), em "Management of Nasal Diseases", nos fornece um capítulo referente à hipertrofia da mucosa das fossas nasais, no qual se mostra prudentemente intervencionista. Recomenda o uso de protetores do septo, aconselhando o de SHURLEY, no qual um espéculo nasal tem uma de suas valvas substituídas por uma placa de marfim.

MOURE (1893), em seu "Manuel Pratique des Maladies du Nez", considera medíocres os resultados da eletrólise e opta pela cauterização química e pela galvanocaustia linear por meio de cautérios com protetores de marfim ou cobre para o septo.

GAREL (1897) recomenda eletrólise dos tecidos, reservando a alça galvânica para a hipertrofia da cauda dos cornetos.

HOLMES (1900) mostra-nos suas experiências na turbinectomia colocando de lado a cauterização.

CASTEX (1912) se refere à cornectomia e a galvanocaustia (*).

STRANDBERG (1924) apresentou 1.000 casos de ressecção submucosa do corneto inferior.

ODENAL (1930) e HARRIS (1936) descrevem a técnica da ressecção submucosa usando uma abordagem cirúrgica em que se preservavam as áreas de maior irrigação sanguínea evitando o sangramento pós-operatório.

TREMBLE (1960) descreve variações técnicas com ressecção da mucosa da margem livre do corneto inferior.

COURTISS GOLDUYEM e O'BRIEN acompanham, durante 3(três) anos, 88 pacientes submetidos à ressecção submucosa do corneto inferior, não evidenciando seqüelas pós-operatórias.

MARTINEZ e colaboradores (1983) mostram um acompanhamento de 5 anos com 29 pacientes submetidos à turbinectomia total, onde apenas um deles teve mau resultado.

POLLOCK e ROHRICK (1984) descrevem suas experiências com 408 pacientes acompanhados durante 6 meses, diferentes abordagens cirúrgicas, e 90% de bons resultados quanto à obstrução nasal.

OPHIR, SHAPIRA e MARCHAK (1985) relatam resultados com 150 pacientes acompanhados durante um período médio de 2 anos e meio após turbinectomia inferior submucosa e resultados onde nenhum caso de crostas, secreção ou odor fétido foi encontrado.

MORRE, FREEMAN, OGREN e YOMKERS (1985) descrevem 78 casos de turbinectomia inferior submucosa com acompanhamento de 5 anos, onde 88% dos pacientes relatam crostas nasais causando desconforto, e um caso de perfuração do septo.

FAMOUS (1986) nos mostra 220 pacientes submetidos à turbinectomia inferior anterior, acompanhados por um período médio de 1 (hum) ano, com 94% de bons resultados e nenhuma seqüela relatada.

- * apud BELFORT F. - em sua obra Tratamento das Hipertrofias Crônicas dos cornetos. Rev. Oto-Laringologica de São Paulo, 10 (5): 1175-9, Set 1942.

ANATOMIA E FISIOLOGIA DO NARIZ

ANATOMIA E FISILOGIA DO NARIZ

ANATOMIA

Na porção mediana, logo abaixo da glabella e acima do lábio superior, limitado lateralmente pelas bochechas e órbitas, notamos uma proeminência em forma de uma pirâmide triangular, com base inferior e vértice superior, que se denomina nariz.

Sob o ponto de vista anatômico, podemos dividir em:

- 1 - Pirâmide nasal;
- 2 - Narina e fossas nasais.

1 - Pirâmide Nasal - o nariz é representado pela pirâmide nasal, que apresenta 3 faces, 3 bordas, 1 base e 1 vértice.

Das bordas, duas são póstero-laterais, contribuindo para a formação do sulco longitudinal que delimita o nariz, das pálpebras, bochechas e do lábio, recebendo o nome de sulco nasopalpebral, sulco nasogeniano e sulco labial. A outra borda, a terceira, resulta do acolamento das faces antero-laterais; é chamada de dorso do nariz, que se pode apresentar retilíneo, curvelíneo, etc.

O vértice da pirâmide nasal relaciona-se como o espaço intersuperciliar conhecido pelo nome de glabella.

A base da pirâmide nasal apresenta os dois o

rifícios separados por uma tabique denominado de subsepto; estes orifícios recebem o nome de orifícios narinais.

No arcabouço do nariz, encontramos, sucessivamente, do vértice para a base:

1º) - Os ossos próprios;

2º) - Os ramos ascendentes do maxilar superior;

3º) - A cartilagem da asa do nariz;

4º) - As cartilagens acessórias;

5º) - A cartilagem quadrangular do septo.

As artérias provêm da nasal e facial, ramos respectivos da carótida interna e externa.

As veias são tributárias da facial e angular.

A inervação motora é dada pelo facial, e a sensitiva, pelo trigêmeo.

Os linfáticos se dirigem aos gânglios pré-auriculares, parotídeos e sub-maxilares.

2 - Narina e fossas nasais - as fossas nasais constituem o segmento inicial da árvore respiratória, comunicando-se com o exterior por intermédio das narinas, e, com a rinofaringe, através das coanas. Em número de duas, uma para cada lado, as fossas nasais estão separadas por um septo osteocartilagíneo - o septo nasal - e são constituídas por quatro paredes: a) uma inferior ou soalho, que corresponde à abóbada palatina; b) uma superior ou abóbada, formada, da frente para trás, pelo osso frontal, lâmina crivada do etmóide e pa

rede anterior do corpo do esfenóide; c) uma interna ou septo nasal, constituída adiante pela cartilagem quadrangular ou septal e posteriormente pela lâmina perpendicular do etmóide e pelo vômer; d) finalmente, uma parede externa, de todas a mais importante, formada pela justaposição de vários ossos (maxilar, superior, palatino, etmóide e corneto inferior) e chamada parede turbinada, pois nela se dispõem, de cima para baixo, três a quatro saliências osteomucosas, denominadas cornetos ou conchas. Os cornetos nasais, geralmente em número de três (inferior, médio e superior), podendo existir extraordinariamente um quarto e, excepcionalmente, um quinto ou corneto supremo, são saliências que se inserem na parede externa da fossa nasal, em sentido ântero-posterior, de tamanho de crescente de baixo para cima, e que possuem uma extremidade anterior ou cabeça, uma extremidade posterior ou cauda e uma porção intermediária ou corpo. Os cornetos médio e inferior são estruturas longas e carnudas que pendem para baixo na parede lateral, têm um formato aerodinâmico, quase globosos na porção anterior e diminuindo em diâmetro na região posterior. Possuem tecido erétil ou espaços cavernosos que servem para regular seu tamanho. Funcionam como radiadores do nariz e recebem grande suprimento sanguíneo. Os cornetos limitam, com a própria parede externa da fossa nasal, determinados espaços denominados meatos. Ao nível do meato inferior desemboca o canal lacrimonasal. O meato médio, de todos o mais relevante, tem uma estrutura anatômica complexa determinada pelos canais

e orifícios de comunicação das cavidades paranasais anteriores (frontal, maxilar e etmóide anterior). No meato superior vêm ter os orifícios de comunicação dos seios posteriores (etmóide posterior e esfenóide).

As fossas nasais são forradas por uma mucosa, também chamada pituitária ou membrana de Schneider, muito espessa, devido à presença de abundante vascularização que constitui, no seu interior, verdadeiros lagos venosos eréteis, semelhantes aos do pênis, de preferência ao nível dos cornetos, sobretudo do corneto inferior. É revestida na superfície por uma camada epitelial, de estrutura histológica cilíndrica ciliada vibrátil, que freqüentemente, e em determinadas áreas, sofre modificações metaplásicas por várias influências (infecções, idade, reações alérgicas, inalações de substâncias irritantes, etc.), transformando-se em epitélio de tipo estratificado epidermóide etc., principalmente sobre a cabeça do corneto inferior e porção mais anterior do septo, devido ao embate direto da corrente aérea inspiratória. Esta camada epitelial é pontilhada, toda ela, de pertuitos pertencentes a canalículos glandulares. Logo abaixo do epitélio, encontramos a membrana básica, de natureza colagênica e de espessura variável nos diferentes pontos, servindo de traço de união entre a camada epitelial e a camada subepitelial, também denominada cório ou túnica própria. Esta última se estende até o osso, e é constituída por tecido fibroelástico, compreendendo uma rede vascular capilar, logo abaixo da membrana básica;

uma camada glandular, rica de glândulas caliciformes (produtoras de muco) e infiltrações linfocitárias; a seguir, uma camada profunda, periosteal, que contém vasos mais calibrosos e lacunas cavernosas, estas últimas especialmente desenvolvidas ao nível das bordas livres e das caudas dos cornetos inferior e médio.

FISIOLOGIA

As fossas nasais desempenham papel relevante na fisiologia respiratória, promovendo a filtração ou purificação, o aquecimento e o umedecimento do ar inspirado. Constituem, por isso mesmo, verdadeira guarda avançada protetora das regiões vizinhas (cavidades paranasais e auriculares) e das vias aéreas inferiores.

1) - A filtração ou purificação do ar inspirado é assegurada pela ação mecânica das vibrissas (pêlos que se implantam no vestíbulo nasal), pela função ciliar, pelo reflexo esternutatório e, também, pela ação química, bactericida, do muco nasal. Todos estes elementos se conjugam para garantir uma assepsia do ar inspirado, cuja finalidade é proteger as vias aéreas inferiores. Entre os diversos elementos defensivos da mucosa nasal, ressalta, sem dúvida, a ação dos cílios vibráteis, tão notavelmente evidenciada pelos estudos de Proetz. Cada célula possui cerca de oito cílios, dotados de 160 a 250 batimentos por minuto. Os cílios só trabalham normalmente em meio úmido, na presença de muco, pH de 6,8 a 7,4,

na temperatura ideal de 18 a 33°C, imobilizando-se acima de 43° e abaixo de 7°C. Juntamente com a secreção mucosa glandular, os cílios vibráteis formam um verdadeiro tapete mucosociliar ao longo de toda a árvore respiratória, o qual está em contínuo trabalho de expulsão e eliminação, para o exterior, de partículas estranhas e microrganismos.

2) - O aquecimento do ar inspirado é garantido pela irradiação de calor proveniente da intensa vascularização da mucosa nasal, cuja vasomotricidade é controlada por inervação parassimpática através do nervo vidiano, que tem por relais o gânglio esfenopalatino ("estação de muda" ou sinapse), e por inervação simpática perivascular, oriunda do simpático cervical.

3) - O umedecimento do ar, sua impregnação por vapor d'água, condição necessária à integridade anatômica e funcional dos cílios vibráteis, é assegurada pela secreção mucosa, pela transudação serosa, e até pela secreção lacrimal. O muco não só vai fornecer umidade ao ar inspirado, garantindo 580 cm³ de água (Proetz) necessários para umedecer os 15.000 litros de ar inspirados nas 24 horas, como também adere partículas estranhas, possui um fermento bactericida, a lisozima, e também imunoglobulina A (Ig A) secretora.

A trajetória do ar inspirado, ao nível das fossas nasais, é representada por uma curva cujo vértice atinge o meato médio e cujas extremidades terminais correspondem às coanas e às narinas. Ao lado desta corrente aérea princi

pal, existem duas outras acessórias: uma inferior (corrente inspiratória secundária), que segue o corneto inferior, e outra superior (corrente olfativa), que se dirige à abóbada nasal, onde se distribuem os filetes do nervo olfativo.

A corrente expiratória percorre o trajeto inverso, mais ou menos idêntico.

As diversas saliências e anfractuosidades naturais das cavidades nasais determinam retardamento na velocidade e mudanças de direção do ar inspirado, acarretando turbulência das correntes aéreas respiratórias, e, conseqüentemente, contato fisiológico mais demorado destas com a mucosa nasal, facilitando um melhor desempenho das funções acima descritas.

A insuficiência respiratória nasal pode ter como substrato etiológico não só condições de ordem anatômica (malformações de septo nasal, hipertrofia dos cornetos, formações poliposas, etc.), como também de ordem funcional (distúrbios vasomotores de origem neurovegetativa, insuficiência hepatorrenal, cardiovasculares, etc). O bloqueio ou obstrução nasal determina respiração bucal de suplência, o que poderá acarretar na criança, sob o ponto de vista mecânico, e quando permanente, certos distúrbios de desenvolvimento da caixa torácica (por diminuição de ventilação pulmonar), determinadas alterações morfológicas da coluna vertebral, do esqueleto facial, notadamente abóbada palatina e arcadas dentárias (prognatismo do maxilar superior).

CASUÍSTICA

CASUÍSTICA

Estudamos 41 pacientes com obstrução nasal crônica, em que foram falhos os tratamentos medicamentosos e imunoterápicos. Não diferenciamos processos vasomotores, eosinofílicos ou alérgicos nos atendo a que o corneto nasal inferior hipertrofiado determinava a causa da obstrução nasal. A idade dos pacientes variava entre 20 a 41 anos, sendo 25 homens e 16 mulheres. Os pacientes foram distribuídos em 3 grupos indistintamente:

- GRUPO A - Cinco pacientes foram submetidos a cirurgia com ressecção total do corneto inferior.
- GRUPO B - Quinze pacientes foram submetidos a cirurgia com ressecção da cabeça do corneto inferior.
- GRUPO C - Vinte e um pacientes foram submetidos a cirurgia com ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

01) - A.T. - 32 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em novembro de 1984, com queixas de obstrução nasal bilateral, cefaléia, espirros e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 12 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia acentuada com mucosa pálida e secreção aquosa.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, cefaléia, espirros e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

02) - J.C.C. - 26 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em fevereiro de 1984, com obstrução nasal, espirros e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 15 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores com palidez da mucosa.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Desapareceram os sintomas de obstrução nasal, espirros e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

03) - M.A.S. - 21 anos, pardo, masculino.

Procurou-nos em maio de 1984, com obstrução nasal, coriza e espirros. Início dos sintomas há 6 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores com secreção serosa abundante, palidez da mucosa.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Houve melhora no fluxo nasal, embora a coriza e os espirros persistam, porém em menor quantidade.

Resultado

Regular.

04) - J.F. - 44 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em janeiro de 1985, com obstrução nasal, coriza, espirros e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 20 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia acentuada dos cornetos inferiores com mucosa pálida, secreção serosa abundante.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, coriza, espirros e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

05) - A.L. - 32 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em outubro de 1984, com obstrução nasal, coriza serosa e cefaléia frontal persistente. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia do corneto, palidez da mucosa.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - espessamento de mucosa acentuado em seios maxilares, etmoidais e frontal.

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas nasais de obstrução nasal, coriza serosa e cefaléia.

Resultado

Bom.

06) - A.S.P. - 21 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em maio de 1985, com obstrução nasal e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores e médio, com descoloramento da mucosa.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Comentário

Despareceram os sintomas de obstrução nasal e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

07) - M.A.T. - 28 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em novembro de 1984, com obstrução nasal, coriza abundante e espirros intermitentes. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores, coriza serosa-mucosa abundante.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - discreta

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, com persistência dos sintomas de coriza e espirros.

Resultado

Regular.

08) - P.S. - 27 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em setembro de 1984, com obstrução nasal, espirros e coriza. Início dos sintomas há 15 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos, secreção sero-mucosa em grande quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Desapareceram os sintomas de obstrução nasal, persistem os sintomas de coriza e espirros.

Resultado

Regular.

09) - N.B.J. - 33 anos, moreno, masculino.

Procurou-nos em 1984, com obstrução nasal e rinorréia. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores com secreção serosa em grande quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal com persistência da rinorréia.

Resultado

Regular.

10) - L.M.S. - 20 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em janeiro de 1985, com obstrução nasal, coriza, espirros e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 8 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores e médio, mucosa descorada, secreção sero-mucosa em moderada quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, coriza, espirros e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

11) - D.C. - 22 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em outubro de 1984, com obstru_ção nasal. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetu_ados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos corne_ltos inferiores.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção muc_osa do corneto inferior.

Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Bom.

12) - M.B.M. - 30 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em março de 1985, com queixas de obstrução nasal. Início dos sintomas há 20 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Bom.

13) - E.A. - 23 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em janeiro de 1985, com queixa de obstrução nasal e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores com secreção sero-mucosa na fossa nasal.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal com persistência na diminuição da olfação.

Resultado

Regular.

14) - S.P. - 26 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em novembro de 1984, com queixas de obstrução nasal. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Bom.

15) - S.P. - 26 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em agosto de 1984, com queixas de obstrução nasal, coriza, diminuição da olfação. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores com secreção, mucosa em moderada quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da cabeça e cauda do corneto inferior bilateral. Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, coriza e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

16) - O.P. - 32 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em janeiro de 1985, com queixas de obstrução nasal. Início dos sintomas há 20 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores, e médio bilateral.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Bom.

17) - L.A.X. - 22 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em novembro de 1984, com queixas de obstrução nasal, espirros, coriza e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - cornetos inferior e médio hipertrofiados, coriza sero-mucosa em moderada quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, espirros, coriza e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

18) - A.A. - 41 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em agosto de 1984, com queixas de obstrução nasal. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.

Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Bom.

19) - C.W.S. - 29 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em setembro de 1984, com queixas de obstrução nasal e cefaléia. Início dos sintomas há 10 a nos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos corne
tos inferiores, secre
ção serosa em moderada
quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre
do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção muco
sa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal e ce
faléia.

Resultado

Bom.

20) - J.J.R. - 26 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em abril de 1984, com queixas de obstrução nasal. Início dos sintomas há 7 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.

Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Bom.

21) - L.N. - 35 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em julho de 1984, com queixas de obstrução nasal e coriza. Início dos sintomas há 15 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p. nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa do corneto inferior.
Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal e coriza.

Resultado

Bom.

22) - L.A.D. - 32 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em julho de 1984, com obstrução nasal persistente. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos com secreção seromucosa em moderada quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção total do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Bom.

23) - V.T.S. - 25 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em maio de 1984, com obstrução nasal, coriza e espirros intermitentes. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de corneto inferior bilateral.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção total do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - crostas em moderada quantidade nas fossas nasais. Ausência do corneto inferior.

Comentário

Pouca melhora com relação a respiração e olfação. Desconforto com formação de crostas nas fossas nasais.

Resultado

Mau.

24) - O.S. - 30 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em novembro de 1984, com obstrução nasal e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 15 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de corneto inferior bilateral.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - discreta

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção total do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - crostas ocupando toda extensão das fossas nasais. Ausência do corneto inferior.

Comentário

Persistência da obstrução nasal e diminuição da olfação. Desconforto com a presença de crostas nasais.

Resultado

Mau.

25) - D.E. - 23 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em março de 1984, com obstrução nasal e coriza persistente. Início dos sintomas há 6 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de corneto inferior bilateral.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção total do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência do corneto inferior. Crostas em pequena quantidade nas fossas nasais.

Comentário

Melhora na respiração, embora a presença de crostas normais e coriza em moderada quantidade.

Resultado

Regular.

26) - L.Z. - 26 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em fevereiro de 1984, com obstru_ção nasal. Início dos sintomas há 15 anos. Tratamentos efetu_{ad}os anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de corneto inferior bilateral.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção total do corneto infe_{ri}or.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - crostas ocupando fossas nasais, ausência do cor_{ne}to inferior.

Comentário

Nenhuma melhora na respiração. Desconforto com crostas nasais.

Resultado

Mau.

27) - F.A.C. - 28 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em junho de 1984, com obstrução nasal, diminuição da olfação, coriza, espirros e cefaléia. Início dos sintomas há 8 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores e médio com secreção sero-mucosa em quantidade moderada.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - discreta

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia mucosa da causa do corneto inferior.

Orofaringe - normal

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal e cefaléia. Persistem os sintomas de coriza, espirros e diminuição da olfação.

Resultado

Regular.

28) - A.M.O. - 36 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em fevereiro de 1985, com obstrução nasal, coriza abundante, espirros intermitentes e cefaléia. Início dos sintomas há 20 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores e médios. Secreção serosa nas fossas nasais.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - hiperemia da parede posterior da faringe.

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Orofaringe - normal

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, coriza, espirros e cefaléia.

Resultado

Bom.

29) - O.C.S. - 44 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em março de 1985, com obstrução nasal e cefaléia. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores.

Rinoscopia Posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Orofaringe - normal

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal e cefaléia.

Resultado

Bom.

30) - A.F.N. - 24 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em setembro de 1984, com obstrução nasal e espirros intermitentes. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores com secreção serosa em grande quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cauda do corneto inferior.

Comentário

Melhora parcial do sintoma de obstrução nasal com persistência dos espirros.

Resultado

Regular.

31) - A.L.S. - 28 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em outubro de 1984, com obstrução nasal persistente. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado .

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cauda do corneto inferior.

Comentário

Melhora parcial do sintoma da obstrução nasal.

Resultado

Regular.

32) - R.C. - 27 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em fevereiro de 1985, com obstrução nasal e coriza persistentes. Início dos sintomas há 8 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos com secreção serosa em moderada quantidade.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cauda do corneto inferior.

Comentário

Melhora parcial do sintoma de obstrução nasal. Persistência do sintoma de coriza.

Resultado

Regular.

33) - J.A.S. - 22 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em março de 1985, com obstrução nasal, espirros e cefaléia. Início dos sintomas há 6 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção do corneto inferior.

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cauda do corneto inferior.

Comentário

Ausência de sintoma de obstrução nasal. Persistência dos sintomas de espirros e cefaléia.

Resultado

Regular.

34) - J.E.R. - 25 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em junho de 1985, com obstrução nasal e espirros intermitentes. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores, palidez da mucosa nasal.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cauda do corneto inferior.

Comentário

Melhora parcial do sintoma de obstrução nasal com persistência do sintoma de espirros.

Resultado

Regular.

35) - M.N. - 22 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em setembro de 1984, com obstrução nasal, coriza e espirros intermitentes. Início dos sintomas há 7 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores, secreção sero-mucosa abundante.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame-Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cauda do corneto inferior.

Comentário

Ausência do sintoma da obstrução nasal com persistência dos sintomas de coriza e espirros.

Resultado

Regular.

36) - C.L.L. - 30 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em dezembro de 1984, com obstrução nasal. Início dos sintomas há 10 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos nasais bilaterais

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cauda do corneto inferior

Comentário

Melhora parcial do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Regular.

37) - A.S.B. - 23 anos, pardo, masculino.

Procurou-nos em novembro de 1984, com obstrução nasal, coriza e espirros. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores com secreção serosa abundante, palidez da mucosa.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cauda do corneto inferior

Comentário

Ausência do sintoma de obstrução nasal com persistência dos sintomas de coriza e espirros.

Resultado

Regular.

38) - C.A.C. - 31 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em outubro de 1984, com obstru_ção nasal. Início dos sintomas há 15 anos. Tratamentos efetu_{ad}os anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia de cornetos inferiores

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto in_{fer}ior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção muc_osa da cabeça com hipertrofia da mucosa da cau_{da} do corneto inferior

Comentário

Persistência do sintoma de obstrução nasal.

Resultado

Mau.

39) - C.G. - 22 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em fevereiro de 1984, com obstrução nasal, espirros e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 6 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores com palidez da mucosa.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da cabeça do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, espirros e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

40) - C.A.S. - 23 anos, branco, masculino.

Procurou-nos em agosto de 1984, com obstrução nasal persistente, cefaléia, espirros constantes e diminuição da olfação. Início dos sintomas há 5 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - Hipertrofia acentuada dos cornetos inferiores com mucosa pálida e secreção aquosa.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, cefaléia, espirros e diminuição da olfação.

Resultado

Bom.

41) - M.N.P. - 30 anos, branca, feminino.

Procurou-nos em agosto de 1984, com obstrução nasal, coriza e cefaléia. Início dos sintomas há 12 anos. Tratamentos efetuados anteriormente sem resultado.

Exame Pré-Operatório

Rinoscopia anterior - hipertrofia dos cornetos inferiores, coriza sero-mucosa nas fossas nasais.

Rinoscopia posterior - normal

Orofaringoscopia - normal

Rx dos seios p.nasais - normal

Cirurgia - ressecção da cabeça do corneto inferior

Exame Pós-Operatório

Rinoscopia anterior - ausência da porção mucosa da cabeça do corneto inferior. Fossas nasais amplas.

Comentário

Ausência dos sintomas de obstrução nasal, coriza e cefaléia.

Resultado

Bom.

MÉTODOS

MÉTODOS

AVALIAÇÃO CLÍNICA PRÉ-OPERATÓRIA

Todos os pacientes foram submetidos a exame otorrinolaringológico. Os pacientes possuíam prova de retração dos cornetos (adrenalina diluída na concentração de 1:10.000) negativa.

AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Foram realizados os seguintes exames laboratoriais: hemograma, CPK, Colinesterase, coagulograma. Dosagem de uréia e creatinina.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Cirurgia realizada entre 08 a 43 dias após a avaliação pré-operatória. Utilizamos anestesia local em todos os pacientes. Preparo dos pacientes com sedação prévia, anestesia tópica com xylocaina a 2% e adrenalina na diluição de 1:80.000. Os pacientes distribuídos em 3 grupos de acordo com a técnica cirúrgica.

GRUPO A - Fratura medial do corneto inferior, usando descolador de Freer. Tesoura angulada de Knight foi usada para cortar o corneto, separado-o da parede nasal lateral. O corneto foi removido da fossa na

sal com uma pinça de Takahashi. Introdução de tampão de Gelfoan úmido em pomada estéril de vaselina sobre a superfície cruenta da parede nasal lateral. Tamponamento nasal com gaze em fita umedecida em vaselina, permanecendo este tampão 72 horas.

GRUPO B - Fratura medial do corneto inferior, usando decolador de Freer. Remoção da cabeça do corneto com pinça de biópsia. Introdução de tampão de Gelfoan úmido em pomada estéril de vaselina sobre a superfície cruenta do corneto inferior. Refratura do corneto de encontro à parede lateral. Tamponamento nasal com gaze em fita umedecida em vaselina, permanecendo este tampão 72 horas.

GRUPO C - Fratura medial do corneto inferior, usando descolador de Freer. Remoção da cabeça do corneto com pinça de biópsia e da borda livre do corneto com tesoura angulada de

Knight. Introdução de tampão de Gelfoan úmido em pomada estéril de vaselina abaixo, junto à superfície cruenta e lateralmente ao corneto. Refratura do corneto de encontro à parede lateral. Tamponamento nasal com gaze em fita umedecida em vaselina, permanecendo este tampão 72 horas.

AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

Todos os pacientes foram avaliados entre 18 e 24 meses após cirurgia, com exame otorrinolaringológico. A função respiratória foi avaliada de forma subjetiva, baseada na informação prestada pelo paciente na fase pré-operatória e pós-operatória e registrada na ficha clínica.

RESULTADOS

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS

BOM | AUSÊNCIA DE OBSTRUÇÃO NASAL E DEMAIS SINTOMAS

REGULAR | AUSÊNCIA DE OBSTRUÇÃO NASAL, MANTENDO ALGUNS DOS SINTOMAS RELATADOS

MAU | PERSISTÊNCIA DA OBSTRUÇÃO NASAL

RESULTADO EM VALORES ABSOLUTOS DE TURBINECTOMIA DO CORNETO INFERIOR EM 41 PACIENTES

	BOM	REGULAR	MAU
A	01	01	03
B	05	09	01
C	16	05	00

RESULTADO EM PORCENTAGEM DE TURBINECTOMIA DO CORNETO INFERIOR EM 41 PACIENTES

A	20% (0,20)	20% (0,20)	60% (0,20)
B	33% (0,33)	60% (0,60)	7% (0,7)
C	76% (0,76)	24% (0,24)	—

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Há um conceito na Literatura de que a ressecção dos cornetos resulta em um aumento no fluxo de ar nasal, causando ressecamento, crostas, disfunção ciliar, infecções crônicas, rinorréia e atrofia fibrosa irreversível da mucosa. O termo ozena, rinite seca e rinite atrófica tem sido usado para descrever tais alterações, que representariam um estágio final de prolongada infecção (MARTINEZ 1983). Em muitos casos, a rinite atrófica está oculta mediante o uso de métodos conservadores de tratamento com o uso tópico de soluções salinas e antibioticoterapia, onde a cirurgia dos cornetos aceleraria o processo (OPHIR 1985).

POLLOCK e ROHRICH (1984) concluem que pacientes com evidências de rinosinusite bilateral deveriam ser avaliados previamente ao procedimento cirúrgico, no sentido de detectar sinais de rinite atrófica.

Cirurgias radicais com ressecção total dos cornetos foram praticados, mas logo abandonados, pelas complicações resultantes. Métodos com excisões parciais, eletrocautério, criocautério, ressecção submucosa e fraturas mediais foram de resultados desanimadores (GORE 1978).

Em recentes estudos HAIGHT e COLE (1983), confirmaram que a grande porção da resistência nasal está situada no nível da cabeça dos cornetos inferiores, concluindo sua grande importância no tratamento das congestões nasais.

Como COURTISS e colaboradores (1983) e NABRY (1985) nossa ressecção cirúrgica é restrita ao 1/3 anterior (cabeça) e borda inferior do corneto. As complicações pós-operatórias foram mínimas, sendo que 1 paciente teve discreto sangramento nasal na primeira semana pós-operatória, que ce deu espontaneamente.

Os pacientes foram avaliados entre 18 - 20 meses pós-cirurgia, concluindo-se que dos 3 grupos de pacientes, no Grupo A (ressecção total dos cornetos), a formação de crostas e rinorréia se fez presente, concordando que o ressecamento da mucosa traz como consequência alterações anátomo-fisiológicas do nariz, provocando rinite atrófica. O Grupo B (ressecção da cabeça do corneto), técnica usada por FANOUS (1986), nos mostrou ausência de crostas e secreções; no entanto, a obstrução nasal permaneceu em 2/3 dos pacientes operados. No Grupo C (ressecção da cabeça e borda livre do corneto inferior), os resultados foram satisfatórios, com melhora do fluxo nasal e ausência de crostas e secreções.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

A análise dos resultados do tratamento cirúrgico do corneto nasal inferior permite concluir que:

- A obstrução nasal permaneceu em 2/3 dos pacientes em que ressecamos somente a cabeça do corneto inferior.

- A ressecção total do corneto inferior não deve ser utilizada como consequência da rinite atrófica observada em 3/5 (60%) dos pacientes.

- Não ocorreu rinite atrófica nos pacientes submetidos à ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior.

- A ressecção da cabeça e margem livre do corneto inferior é um procedimento efetivo e seguro na melhora da obstrução nasal crônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALLENGER J.J., et al. Symposium. The nose versus the environment. Laryngoscope., 93 (1): 56-7, Jan 1983.
- BELFORT F. Tratamento das Hipertrofias Crônicas dos cornetos. Rev. Oto-Laringologia de São Paulo., 10 (5): 1175-9, Set 1942.
- COURTRISS E. H., et al. Resection of obstructing inferior nasal turbinates. Plast Reconstr. Surg., 62 (2): 249-57, Aug 1978.
- COURTRISS E. H., et al. resection of obstructing inferior turbinates: a 6-year follow-up. Plast.Reconstr. Surg., 72 (6): 913, Dec 1983.
- DRUMHELLER G. H. Nasal turbinate resection for relief of nasal obstruction. Laryngoscope, 93 (11 pt 1): 1489-90, Nov 1983.
- DUTROW H. V. Conservative surgical treatment of hypertrophic rhinitis. Arch Otolaryngol., 21 (2): 59-64, Feb 1935.
- FANOUS N. Anterior turbinectomy. Arch Otolayngol. Head Neck Surg., 112 (8): 850-3, Aug 1986.
- FEDER R. J. Partial turbinectomy. Laryngoscope, 94 (2 pt 1): 259-60, Feb 1984.
- HAIGHT J. S. J. Cole P.H. The site and function of the nasal valve. Laryngoscope., 93 (1): 49-56, Jan 1983.

HAROLD I. H. Improved technic for submucous turbinectomy. Ann. Rhinol. Laryng., 65 (9): 481-5, Set 1936.

KENNETH H. H. Diagnosis of Anatomic obstructions of the airways. Arch. Otolaryngol., 78 (11): 660-3, Nov 1960.

MARTINEZ S.A., et al. Nasal turbinate resection for relief of nasal obstruction. Laryngoscope, 93 (9): 871-5, Jul 1983.

MOORE G. F. et al. Entended follow-up of total inferior turbinate resection for relief of chronic nasal obstruction. Laryngoscope., 95 (9 up 1): 1095-9, Sep 1985.

MUKHTAR T. M. Depomedrone injection of inferior turbinates for vasomotor rhinorrhea. J. Laryngol.Otol., 88 (12): 1041-5, Dec 1974.

NABRY R. L. Surgery of the inferior turbinates how much and when ? Otolaryngol. Head Neck Surgery., 92 (5): 571-6, Oct 1984.

ODENAL T. H. submucous turbinectomy. Arch.Otolaryngol., 11 (2): 215-6, Apr 1930.

OPHIR D., et al. Total inferior turbinectomy fir nasal airway obstruction. Arch. Otolaryngol., 111 (2): 93-5, Fev 1985.

OPHIR D., et al. Changes in olfactory acuity induced by total inferior turbinectomy. Arch.Otolaryngol. Head Neck Surg., 112 (2): 195-7, Feb 1986.

POLLOCK R. A. et al. Inferior turbinete surgery: an adjunct to successful treatment of nasal obstruction in 408 patients. Plast Reconstr. Surg., 74 (2): 227-36, Aug 1984.

PROETZ A. W. Physiology of the nose from the standpoint of the plastic surgeon. Arch. Otolaryngol., 39 (5): 514-7, May 1944.

TREMBLE G. E. Methods of shrinking the inferior turbinates to improve the airways. Laryngoscope., 70 (2): 175-86, Feb 1960.

VON HAACKE N. P., et al. Submucosal diathermy of the inferior turbinate and the congest nose. ORL. J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec., 47 (4): 189-93. Aug 1985.

WARREN D. W. et al. Effects of size of the nasal airways on nasal airflow rate. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg., 113 (4): 405-8, Apr 1987.