

# Complicações pós-operatórias nas laringectomias totais: um estudo retrospectivo

## *Postoperative complications in total laryngectomies: a retrospective study*

Namie Okino Sawada<sup>1</sup>, Márcia Maria Fontão Zago<sup>1</sup>, Cristina Maria Galvão<sup>1</sup>, Elaine Ferreira<sup>2</sup>, Elizabeth Barichello<sup>3</sup>

### Resumo

Trata-se de um trabalho retrospectivo para o qual foram consultados 21 prontuários de pacientes que submeteram-se à cirurgia de laringectomia total no HCFM-RP em 1996. Para a análise das complicações, dividimo-las em imediatas, mediatas e tardias. Dos 21 prontuários levantados, apenas 3 pacientes não apresentaram complicações pós-operatórias. As complicações imediatas ocorreram em cinco pacientes e as mais freqüentes foram edema (40%) e hematoma (40%); as mediatas foram detectadas em 14 pacientes, sendo do tipo deiscência de sutura e fístula (28,4%) e infecção da ferida operatória e deiscência de sutura (14,2%); com relação as complicações tardias, foram constatadas em onze pacientes e a mais freqüente foi a disfagia (54,5%). Esse trabalho proporcionou-nos uma visão das complicações pós-operatórias mais freqüentes nas laringectomias totais, e este conhecimento subsidiará nossa atuação junto aos pacientes que se submeteram a essa cirurgia no que diz respeito aos cuidados perioperatórios e a sua reabilitação.

**Palavras chave:** complicações pós-operatórias; laringectomia total ; câncer de laringe

### Abstract

*This is a retrospective study in which 21 charts of patients submitted to total laryngectomy in 1996 at the University of São Paulo Hospital were analyzed. In order to assess the complications, they were divided in immediate, mediate and late complications. Among the 21 reports, only 3 patients did not present postoperative complications. Five patients presented immediate complications and the most frequent were: edema (40%) and hematoma (40%); 14 patients presented mediate complications such as dehiscence of suture and fistula (28.4%) and infection of operative cut and dehiscence of suture (14.2%); with respect to late complications, they were found in 11 patients and the most frequent was the dysphagia (54.5%). This study reviewed the most frequent postoperative complications in total laryngectomies and this knowledge will base nurses's actions with patients submitted to this surgery regarding perioperative care and rehabilitation.*

**Key words:** postoperative complications; total laryngectomy; laryngeal cancer

Trabalho subvencionado por Projeto Integrado de Pesquisa CNPq, processo nº 520604/96.2

Trabalho apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico no período de 08 a 11 de junho de 1997 - São Paulo.

1 - Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP; 2 - Enfermeira bolsista de aperfeiçoamento do CNPq; 3 - Aluna de graduação em Enfermagem, bolsista de iniciação científica do CNPq.

Endereço para correspondência: Namie Okino Sawada - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Avenida Bandeirantes, 3900 - 14040-902 - Ribeirão Preto - SP.

## Introdução

O câncer de laringe, segundo o Ministério da Saúde (1996)<sup>(1)</sup>, é a décima causa morte no país. A sua incidência é maior nos homens do que nas mulheres e atinge predominantemente a faixa etária acima de 50 anos de idade, representando 2,4% de todos os cânceres.

Shellenbarger<sup>(2)</sup> cita que aproximadamente 11.600 novos casos de câncer de laringe serão descobertos a cada ano, e que apesar da incidência ser maior nos homens, a ocorrência deste nas mulheres aumentou 87% quando comparado com 30 anos atrás.

A laringectomia total é o procedimento cirúrgico indicado quando a neoplasia se encontra em estágio avançado. Nesses casos se remove a laringe, incluindo a cartilagem tireóide, pregas vocais, epiglote e outros anexos.

De acordo com Medina e Rigual<sup>(3)</sup>, o tratamento dos carcinomas do trato aerodigestivo e outras neoplasias da cabeça e pescoço tem evoluído. Atualmente, novas técnicas de remoção do tumor e esvaziamento cervical são associadas à radioterapia e algumas vezes à quimioterapia, com a finalidade de minimizar a morbidade.

Segundo Oliveira e col.<sup>(4)</sup>, os índices de complicações pós-operatórias em cabeça e pescoço são elevados e dependem de diversos fatores que podem ser ou não inerentes ao paciente.

Estas complicações muitas vezes podem ser minimizadas ou até mesmo evitadas se houver uma rigorosa avaliação e preparo pré-operatório e cuidados no pós-operatório. As complicações pós-operatórias nas laringectomias totais são fatores importantes para o processo de reabilitação do paciente, pois interferem nas condições deste, no tempo de hospitalização, impõem limitações físicas e muitas vezes impedem o desenvolvimento da emissão da voz esofágica. Segundo Oleson e King<sup>(5)</sup>, para muitos laringectomizados a perda da produção da voz é vista como desumana e a recuperação dessa capacidade retrata uma expectativa de reassumir a sua função social.

De acordo com Sá<sup>(6)</sup> as complicações podem ser divididas em imediatas, mediatas e tardias. As complicações imediatas são aquelas que ocorrem nas primeiras 18 horas após a

cirurgia e podem estar relacionadas ao local cirúrgico, como hematoma e edema, ou ao sistema respiratório como enfisema subcutâneo e pneumotórax.

As complicações mediatas são aquelas que ocorrem após as primeiras 18 horas de cirurgia e podem estar relacionadas à ferida cirúrgica, tais como infecção, fístula, hemorragia e necrose dos retalhos.

As tardias ou seqüelas ocorrem após vários dias da cirurgia e podem ser as complicações mediatas que se tornaram definitivas, alterando a fisiologia do paciente no plano funcional, fisiológico, metabólico e estético. Podem ser seqüelas nervosas como paralisia do nervo facial, atrofia de músculos, problemas de deglutição; seqüelas funcionais do tipo disfagia e fonação ou alterações metabólicas como o hipoparatiroidismo.

Motivadas por estas considerações, propomos este trabalho, cujo objetivo é verificar quais os tipos de complicações pós-operatórias mais frequentes que ocorrem nas laringectomias totais, visando obter subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo onde foram consultados 21 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de laringectomia total no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) em 1996.

A coleta de dados foi realizada por uma bolsista de aperfeiçoamento devidamente treinada que seguiu o roteiro de coleta de dados (Anexo 1).

A relação dos pacientes submetidos à laringectomia total no ano de 1996 foi obtida junto ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Endoscopia Per-Oral do hospital onde as cirurgias foram feitas.

Em seguida, solicitamos ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do hospital os prontuários dos pacientes. Do total de 24 prontuários, foram incluídos no estudo 21 casos, equivalente a 87,5%. Foram excluídos três casos (12,5%) por não terem sido os prontuários localizados, devido a erros no número do registro.



Dos 21 prontuários levantados, encontramos dois (9,5%) relatos de óbito, decorrentes de complicações imediatas e mediatas que culminaram com uma parada cardiorrespiratória. Apenas três casos não apresentaram qualquer tipo de complicação. Portanto, encontramos complicações em 18 pacientes levantados.

Para a análise das complicações pós-operatórias nas laringectomias totais agrupamos as complicações em imediatas, mediatas e tardias, conforme a divisão de Sá<sup>(6)</sup>.

### Resultados e discussão

Dos 21 prontuários levantados, 20 (95,2%) pacientes eram do sexo masculino e um (4,7%) era do sexo feminino. A faixa etária predominante foi acima de 50 anos de idade, com 20 pacientes (95,2%); apenas um (4,7%) paciente estava abaixo dessa faixa, conforme apresentado no Gráfico 1. Estes dados estão compatíveis com os da literatura<sup>(2, 7, 8)</sup>.

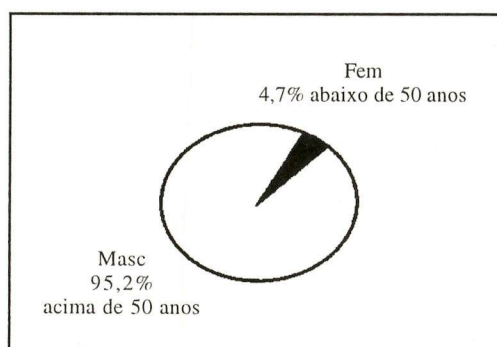


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes laringectomizados totais, segundo sexo e faixa etária. HCFMRP - 1996.

A Tabela 1 apresenta o número de pacientes e respectivos tipos de complicações. Podemos observar que apenas três (14,2%) pacientes não apresentaram qualquer tipo de complicação; em seis (28,5%) casos detectamos complicações mediatas, em quatro (19,0%) prevaleceram complicações mediatas e tardias; em dois (9,5%), imediatas; em outros dois (9,5%), tardias; em outros ainda dois (9,5%) imediata e tardia, e, por fim, dois (9,5%) apresentaram os três tipos de complicações.

No que diz respeito às complicações imediatas, na Tabela 2 são apresentados os tipos e respectiva frequência após a laringectomia total. As complicações mais frequentes foram o edema facial e o pneumotórax bilateral. Essas complicações foram detectadas em cinco pacientes.

O edema pós-operatório nas cirurgias de cabeça e pescoço, segundo Sá<sup>(6)</sup>, é consequência da obstrução da drenagem linfática e venosa, devido à ligadura de grandes va-

Tabela 2 - Tipo e frequência das complicações imediatas após laringectomia total. HCFMRP, 1996.

Tipo	Frequência	(%)
Hematoma	1	(20%)
Edema facial	2	(40%)
Pneumotórax bilateral	2	(40%)
Total	5	(100%)

Tabela 1 - Tipo e frequência das complicações pós-laringectomia total HCFMRP, 1996.

Pacientes	Frequência	(%)
<b>Tipo complicações</b>		
Sem complicações	3	(14,2%)
Imediata	2	(9,5%)
Mediata	6	(28,5%)
Tardia	2	(9,5%)
Imediata + mediata	2	(9,5%)
Mediata + tardia	4	(19,0%)
Imediata + mediata + tardia	2	(9,5%)
Total	21	(100%)

sos, durante a operação, ou da compressão mecânica dos tecidos na lesão cirúrgica, produzindo o hematoma. Está também relacionado à dissecação radical bilateral do pescoço e esvaziamentos cervicais radicais unilaterais. Em todos os casos levantados, os pacientes foram submetidos à laringectomia total com algum tipo de esvaziamento cervical: unilateral ou bilateral, radical ou funcional.

O pneumotórax, segundo o mesmo autor, ocorre eventualmente como consequência de lesão da cúpula pleural ao nível da base do pescoço durante a realização do esvaziamento cervical radical ou da remoção de parte da tireóide. O reconhecimento, durante o ato cirúrgico, do pneumotórax é fácil para a equipe cirúrgica e anestesista, pois o paciente está sob ventilação mecânica; no pós-operatório, a dificuldade respiratória, o enfisema subcutâneo e o exame de Rx do tórax confirmam a presença da complicação. Cabe a enfermagem estar atenta a estes sinais para a detecção precoce dessa complicação.

Conforme demonstra a Tabela 3, as complicações mediatas ocorreram em quatorze pacientes, e as mais frequentes foram deiscência de sutura mais fístula (28,5%) e infecção da ferida operatória mais deiscência de sutura (14,2%).

A fístula orofaringocutânea é uma complicação freqüente na cirurgia da cabeça e pescoço quando se fazem as ressecções combi-

nadas para o tratamento de tumores isolados ou associados da boca, faringe e laringe, com o esvaziamento cervical radical ou funcional, uni ou bilateral<sup>(6,7,9)</sup>. O início do processo da formação da fístula ocorre com a deiscência de sutura da mucosa oral ou faríngea. Nossos dados demonstram bem essa relação, pois 28,5% dos casos apresentaram deiscência de sutura e fístula. A fístula também leva a problemas respiratórios, devido à aspiração da saliva. A infecção respiratória foi detectada em um paciente, e em três casos esteve associada a outras complicações.

A infecção da ferida operatória após as laringectomias também é freqüente, devido ao porte da cirurgia, volume dos tumores, ressecções complexas ou combinadas, que proporcionam comunicação direta do pescoço com as cavidades bucal, faríngea, laríngea e paranasais, colonizadas por germes patogênicos<sup>(3,6,7)</sup>.

Nosso estudo demonstrou que a infecção neste local esteve presente em quatro casos, sendo que em um, isoladamente, e nos outros três, associados a outras complicações mediatas, conforme mostra Tabela 3.

Oliveira e cols.<sup>(4)</sup>, em seu estudo com pacientes portadores de carcinomas de cabeça e pescoço, também encontraram como complicações mais frequentes a deiscência ou necrose de retalho da ferida, infecção cirúrgica, fistula e infecção pulmonar.

Tabela 3 - Tipo e freqüência das complicações mediatas após laringectomia total. HCFM-RP, 1996.

Tipo	Freqüência	(%)
Infecção ferida operatória (IFO)	1	(7,1%)
Deiscência sutura (DS)	1	(7,1%)
Infecção respiratória (IR)	1	(7,1%)
Fístula	1	(7,1%)
DS + IFO	2	(14,2%)
DS + fístula	4	(28,5%)
DS + fístula + IFO	1	(7,1%)
IR + sangramento traqueostomia	1	(7,1%)
DS + laceração sub. clávia	1	(7,1%)
DS + fístula + IFO + IR + necrose retalho	1	(7,1%)
Total	14	(100%)



Com relação às complicações tardias, encontramos-as em onze pacientes, sendo a disfagia a mais freqüente (54,5% dos casos), conforme mostra a Tabela 4. Esta seqüela funcional é esperada, visto que a laringectomia total envolve as funções de deglutição e mastigação e requer a passagem de sonda nasoentérica para a manutenção da hidratação e nutrição no pós-operatório. Com a melhora da deglutição retira-se a sonda nasoentérica, permanecendo, entretanto, a disfagia para sólidos. Em nosso estudo encontramos nove pacientes nessa situação.

As Tabelas 5 e 6 mostram o tempo de aparecimento dos sinais de recidiva da doença e os tipos de sinais, respectivamente.

Na Tabela 5 são descritos sete casos de recidiva, sendo que quatro deles (57,1%) apresentaram sintomatologia de recidiva um mês após a cirurgia. Nos demais pacientes, o início desta complicação variou de três a 10 meses. Os sinais de recidiva mais encontrados foram dispnéia (25%), disfagia (16,6%), linfonodos e linfadenomegalias (16,6%).

Para a detecção da recidiva, Clark e MacGee<sup>(7)</sup> descrevem a importância do seguimento do paciente através de consultas mensais durante o 1º ano após a cirurgia, bimestrais no 2º ano; trimestrais no 3º ano; a cada quatro e cinco meses no 4º e 5º ano respectivamente e após, anualmente.

Tabela 4 - Tipo e freqüência das complicações tardias após laringectomia total. HCFM-RP, 1996.

Tipo	Freqüência	(%)
Disfagia	6	(54,5%)
Hipoparatiroidismo	1	(9,0%)
Perda da força muscular do membro superior direito	1	(9,0%)
Disfagia + estenose do esôfago	1	(9,0%)
Disfagia + estenose de hipofaringe	1	(9,0%)
Disfagia + estenose hipofaringe + estenose esôfago	1	(9,0%)
Total	11	(100%)

Tabela 5 - Tipo e freqüência do aparecimento de sinais de recidiva após laringectomia total. HCFM-RP, 1996.

Tempo	Freqüência	(%)
Após 1 mês	4	(57,1%)
Após 3 meses	1	(14,2%)
Após 6 meses	1	(14,2%)
Após 10 meses	1	(14,2%)
Total	7	(100%)

Tabela 6 - Tipo e freqüência dos sinais de recidiva após laringectomia total, HCFM-RP, 1996.

Tipo	Freqüência	(%)
Dispnéia	3	(25%)
Disfagia	2	(16,6%)
Linfonodos da região cervical aumentados	2	(16,6%)
Dor epigástrica	1	(8,3%)
Dor óssea	1	(8,3%)
Dor cervical	1	(8,3%)
Distúrbios visuais	1	(8,3%)
Cefaléia	1	(8,3%)
Total	12	(100%)

É muito importante esse seguimento, pois avalia as complicações pós-operatórias e suas interferências no processo de reabilitação além de detectar possíveis recidivas no paciente laringectomizado total.

### Considerações finais

A reabilitação do paciente laringectomizado requer tanto um ajustamento físico como psicossocial.

A realização deste trabalho proporcionou-nos uma visão das complicações pós-operatórias mais frequentes nas laringectomias totais. Esse conhecimento subsidiará a atuação da enfermagem junto aos pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, no que diz respeito aos cuidados perioperatórios, e a compreensão de suas limitações físicas e funcionais, a fim de auxiliá-los na reabilitação.

As complicações pós-operatórias são consequência de vários fatores, previsíveis ou não. Evans<sup>(9)</sup> cita que os fatores imprevisíveis são o processo patológico, a equipe de saúde em geral, a radioterapia prévia e a cirurgia anterior. Como fatores previsíveis: a investigação pré-operatória inadequada, o planejamento e o procedimento cirúrgicos inadequados, a falta de conhecimento de anatomia, inexperiência, desatenção, cuidado pós-operatório inadequado e falha de comunicação.

Muitas das complicações pós-operatórias nas laringectomias poderiam ser minimizadas ou evitadas se ocorressem critérios de seleção no pré-operatório, ou seja, critérios que levassem em consideração a patologia, sua localização e estadiamento, as condições clínicas do paciente e o tipo de técnica cirúrgica<sup>(6)</sup>.

Nessa perspectiva, visualizamos a atuação do enfermeiro no pré-operatório, visando a educação do paciente quanto aos exercícios respiratórios, movimentação ativa e passiva, condições pós-operatórias e o autocuidado.

Entendemos que se os profissionais de saúde atuarem com responsabilidade, a ocorrência dessas complicações serão minimizadas e os pacientes poderão alcançar sua reabilitação em menor tempo e com uma qualidade de vida melhor, o sucesso dependerá de uma ação conjunta desses profissionais.

### Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer – Pro-Onco. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil 1996. Rio de Janeiro, Pro-Onco, 1996. 19p
2. Shellenbarger, T.; Narielwala, S. - Caring for the patient with laryngeal cancer at home. *Home Healthc Nurse*, 14(2): 81-90, 1996.
3. Medina, J.E.; Rigual, N.M. - Neck Dissection. In: *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. St. Louis: Mosby, 1993 cap. 92 p. 1649-1672.
4. Oliveira, V.B; Ramos, G.A.; Dias, L.A.N.; Rosoni, M.D. - Avaliação Nutricional e Complicações pós-operatórias em pacientes portadores de carcinomas de cabeça e pescoço. *Acta Oncol Bras*, 14(4): 159-66, Ago/Set. 1994.
5. Oleson, M.; King, T.W. - Back to the beginning case management of the older client with alaryngeal speech needs. *Journ Geront Nurs*, 16(12): 27-9, 1989.
6. Sá, J.M.D. - Cuidados Pós-operatórios: Complicações e Seqüelas. In: *Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. São Paulo. Ed. Roca, 1989. cap. 10 p. 159-166.
7. Clark, J.C.; McGee, R.F. - Enfermagem oncológica: um currículo básico. São Paulo, Artes Médicas, 2ª ed., 1997.
8. Smeltzer, S.C.; Bare, B.G. - *Brunner & Suddart: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993.
9. Evans, R. - Complications in head and neck surgery and how to avoid trouble. *The Journal of Laryngology and Otology*. 103: 926-9, Oct, 1989

# Anexo I

## Levantamento das Complicações Pós-Operatórias dos Laringectomizados Totais

Iniciais do paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_\_\_\_ tipo de cirurgias \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico da complicação \_\_\_\_\_

### 1 - Local Cirúrgico

- formação de fístula
- deiscência de sutura
- infecção
- enfisema subcutâneo
- edema ganglionar
- ruptura da artéria carótida
- hematoma
- problemas com estoma

especificar: \_\_\_\_\_

### 2. Problemas Respiratórios

- pneumonia
- estenose de traquéia
- enfisema pulmonar
- atelectasia
- outros

especificar: \_\_\_\_\_

### 3. Deglutição

- dificuldade na deglutição
- estomatite
- alterações do paladar
- estenose do esôfago
- outros

especificar: \_\_\_\_\_

### 4. Sinais de Recidiva - data: \_\_\_\_\_

- dor torácica
- disfagia
- linfonodos aumentados na região cervical
- ulceração
- sangramento
- outros
- hemoptise
- obstrução de vias aéreas
- dor óssea

especificar: \_\_\_\_\_