



Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org



CARTA AO EDITOR

The outer diameter of the endoscope is important when performing endoscopic transcanal myringoplasty[☆]



O diâmetro externo do endoscópio é importante ao realizar a miringoplastia endoscópica transcanal

Cara Editora,

Gostaríamos de abordar o manuscrito intitulado "Miringoplastia endoscópica transcanal: série de casos em um serviço universitário", de Garcia et al.¹ O trabalho é excelente. No entanto, acreditamos que o uso adequado da tecnologia e as indicações cirúrgicas não estão inteiramente claros.

Os autores escrevem em Material e Métodos: "Todos os pacientes com idade maior do que 12 anos, com diagnóstico de seqüela de OMC não supurativa, não coles-teatomatosa, ou com perfuração traumática sem resolução espontânea por mais de três meses foram incluídos no estudo. O diagnóstico foi baseado em dados de anamnese, exame físico, audiometria e impedanciometria".¹ Esses critérios de inclusão são vagos. Estudos anteriores sugeriram que a maioria das perfurações traumáticas tende a cicatrizar espontaneamente em até três meses após a lesão.² Certos tratamentos simples e não invasivos facilitam o fechamento das perfurações subagudas da membrana timpânica; esses incluem aplicação tópica de FGF-2³ e curativos com Gelfoam. Assim, a miringoplastia endoscópica com cartilagem simplesmente aumenta os custos médicos e as complicações, quando as perfurações traumáticas não sofrem resolução espontânea dentro de três meses. Além disso, os autores não deixam claro se foram incluídas perfurações com otite média associadas a tecido de granulação. A miringoplastia endoscópica isoladamente não

é confiável nesses pacientes; a mastoidectomia também deve ser feita.

Os autores escrevem em Material e Métodos: "A técnica e o instrumental cirúrgico usados foram os mesmos das cirurgias de rotina feitas com microscópio, com exceção do não uso do microscópio e do espéculo otológico e do uso de endoscópios rígidos Storz de 4mm de diâmetro e 18 cm de comprimento, na angulação de 0° (Karl Storz GmbH & Co. KG, Tuttlingen, Alemanha)".¹ Os autores não mencionam a condição do Meato Acústico Externo (MAE). Observamos que a miringoplastia endoscópica é particularmente difícil em pacientes com MAEs tortuosos ou extremamente estreitos e naqueles com qualquer tipo de obstáculo (como um osteoma pequeno), que reduz o campo de visão endoscópico. Isso ocorre porque a inserção simultânea do endoscópio e dos instrumentos cirúrgicos necessários imbrica-se no campo cirúrgico. MAEs adultos com diâmetro < 4 mm são considerados estreitos.⁴ O diâmetro do microinstrumento usado durante o procedimento otológico excede 1 mm. O campo cirúrgico torna-se muito pequeno se o MAE tiver < 4 mm de diâmetro, particularmente se for usado um endoscópio de 4 mm de diâmetro. No entanto, em crianças, Ito et al.⁵ acreditavam que a miringoplastia endoscópica poderia ser viável quando a diferença entre o diâmetro do endoscópio e o menor diâmetro do MAE fosse > 0,5 mm. Seria imprudente usar um endoscópio de 2,7 mm de diâmetro durante a miringoplastia pediátrica quando o diâmetro do MAE fosse < 3,2 mm. Assim, a miringoplastia endoscópica transcanal pode ser difícil em crianças entre 12 e 16 anos se for usado um endoscópio de 4 mm de diâmetro. Além disso, na maioria dos casos, apenas uma das mãos fica livre para fazer a miringoplastia endoscópica, porque a outra deve segurar o endoscópio. Um hematoma (com sangramento subsequente) pode se desenvolver se o endoscópio entrar em contato com o MAE ou as margens recentemente perfuradas de pacientes pediátricos com inflamação crônica do MAE, um tímpano remanescente ou otite externa por fungos. Um sangramento maciço pode obstruir o campo de visão endoscópica, dificultar assim a cirurgia. Embora a aplicação de uma esponja embebida em adrenalina (diluição de 1:100.000) durante alguns minutos possa permitir hemostasia adequada, a cirurgia feita com apenas uma das mãos, com uma técnica endoscópica, prolonga a operação. No entanto, o cirurgião pode usar uma das mãos para aspirar sangue e a outra para reavivar as margens da perfuração se a abordagem microscópica bimanual for empregada. Além disso, os

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.03.003>

[☆] Como citar este artigo: Lou Z. The outer diameter of the endoscope is important when performing endoscopic transcanal myringoplasty. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83:730-1.

autores escrevem na seção Resultados: “Quanto ao resultado cirúrgico, na otoscopia pós-operatória foi observado fechamento completo da perfuração em 86,4% (n = 19) dos pacientes após três meses da intervenção”.¹ O tempo de seguimento foi curto e, portanto, a taxa de sucesso relatada não é completamente confiável. A maioria dos autores sugere que é necessário um acompanhamento de pelo menos um ano, pois uma recorrência da perfuração após miringoplastia é possível durante esse período.⁶

Em resumo, a abordagem endoscópica transcanal é excelente para fazer a miringoplastia com cartilagem, reduz tanto o tempo cirúrgico quanto as complicações. Contudo, tanto as indicações cirúrgicas como a avaliação cuidadosa do diâmetro exterior do endoscópio são muito importantes, é necessário um acompanhamento em longo prazo.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Garcia Lde B, Moussalem GF, Andrade JS, Mangussi-Gomes J, Cruz OL, Penido Nde O, et al. Transcanal endoscopic myringoplasty: a case series in a university center. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82:321–5.
2. Jellinge ME, Kristensen S, Larsen K. Spontaneous closure of traumatic tympanic membrane perforations: observational study. *J Laryngol Otol.* 2015;129:950–4.
3. Lou Z, Huang P, Yang J, Xiao J, Chang J. Direct application of bFGF without edge trimming on human subacute tympanic membrane perforation. *Am J Otolaryngol.* 2016;37:156–61.
4. Cole RR, Jahrsdoerfer RA. The risk of cholesteatoma in congenital aural stenosis. *Laryngoscope.* 1990;100:576–8.
5. Ito T, Kubota T, Watanabe T, Futai K, Furukawa T, Kakehata S. Transcanal endoscopic ear surgery for pediatric population with a narrow external auditory canal. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79:2265–9.
6. Mohamad SH, Khan I, Hussain SS. Is cartilage tympanoplasty more effective than fascia tympanoplasty. A systematic review. *Otol Neurotol.* 2012;33:699–705.

Zhengcai Lou

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