COMPLICAÇÕES DAS LARINGECTOMIAS PARCIAIS

COMPLICATIONS OF PARTIAL LARYNGECTOMIES

ABRÃO RAPOPORT[1]
MARCOS BRASILINO DE CARVALHO[2]
CARLOS NEUTZLING LEHN[3]
HELMA M. CHEDID[4]

Palavras-chave: Laringe, laringectomias parciais, complicações
Key words: Larynx, partial laryngectomies

Submetido: 06/08/2003
Aprovado: 25/08/2003

RESUMO

Os autores reviram as principais complicações pós-operatórias das laringectomias parciais verticais, supraglótica e supracricórdea. Destacam-se as alterações vocais da deglutição, particularmente a aspiração.

ABSTRACT

The authors review the main portoperative complications of vertical partial supraglotic and supracricoid laringectomies. They emphansize the vocal and swallowny complications.

Endereço para correspondência:

Profº Dr. Abrão Rapoport
Rua Iramaia, 136 Jd. Europa
01450-020 - São Paulo - SP
e-mail: cpgcp.hosphel@attglobal.net

1 - Coordenador do Curso de Pós Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis, Hosphel, São Paulo
2 - Professor do Curso de Pós Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis, Hosphel, São Paulo
3 - Chefe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis; Doutorando em Cirurgia de Cabeça e Pescoço-ORL pela UNIFESP
4 - Assistente do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis; mestranda do Curso de Pós Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis, Hosphel, São Paulo

INTRODUÇÃO

As laringectomias parciais são procedimentos cirúrgicos nos quais o objetivo primário é o tratamento do tumor mantendo as funções básicas da laringe: respiração, deglutição e fonação. Os pré-requisitos para a indicação de uma cirurgia parcial da laringe são a segurança oncológica da ressecção do tumor e a possibilidade de manter a estrutura mínima necessária para que o órgão preserve, ao menos em parte, suas funções.

Como todo procedimento cirúrgico, as laringectomias parciais estão sujeitas a complicações, tanto locais como sistêmicas. A alteração anatômica conseqüente à remoção de partes do órgão determina modificações na sua função, e estas podem levar a complicações específicas.

À medida que as indicações de ressecções parciais da laringe se estendem e a quantidade de tecido remanescente diminui, as taxas de complicações aumentam.

Abordaremos as principais complicações para cada um dos tipos de laringectomias parciais mais freqüentemente utilizadas pelos especialistas.

Cordectomia

A cordectomia por laringofissura é o procedimento ci-

rúrgico em campo aberto mais limitado de todas as laringectomias parciais. Como envolve a ressecção total ou em parte de uma prega vocal, sem envolvimento da supraglote ou da subglote, a principal complicação é a disfonia. Os índices de aspiração são mínimos neste procedimento.

A ocorrência de hemorragia é rara e, mais comumente, pode haver enfisema subcutâneo que pode ser prevenido deixando parcialmente livres, sem fechamento oclusivo, as bordas da incisão da traqueostomia e pela aproximação do pericôndrio externo das asas da cartilagem tireóide e dos músculos pré-tireóideos.

Laringectomia fronto-lateral e frontal anterior

Nestes dois tipos de laringectomia vertical parcial, em suas indicações clássicas (tumores da glote envolvendo comissura anterior e tumores da própria comissura anterior) as complicações mais freqüentes são a disfonia e a aspiração. A disfonia pode ser minimizada pelo rebaixamento da prega vestibular ou da epiglote para diminuir a fenda ampla resultante da remoção de porções das pregas vocais. A aspiração é proporcional à quantidade de tecido removido e a preservação das aritenóides é fundamental para sua prevenção. Normalmente a fonoterapia pós-operatória consegue diminuir consideravelmente esta complicação.

Também podem ocorrer nestes procedimentos a hemorragia do leito operatório e o enfisema subcutâneo. Nos casos em que há necessidade de remoção de maior quantidade de tecidos moles, pode haver exposição de cartilagem e condrite. A utilização de retalhos de epiglote ou mesmo de reconstrução com musculatura pré-laríngea pode evitar a exposição da cartilagem. Por outro lado, técnicas de reconstrução com retalhos musculares podem levar a estenose da glote quando a quantidade de tecido é volumosa ou pelo desenvolvimento de granulomas de reparação na área cruenta endolaríngea.

Hemilaringectomia

Na hemilaringectomia as complicações observadas na laringectomia fronto-lateral são ampliadas, resultado da maior fenda residual e da retirada de uma aritenóide. A qualidade vocal é pior e o grau de aspiração mais intenso. A ocorrência de fístula é uma possibilidade assim como a exposição e infecção da cartilagem.

Como quase sempre é necessária alguma técnica reconstrutiva na hemilaringectomia, os cuidados com o tipo de retalho utilizado e seu volume devem ser redobrados a fim de se evitar aspiração por falta de tecido e a dispnéia por obstrução por excesso de tecido.

A hemilaringectomia clássica incluindo inclusive a metade do anel da cricóide é um procedimento em desuso pelos altos índices de estenose observados. A hemilaringectomia hoje referida pelos autores é de fato uma hemiglotosupraglotectomia que também vem perdendo espaço para as laringectomias supracricóideas.

Laringectomia supracricóidea

A utilização intensa desta técnica de laringectomia parcial nos últimos anos tem propiciado a observação de vários tipos de complicações. Embora se advogue que a laringectomia supracricóidea tenha melhores resultados funcionais do que a hemilaringectomia, não é um procedimento isento de riscos. O grau de aspiração, embora menor do que na hemilaringectomia, não é desprezível. Está diretamente relacionado à preservação das aritenóides. Quando as duas são preservadas este evento é menos freqüente.

A preservação de qualidade vocal é uma vantagem deste procedimento, sem necessidade de técnicas reconstrutivas com realocação de tecido. As técnicas utilizadas são a cricohioidopexia e a crihioidoepiglotopexia. A união do hióide com a epiglote não deve incluir a "telescopagem" das estruturas, o que diminui o espaço respiratório.

A utilização desta técnica deve ser feita com cuidado em laringes com diâmetro antero-posterior reduzido, particularmente em mulheres, onde a incidência de estenose e dispnéia pós-operatória pode ser maior.

Por ser uma técnica utilizável como alternativa à laringectomia total para o resgate pós-cirúrgico de outras laringectomias parciais e após falha da radioterapia, complicações como deiscências, fístulas e condronecroses podem ocorrer. Embora seja rara, a deiscência da pexia entre a cricóide e o osso hióide deve ser lembrada quando o paciente apresentar fístula associada a enfisema subcutâneo nos primeiros dias de pós-operatório. A reintervenção deve ser rápida para impedir a infecção e necrose dos tecidos moles.

As complicações mais freqüentes são relacionadas à deglutição e à respiração. As alterações na deglutição são mais graves pois podem ser o fator desencadeante de pneumonias por aspiração. É a complicação que mais resulta em indicação de totalização da laringectomia e é o motivo dos cuidados que se deve ter ao indicar esta técnica em pacientes idosos ou com função pulmonar comprometida. O paciente deve permanecer canulizado enquanto não exista estabilidade da deglutição em um nível que autorize a retirada da sonda nasogástrica ou nasoenteral. A fonoaudiologia auxilia bastante nesta recuperação e a aspiração pode ser diminuída se o paciente deglutir com a cabeça fletida, com o mento em contato com o manúbrio esternal.

A impossilidade de decanulização devido à insuficiência respiratória é mais comum em pacientes cujo diâmetro da luz da cricóide seja menor, como nas mulheres, por exemplo. O cirurgião deve estar atento a isto quando estiver realizando a pexia entre o osso hióide e a cricóide.

Laringectomia horizontal supraglótica

As indicações originais são para os tumores primários da supraglote, quando a ressecção de partes da base da língua não é necessária. Nestes casos, a reconstrução envolve a elevação da laringe e o posicionamento posterior da base da língua formando um desnível que propicia a prevenção da aspiração durante a deglutição. Este mecanismo é perdido

quando esta técnica é indicada para tumores primários da base da língua, levando a maiores índices de aspiração e dificuldade na reabilitação e decanulização do paciente. A laringectomia horizontal supraglótica é a técnica que mais cursa com aspiração, entre as laringectomias parciais. A elevação da laringe é o método que pode prevenir com maior eficiência a aspiração. A disfagia também é um evento relativamente comum na laringectomia horizontal supraglótica. Nestes casos a miotomia do cricofaríngeo pode facilitar o relaxamento esfincteriano e permitir a passagem do bolo alimentar durante a fase faríngea da deglutição. Nos casos em que o paciente continua com dificuldade para deglutir e aspirando, com a ocorrência de pneumonias de repetição, apesar de todas as medidas já citadas, está indicada a totalização da laringectomia.

A deiscência da ferida operatória é rara. Pode ocorrer mais comumente em pacientes previamente irradiados. Pericondrite e condrite podem ocorrer por exposição da cartilagem tireóide à saliva. Também é mais freqüente em pacientes previamente irradiados. Normalmente o paciente desenvolve eritema da pele sobrejacente e sinais locais e sistêmicos de infecção. Nestes casos, a dieta oral deve ser descontinuada e utilizada sonda nasoenteral para a alimentação, além de antibioticoterapia e desbridamento cirúrgico, quando necessário.

A formação de fístulas faringocutâneas está relacionada ao tamanho da lesão e, conseqüentemente, à extensão da ressecção, à presença de comorbidades e radioterapia prévia. São mais comuns quando a técnica é indicada para lesões envolvendo a base da língua. Usualmente as fístulas iniciam como uma área de infiltração na pele que progride até a linha de sutura do retalho de pele. Quando existe suspeita de fístula, a melhor conduta é a punção do local e a exteriorização da mesma para que se evite o descolamento dos planos adjacentes e a infecção subseqüente. A drenagem e limpeza do local associados ou não a antibioticoterapia normalmente auxiliam na granulação das bordas e fechamento espontâneo.

No pós-operatório imediato, o edema da área operada impede a passagem adequada de ar. Isto normalmente desaparece espontaneamente nas primeiras semanas do período pós-operatório. É rara a manutenção desta obstrução. A radioterapia pode aumentar esse edema e impedir a decanulização do paciente.

Dentre todos os tipos de laringectomias parciais, a laringectomia horizontal supraglótica é a que resulta em menor alteração na voz, uma vez que, na técnica clássica, a glote é completamente preservada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Flores TC, Wood BG, Levine HL et al. Factors in successful deglutition following supraglottic laryngeal surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1982; 91:579-93.

2 - Hirano M, Tateishi M, Kurita S, Matsuoka H. Deglutition following supraglottic horizontal laryngectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987; 96:7-11.

3 - Kooper DP, van den Broek P, Manni JJ, Tiwari RM, Snow GB. Partial vertical laryngectomy for recurrent glottic carcinoma. *Clin Otolaryngol.* 1995; 20(2):167-70.

4 - Kreuzer SH, Schima W, Schober E, Pokieser P, Kofler G, Lechner G, Denk DM. Complications after laryngeal surgery: videofluoroscopic evaluation of 120 patients. *Clin Radiol.* 2000; 55(10):775-81.

5 - Laccourreye O, Weinstein G, Naudo P, Cauchois R, Laccourreye H, Brasnu D. Supracricoid partial laryngectomy after failed laryngeal radiation therapy. *Laryngoscope.* 1996; 106(4):495-8.

6 - Naudo P, Laccourreye O, Weinstein G, Jouffre V, Laccourreye H, Brasnu D Complications and functional outcome after supracricoid partial laryngectomy with cricohyoidoepiglottopexy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998; 118(1):124-9.

7 - Ogura JH, Thawley SE. The larynx. In Conley J (ed): Complications of head and neck surgery. Philadelphia.WB Saunders, 1979.

8 - Watters GW, Patel SG, Rhys-Evans PH. Partial laryngectomy for recurrent laryngeal carcinoma. *Clin Otolaryngol.* 2000;25(2):146-52.