

Há Alguma Indicação para a Adenoidectomia por Curetagem no Século XXI?

Alexandria Thomas e Harvey Coates

Introdução

A adenoidectomia tem sido uma parte importante do arsenal de otorrinolaringologistas desde o final do século XIX, quando a adenoidectomia foi inicialmente descrita por Hochstein^{1,2}. As atuais indicações para a adenoidectomia incluem o transtorno obstrutivo do sono, adenoidite e como tratamento adjuvante da sinusite e otite média com efusão em crianças. Ao longo dos últimos vinte anos, outras modalidades alternativas de adenoidectomia foram desenvolvidas, incluindo diatermia com sucção, microdebridamento e técnicas com laser. Este artigo descreve as vantagens e desvantagens de cada técnica e sugere que há poucas indicações para a adenoidectomia por curetagem cega no século XXI.

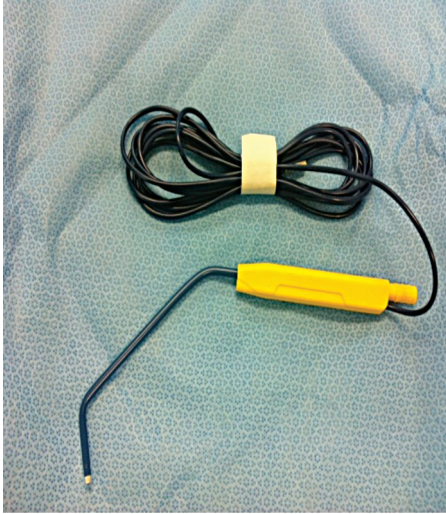
Técnicas de Adenoidectomia

Adenoidectomia por curetagem

Este procedimento está sendo usado há 125 anos e foi o grande pilar para que os otorrinolaringologistas realizassem a adenoidectomia até cerca de 15 anos atrás. O procedimento é muitas vezes realizado às cegas, depois do cirurgião palpar a nasofaringe para avaliar o tamanho da adenóide e para sentir pulsações anormais ou a adenóide anormal, ou a presença de tecido tumoral. A adenoidectomia por curetagem (AC) pode resultar em um sangramento primário significativo, exigindo o uso de cautério ou tamponamento da nasofaringe, bem como em dificuldade na remoção de tecido adenóide na região da coana.

Adenoidectomia com Uso de Eletrocautério (AEC)

Diversos eletrocautérios, muitas vezes acoplados a sucção, foram usados com sucesso ao longo dos últimos 15 anos. Em um levantamento realizado pela *American Society of Pediatric Otolaryngology*, este foi o método mais utilizado por seus membros. Geralmente é realizado com um cateter *in situ* para elevar o palato mole, facilitando assim a visão indireta da nasofaringe e das adenóides com espelho. Isto permite a ablação precisa da adenóide, completa ou parcial no caso de crianças com fenda palatina submucosa ou claramente manifesta ou outras condições do palato com potencial para causar incompetência velofaríngea. A coagulação geralmente é estabelecida em 30-40 W. Para alcançar todas as áreas da nasofaringe, a diatermia com sucção é curva como na **Figura 1**. A AEC é precisa, relativamente rápida e com perda mínima de sangue. Alguns otorrinolaringologistas preferem realizar a adenoidectomia sob visão direta, utilizando um endoscópio transnasal. Foi demonstrado que a AEC é equivalente a adenoidectomia por curetagem com relação às taxas de novo crescimento, alívio da obstrução e taxa baixa de complicações.

Figura 1. Adenoidectomia com uso de eletrocautério

Adenoidectomia com Microdebridador

A remoção das adenóides com microdebridador utiliza uma exposição similar àquelas técnicas que utilizam diatermia e permite a remoção precisa da adenóide. Ocasionalmente, o leito da adenóide pode ser vascular, exigindo o uso do cautério para controlar os pontos de sangramento.

Adenoidectomia a Laser

Foram descritas diversas técnicas de adenoidectomia a laser, sendo que o laser de CO₂ é o mais utilizado. O feixe de laser é refletido por um espelho metálico para fazer a ablação

do tecido da adenóide utilizando um microscópio cirúrgico com o laser acoplado. A hemostasia geralmente é boa, mas são necessárias as precauções usuais no uso de laser, e o custo do equipamento é elevado.

Vantagens e Desvantagens das Técnicas de Adenoidectomia

Técnica de Curetagem

As principais vantagens da técnica AC são a sua simplicidade e a ressecção rápida da adenóide. A adenoidectomia cega, entretanto, não deixa de ter complicações e a literatura descreve hemorragia importante em um caso de angiofibroma nasofaríngeo não detectado e vasos aberrantes na nasofaringe. A precisão na remoção da adenóide, particularmente o tecido na região coanal, pode ser problemática e ter resultados clínicos sub-ótimos. A hemorragia primária do leito da adenóide pode exigir o uso de eletrocautério ou compressão da nasofaringe de um dia para outro para o tamponamento da hemorragia. Em sua meta-análise de nove artigos aceitáveis de um total de 64 artigos, Reed et al³ notaram que a perda média de sangue era de 24 mL na adenoidectomia por curetagem e 4,31 mL com a técnica AEC. A Auditoria Nacional Prospectiva sobre Tonsilectomia na Inglaterra e Irlanda do Norte⁴ observou sangramento precoce com AC em 0,3% e sangramento secundário em 0,2% de 6871 pacientes, e 0,07% de sangramentos primários e número similar de hemorragias secundárias com AEC em 1489 pacientes. A taxa global de risco de hemorragia foi de 3,6 com AC em relação a AEC (intervalo de confiança de 95%, 0,86-14,9; $p = 0,06$)⁴. Foi feita a quantificação da importância da perda de sangue na literatura e, em relação a técnicas alternativas, a AEC mostrou-se superior de forma consistente^{3,4,5,6,7,8}. Um novo crescimento da adenóide e os desfechos clínicos foram similares tanto para AC como para AEC³. Em 1411 pacientes, Skilbeck et al⁹ mostraram que não houve hemorragia primária com AEC e que o novo crescimento era similar em pacientes que tinham sido submetidos a AC. É interessante o relato de Henry et

al¹⁰ de 6 complicações em 1206 crianças tratadas desta forma, com dor intensa no pescoço (n=3), síndrome de Grisel (n=1), VPI – insuficiência do véu palatino – (n = 1) e um caso de estenose nasofaríngea grave.

Microdebridador

O microdebridador tem as vantagens da precisão, taxas baixas de hemorragia primária e secundária, e o fato de ser relativamente rápido de realizar. As desvantagens incluem a despesa da lâmina descartável e a necessidade ocasional de conseguir hemostasia utilizando diatermia com sucção no leito da adenóide após a adenoidectomia com microdebridador.

Laser

A adenoidectomia utilizando laser é precisa e também bastante rápida, mas talvez não tão rápida quanto AEC, devido ao tempo para sua montagem e as precauções necessárias com o uso do laser. O custo do equipamento é elevado e há relatos de que algumas técnicas usando laser resultam em uma estenose nasofaríngea grave, exigindo cinco a sete procedimentos subsequentes.

Discussão

Foi estabelecido um padrão aceitável na otorrinolaringologia pediátrica com relação à cirurgia da adenóide, para que haja uma visualização adequada e que sejam instituídas etapas para minimizar a perda de sangue. A importância da visualização da nasofaringe foi recentemente enfatizada na literatura¹¹. A visão direta proporciona a oportunidade de direcionar a intervenção para a região anatômica precisa, aumenta o tempo de reação a qualquer complicação iminente e identifica qualquer aberração anatômica, entre outros benefícios. As técnicas que empregam a visualização direta (laser, AEC e debridador elétrico) são consideradas como as que atendem aos padrões mais elevados. Além disso, há os fatores relacionados a custos operacionais reduzidos, taxas de readmissão reduzidas e tempo cirúrgico reduzido utilizando técnicas como AEC e debridador elétrico. A técnica AEC proporciona uma adenoidectomia rápida, segura e precisa, incluindo técnicas parciais, e tem taxa de hemorragia primária e secundária muito baixa, como mencionado anteriormente. O custo da diatermia com sucção descartável é mínimo se comparado com o de alguns outros equipamentos descritos, e foi observado que reduz os custos cirúrgicos da adenoidectomia de forma mais eficaz do que qualquer outra técnica.

Dados de desfecho a longo prazo mostram que a técnica AEC é equivalente à curetagem com relação às taxas de novo crescimento, alívio da obstrução e baixas taxas de complicações.

Nosso colega Paul Walker, da Austrália, fez a seguinte declaração, que resume o consenso geral da literatura publicada quando diz: “o uso rotineiro da ablação por diatermia com sucção para a adenoidectomia converte um procedimento difícil, muitas vezes sangrento, em uma operação cirurgicamente precisa”.

Conclusão

A superioridade da AEC foi apresentada ao longo do nosso artigo, particularmente em comparação com AC, incluindo mas não de forma exclusiva a hemostasia pós-operatória, perda de sangue intra-operatória, precisão cirúrgica,

desfechos a longo prazo, resolução de sintomas e dor. Isto nos permite concluir que não há indicação para a adenoidectomia por curetagem no século XXI, exceto para o debridamento de adenóides maciças antes da diatermia.

Referências bibliográficas

1. Meyer W, On Adenoid Vegetations in the Naso-pharyngeal Cavity: their Pathology, Diagnosis, and Treatment. *Med Chir Trans.* 1870;53:191-216.
2. Baber E, Remarks on Adenoid Vegetations of the Naso-Pharynx. *Br Med J.* 1882 Aug 5;2(1127):205-7
3. Reed J, Sridhara S, Brietzke S Electrocautry Adenoidectomy Outcomes: A meta-analysis *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2009 140:148-53
4. Lowe D, Brown P, Yung M, Adenoidectomy Technique in the United Kingdom and Postoperative Hemorrhage *Otolaryngol Head and Neck Surg* 2011 Mar 18 [Epub ahead of print]
5. Elluru R, Johnson L, Myer C, Electrocautry Adenoidectomy Compared with curettage and Power-Assisted Methods *Laryngoscope* 2002;112:23-25.
6. Hajr E, Hagr A, Al-Arfaj A, Ashraf M. Suction cautery adenoidectomy (SCA): is the additional cost justified? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011 Mar;75(3):327-9. Epub 2010 Dec 14.
7. Walker P, Pediatric Adenoidectomy Under Vision Using Suction-Diathermy Ablation *Laryngoscope* 2001;111;2173-2177.
8. Wright E, Manoukian J, and Shapiro R, Ablative Adenoidectomy: A new Technique using simultaneous Liquefaction/Aspiration *Journal of Otolaryngology* 1997;26(1);36-43.
9. Skilbeck CJ, Kwame I, Kwa K, Choa DI. Suction diathermy as an adjunct to endoscopic removal of inverted papilloma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007 Jun;71(6):917-20.
10. Henry L, Gal T, Mair E Does increased electrocautry during adenoidectomy lead to neck pain? *Otolaryngol Head and Neck Surg* 2005 Oct;133(4):556-61.
11. Ark N, Kurtaran H, Ugur KS, Yilmaz T, Ozboduroglu AA, Mutlu C. Comparison of adenoidectomy methods: examining with digital palpation vs. visualizing the placement of the curette. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010 Jun;74(6):649-51.