

Guia Prático do Papel da Adenotonsilectomia (A&T) em Pacientes com Fissura Palatina

Lesley J Salkeld

Conceitos históricos e atuais

Tradicionalmente os procedimentos de tonsilectomia e adenoidectomia têm sido considerados como uma causa de morbidade em pacientes com fissura palatina, devido ao aparecimento não desejado ou a exacerbação da incompetência velo-faríngea (hipernasalidade/ressonância hipernasal, emissão de ar nasal ou inclusive regurgitação nasofaríngea de alimentos e líquidos ingeridos). Portanto, a adenoidectomia tem sido considerada contraindicada e a tonsilectomia limita-se a abordagem de tonsilites recorrentes muito graves.

As complicações da incompetência velo-faríngea (IVF) são comumente produzidas com a adenoidectomia em pacientes com fissura palatina não reconhecida. A hipernasalidade transitória ocorre em muitas crianças após a adenoidectomia por curetagem e existem autores que documentaram um risco de 1/1500 de IVF persistente pela técnica cirúrgica às cegas, com cureta fria, da massa adenoideana encapsulada.¹ Aproximadamente metade dos casos persistentes (sem resolução após vários meses da cirurgia) pode melhorar com terapia específica de linguagem, porém os casos restantes necessitarão de reparo cirúrgico, para aumentar o tecido do palato ou reduzir as dimensões do déficit nasofaríngeo, mediante procedimento de faringoplastia com enxerto faríngeo ou o fechamento dinâmico do esfíncter muscular. A necessidade deste tipo de reparo cirúrgico corretivo pode induzir ao risco de outra complicação, caso houver excesso de fechamento do defeito prévio, com o objetivo de melhorar a inteligibilidade da fala. Infelizmente, porém, pode causar sintomas de alterações respiratórias do sono com apneia. Estes pacientes podem, então, ter de enfrentar um dilema com relação a uma nova cirurgia de revisão e uma escolha entre a qualidade da respiração frente à qualidade de ressonância da fala.

As crianças com condições sindrômicas específicas terão riscos substanciais para desenvolver IVF após a adenoidectomia tradicional ou clássica. Na síndrome Velo-Cárdio-Facial (deleção de 22q11.2, CATCH 22, Síndrome de Shprintzen) ocorre, quase que de forma universal, uma deterioração do quadro após curetagem da adenoide às cegas com cureta, e crianças com síndrome de Down e outras condições de hipotonia generalizada terão um risco estimado da ordem de 1/50.

A técnica de tonsilectomia que não conserva a mucosa que recobre os pilares tonsilares ou mesmo utiliza a cauterização excessiva, induzindo lesão térmica considerável, pode resultar em uma contratura cicatricial que restringe a flexibilidade do véu do paladar, causando a IVF. Além de tudo, o reaparecimento do tecido tonsilar muito volumoso pode estar associado com uma deterioração do movimento do véu palatino. O reconhecimento inicial da hipertrofia tonsilar como causa de IVF tanto nos fissurados quanto nos não fissurados, foi documentada por Shprintzen durante a década de 1980.^{2,3}

Os enfoques atuais sobre este tema têm sido reavaliados, devido à melhora das técnicas para o diagnóstico e o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica que são mais conservadoras em relação à função do tecido muscular. A endoscopia transnasal com fibra ótica e as imagens com videofluoroscopia (com ou sem contraste) permitem a visualização do movimento do véu com uma perturbação mínima da sua função³. É possível ver as tonsilas hipertróficas muito abauladas na nasofaringe, na endoscopia transnasal, podendo fechar o véu para cima. Do mesmo modo, as imagens radiológicas podem mostrar um movimento do véu menor para a fala, com preservação da integridade neurológica, da arcada ou da deglutição.

O reconhecimento crescente e as investigações sobre os transtornos respiratórios do sono/apneia também têm causado uma reavaliação da necessidade para realizar a cirurgia adenotonsilar (A&T) em pacientes com e sem fissura.

Indicações gerais e específicas para a tonsilectomia e a adenoidectomia nos pacientes com fissura palatina

Os requisitos gerais para a adenotonsilectomia (A&T) em pacientes com fissura palatina superpõem-se aos requisitos gerais para os pacientes sem fissura. Estes estão resumidos na **Tabela 1** e incluem os requisitos para a tonsilectomia estabelecidos em 1984 por Paradise *et al*, para o alívio da tonsilite recorrente ou crônica, sendo a necessidade da remoção do tecido linfoide aumentado para aliviar os sintomas da apneia do sono, bem como uma série de indicações menos habituais como a halitose, o abscesso peritonsilar, e a suspeita de malignidade.

As indicações específicas para a tonsilectomia em pacientes fissurados incluem a remoção do tecido volumoso para aliviar a IVF (que por si só pode ser curativa) ou para preparar a faringe para a cirurgia da faringoplastia concomitante ou posterior. Como a tonsilectomia isolada pode melhorar o movimento do véu e a cirurgia da faringoplastia pode ser pouco eficaz ou mesmo dar lugar a complicações obstrutivas, tanto para a respiração como para a limpeza das secreções mucosas, foi acordado que o enfoque que Abdel-Aziz recomenda, seja seguido¹. Nos casos mais leves de IVF, a tonsilectomia para a remoção do tecido volumoso deve ser levada a cabo inicialmente e a faringe deixa-se temporariamente de lado para cicatrizar e amadurecer durante vários meses, antes que se determine se será necessária a faringoplastia posterior.

Tabela 1. Indicações “major” atuais para a tonsilectomia

Histórico da doença infecciosa pelos critérios de Paradise (1984)	7 x 1 ano
	5 x 2 anos
	3 x 3 anos
Aumento da tendência para a tonsilectomia na apneia obstrutiva do sono (AOS): <i>Joint position paper</i> , Austrália 2007	

A tonsilectomia na síndrome ou sequência de Pierre Robin (ou em outra condição craniofacial que inclui anormalidades da estrutura palatal) representa uma indicação especializada para a cirurgia do tecido linfoide. Uma obstrução neonatal precoce, seguida de uma hipertrofia linfoide no primeiro ano de vida é um preditivo que a sequência Robin em bebês possa desenvolver obstrução

aérea pós-palatoplastia. Portanto, recomenda-se que estes bebês retardem o fechamento do palato, por um período de tempo acima de um ano de idade, para permitir um crescimento maior da mandíbula, apesar do desejo de um fechamento palatal precoce para a aquisição da fala. No caso de um paciente com Robin desenvolver obstrução respiratória no período pós-palatoplastia, a tonsilectomia ou a adenoidectomia parcial seletiva poderá ser usada para “resgatar a via aérea”, evitando a necessidade de uma cânula nasofaríngea, traqueotomia ou a reabertura do fechamento do palato. Ver as **Tabelas 2, 3 e 4**.

Tabela 2. Indicações “major” atuais para a adenoidectomia

Isolada ou em conjunto com a tonsilectomia na síndrome da apneia obstrutiva do sono
Adjuvante ou alternativa aos tubos de ventilação na otite média (adenoide como reservatório de BIO-FILME)
Primeira opção cirúrgica na sinusite

Tabela 3. Indicações específicas para a tonsilectomia em pacientes com fissura palatina

Remoção da tonsila volumosa que induz à IVP (Shprintzen 1978)
Preparação ou adjuvante na faringoplastia
Resgate por obstrução da via aérea após a palatoplastia na síndrome de Pierre Robin

Tabela 4. Indicações específicas para a adenoidectomia em pacientes com fissura palatina

Tradicionalmente contraindicada
Raramente para a abordagem da via aérea

Do mesmo modo, os requisitos gerais para a adenoidectomia nos pacientes fissurados superpõem-se com as indicações nos não fissurados, incluindo ser isolada ou adjuvante para os sintomas da apneia do sono, intervenção cirúrgica de primeira linha após a abordagem conservadora da sinusite, sendo possivelmente considerada para ajudar a erradicar os biofilmes presentes na adenoide e melhorar a ventilação da tuba auditiva nas crianças que têm otite média aguda recorrente com frequência ou otite média crônica com efusão. Entretanto, a efusão crônica da orelha média nos pacientes fissurados no primeiro ano de vida está quase que universalmente presente, sendo também atribuída à disfunção muscular do tensor do véu palatino e também do músculo elevador do palato, quando então a adenoidectomia não estaria indicada para a efusão crônica nas crianças fissuradas jovens.

Técnica cirúrgica recomendada para a tonsilectomia

A técnica de eleição para a cirurgia da tonsilectomia no paciente fissurado deve representar um aperfeiçoamento das técnicas gerais que se aplicam a todos os pacientes neste tipo de cirurgia. O enfoque da técnica descrita por Abdel-Aziz é comprovado¹.

Também sou a favor da dissecação predominantemente fria, com a finalidade de eliminar o mínimo de tecido muscular ou de mucosa. O conceito cirúrgico da tonsilectomia é de tentar a «enucleação» da tonsila palatina inteira com uma dissecação capsular precisa. Recomenda-se a injeção de anestésico local com um

produto como bupivacaína a 0,25% com adrenalina, em 2 ou 3 pontos com o objetivo de infiltrar ao longo do plano capsular, aspirando, antes da introdução do líquido, para evitar que o mesmo seja colocado acidentalmente dentro de vasos sanguíneos. Este procedimento reduz significativamente o sangramento intraoperatório e torna a dissecação mais precisa, assim como também proporciona uma analgesia melhor no pós-operatório. O uso de pinça de cauterização bipolar com ponta fina (utilizada sem a corrente térmica ativada) no lugar do instrumento de dissecação denteado tradicional, permite a dissecação fria mais de perto, imediatamente na cápsula tonsilar, evitando a penetração no tecido muscular faríngeo. Este instrumento, com a corrente térmica ativa, também permite a hemostasia precisa durante a dissecação quando for necessária, de modo que uma técnica principalmente fria se complementa com a diatermia mínima e precisa. O início da dissecação no polo superior deve evitar a úvula e deve ocorrer exatamente na união rosa pálida da mucosa e do tecido linfoide, seja com tesouras ou com a penetração mínima do cautério bipolar sobre, mas não dentro, da cápsula. É sugerido o uso das alças tradicionais, o uso mínimo de pinças bipolares de ponta fina, para a hemostasia, posterior à remoção de maneira que se assemelhe ao conceito de “soldadura por pontos” na indústria metalúrgica. É preferível uma aplicação rápida da pinça bipolar com o ajuste da coagulação em 25,0 de corte (instrumento Valleylab®), do que aplicações mais demoradas com um ajuste de menor potência. A capacidade



Figura 1. Antes da cirurgia



Figura 2. Logo após a cirurgia



Figura 3. Após a cirurgia

de reter mucosa que rode em direção à loja tonsilar para acelerar a epitelização, e a criação de uma loja com menos de 1,5 cm de diâmetro é considerada como a técnica ideal na maioria das crianças com as tonsilas palatinas volumosas semipedunculadas. A aparência pós-operatória da faringe (**Figuras 1, 2 e 3**) deve ser similar aos contornos invertidos de um logotipo de comida rápida conhecido no mundo todo, ao invés de uma área de superfície da ferida mais ampla, mas pouco profunda.

As técnicas tais como a cauterização monopolar e as que utilizam dispositivos com diversos processos de ablação eletrônica não parecem ser aplicáveis neste tipo de cirurgia. A técnica para a tonsilectomia descrita anteriormente seria preferível à técnica da tonsilectomia (técnica extracapsular parcial) devido ao risco da revisão cirúrgica que possa a vir necessitar deste último método.

Técnica cirúrgica recomendada para a adenoidectomia

O emprego da adenoidectomia visualizada com a capacidade para realizar a remoção seletiva e a retenção do tecido eliminou essencialmente o risco de hipernasalidade pós-adenoidectomia nos pacientes fissurados e igualmente nos não fissurados. Várias séries com um

grande número de casos de adenoidectomias com diatermia e sucção documentam a redução do risco de IVF de 1/1500 descrito previamente. Portanto, a cirurgia progrediu desde ser “cega e sangrenta” a “visualizada e seletiva”. A técnica recomendada para a adenoidectomia em todos os pacientes para reduzir o risco de IVF é de avaliar o grau de movimento passivo do véu sob anestesia geral, para estimar onde provavelmente ocorrerá a formação fisiológica do anel de Passavant, e deixar uma banda horizontal de tecido das adenoides com aproximadamente 0,5 -1 cm de altura vertical na margem inferior. O exame geral do palato deve incluir a busca da deficiência longitudinal do véu, uma possível úvula bífida, a presença de um nó na junção do palato mole e duro, uma zona pelúcida, que indica a falta de junção da musculatura do palato na linha média abaixo da mucosa (“palato fendido submucoso, ou fissura oculta”) e excessiva profundidade nasofaríngea entre o véu do palato e da faringe posterior. As anomalias com estas características sugerem um risco aumentado para a IVF, caso for realizada uma adenoidectomia não seletiva, com a cureta a cegas. Se não forem identificadas estas características do paciente, que a partir de então desenvolverá IVF, podem ocorrer eventos adversos que resultem em implicações médico-legais em algumas jurisdições. Nos pacientes com fissura do palato ou naqueles que estão com um risco aumentado, tais como pacientes com síndrome Velo-Cárdio-Facial, deve-se remover o tecido confinado às coanas e à adenoide superiormente, para melhorar a função da via aérea, mantendo a competência véu-faríngea.

A técnica preferida da autora é utilizar um dispositivo de diatermia e sucção, moldado a mão, para chegar até a nasofaringe, com um espelho dental simples, iluminado por uma luz frontal e auxiliado com o uso de um ou dois cateteres flexíveis passados através das fossas nasais para retrair e elevar o palato para melhorar a visualização. Com um ajuste de 30 da Coagulação, 0 de corte (instrumento ValleyLab) com aplicações curtas de 1-2 segundos na forma de pontos, o dispositivo move-se sobre a superfície do tecido das adenoides, com elevações rápidas de ponto em ponto, para entrar ar frio no instrumento que assim se manterá frio, prevenindo, deste modo, a carbonização negra do tecido. O efeito mecânico é semelhante à técnica de aplicação da pintura impressionista francesa conhecida como “pontilhismo”. O risco de ignição térmica para as técnicas de cauterização na orofaringe fica reduzido, caso se utilize um tubo oral endotraqueal com manguito. Se a eleição for para um tubo sem manguito, qualquer fuga perceptível de oxigênio e gases anestésicos deve ser absorvida pelo uso de uma esponja úmida na hipofaringe. Esta técnica (**Figura 4**) permitirá a finalização da adenoidectomia na maioria das crianças, dentro dos 90 segundos de uso da diatermia.

Conclusões, cautelas e comunicação

Neste artigo são descritas as recomendações e precauções com respeito ao conhecimento, riscos e benefícios que podem ocorrer ou lograr com a cirurgia ade-



Figura 4. Cirurgia

no/tonsilar nos pacientes com fissura palatina. Aqueles colegas que estão atuantes na Otorrinopediatria, com contato frequente com pacientes fissurados, necessitam atualizar os seus colegas e outros profissionais da saúde acerca dos enfoques atuais desta patologia. Atualmente, os pacientes com fissura palatina são cada vez mais abordados por uma equipe multidisciplinar, para proporcionar-lhes uma atenção integral e padronizada, bem como uma equipe de médicos com um número suficiente de pacientes para manter e aperfeiçoar as habilidades especializadas. Como consequência, o médico otorrinolaringologista geral pode não estar familiarizado tanto com as opções diagnósticas quanto com as cirúrgicas mais recentes. Aqueles que tratam pacientes fissurados têm a obrigação de atualizar e informar aos colegas profissionais da saúde acerca dos problemas e das técnicas de abordagem da fissura palatina, incluindo o exame neonatal desta condição, a fim de prevenir os transtornos da alimentação e da desnutrição devido ao diagnóstico não reconhecido. Portanto, este capítulo representa os conselhos práticos que possam vir a ser utilizados pelo especialista em Otorrinolaringologia Geral, para que aqueles que atuam nessa especialidade em pediatria e para os médicos em formação.

Referências bibliográficas

1. Abdel-Aziz M. Hypertrophied tonsils impair velopharyngeal function after palatoplasty. *Laryngoscope* 122: March 2012; 528-532
2. Shprintzen RJ, Sher AE, Croft CB. Hypernasal speech caused by tonsillar hypertrophy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1987; 14: 45-56
3. MacKenzie-Stepner K, Witzel MA, Stringer D, Laskin R. Velopharyngeal insufficiency due to hypertrophic tonsils. A report of two cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1987; 14:57-63