

# *Grau de Satisfação do Paciente e Complicações Pós-operatórias da Cirurgia de Septoplastia Com e Sem o Uso de Tampão Nasal*

## *Degree of the Patient Satisfaction and Post-operative Complications for Septoplasty Surgery With and Without the Use of Nasal Buffer*

**Eduardo Baptistella\***, **Daniel Zeni Rispoli\*\***, **Diego Augusto de Brito Malucelli\*\*\***, **Vinicius Ribas Duarte de Carvalho Fonseca\*\*\***, **Fabiano de Trotta\*\*\*\***, **Ana Flávia Cardoso Buarque Costa\*\*\*\*\***, **Larissa Rispoli\*\*\*\*\***, **Sandra Sayuri Watanabe\*\*\*\*\***, **Tbanara Pruner da Silva\*\*\*\*\***.

\* Mestre em Cirurgia pelo IPEM-PR. Médico Otorrinolaringologista e Preceptor dos Serviços de Residência em Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná e Hospital Angelina Caron.

\*\* Médico Otorrinolaringologista. Preceptor dos Serviços de Residência em Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná e Hospital Angelina Caron.

\*\*\* Médico Otorrinolaringologista e Preceptor dos Serviços de Otorrinolaringologia dos Hospital da Cruz vermelha e Angelina Caron.

\*\*\*\* Médico Especializando em Otorrinolaringologia.

\*\*\*\*\* Acadêmica do Décimo Segundo período do Curso de Medicina - FEPAR.

\*\*\*\*\* Acadêmica do Décimo Segundo período do Curso de Medicina - UNICEMP.

\*\*\*\*\* Acadêmica do Décimo Segundo período do Curso de Medicina - PUC - PR.

Instituição: Hospital Angelina Caron e Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná. Curitiba / PR - Brasil.

Endereço para correspondência: Eduardo Baptistella – Centro Médico Especializado Baptistella – Avenida João Gualberto, 1795, Conj. 01 – Juvevê – Curitiba / PR – Brasil – CEP: 80030-001 – Fax: (+55 41) 3039-8878 – E-mail: cmeb.cmeb@yahoo.com.br

Artigo recebido em 25 de maio de 2008. Artigo aprovado em 28 de agosto de 2008.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o grau de satisfação dos pacientes a realização de septoplastia com e sem o emprego de tampões nasais e avaliar as complicações mais freqüentes em relação ao uso ou não de tampões nasais após a realização de septoplastia.

**Método:** Clínico prospectivo randomizado comparativo entre pacientes com tampão nasal e sem tamponamento. Os autores observaram 152 pacientes, operados de septoplastia no Hospital Angelina Caron. Foram avaliados quanto ao grau de satisfação nas primeiras 72 horas e após 7 dias; e as principais complicações em intervalos seriados de 72 horas e após 7 dias.

**Resultados:** Grupo sem tamponamento avaliou como de boa qualidade o pós-operatório, apenas 2 pacientes avaliaram como péssima a recuperação. O grupo que usou tampão nasal a recuperação não foi bem tolerada por mais da metade dos pacientes e o motivo por não submeter-se a nova cirurgia foi o tampão nasal, seguido pelo medo de realizar anestesia. Os pacientes que não usaram tampão também tiveram menor número de casos de complicações como hemorragia, abscesso, infecção, dor/queixas respiratórias e sinéquia/crosta no pós-operatório imediato, após 72 horas e após 7 dias.

**Conclusão:** Tamponamento nasal embora bastante difundido no meio cirúrgico, não propicia contentamento do paciente. Assim como a maioria dos cirurgiões já propõe realização de cirurgia com anestesia geral ou local, também deveria avaliar a técnica a ser empregada e informar ao paciente sobre a possibilidade de realizar a cirurgia com e sem tamponamento nasal.

**Palavras-chave:** septo nasal, cirurgia, satisfação do paciente, complicações pós-operatórias.

### SUMMARY

**Objective:** To assess the degree of satisfaction of patients submitted the septoplasty with and without the use of nasal buffer and assess the most common complications pursuant to the use of tampons or not after nasal septoplasty.

**Method:** Randomized prospective clinical method compared between patients with and without nasal buffer. The authors observed 152 patients operated on septoplasty in Hospital Angelina Caron. They were assessed for degree of satisfaction in the first 72 hours and after 7 days; and the major complications in intervals of 72 hours and after 7 days.

**Results:** The group without nasal buffer assessed the post-operative as offering good quality, only 2 patients evaluated it as a bad recovery. For the group using nasal buffer the recovery was not well tolerated by more than a half of the patients and the reason for not undergoing a new surgery was the nose buffer, followed by the fear of undergoing anesthesia. Patients who did not use buffer also had fewer cases of complications such as bleeding, abscesses, infection, pain/respiratory complaints and synechia/crusts in the immediate postoperative period, after 72 hours and after 7 days.

**Conclusion:** Although septoplasty with nasal buffer is very widespread in the surgical middle, It does not provide the patient satisfaction. As most surgeons now propose holding of surgery with general or local anesthesia, they should also assess the technique to be employed and inform the patient about the possibility of conducting the surgery with and without nasal buffer.

**Keywords:** nasal septum, surgery, patient satisfaction, postoperative complications.

---

## INTRODUÇÃO

---

Embora o desvio do septo e ou da pirâmide nasal ocorra em todas as raças e em quase todas as faixas etárias, ele é mais diagnosticado em adultos jovens e menos freqüentemente em crianças. Sua prevalência varia de acordo com os grupos etários (1).

A homeostase ou suficiência do sistema estomatognático é intensamente alterada pelo comprometimento e inadequações que atuam sobre o processo de crescimento e desenvolvimento craniofacial. A deformidade septal é uma das causas principais de obstrução nasal e dificuldade alimentar na infância, além de poder causar bloqueio dos ductos nasolacrimais, episódios de rinosinusites, otites médias de repetição e as graves seqüelas do respirador bucal (2).

A septoplastia teve origem no final do século XIX e constava da remoção simples de toda a estrutura do septo nasal, sem qualquer preocupação com as conseqüências pós-operatórias.

A septoplastia é um procedimento cirúrgico dirigido à correção dos desvios do septo do nariz. Ela tornou-se uma cirurgia sistematizada a partir de KILLIAN (1905), e desde então, célebres otorrinolaringologistas têm desenvolvido técnicas cirúrgicas diversas, cada uma com suas vantagens e desvantagens, sendo indicadas de forma individual para cada tipo específico de desvio de septo (3).

A septoplastia atingiu um alto grau de excelência com os trabalhos de COTTLE e GUILLEN (10). COTTLE publicou trabalhos em que conseguiu demonstrar a possibilidade de correção do septo e outras estruturas, por uma abordagem considerando o nariz como uma unidade, como um todo funcional e o acesso nasosseptal com deslocamento subosteopericôndrio a partir da chamada maxila-premaxila, com a confecção de túneis entre a mucosa e o esqueleto osteocartilaginoso septal (4).

A todas as técnicas é comum a necessidade de descolamento do mucopericôndrio septal. Este descolamento produz ruptura de microcapilares que podem originar sangramentos pós-operatórios, que, por sua vez, podem apresentar-se na forma de epistaxe ou de hematoma de septo. Na literatura, entre as complicações deste tipo de cirurgia, sinéquia, epistaxe, hematoma e a perfuração do septo figuram como as mais freqüentes (3). Estes dois últimos podem ser evitados valendo-se de cuidados técnicos intraoperatórios, mas mesmo assim, é comum o relato de sangramentos pós-operatórios por vezes importantes. Não está provado a necessidade do uso de tampão nasal em cirurgias de septoplastia, sendo as

comorbidades semelhantes em ambos os procedimentos com ou sem tamponamento (5).

Alguns autores até consideram o tampão completamente desnecessário (6). Porém, por conta do risco cirúrgico é prática comum o uso de tampões nasais ou "splints" ao final da cirurgia, que são removidos no pós-operatório. Os tampões nasais costumam representar um grande incômodo pós-operatório, às vezes, torna-se, inclusive, motivo de desistência da cirurgia por parte do paciente (3).

As morbidades associadas à colocação dos splints nasais não justificam seu uso rotineiro com a intenção de prevenir a formação de sinéquias, o splint nasal aumenta as comorbidades como dor e incomodo no pós-operatório (23).

A incidência de complicações em cirurgias nasais é rara. Septoplastias são consideradas cirurgias potencialmente contaminadas, e não têm necessidade de antibioticoprofilaxia, pelo baixo risco de infecção pós-operatória (24).

O presente estudo tem por objetivo avaliar o grau de satisfação dos pacientes a realização de septoplastia com e sem o emprego de tampões nasais e se submeteriam ou não a uma nova cirurgia nasal. Abordou-se qual o motivo principal em caso de negativa a nova cirurgia.

Objetiva também avaliar as complicações mais freqüentes em relação ao uso ou não de tampões nasais após a realização de septoplastia. A avaliação segmentar dos pacientes incluiu a presença de hemorragia no pós-operatório imediato, a presença de infecção, formação de abscessos, avaliação da dor, queixas respiratórias em intervalos seriados entre 72h e 7 dias de pós-cirúrgico, presença de crostas nasais e sinéquias.

---

## MÉTODO

---

Estudo clínico prospectivo randomizado em que se avaliou 152 pacientes, com idade entre 14 e 68 anos, operados de septoplastia pela técnica de Cottle no período de junho de 2004 a fevereiro de 2006 no Hospital Angelina Caron.

O trabalho foi submetido ao comitê de ética do Hospital Angelina Caron sob o número de protocolo 003/2004.

Os pacientes foram selecionados para a cirurgia segundo uma anamnese detalhada, exame físico e exames complementares. Foram incluídos no estudo apenas paci-

entes com queixa de obstrução nasal significativa selecionados e avaliados pela nasofibrosopia e por tomografia computadorizada quando necessário. Tomografia computadorizada foi necessária em 4 casos para exclusão de patologia polipóide ou necessidade de associação para abertura de seios da face.

Apenas os casos atendidos com desvio septal de moderado a severo, receberam indicação de cirurgia, levando-se em consideração a sintomatologia exacerbada para obstrução nasal.

A idade média variou entre 14 e 68 anos. As cirurgias foram executadas sempre sob anestesia geral e intubação orotraqueal, utilizando-se o acesso nasosseptal com deslocamento subosteopericôndrio a partir da chamada maxilapremaxila, com a confecção de túneis entre a mucosa e o esqueleto osteocartilaginoso septal (Técnica de Cotlle). Descartou-se os casos em que fora realizado turbinectomia com dissecação total ou parcial, sendo mantidos apenas aqueles em que se procedeu com tratamento para alergia através de spray nasal ou técnica de luxação dos cornetos bilateral intra-operatória.

Seguiu-se protocolo para cirurgia nasal aplicado no pós-operatório imediato e durante o seguimento ambulatorial, pelo próprio médico que realizou a cirurgia.

A retirada do tampão nasal foi feita em 48 até 72 horas. Todos, com ou sem tampão, receberam no pós-operatório analgesia com nimesulide e paracetamol até 7 dias, sendo azitromicina por 3 dias como antibiótico de escolha para profilaxia.

Curativos nasais diários por 21 dias, sendo nos primeiros 7 dias com pomada de neomicina associado ao uso tópico de cloridrato de oximetazolina 0,5% nasal. Nos demais dias de pós-operatório manteve-se curativo com limpeza e oximetazolina 0,5% gotas (3x dia), suspendo-se a neomicina pomada.

Os pacientes foram distribuídos entre dois grupos: grupo A - 72 pacientes sem tampão e grupo B - 80 pacientes com tampão nasal.

A avaliação pré-operatória constou de hemograma, coagulograma, colinesterase e glicemia. O eletrocardiograma foi solicitado nos pacientes acima de 40 anos.

Foram avaliados no os 152 pacientes, 84 homens e 72 mulheres, divididos em dois grupos (A sem o uso de tamponamento nasal e o grupo B utilizando-se do tampão). No grupo A (72) constavam de 38 homens e 34 mulheres. O grupo B (80) divide-se em 46 homens e 34 mulheres.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e intubação orotraqueal, sendo a correção do septo pelo emprego da técnica de Cotlle (2). Foi realizada a infiltração local de 10mls bilateralmente com lidocaína a 1% diluída com adrenalina na proporção de 1:100.000. Não foi realizado turbinectomia por dissecação ou cauterização, porém todos pacientes foram submetidos à luxação de cornetos bilateral.

O questionário de múltipla escolha continha 2 perguntas, sendo a primeira sobre avaliação do paciente quanto à cirurgia (4 itens: péssimo, ruim, bom e ótimo) e a segunda questão sobre reoperação nasal (sim, não), quando negativa, o porquê. (5 itens : dor, sangramento, anestesia, tampão nasal, não saberiam responder).

Todos os pacientes ou seus responsáveis assinaram termo de consentimento informado a respeito dos riscos e possíveis complicações do ato cirúrgico indicado pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. O protocolo foi aprovado pelo comitê de Ética do Hospital Angelina Caron.

Os dados foram submetidos à análise estatística por método do Qui -Quadrado ou teste exato de Fisher com significância de 5%.

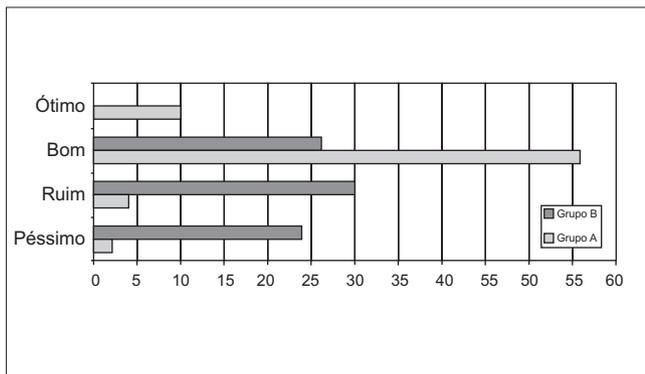
## RESULTADOS

Avaliação de 152 pacientes, entre os dois grupos A e B mostrou desconforto maior dos pacientes com uso do tampão. Nota-se que o índice de satisfação avaliado como péssimo foi de aproximadamente 30% no grupo B em contraste com 2,8% do grupo A em 72 horas. Após o sétimo dia nota-se uma pequena redução nessa diferença que oscilou por volta de 28%. Outro fato que chamou a atenção foi o alto grau de satisfação, sendo avaliado como bom e ótimo tanto nas primeiras 72 horas como após uma semana no grupo em que não foi utilizado o tamponamento. Sendo importante salientar, que como comparativo, os dados referem uma recuperação mais cômoda e rápida desse grupo, como se mostra na Tabela 1 e Gráficos 1 e 2.

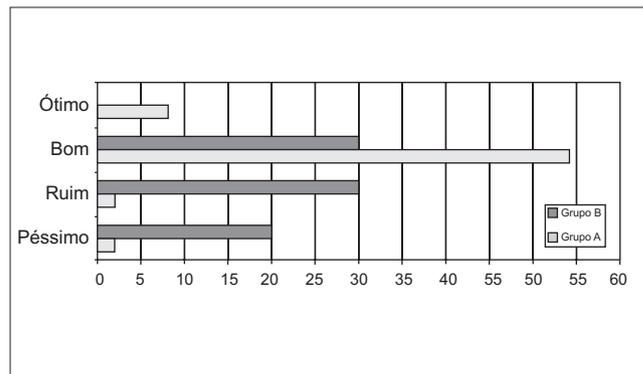
Outro enfoque dado ao trabalho foi um questionamento sobre uma possível intervenção futura. A maioria dos pacientes tamponados foi contrária a uma nova cirurgia, pelo menos 70 dos 80 pacientes (87,5%), enquanto no grupo A apenas 22,22% (16 pacientes dos 72) se mostraram contrários. Esse dado expressa a satisfação e a insatisfação quanto à recuperação pós-operatória e são compatíveis com os dados avaliados 3 dias após o procedimento e ao longo da primeira semana. Interpelados, pelo motivo de tal recusa, mais da metade do grupo B, dos quais se recusaram a uma possível nova intervenção (87,5%),

**Tabela 1. Grau de satisfação dos pacientes com e sem tampão após 72 horas e após 7 dias.**

	Grupo A - 72h	Grupo B - 72 h	Grupo A - 7 dias	Grupo B - 7 dias
Péssimo	2,8%	30%	2,8%	25%
Ruim	5,6%	37,5%	2,8%	37,5%
Bom	77,8%	32,5%	75%	25%
Ótimo	13,8%	0%	11,1%	0%



**Gráfico 1.** Grau de Satisfação nas primeiras 72 horas.



**Gráfico 2.** Grau de Satisfação após 7 dias - Grau de Satisfação após 7 dias.

descreveu o tamponamento como o grande responsável (65,71%), superando inclusive o medo da anestesia (17,14%), dor ficou com 5,71%, sangramento com 11,42% e nenhum paciente optou pela resposta não sabe dizer (Gráfico 3). No grupo A dos que não fariam a cirurgia 50% optou por anestesia, 12,5% por sangramento, 25% por dor e 12,5% não sabia dizer num total de 16 pacientes que se recusariam a nova cirurgia, nenhum paciente citou o tamponamento.

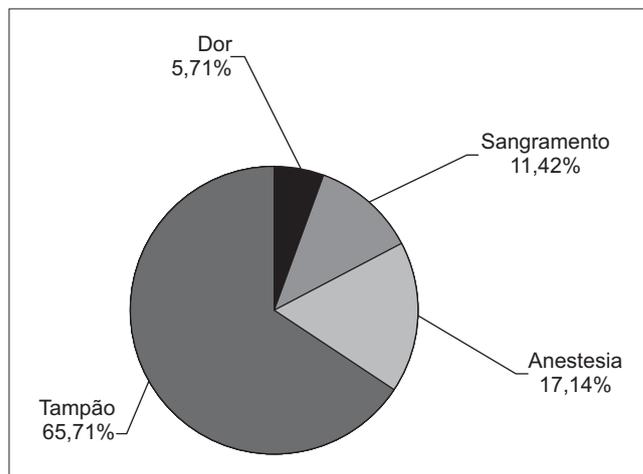
A dor contradiz os resultados, pois se apresentou mais freqüentemente no grupo A, embora número menor de pessoas, mesmo assim não interferiu diretamente na recuperação mais precoce e confortável dos pacientes analisados.

Avaliou-se 152 pacientes operados na faixa etária entre 14 e 68 anos, sendo os resultados expressos nas Tabelas 2 e 3 separadamente entre grupo A (sem tampão nasal) e grupo B (com tampão nasal).

Hemorragia foi leve após 72 horas, sendo praticamente inexistente no pós-operatório - imediato e após 7 dias.

Septo-hematoma apareceu em 5,5% dos casos sendo em até 72 horas, principalmente naqueles em que a incisão para alívio não foi adequada, sendo geralmente menor que 0,5cm ou muito posterior.

Dor foi maior no período imediato 5,5% sendo controlada com analgesia.



**Gráfico 3.** Pacientes com uso de tampão e que não se submetem a uma nova intervenção cirúrgica.

**Tabela 2. Grupo A - sem tampão (72 pacientes).**

	Imediato	72h	7 dias
Hemorragia	0%	2,7%	0%
Septo-hematoma	-	5,5%	-
Dor	5,5%	Analgesia	-
Dificuldade respiratória	-	8,3%	-
Crostas nasais	Leve	Moderada	Leve
Sinéquias	2,7% após 30 dias		

Dificuldade respiratória, ficou em 8,3% sendo associada a presença de secreção nasal.

Sinéquia constatou-se na porção superior, apenas em 2,7%, após 30 dias.

Hemorragia ocorreu moderadamente, sendo mais intensa no pós-operatório imediato e praticamente inexistente após 7 dias.

Septo-hematoma apareceu em 2,5% dos casos, logo após a retirada do tampão nasal.

Dor foi maior no período imediato 5,0%, sendo controlada com analgesia.

Dificuldade respiratória, ficou em 17,5% sendo associada a presença de secreção nasal, não foi considerado anterior a retirada do tampão nasal, pois seria de 100%

Sinéquia apareceu em 5% dos casos sendo medial e superior, após 30 dias.

Comparando-se as variáveis entre grupo A e B, notou-se os seguintes resultados (Tabela 4).

Comparado estatisticamente não foi significativo, ( $p_{0,013} < 0,05$ ), porém chama atenção para o número absoluto de casos no grupo B com sangramento no pós-operatório imediato (Tabela 5).

Comparado estatisticamente não foi significativo, ( $p_{0,021} < 0,05$ ), porém o número absoluto de casos no grupo A com septo-hematoma no pós-operatório imediato foi mais alto do que se esperava (Tabela 6).

Comparado estatisticamente foi significativo, ( $p > 0,05$ ), não foi considerado no entanto o período anterior as 72 horas no grupo B, pois seria de 100% (Tabela 7).

Comparado estatisticamente não foi significativo, ( $p_{0,001} < 0,05$ ), porém chama atenção para o controle praticamente absoluto com analgesia após 72 horas em ambos os grupos (Tabela 8).

Comparado estatisticamente não foi significativo, ( $p_{0,027} < 0,05$ ), porém o grupo B teve sinéquias com maior extensão anatômica que o grupo A.

Não houve sinais de infecção no pós-operatório e a quantidade de crostas e secreção foi a mesma, moderada a leve, em ambos os grupos.

Os dois grupos foram avaliados segundo as complicações mais frequentes na realização da cirurgia de

**Tabela 3. Grupo B - com tampão (80 pacientes).**

	Imediato	72h	7 dias
Hemorragia	7,5%	5%	0%
Septo-hematoma	0%	2,5%	-
Dor	5%	Analgesia	-
Dificuldade respiratória	-	17,5%	-
Crostas nasais	Leve	Moderada	Leve
Sinéquias	5 % após 30 dias		

**Tabela 4. Hemorragia.**

	Imediato	72h	7 dias
Grupo(A)	0	2,7%	0
Grupo(B)	7,5%	5,0%	0

**Tabela 5. Septo-hematoma.**

	Imediato	72h	7 dias
Grupo(A)	-	5,5%	-
Grupo(B)	-	2,5%	-

**Tabela 6. Dificuldade respiratória.**

	Imediato	72h	7 dias
Grupo(A)	-	8,3%	-
Grupo(B)	-	17,5%	-

**Tabela 7. Dor.**

	Imediato	72h	7 dias
Grupo(A)	5,5%	Analgesia	0%
Grupo(B)	5%	Analgesia	0%

**Tabela 8. Sinéquias.**

	30 dias
Grupo(A)	2,7%
Grupo(B)	5%

septoplastia. A maior das complicações apresentadas nos dois grupos foi a presença de dificuldade respiratória, incidindo em 17,5% no grupo B e em 8,3% dos que a opção foi a não utilização do tampão. Mostrou uma diferença significativa entre os grupos após 72 horas, sugerindo uma recuperação mais rápida no grupo B. Após 7 dias essa queixa não foi mais identificada. Diferentemente, a dor mostrou-se presente por um período considerável sendo necessário o emprego de analgésicos nas primeiras 72 horas, a queixa não mais evidenciou após a primeira

semana, sendo discretamente mais elevada no grupo A, 5,5% em vista os 5%, do grupo B.

A presença de hemorragia no pós-operatório imediato foi maior no grupo B (7,5%) do que no grupo A (0%), sugerindo que a opção de não se utilizar o tampão no primeiro momento seja vantajosa há curto prazo, no entanto, essa proporção se inverteu após 72 horas mas não de maneira tão significativa como no primeiro momento (2,7% grupo A, 5% no grupo B). O abscesso mostrou-se com maior prevalência no grupo sem tampão (5,55%), embora se tenham percebido a incisão de drenagem destes casos não tenha sido realizada mais anteriormente.

Não foi observada a presença de infecção em qualquer um dos dois grupos. A presença de crostas nasais foi de leve a moderada em ambos os grupos sem interferir na recuperação após a higienização adequada, desta forma não foram registrados na tabela. Outro ponto crucial foi a identificação da maior porcentagem de sinéquias nos pacientes em que se utilizou o tamponamento (5%) em vista dos que não foi utilizado (2,7%).

## DISCUSSÃO

Segundo WEBER et al., o tampão é utilizado para comprimir não só o septo, mas também as conchas nasais inferiores, com a intenção de se evitar sangramento pós-operatório. Porém, estas medidas costumam trazer enorme desconforto (sobretudo o tampão) para o paciente (7). Nosso trabalho comparando os dois grupos comprovou a mesma afirmação citada pelo estudo acima, mostrando maior número de queixas em relação ao grupo que fez uso de tamponamento nasal, cerca de 30%, confirmando o desconforto sentido por estes pacientes.

SARANDESES et al., em estudo com 80 pacientes sendo 40 com tamponamento nasal e 40 sem tampão nasal, chegou a resultados diferentes em relação à satisfação do paciente com a cirurgia, sendo semelhante em ambos os grupos (8). Nosso estudo demonstrou mudança significativa na satisfação do paciente. Após 72 horas 77,8% dos pacientes consideraram a cirurgia boa (satisfatória), sendo que no grupo B 32,5% consideraram boa a cirurgia. Após 7 dias, ainda assim a diferença caiu pouco em relação às 72 horas, passou para 75% grupo A e 25% grupo B, no entanto no percebeu-se melhora em relação aos que consideram péssima a cirurgia caindo 5% no grupo B.

GUYURON et al., após avaliar 20 pacientes concluiu que 60% dos pacientes tamponados, com retirada do tampão após 72 horas, queixou-se de extremo desconforto, quando comparados aos não tamponados, sendo a remoção do mesmo a principal queixa ( $p < 0,05$ ) (9). Após

72 horas 77,8% dos pacientes consideraram a cirurgia boa (satisfatória), sendo que no grupo B 32,5% consideraram boa a cirurgia. ( $p < 0,005$ ). Não podemos afirmar nesta comparação que a causa principal do desconforto foi à retirada do tampão, porém este estudo concorda com os dados obtidos no nosso trabalho.

WEBER et al., em estudo com 60 pacientes, manteve o tampão nasal por 5 dias, sendo bem aceito por 58 pacientes (12). Nosso estudo contrasta de maneira conclusiva uma vez que 87,5% dos pacientes que não se submetiam à nova cirurgia nasal 65,71% não a fariam pelo desconforto do uso de tampão nasal na primeira cirurgia, sendo muito baixa a tolerabilidade ao uso do mesmo.

A maioria dos autores em seus trabalhos cita como grande causa de não aceitação da cirurgia pelo paciente a dor, ciente (5,7,9,10), porém nosso estudo demonstra uma porcentagem de 65,71% de pacientes operados que não se submetiam a uma nova cirurgia devido ao uso do tamponamento, sendo a dor em 5,71% apenas dos pacientes do grupo B.

GOTTSCHAL et al. relata ao comparar cirurgia com e sem tampão nasal (apenas sutura, como neste trabalho) que pacientes não tamponados tem índice de desconforto menor sem tampão, pois o ar passa melhor logo após a cirurgia (11). Talvez este seja o motivo pelo qual pacientes não tamponados referiram maior medo de anestesia (50%), por falta de informação este processo de indução anestésica ainda permaneça como mito em nossa sociedade, excluindo o medo de ficar tamponado para segundo plano. Uma vez que não precisaram usá-lo na primeira cirurgia, passaram a ter maior grau de tolerabilidade ao procedimento.

O tampão é utilizado para comprimir não só o septo, mas também as conchas nasais inferiores, com a intenção de se evitar sangramento pós-operatório. Estas medidas têm sido utilizadas desde os primórdios da cirurgia nasal (15) e costumam trazer enorme desconforto (sobretudo o tampão) para o paciente, além de atrasar a recuperação da função mucociliar e, com isso, elevar o número de complicações infecciosas (7).

Entretanto tem-se percebido ao longo dos anos uma diminuição progressiva no tempo de tamponamento e diversos grupos em todo o mundo já têm abandonado o uso destes recursos, com índices de sangramento pós-operatório semelhantes aos encontrados com o uso dos mesmos. Provavelmente o domínio das técnicas microendoscópicas de cirurgia endonasal, bem como a utilização de microcautérios mais eficientes tenha contribuído com a redução do temor dos cirurgiões nasais em relação a essas complicações.

Estudos recentes mostraram que atualmente as septoplastias são realizadas com uma boa satisfação do paciente, com qualidade e segurança; e baixas taxas de complicação (25).

## CONCLUSÃO

As informações do trabalho são específicas de uma região estudada, porém o uso de tamponamento nasal, embora ainda muito difundido em nosso meio cirúrgico, leva a crer que não propicia o contentamento do paciente, sendo este muitas vezes negativo a se submeter à nova cirurgia nasal, mesmo que esta seja necessária.

Ao contrário do que se imagina, o medo de anestesia geral ou de dor pós-operatória não é o principal fator na desistência em se realizar a cirurgia de nariz. O próprio tamponamento é capaz de contribuir de maneira decisiva na escolha do paciente.

A aceitação ao método cirúrgico é extremamente importante para o sucesso do mesmo. Portanto, assim como a maioria dos cirurgiões já o faz ao propor a realização de cirurgia com anestesia geral ou local, também deveria avaliar a técnica a ser empregada e informar ao paciente sobre a possibilidade de realizar a cirurgia com e sem tamponamento nasal.

A dificuldade respiratória piorou após as primeiras 24 horas por conta de edema das conchas nasais, bem como acúmulo de secreção, fibrina e crostas, porém tal condição reverteu-se logo nas primeiras horas no grupo sem tampão nasal, não sendo motivo de queixa após a primeira semana, diferentemente do grupo com tampão nasal. A dor foi constatada inicialmente nas primeiras 72 horas, conforme os dados na tabela, sendo utilizados analgésicos simples com melhora dos sintomas. A presença de crostas nasais foi de leve a moderada, no entanto não houve sinais de infecção no pós-operatório e a quantidade de crostas nasais evoluíram de forma semelhante em ambos os grupos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wüllstein SR. Septoplasty without postoperative nasal packing. Mucosal repair of the upper airway with human biological glue. HNO. 1979, 27(9):322-4.
2. Cottle M. Concepts of nasal physiology as related to nasal surgery. Arch Otolaryngol. 1960, 72:11.
3. Silvio C, Roberto L, Nelson C. Uso da cola de fibrina na prevenção de sangramento e hematoma pós-operatório em septoplastias. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002, 68(5).

4. Otacilo e Campos. Tratado de Otorrinolaringologia. XXed. São Paulo: Roca LTDA; 1994. pp. 353-56.
5. Nunez DA, Martinz FW. Packing in nasal septal surgery. Clin Otolaryngol Allied SCI. 1991, 16(6):549-50.
6. Hytönen M, Blomgren K, Lilja M, Mäkitie AA. How we do it: Septoplasties under local anaesthetic are suitable for short stay surgery; the clinical outcomes. Clinical Otolaryngology. 2006, 31(1):64-68.
7. Weber R, Keerl R, Draf W, Schick B, Mosler P, Saha A. Management of dural lesions occurring during endonasal sinus surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1996, 122(7):732-6.
8. Sarandeses GA, López AM, Vázquez BJC. Ambulatory septopyramidal surgery: methods, results and patients satisfaction. Acta Otorrinolaringol Esp. 2000, 51(8):703-7.
9. Lemmens W, Lemkens P. Septal suturing following nasal septoplasty, a valid alternative for nasal packing? Acta Otorhinolaryngol Belg. 2001, 55(3):215-21.
10. Guyuron B, Vaughan C. Evaluation of stents following septoplasty. Aesthetic Plast Surg. 1995, 19(1):75-7.
11. Gottschall KG. An improved suture technique. Am Plast Surg. 1978, 1(1):30-3.
12. Weber RK. Is packing of the nose up-to-date? Laringohinootologie. 2003, 82(9):650-4.
13. Eckel W. Tratamiento quirúrgico de las inflamaciones de las fosas nasales y de los senos paranasales. In: Tratado de Otorrinolaringologia, Tomo I, Barcelona: Editora Científico-Médica; 1969, pp. 307-63.
14. Hayward PJ, Mackay IS. Fibrin glue in nasal septal surgery. J Laryngol Otol. 1987, 101(2):133-8.
15. Killiam G. The submucous window resection of the nasal septum. Ann Otol. 1905, 14:363.
16. Volkov A, Radev I. The use of autologous fibrin adhesive in septoplasty. Vestn Otorinolaringol. 1996, (1):45-7.
17. Wüllstein SR. Septoplasty without postoperative nasal packing. Mucosal repair of the upper airway with human biological glue. HNO. 1979, 27(9):322-4.
18. Metzzenbaum M. Replacement of the lower end of the dislocated septal cartilage versus submucous resection of the dislocated end of the septal cartilage. Arch Otolaryngol. 1929, 9:282.

19. Passos CAC, Oliveira FMZ, Nicola JH.; Nicola JH, Nicola EMD. Cryptolysis via coagulation with CO2 laser for chronic caseous tonsillitis: conservatory technique and results. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002, 68(3).
20. Hungria H. *Otorrinolaringologia.* 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000, pp. 89-90.
21. Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics.* 2nd ed. Boston: PWS Publishers; 1986.
22. Skevas A, Gosepath. Contribution to the closure of septal perforations (authors transl) *Laryngol Rhinol Otol.* 1975, 54(6):466-9.
23. Gaia R, Coelho J, Brandão FH, Carvalho MRMS, Aquino JEP, Paula SHP, Fabi RP, Eiras B. Frequência de Sinéquia Nasal após Cirurgia de Septoplastia com Turbinectomia com e sem Uso de Splint Nasal. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2008, 12(1):24-27.
24. Caniello M, Passerotti GH, Goto EY, Voegels RL, Butugan O. O Uso de antibióticos em septoplastias: é necessário? *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005, 71(6):734-8.
25. Agha R, Heaton SR, Roberts D. Patient satisfaction with day-case septoplasty and septorhinoplasty. *The Journal of One-Day Surgery.* 2004, 14(1):22-25.