

Adenóide e Tonsilas Palatinas: Quando Operar?

Renata C. Di Francesco

A adenoidectomia e a tonsilectomia são os procedimentos cirúrgicos mais comuns nas crianças, mas ainda hoje suas indicações têm sido controversas, provavelmente pelo seu passado. Nesta época, a grande maioria destes procedimentos deviam-se às tonsilites de repetição, que são muito menos freqüentes atualmente graças ao avanço da antibioticoterapia.

O acordo sobre a indicação cirúrgica entre o otorrinolaringologista e o pediatra é fundamental para a informação melhor do paciente e uma evolução melhor da criança no pós-operatório.

Os médicos da atenção primária devem conhecer os problemas, os sinais e sintomas que levam a indicação cirúrgica, uma vez que são muito prevalentes em nosso cotidiano. Deve-se muitas vezes interrogar os pais ou responsáveis, mesmo quando não há queixas.

O médico pode relutar em indicar o tratamento cirúrgico por desconhecer as restrições das indicações formais. Um fator adicional que contribui para a demora do diagnóstico e conseqüentemente do tratamento é que os pais não reconhecem a gravidade do quadro e, às vezes, não aceitam a indicação de serem encaminhados ao cirurgião.

Quando realizada de acordo com as indicações precisas, a retirada das tonsilas e da adenóide melhora a qualidade de vida ¹.

Não há dúvidas de que a indicação mais comum da adenotonsilectomia é a hiperplasia (aumento) das tonsilas palatinas e faríngea, ficando a adenotonsilite em segundo plano.

Apesar de muitos trabalhos da década de 70 terem definido as indicações para adenotonsilectomia, muitos colegas ainda estão pouco familiarizados ou desconfortáveis em usar estes critérios e acabam por recomendar a cirurgia de uma forma mais tradicional deixando de lado as evidências.

Aumento das tonsilas

O aumento do tecido linfóide é a primeira causa de distúrbio respiratório do sono na infância. Os sintomas noturnos compreendem roncos, respiração oral, pausas na respiração, engasgos, enurese e sono sem descanso. Por outro lado, os pacientes podem não correlacionar os sintomas diurnos com os noturnos.

Geralmente os achados são freqüentes em crianças e são menosprezados pelos pais. Durante o dia, eles apresentam problemas de comportamento, cefaléia matinal, dor de cabeça, boca seca, halitose, respiração ruidosa, postura de boca

aberta, voz hiponasal e obstrução nasal crônica com ou sem otorrêia.

As crianças com sintomas graves apresentam síndrome da apnéia ou hipopnéia obstrutiva do sono. Os pacientes mais afetados podem desenvolver *cor pulmonale*, hipertrofia do ventrículo direito, insuficiência cardíaca congestiva, hipoventilação alveolar, edema pulmonar, hipertensão, déficit de crescimento, risco aumentado para lesão neurológica e, até mesmo, morte súbita.

As crianças com apnéia do sono apresentam mais problemas com aprendizado, atenção e comportamento. Um estudo amplo realizado nos EUA demonstrou apnéia obstrutiva do sono em 18% das crianças com 10% delas apresentando as notas piores no primeiro ano escolar (idade - cerca de seis anos), havendo melhora significativa após adenotonsilectomia. Outros estudos demonstraram déficits específicos no aprendizado e processos mentais em crianças com apnéia do sono. Esta autora, (RF), encontrou uma alta prevalência de crianças com respiração bucal em crianças da pré-escola com defasagens de aprendizagem.

As melhoras no comportamento foram demonstradas em crianças submetidas a adenotonsilectomia por apnéia. A gravidade da apnéia do sono que pode interferir no aprendizado e comportamento ainda não está estabelecida².

As doenças respiratórias são exacerbadas e podem aparecer apenas durante o sono. Avaliar o *status* respiratório destas crianças apenas com a criança acordada pode subestimar a gravidade do quadro durante o sono; assim, deve ser feita uma história detalhada.

A enurese noturna é comum nas crianças pequenas e também apresenta melhora após a cirurgia, sendo mais freqüente em meninos.

O aumento das tonsilas também está associado a uma pobre pressão inspiratória deficiente e resulta em aumento do esforço respiratório e trabalho dos músculos aí envolvidos. Esta condição pode limitar o exercício físico.

Em muitos casos, a indicação cirúrgica não pode ser estabelecida apenas com base na história e no exame físico. Apesar da hiperplasia provavelmente predispor à obstrução, a dinâmica da via aérea durante o sono não pode ser avaliada pelo exame estático no consultório.

O exame no consultório consiste na avaliação da orofaringe e classificação do tamanho das tonsilas palatinas. A classificação mais comum é a de Brodsky, na qual os graus III e IV são considerados obstrutivos. A tonsila faríngea é avaliada pela radiografia de perfil (ou de cavum), observando-se o grau de obstrução da nasofaringe. Atualmente o endoscópio flexível é muito usado e pode substituir a radiografia. O exame é bem tolerado quando realizado por um médico treinado e um aparelho com calibre apropriado. Sugere-se o nasofibroscópio de 1,9 a 3,2mm.

Entretanto, a polissonografia é considerada o padrão-ouro para a avaliação objetiva do sono e a correlação com anormalidades ventilatórias do distúrbio respiratório do sono, porém tem um custo elevado e necessita de disponibilidade de tempo do paciente e da família. Assim sendo, o estudo formal do sono, antes da adenotonsilectomia para as crianças com obstrução, sem história de infecção, deve ser feito de rotina? A polissonografia não deve ser feita de rotina em todas as crianças. O exame deve ser focado não apenas no tamanho das tonsilas, mas

também no formato da faringe, nos hábitos da criança, conforto da respiração e roncos.

Deve-se analisar as características craniofaciais, uma vez que as crianças com perfil dolicofacial são mais propensas à apnéia do sono. As crianças obesas necessitam também perder peso.

1. Anormalidades craniofaciais

O aumento das tonsilas pode predispor a desarmonias do crescimento craniofacial. Nestas crianças, o crescimento inferior e posterior da mandíbula e o reposicionamento da língua podem compensar a ausência do fluxo de ar nasal criando uma via aérea oral maior, porém resultando num alongamento das dimensões verticais da face e do ângulo goníaco. A tão conhecida face adenoideana.

A ausência do contato entre a língua e o palato resulta em um palato ogival e mordida cruzada. As tonsilas palatinas, por si só, podem levar a uma protusão dos incisivos superiores, menor arco dental e, em 91,33%, mordida cruzada.

Apesar dos pesquisadores mostrarem um direcionamento melhor do crescimento após a adenoidectomia, isto ainda é um assunto controverso. Os otorrinolaringologistas quando recebem pacientes dos ortodontistas devem estudar a indicação caso a caso.

Por outro lado, o diagnóstico e os tratamentos demorados resultam em agravamento das alterações craniofaciais³.

2. Disfagia e distúrbios da fala

As tonsilas obstrutivas ocasionalmente interferem na fase faríngea da deglutição de forma que pode haver uma dificuldade na deglutição, pior para sólidos do que para líquidos. Raramente, a hiperplasia interfere no fechamento velofaríngeo causando disfagia para líquidos que pode-se caracterizar por regurgitação. Geralmente a disfagia acontece por incoordenação da respiração com a deglutição. Em nossa experiência cerca de 78,1% das crianças com aumento das tonsilas apresentavam deglutição alterada e 88,8% a mastigação anormal. Após a cirurgia houve melhora significativa.

A hiponasalidade é a alteração de fala mais comum, devida à diminuição do fluxo de ar no nariz.

3. Faringotonsilite recorrente

A retirada das tonsilas e da adenóide, decorrente de quadros infecciosos, foi comum durante décadas. Muitos trabalhos dos anos 90 sugeriam que a tonsilectomia diminuiria a frequência das tonsilites. Entretanto, muitos deles, tinham críticas quanto à seleção e randomização dos pacientes.

As tonsilites podem ser caracterizadas de acordo com os critérios de Paradise¹⁹: temperatura >38,5°C, adenopatia cervical >2cm, presença de exsudato purulento nas tonsilas ou positividade para o GAS (*Streptococcus pyogenes* do Grupo A). Os casos devem ser confirmados pelo médico. A FT recorrente é caracterizada por pelo menos sete casos em um ano, cinco por dois anos consecutivos, ou três por ano por três anos seguidos.

Os pesquisadores sugerem que para a decisão do tratamento cirúrgico devem ser levados em conta os riscos, preferências e ansiedades dos pacientes, absenteísmo na escola em decorrência da doença, custo e disponibilidade das cirurgias.

4. Assimetria tonsilar e suspeita de malignidade

Frente a uma assimetria tonsilar deve-se suspeitar de um linfoma. Entretanto, as assimetrias também podem ser benignas. Nestes casos, aparecem em situações agudas, como quadros inflamatórios, por exemplo, causados por infecções virais, geralmente associados com uma adenopatia cervical >3cm. Nestes casos, decorrentes de infecções virais, tanto a assimetria tonsilar, quanto a adenopatia cervical devem regredir após a resolução do processo.

5. Sinusites e otites

Em muitos pacientes a adenóide obstrui a cavidade nasal e aumenta a estase de secreções nas fossas nasais predispondo a infecções nasossinusais. Há evidências de melhora destas infecções com a adenoidectomia. Muitos são favorais a uma cirurgia endoscópica das cavidades paranasais. Fisiopatologia semelhante ocorre com a compressão da adenóide na tuba auditiva. Muitos estudos sugerem a adenoidectomia ou mesmo adenotonsilectomia na abordagem da otite média⁴.

Já sugeriu-se a adenoidectomia junto a colocação de tubo de ventilação, entretanto, estudos recentes sugerem que as evidências não suportam esta conduta e ainda ocorre aumento da morbidade e custos do procedimento.

6. Qualidade de vida

A adenotonsilectomia traz melhora da qualidade de vida. Principalmente em crianças com distúrbio respiratório do sono. Este procedimento leva a melhora da vida da criança nas seguintes áreas: sofrimento físico, distúrbio do sono, problemas na fala e deglutição, desconforto emocional, limitação de atividades físicas e preocupação dos pais⁵.

Referências bibliográficas

1. Darrow D Formal indications for adenotonsillectomy: Laryngoscope, 112:6–10, 2002.
2. Nixon G M, Brouillette R T. Sleep 8: Paediatric obstructive sleep apnoea. Thorax 2005;60:511–516.
3. DiFrancesco RC, Bregola EGP, Pereira LS, Lima RS. A obstrução nasal e o diagnóstico ortodôntico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2006: 11(1):107-113.
4. Paradise J. Effectiveness of tonsillectomy depends on stringency of indications. Arch Dis Child 2005;90:1318–1319.
5. DiFrancesco RC, Fortes FS, Komatsu, C. Improvement of Quality of Life in Children after Adenotonsillectomy. Otolaryngology– Head and Neck Surgery. 2004: 129; 078.