

RELATO DE CASO DE CORREÇÃO DE COMPLICAÇÕES RESULTANTES DO MAU POSICIONAMENTO DE SPLINT INTRANASAL

Admilson Rezende de Caramalac Junior¹; Guilherme Cabrini Scheibel²; Heytor José de Oliveira Cabral¹; Analice Carbone Ferreira¹; Sandra Sayuri Nakamura de Vasconcelos³.

¹ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Ingá

² Médico Otorrinolaringologista – Maringá-PR

³ Professora Adjunta do Curso de Medicina do Centro Universitário Ingá

*Orientadora

Centro Universitário Ingá



INTRODUÇÃO

Questões como as da colocação de *splint* intranasal são indispensáveis para uma boa recuperação e resultados satisfatórios durante o pós-operatório de septoplastias. Assim, uma vez mal posicionado, pode carrear risco de danos irreparáveis aos pacientes.

RELATO DE CASO

S.S.B.R.S., sexo feminino, 30 anos, residente na cidade de Manaus-AM, solteira, enfermeira. A paciente foi submetida a uma rinosseptoplastia primária no dia 03/07/2018; após 7 dias, iniciou quadro agudo de febre, dor em região nasal junto à obstrução. Constatou-se, uma úlcera, evoluindo para necrose por pressão causada pelo mal posicionamento do *splint* nasal (Figura 1). Foi submetida posteriormente a mais dois procedimentos revisionais, em 25/07/2018 e 11/10/2018 respectivamente, resultando em estenose da narina esquerda (Figura 2). Compareceu ao consultório no dia 02/09/2019, com queixas de obstrução e deformidade nasal devido a retração alar e cicatrizes. A cirurgia revisional foi realizada no dia 10/09/2019, no Hospital Santa Rita, em Maringá-PR. Foram utilizadas as técnicas cirúrgicas *Full Open* e *Pocket* de Rádix, com uma incisão de 2.7 cm, refazendo o formato da narina e no *flap* sendo utilizado enxerto composto do pavilhão auricular. Foi feita a ressecção pequena da giba, removidas as cartilagens presentes nas laterais inferiores. A técnica *Lateral crural replacement graft* foi feita bilateralmente para estruturar a parede lateral. A ponta foi projetada, e realizado “*flaring suture*”. Foi realizado um enxerto complementar de columela, com pericôndrio costal. Utilizado enxerto composto de cartilagem proveniente do pavilhão auricular, em vestíbulo de narina esquerda, onde havia a estenose. Cartilagem raspada compacta foi colocada nas laterais do dorso ósseo (Figura 4). Em seguida, fechamento por planos e colocado *splint*. Foi aplicado Plasma Rico em Plaquetas no enxerto composto, na região circundante e na pele das laterais do nariz. Foram retirados os pontos no 7º dia de pós-operatório (Figura 5).

FIGURA 1: Sequência de imagens de paciente no 7º dia de pós-operatório de rinosseptoplastia primária (Fotos autorizadas pela paciente)



FIGURA 2: Sequência de imagens de paciente com estenose da narina ocasionada pelo mau posicionamento de *splint* intranasal (Fotos autorizadas pela paciente)



FIGURA 3: Sequência de imagens de simulação da cirurgia reparadora (Fotos autorizadas pela paciente)



FIGURA 4: Imagem de paciente no pós-operatório imediato (Foto autorizada pela paciente)



DISCUSSÃO

Cada vez mais são utilizados *splints* intranasais, sobretudo por suas vantagens em relação ao tamponamento convencional. No caso da paciente, houve surgimento de uma úlcera, evoluindo para necrose da narina após procedimento primário, consequência do mau posicionamento do *splint* intranasal. Constatou-se essa situação, 7 dias após o procedimento, resultado do processo reacional a um corpo estranho colocado de forma errônea, o qual fez pressão. Ademais, por ser variável o tempo de permanência dos *splints* dentro da cavidade nasal. Mesmo não estando totalmente esclarecida a etiologia da úlcera de pressão, é sabido que a pressão contínua sobre a pele leva a fenômenos isquêmicos associado a deficiência de nutrientes e consequentemente necrose tecidual. Responsáveis pelo acompanhamento do paciente devem estar familiarizados com os principais fatores de risco, para o desenvolvimento de úlceras por pressão caso um *splint* seja mal posicionado. Sendo assim, a observação das medidas profiláticas para eliminar forças de pressão contínua, cisalhamento ou fricção é de vital importância para evitar a formação das mesmas.

FIGURA 5: Sequência de imagens de paciente no 7º dia de pós-operatório (Fotos autorizadas pela paciente)



REFERÊNCIAS

- 1- Acioğlu E, Edizer DT, Yigit O, Onur F, Alkan Z. Nasal septal packing: which one?. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012;269:1777-81;
- 2- Karatas A, Pehlivanoglu F, Salviz M, Kuvat N, Cebi IT, Dikmen B, et al. The effects of the time of intranasal splinting on bacterial colonization, postoperative complications, and patient discomfort after septoplasty operations. Braz J Otorhinolaryngol. 2016;82:654-61;
- 3- Jung YG, Hong JW, Eun YG, Kim MG. Objective usefulness of thin silastic septal splints after septal surgery. Am J Rhinol Allergy. 2011;25:182-185;
- 4- Rechtweg JS, Paolini RV, Belmont MJ, Wax MK. Postoperative antibiotic use of septoplasty: a survey of practice habits of the membership of the American Rhinologic Society. Am J Rhinol. 2001;15:315-20.