



Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org



CARTA AO EDITOR

Type 1 pediatric tympanoplasties using fascia and cartilage grafts[☆]



Timpanoplastias pediátricas tipo 1 usando enxertos com fásia e cartilagem

Cara Editora,

Apresentamos aqui alguns comentários sobre o artigo intitulado “Comparação de enxertos com fásia do músculo temporal e cartilagem de espessura total em timpanoplastias pediátricas tipo 1”, de Yegin et al.¹ O trabalho descrito no artigo foi interessante. Enxertos de cartilagem melhoraram a taxa de sucesso em longo prazo de timpanoplastias comparados com enxertos de fásia temporal, devido à disfunção da tuba auditiva em crianças. No entanto, o desenho do estudo e o curto seguimento enfraqueceram as suas conclusões.

Os autores afirmam em seu Método¹ que “Uma revisão retrospectiva de dados, coletados de janeiro de 2013 até setembro de 2014, foi feita em nosso hospital” e “Os pacientes foram aleatoriamente alocados para cirurgia com o uso de enxertos com fásia do músculo temporal ou cartilagem tragal pelos cirurgiões”. Acreditamos que a “revisão retrospectiva” e “alocados aleatoriamente” são termos contraditórios. Um controle randomizado não pode ser feito em um estudo retrospectivo. Ensaio clínico randomizado, considerados o padrão-ouro do desenho de estudo, são estudos prospectivos. Eles podem fornecer evidências de relações de causa-efeito e dar apoio a mudanças na prática clínica ou intervenções clínicas no local de trabalho. Em um estudo clínico randomizado controlado, os indivíduos são alocados de forma aleatória para receber a intervenção ou tratamento controle e os resultados são avaliados após o período de intervenção. O grupo controle é o que recebe o tratamento padrão, ou não recebe intervenção ou recebe placebo. Se os pacientes não

foram randomizados, os resultados podem incluir algum viés. Assim, acreditamos que o estudo precisa ser prospectivo, com controle randomizado, com uma amostra maior e maior tempo de seguimento para chegar a conclusões válidas.

Os autores excluíram apenas os pacientes com defeitos na cadeia ossicular, colesteatoma, timpanosclerose, atelectasia e um histórico de cirurgia otológica prévia. Os autores não especificam se os pacientes com tecido de granulação na orelha média foram incluídos. O tecido de granulação pode afetar o sucesso de timpanoplastias pediátricas, especialmente com enxertos de fásia temporal. Adicionalmente, eles relataram que a taxa de sucesso do enxerto foi de 92,1% para o grupo cartilagem contra 65,0% para o grupo fásia temporal durante o primeiro ano do pós-operatório.¹ Sua taxa de sucesso no grupo de fásia temporal parece muito baixa. Existem muitos relatos de taxas de sucesso > 80% em timpanoplastias tipo 1 com fásia temporal.^{2,3} Embora Cabra e Monoux tenham relatado uma taxa de sucesso de 64,6% em um grupo com fásia e 82,26% em um grupo com cartilagem, o seu tempo de seguimento foi de 24 meses.⁴ Estudos experimentais têm demonstrado que os enxertos com fásia temporal podem sofrer degeneração e retração ao longo do tempo, o que resulta em reperfuração.⁵ Além disso, a tuba auditiva tem um papel significativo no sucesso da miringoplastia. Dois estudos exclusivamente em crianças mostraram melhores resultados morfológicos com o uso de cartilagem do que com enxertos de fásia. Um dos efeitos da disfunção da trompa de Eustáquio na população pediátrica é a pressão negativa na cavidade da orelha média, o que pode causar a retração da membrana timpânica, resultando em insucesso da miringoplastia.² Os autores devem avaliar a trompa de Eustáquio em estudos futuros.

Os autores afirmam que a cartilagem tragal foi coletada junto com o pericôndrio em ambos os lados. No Método, descrevem que foi feito um corte inferior tão baixo quanto possível para obter toda a cartilagem tragal. Embora timpanoplastias com enxerto de cartilagem possam obter uma taxa de sucesso mais elevada, a excisão de toda a cartilagem tragal teria efeitos estéticos nas orelhas das crianças. Timpanoplastias com pericôndrio tragal têm certas vantagens, inclusive maiores taxas de sucesso e nenhum efeito sobre a estética. Assim, os autores devem comparar as taxas de sucesso de timpanoplastias pediátricas tipo 1 com o uso de enxertos de fásia, enxertos de cartilagem e enxertos com pericôndrio em trabalhos futuros.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.09.006>

[☆] Como citar este artigo: Lou Z. Type 1 pediatric tympanoplasties using fascia and cartilage grafts. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83:371–2.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Yegin Y, Çelik M, Koç AK, Küfeciler L, Elbistanlı MS, Kayhan FT. Comparison of temporalis fascia muscle and full-thickness cartilage grafts in type 1 pediatric tympanoplasties. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016; S1808-8694(16)30011-8.
2. Iacovou E, Vlastarakos PV, Papacharalampous G, Kyrodimos E, Nikolopoulos TP. Is cartilage better than temporalis muscle fascia in type I tympanoplasty? Implications for current surgical practice. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013;270:2803–13.
3. Shishegar M, Faramarzi A, Taraghi A. A short-term comparison between result of palisade cartilage tympanoplasty and temporalis fascia technique. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2012;24: 105–12.
4. Cabra J, Monoux A. Efficacy of cartilage palisade tympanoplasty: randomised controlled trial. *Otol Neurotol*. 2010;31: 589–95.
5. England RJ, Strachan DR, Buckley JG. Temporalis fascia grafts shrink. *J Laryngol Otol*. 1997;111:707–8.

Zheng-cai Lou

Wenzhou Medical University, YiWu Hospital, Department of Otorhinolaryngology, YiWu, Zhejiang, China
E-mail: louzhengcai@163.com