

**61º CONGRESSO**

da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia  
e Cirurgia Cérvico-Facial

1 a 4 Maio 2014  
Lisboa Marriott Hotel



**SPORL**  
SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE OTORRINOLARINGOLOGIA  
E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL



**Hospital**  
Braga

# **ADENOIDECTOMIA ISOLADA COMO TRATAMENTO DA OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NAS CRIANÇAS – ESTUDO RETROSPECTIVO**

Martins Pereira, S.

Moreira, F.; Breda, M.; Pratas, R.; Dias, L.

**Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**  
**Hospital de Braga**

# Introdução

- Hipertrofia de adenóides e amígdalas como principal causa de obstrução da via aérea superior na infância
- Sintomas: Nocturnos e Diurnos
- Alteração de desenvolvimento
- Diagnóstico: clínico; registo do sono em vídeo; polissonografia

# Introdução

- Adenoidectomy vs Adenoamigdalectomia
- Morbilidade e mortalidade cirúrgica
- ❖ Hemorragia 1% vs 3%
- ❖ Retorno às AVDs da criança e pais
- Indicações cirúrgicas não universais
- Conhecer probabilidade de necessitar de segunda cirurgia

# Materiais e Métodos

- Estudo retrospectivo
- Consulta de processos clínicos
- Setembro de 2011 e Setembro de 2013
- Período de follow up entre 5 e 29 meses
- Critérios de Inclusão:
  - ❖ Idade inferior a 18 anos
  - ❖ Submetidos a adenoidectomia
  - ❖ Sintomas obstrutivos (Roncopatia nocturna com/sem apneias)

# Materiais e Métodos

- Critérios de exclusão:
  - ❖ Obesos
  - ❖ Crianças com patologias respiratória ou alérgica associada
  - ❖ Crianças com mal formações crânio- encefálicas
  - ❖ Cirurgias de revisão
  - ❖ Submetidas a adenoidectomia por outras patologias
  - ❖ Associadas a outros procedimentos cirúrgicos como electrocauterização de cornetos inferiores ou radiofrequência de amígdalas
  - ❖ Amígdalas grau IV na escala de Friedman

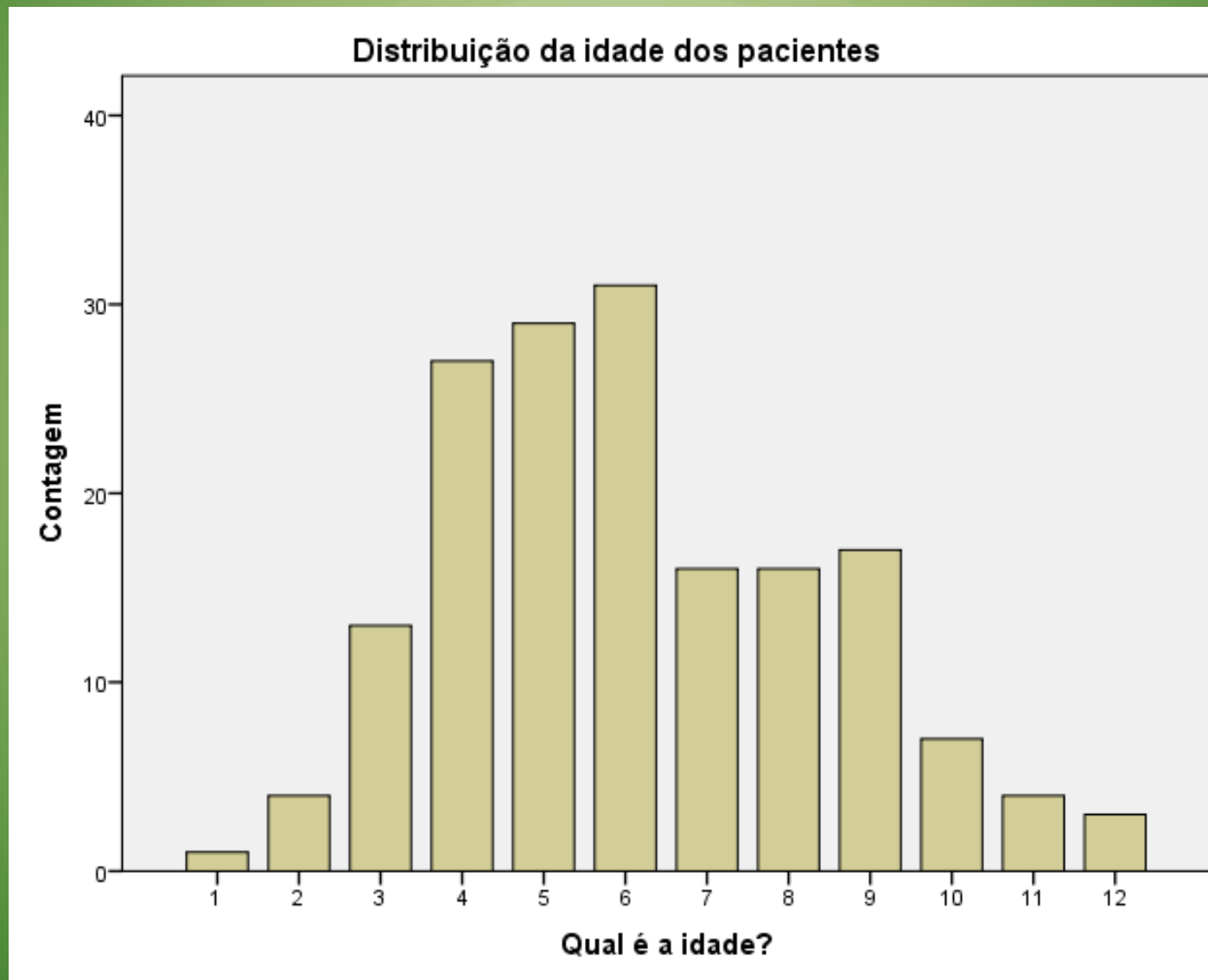
# Resultados

- 168 doentes
- Idade entre 1 e 12 anos
- Idade Média – 6 anos

## Sexo dos pacientes

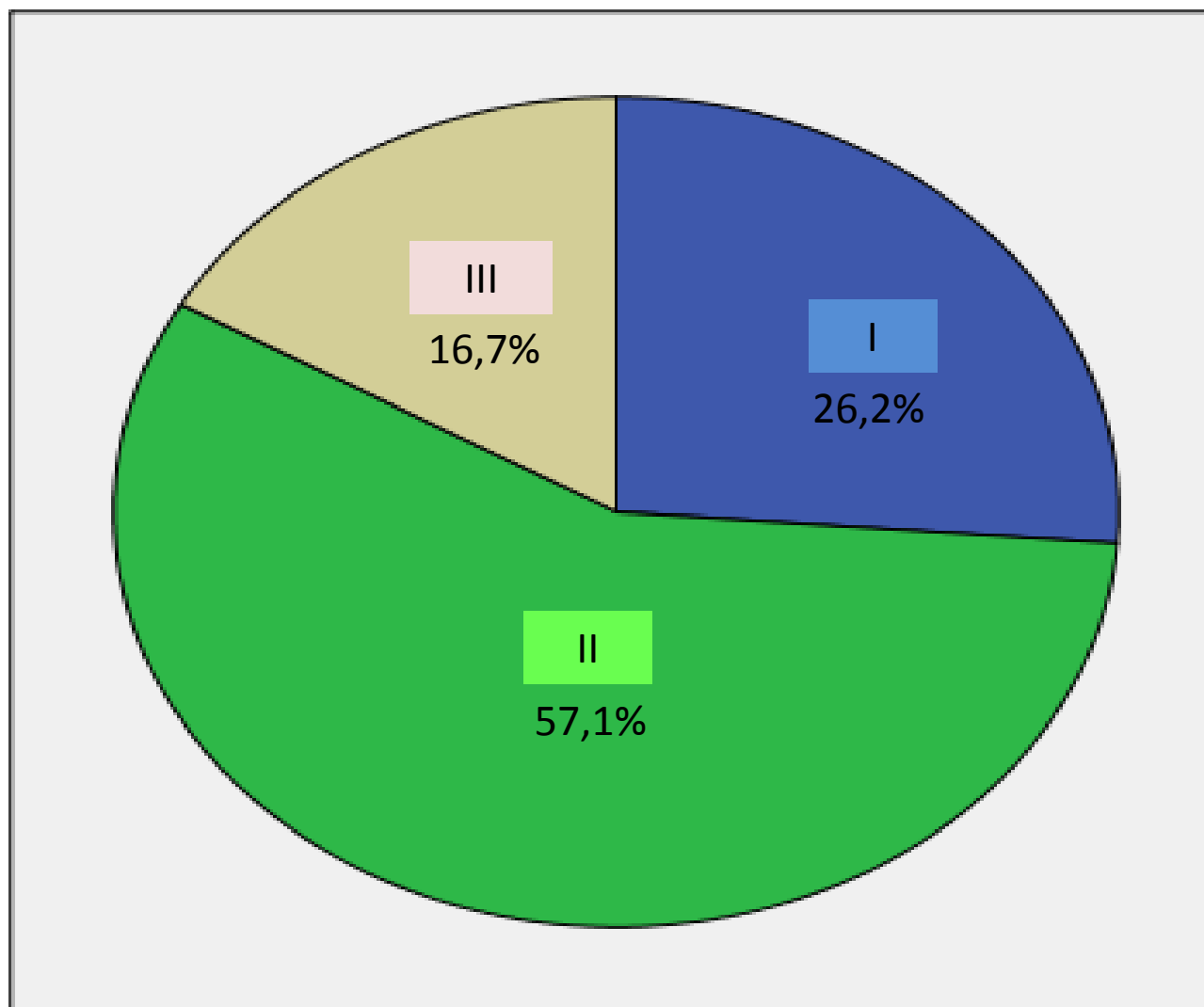
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	105	62,5	62,5	62,5
	Feminino	63	37,5	37,5	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

# Resultados



# Resultados

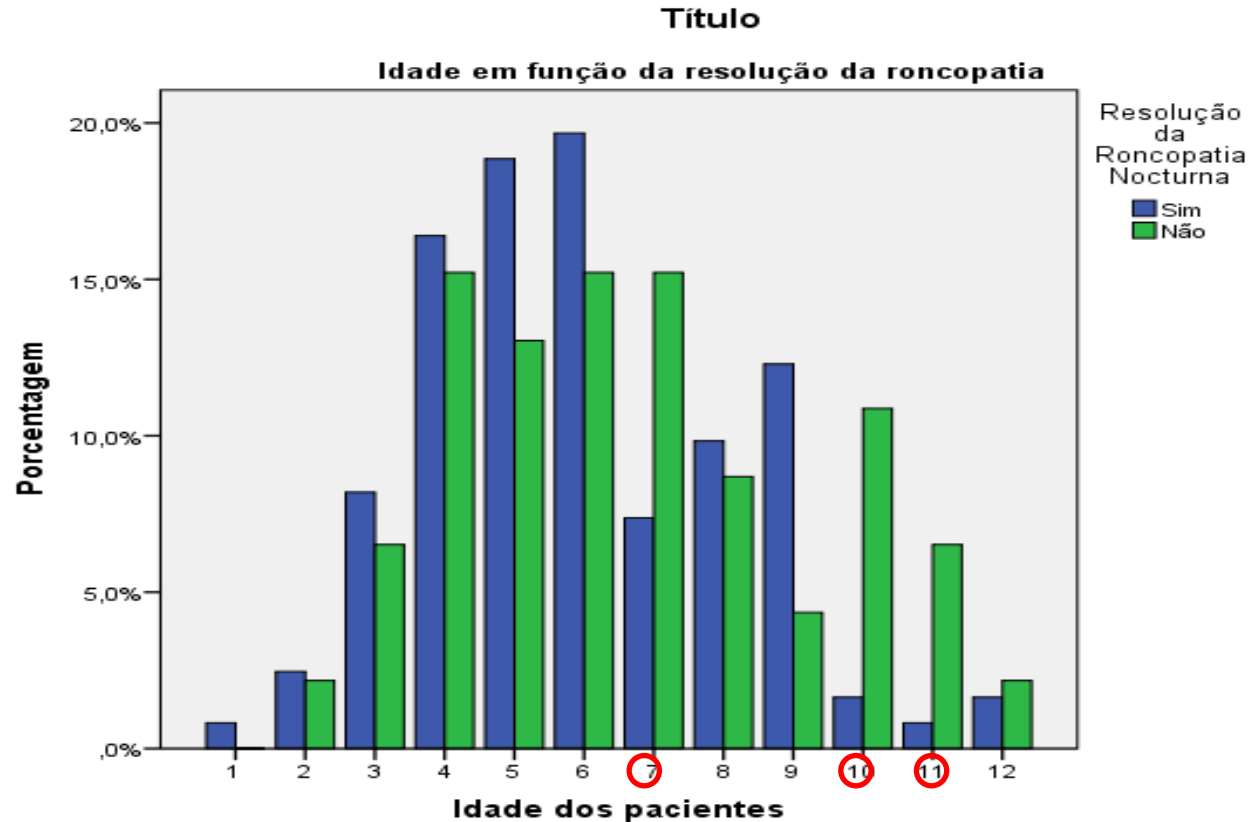
Grau de Hipertrofia amigdalina das crianças submetidas a adenoidectomia isolada



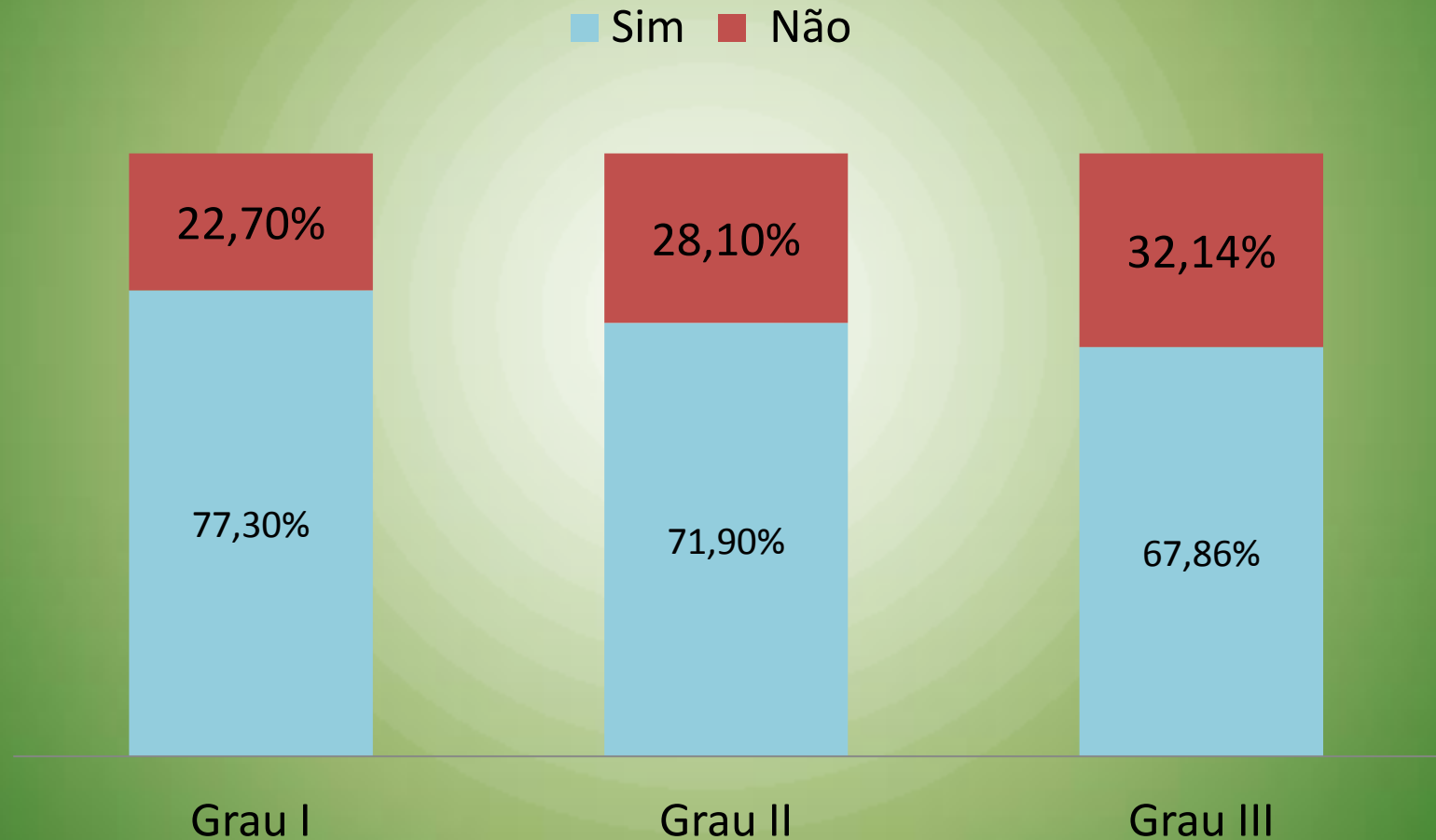


## Resolução dos sintomas

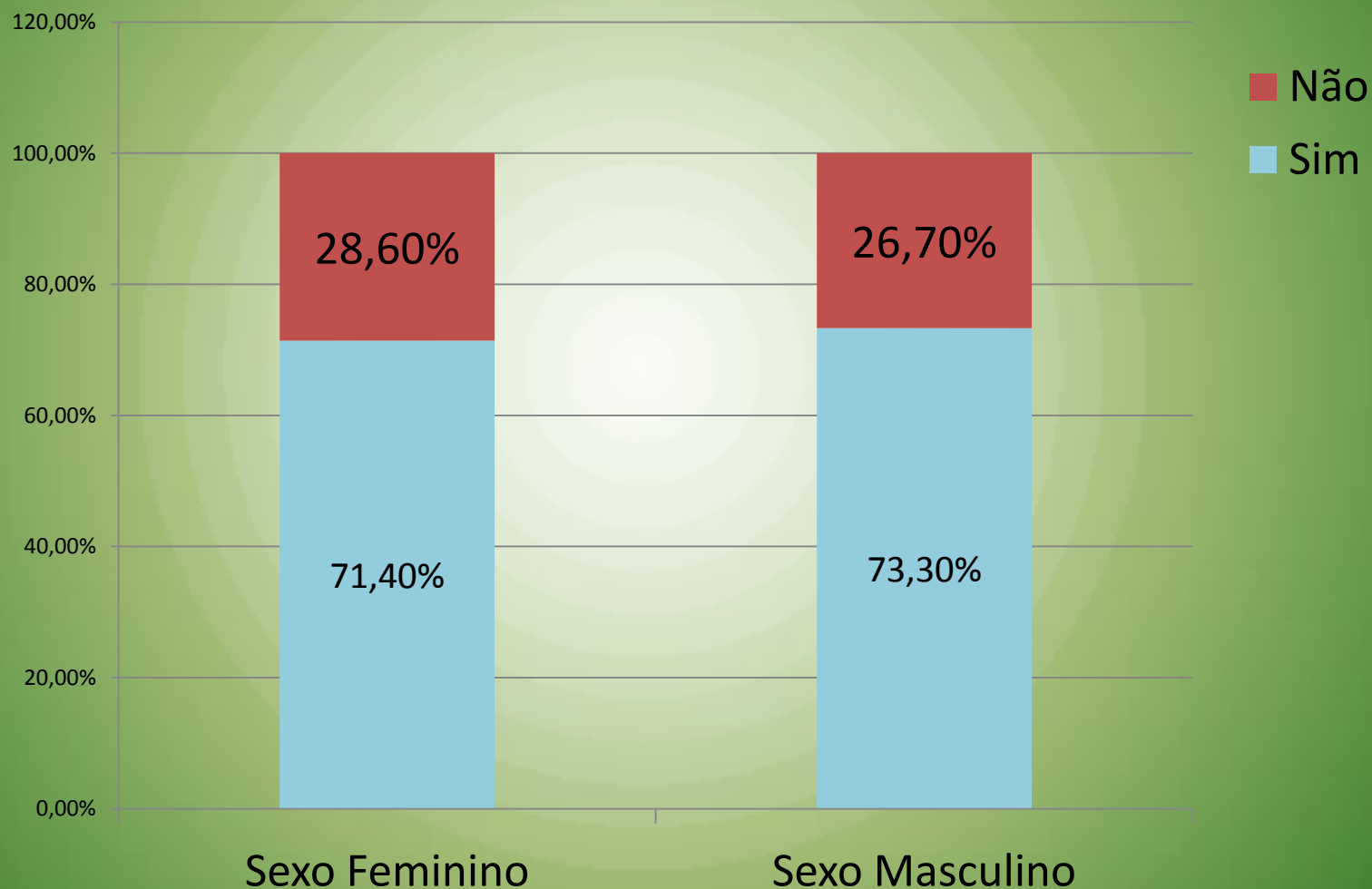
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	122	72,6	72,6	72,6
	Não	46	27,4	27,4	100,0
	Total	168	100,0	100,0	



# Resolução dos sintomas em função do grau de hipertrofia amigdalina



# Resolução dos sintomas em função do sexo dos pacientes



# Discussão

- Objectivo: determinar se os pacientes pediátricos submetidos a adenoidectomia para tratamento de sintomas obstrutivos necessitam de uma amigdalectomia adicional
- **72,6% dos pacientes obtiveram resolução dos sintomas com adenoidectomia isolada**

71% dos pacientes não necessitaram de nenhuma cirurgia adicional após um período de follow up de 3,5 anos Brietzke, S. ; Kenna, M. et all; "Pediatric adenoidectomy: What is the effect of obstructive symptoms on the likelihood of future surgery?", *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* (2006) 70, 1467-1472; Black, A.; Shott, S.; "Is Adenoidectomy alone sufficient for the treatment of airway obstruction in children?", *The Laryngoscope* 124: January 2014

- Necessidade de amigdalectomia após adenoidectomia: 7,8%  
Gov- Ari, E.; Mills, JC. Et all; "Predictors of tonsillectomy after previosu adenoidectomy for upper airway obstruction"; *Otolaryngol. Head and Neck Surg.*, 2012 Apr.; 146(4):647-52

# Discussão

- Quanto maior o grau de hipertrofia, maior a probabilidade de necessidade de cirurgia subsequente
- 28,6% dos pacientes do sexo feminino não resolveram a sintomatologia vs 26,7% do sexo masculino
- Não obtivemos conclusão em relação à relação idade vs resolução dos sintomas

Factores de risco para a necessidade de cirurgia adicional (Gov- Ari, E.; Mills, JC. Et all; “Predictors of tonsillectomy after previous adenoidectomy for upper airway obstruction”; Otolaryngol. Head and Neck Surg., 2012 Apr.; 146(4):647-52): (

- ❖ Idade inferior a 2 anos
- ❖ Sexo feminino com idade inferior a 3 anos
- ❖ Hipertrofia de amígdalas  $\geq 2$  (Escala de Friedman)

Segundo Kay, DJ. Et all; “Rates and risk factors for subsequent tonsillectomy after prior adenoidectomy”, Arch Otolaryngol. Head and Neck Surg. 2005; 131:252-255:

- ❖ 28,7% crianças com idade inferior a 2 anos necessitou de amigdalectomia em 5 anos
  - ❖ 14,8% idade entre 2-4 anos
  - ❖ 6,1% idade entre 5-7 anos
  - ❖ 2% idade superior a 7 anos.

# Discussão

- Limitações dos estudos:

- ❖ Não utilização sistemática de polissonografia como medida objectiva de obstrução
- ❖ Não utilização de questionários uniformes aos pais
- ❖ Estudos com curto follow up (excepção Gov-Ari, E; Mills, JC. et al; “Predictors of tonsillectomy after previous adenoidectomy for upper airway obstruction”; *Otolaryngol. Head and Neck Surg.*, 2012 Apr.; 146(4):647-52 )

# Discussão

O facto da maioria dos pacientes que realizou adenoidectomia isolada como tratamento de sintomas obstrutivos não necessitar de cirurgia subsequente mesmo em estudos com follow - up prolongado exclui uma recomendação generalizada para adenoamigdalectomia

*Black, A.; Shott, S.; "Is Adenoidectomy alone sufficient for the treatment of airway obstruction in children?", The Laryngoscope 124: January 2014*

**Necessidade de individualizar com base:**

- Idade**
- Grau de Hipertrofia**
- Sintomas obstrutivos**

# Conclusão

- Escassez da literatura em estudos que comparem VA versus AVA na resolução de sintomas obstrutivos em crianças
- O impacto na qualidade de vida destes doentes depende de uma selecção cuidada entre aqueles que necessitam de adenoidectomia versus adenoamigdalectomia
- Estudos prospectivos que controlem a eficácia da adenoidectomia através do uso de medidas objectivas de obstrução (Polissonografia) e que sistematizem os sintomas por questionários uniformes são imprescindíveis.



# Referências Bibliográficas

- 1– Black, A.; Shott, S.; “ Is Adenoidectomy alone sufficient for the treatment of airway obstruction in children?”, The Laryngoscope 124: January 2014
- 2- Tagaya, M.; Nakata, S. et all; “Relationship between adenoid size and severity of obstructive sleep apnea in preschool children”, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 76 (2012) 1827-1830
- 3- Gov- Ari, E.; Mills, JC. Et all; “Predictors of tonsillectomy after previosu adenoidectomy for upper airway obstruction”; Otolaryngol. Head and Neck Surg., 2012 Apr.; 146(4):647-52
- 4- “Clinical Indicators: Tonsillectomy, Adenoidectomy, Adenotonsillectomy in Childhood”, Clinical Practice Guideline, Otolaryngology – Head and Neck Surgery, 2011, 144 :S1
- 5- Parker, N.; Walner, D.; “Trends in the indications for pediatric tonsillectomy or adenotonsillectomy”, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 282-285
- 6- Erickson, B, Larson, D. et all; “Changes in incidence and indications of tonsillectomy and adenotonsillectomy, 1970-2005”; Otolaryngology – Head and Neck Surgery (2009) 140, 894-901
- 7- Garcia, J.; Uali-Abeida, M. et all; “ Obstructive sleep apnoea syndrome in children”, Acta Otorrinolaringológica Española. 2009; 60(3):202-7
- 8– Friedman, M; Wilson, M. et all; “ Updated systematic review of tonsillectomy and adenoidectomy for treatment of pediatric obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome”, Otolaryngology- Head and Neck Surgery (2009) 140, 800-808
- 9- Brietzke, S. ; Kenna, M. et all; “Pediatric adenoidectomy: What is the effect of obstructive symptoms on the likelihood of future surgery?”, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2006) 70, 1467-1472
- 10- Holzmann, D.; Kauffmann, T. et all; “On the decision of outpatient adenoidectomy and adenotonsillectomy in children”; International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 53 (2000) 9-16

# FIM

## Obrigada pela Atenção!

Sara Martins Pereira  
Interna do 3º ano de ORL

Hospital de Braga  
Sete Fontes – São Victor  
4710-243 Braga  
Tel: 253 027 000

[sarapereiraORL@gmail.com](mailto:sarapereiraORL@gmail.com)