

Fístulas e deiscências em palatoplastia primária: uma experiência institucional

Fistulas and dehiscences in primary palatoplasty: an institutional experience

HENRIQUE LOPES ARANTES¹,
ANTONIO GUSTAVO ZAMPAR²,
FRANCISCO CLARO DE
OLIVEIRA JUNIOR², MARINA
JUNQUEIRA FERREIRA
ROSIQUE², RODRIGO GOUVÊA
ROSIQUE², WAGNER
ALBUQUERQUE LEAL³, JASON
CÉSAR, ABRANTES
FIGUEIREDO⁴

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi analisar a ocorrência de fístulas e deiscências pós-palatoplastia primária em pacientes operados no Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz (ICPSC). **Método:** Foram avaliados, de forma retrospectiva, 55 pacientes operados entre 1998 e 2005. **Resultados:** A técnica de Von Langenbeck foi realizada em 22 (43,1%) casos, com a idade média de 48 meses, seguida pela técnica de Bardach em 15 (29,5%) casos, com idade média de 24 meses, Furlow em 11 (21,6%) casos, com idade média de 34 meses. A técnica de Von Langenbeck foi a mais empregada nas fissuras pós-forame (59,2%). A técnica Bardach foi a mais utilizada nas fissuras transforame completa (54,1%). Observou-se a presença de fístulas nas técnicas de Von Langenbeck, Furlow e Bardach, respectivamente, em 22,7%, 18,2% e 39,9%. A incidência de deiscência nas técnicas Von Langenbeck, Furlow e Bardach, a incidência foi de 13,5%, 9,1% e 13,3%, respectivamente. **Conclusão:** Houve maior incidência de fístulas na técnica Bardach, em pacientes operados em idade mais precoce e fissuras transforame completas.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos bucais/métodos. Palato/cirurgia. Fissura palatina/cirurgia. Fissura palatina/complicações. Fístula. Deiscência da ferida operatória.

SUMMARY

Objective: The study endpoint was to analyze the occurrence of fistulas and dehiscences after primary palatoplasty performed in patients of the Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz (ICPSC). **Methods:** Fifty-five patients underwent to this procedure between 1998 and 2005 were retrospectively observed. **Results:** The Von Langenbeck technique was performed in 22 (43.1%) cases, being the average age of 48 months, followed for the technique of Bardach in 15 (29.5%) cases, with average age of 24 months, Furlow technique in 11 (21.6%) cases, with average age of 34 months. The Von Langenbeck technique was the most used in the incomplete palate clefts (59.2%). Bardach technique was the most used in the complete labiopalatal cleft (54.1%). There were observed fistulas in the technique of Von Langenbeck, Furlow and Bardach, respectively, in 22.7%, 18.2% and 39.9%. The incidence of dehiscences in the techniques of Von Langenbeck, Furlow and Bardach was 13.5%, 9.1%, and 13.3% respectively. **Conclusion:** Thus, it had a correlation of the incidence of fistulas with the used technique having been observed bigger incidence in the Bardach technique, precocious age at time of time of surgery and complete labiopalatal cleft.

Descriptors: Oral surgical procedures/methods. Palate/surgery. Cleft palate/surgery. Cleft palate/complications. Fistula. Surgical wound dehiscence.

Trabalho realizado no
Instituto de Cirurgia Plástica
Santa Cruz, São Paulo, SP.
Trabalho Apresentado na
Jornada Paulista de Cirurgia
Plástica, São Paulo, 2007.
Artigo recebido: 11/02/2008
Artigo aceito: 19/05/2008

1. Especialista pela SBCP; Médico assistente do Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz (ICPSC).
2. Médico residente do ICPSC.
3. Especialista pela SBCP.
4. Membro titular da SBCP. Médico assistente do ICPSC.

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatais são má formações congênitas cuja incidência é variável em nosso país, porém estimada em cerca de 1:650 nascidos vivos¹, adquirindo, portanto, importância em termos de saúde pública. A incidência varia em função de raça e sexo, sendo as fendas palatais isoladas mais frequentes no sexo feminino².

Em particular, a palatoplastia tem idealmente como objetivo principal promover o fechamento do palato duro e mole, criando um mecanismo velofaríngeo funcionalmente adequado para o desenvolvimento correto da fala e de forma paralela não provocar danos ao crescimento facial.

Nesse contexto, a palatoplastia realizada em idade precoce promove um melhor desenvolvimento da fala e, por outro lado, quando realizada em idade mais tardia, o desenvolvimento facial³.

O melhor momento para a realização da palatoplastia é definido por vários autores entre 12 a 24 meses^{4,5}, mas há os que preconizam o fechamento precoce do palato mole ao redor dos 6 meses de idade e postergam o fechamento do palato duro com o argumento de promover um melhor crescimento da maxila⁶.

Existem diversas técnicas descritas para a palatoplastia, dentre as quais destaca-se a de Von Langenbeck⁷, descrita ainda em 1861 (Figura 1), a técnica de Veau-Wardill-Kilner que

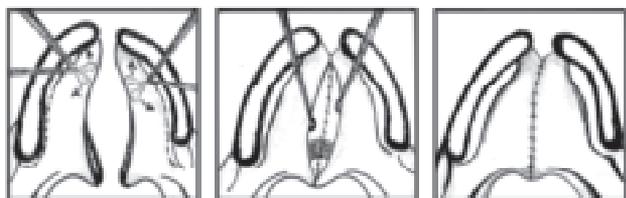


Figura 1 - Técnica de Von Langenbeck



Figura 2 - Técnica de Bardach



Figura 3 - Técnica de Furlow

utiliza um retalho em V-Y associado a um efeito tipo *push-back*⁸, e modificações técnicas como a proposta por Bardach⁹, que libera os retalhos anteriormente (Figura 2) e a descrita por Leonard Furlow, em 1978, que através de uma dupla plástica em Z visa a alongar o palato¹⁰ (Figura 3).

A incidência de fístulas pós-palatoplastia primária varia de 10 a 25%¹¹, podendo alcançar até 34%¹². As fístulas podem acometer o palato mole, o palato duro ou a transição entre ambos.

A ocorrência de fístulas, segundo a literatura, varia em função da gravidade e do tipo de fissura, da técnica utilizada para o reparo, da idade em que esse é realizado e da experiência do cirurgião^{13,14}.

As fístulas são avaliadas quanto a localização, diâmetro e suas conseqüências na alimentação e na ressonância da voz. A conduta e o momento para o reparo deverão ser definidos pesando-se todos esses fatores, tendo em vista que o reparo de uma fístula irá implicar em um acréscimo de cicatrizes. Esse fato, em última instância, pode afetar negativamente o crescimento facial.

O objetivo deste trabalho foi analisar a ocorrência de fístulas e deiscências pós-palatoplastia primária.

MÉTODO

Foram estudados de forma retrospectiva, pela análise de prontuários, todos os pacientes submetidos a palatoplastia primária no Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz, no período de 1998 a 2005.

O grupo totalizou 55 pacientes, sendo estudados os seguintes aspectos: incidência de fístulas e deiscências, técnica operatória utilizada, sexo e idade do paciente no momento da palatoplastia e o tipo de fissura presente em cada caso, segundo a classificação de Spina modificada.

A idade média da palatoplastia primária dos 55 pacientes analisados foi de 37 meses (12-447 meses), 50,1% dos pacientes eram do sexo feminino, 49,9% do sexo masculino. Houve exclusão de 4 pacientes da análise, cujos dados não permitiram definir com exatidão a ocorrência de complicações pós-operatórias.

O critério para divisão entre deiscência e fístula foi o tempo de ocorrência da solução de continuidade no sítio operatório. Assim, quando ocorreu antes do término da primeira semana de pós-operatório, foi considerada como deiscência.

Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe seguindo um mesmo protocolo, segundo o qual os pacientes eram idealmente operados entre 12 e 18 meses de idade, sendo a técnica cirúrgica utilizada preferencialmente Von Langenbeck.

Nos casos de fissuras amplas ou com dificuldade de aproximação anterior dos retalhos, utilizou-se a técnica de Bardach.

Quando havia necessidade de alongamento do palato utilizou-se a técnica de Furlow.

RESULTADOS

Em relação ao tipo de fissura, 27 (52,9%) pacientes apresentaram fissuras pós-forame e 24 (47,1%), fissura labiopalatina transforame completa.

A técnica de Von Langenbeck foi realizada em 22 (43,1%) casos, sendo a idade média de 48 meses, seguida pela técnica de Bardach com 15 (29,5%) casos, com idade média de 24 meses, Furlow em 11 (21,6%) casos, com idade média de 34 meses.

As técnicas de Veau-Wardill Kilner e o fechamento primário foram realizadas isoladamente em apenas um caso cada.

A técnica de Von Langenbeck foi a mais empregada nas fissuras pós-forame (59,2%), seguida pela Furlow (25,9%).

A técnica Bardach foi a mais utilizada nas fissuras transforame completas (54,1%), as técnicas de Von Langenbeck e Furlow foram utilizadas, nesses casos em 25% e 16,6%, respectivamente.

Observou-se a presença de fístulas nas técnicas de Von Langenbeck, Furlow e Bardach, respectivamente, em 22,7%, 18,2% e 39,9%. Com relação à deiscência nas técnicas Von Langenbeck, Furlow e Bardach, a incidência foi de 13,5%, 9,1% e 13,3%, respectivamente.

DISCUSSÃO

Em nossa casuística, a idade média no momento do fechamento da fissura palatal foi de 34 meses, o que foi conseqüente ao número significativo de pacientes que foram inicialmente atendidos em nosso serviço com idade avançada.

Esses pacientes não apresentaram maior incidência de fístulas no pós-operatório quando comparados aos pacientes operados dentro do período proposto em nosso protocolo.

Cohen et al.¹² apresentaram incidência de fístula pós-operatória de 10% para Furlow e 22% para Von Langenbeck, sem correlação com a idade de fechamento.

Em concordância com a literatura¹⁵, nossa incidência de fístula foi maior com a técnica de Bardach, tendo ocorrido em 39,9%. Com relação à incidência de fístula com a técnica de Von Langenbeck, esta foi de 22,7% e com a técnica de Furlow, 18,2% (Figura 4).

O uso da técnica Bardach foi mais freqüente nos casos de fissuras transforame e nos casos operados com idades mais precoces (Figuras 5 e 6).

A maior delicadeza dos tecidos e o campo operatório mais restrito nos pacientes com menor idade são fatores que poderiam eventualmente se correlacionar com o índice mais elevado de fístulas.

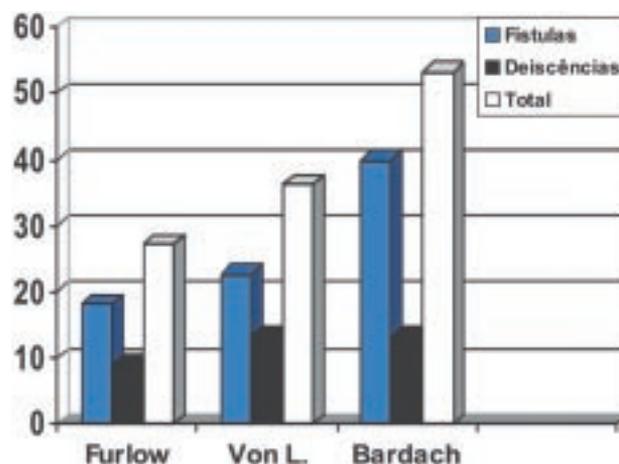


Figura 4 - Incidência de fístulas e deiscências em função da técnica (em número de pacientes)

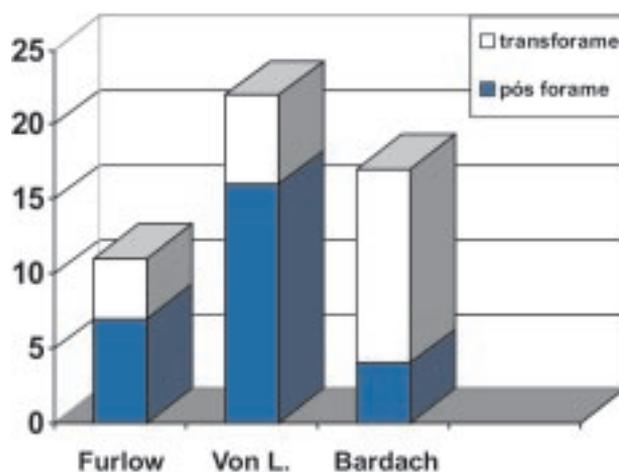


Figura 5 - Correlação da técnica com o tipo de fissura (em número de pacientes)

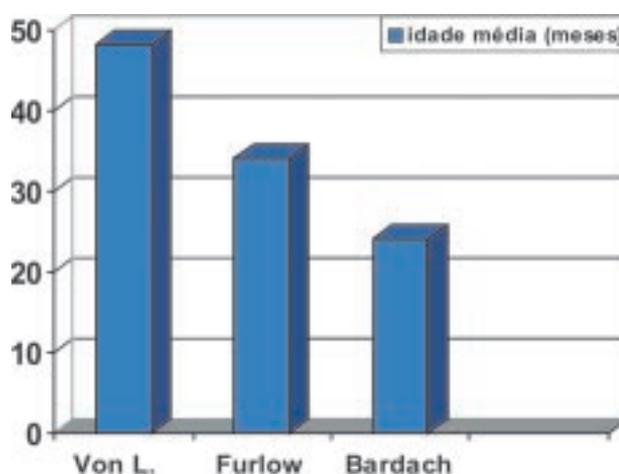


Figura 6 - Correlação da idade média com a técnica aplicada

Por outro lado, em relação à extensão da fissura, há correlação entre a incidência de fístulas com fissuras palatais mais amplas¹². De fato, em nosso serviço há maior aplicação da técnica de Bardach em casos de fissuras completas (Figura 5) em que há maior dificuldade para fechamento do palato, sendo necessária a liberação anterior dos retalhos mucoperiosteais para aliviar a tensão.

CONCLUSÃO

Observamos, em concordância com a literatura, alta incidência geral de formação de fístulas. Foi observada correlação com a técnica utilizada, tendo sido observada maior incidência na técnica Bardach, a qual foi mais utilizada em pacientes com idades mais precoces e em fissuras transforame completas.

REFERÊNCIAS

1. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odont Univ S Paulo*. 1968;6(2):111-28.
2. Mélega JM. *Cirurgia plástica fundamentos e arte. Cirurgia reparadora de cabeça e pescoço*. Rio de Janeiro:Medsi;2002.
3. Dorf DS, Curtin JW. Early cleft palate repair and speech outcome. *Plast Reconstr Surg*.1982;70(1):74-81.
4. Almeida SG. Fissura palatina. In: Melega JM, Zanini SA, Psillakis JM, eds. *Cirurgia plástica: reparadora e estética*. 2ª ed. Rio de Janeiro:Medsi;1992. p.275-82.
5. Carreirão S, Silva MO. Conceitos atuais do tratamento cirúrgico da fissura palatina. In: Carreirão S, Lessa S, Zanini SA, eds. *Tratamento das fissuras lábio-palatinas*. 2ª ed. Rio de Janeiro:Revinter;1996. p.173-9.
6. Schweckendiek V. Speech development after two stage closure of cleft lip and palate. In: Bekeher T, Slongo B, eds. *Long term treatment of lip and palate*. Bern:Hano Huber;1981.
7. Von Langenbeck BRK. Operation der angeborenen totale spaltung des harten gaumens nach einer neue methode. *Dtsch Klinik*. 1861;13:231.
8. Wardill WM. The technique of operation for cleft palate. *Br J Surg*. 1937;25:117.
9. Bardach J, Morris HL, Olin WH. Late results of primary veloplasty: the Marburg project. *Plast Reconstr Surg*. 1984;73(2):207-18.
10. Furlow LT Jr. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. *Plast Reconstr Surg*. 1986;78(6):724-38.
11. Abyholm FE, Borchgrevink HH, Eskeland G. Palatal fistulae following cleft palate surgery. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1979;13(2):295-300.
12. Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P. Cleft palate fistulas: a multivariate statistical analysis of prevalence, etiology, and surgical management. *Plast Reconstr Surg*. 1991;87(6):1041-47.
13. Schultz RC. Management and timing of cleft palate fistula repair. *Plast Reconstr Surg*. 1986;78(6):739-47.
14. Morris HT, Bardach J, Ardinger H, Jones D, Kelly KM, Olin WH, et al. Multidisciplinary treatment results for patients with isolated cleft palate. *Plast Reconstr Surg*. 1993;92(5):842-51.
15. Kobus KF. Cleft palate repair with the use of osmotic expanders: a preliminary report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007;60(4):414-21.

Correspondência para:

Antonio Gustavo Zampar
Rua Maranhão, 654 apto 112 - Higienópolis – São Paulo - SP
Fone (0xx11) 9600-9565