



## TÉCNICA CIRÚRGICA DA ADENOIDECTOMIA

Nico Jonas

A adenoidectomia pode ser realizada isoladamente ou em associação com a amigdalectomia. Pode ser total ou parcial. A adenoidectomia parcial envolve a manutenção de uma faixa de tecido adenoideu inferior, na região da crista de Passavant, permitindo a aproximação do palato mole à parede faríngea posterior durante a deglutição; está indicada quando há risco de insuficiência velo-faríngea (VPI), por exemplo nos casos de fendas palatinas submucosas.

### Indicações

A adenoidectomia é frequentemente associada à amigdalectomia e/ou à colocação de tubos de ventilação. Outras indicações incluem:

- Apneia obstrutiva do sono
- Obstrução nasal
- Rinorreia complicada
- Infecções recorrentes do trato respiratório superior
- Otite média aguda recorrente
- Otite média com efusão recorrente
- Para análise histológica

### História clínica e Exame Objetivo

A **hipertrofia adenoidea** manifesta-se por obstrução nasal, respiração oral, rinorreia, roncopatia e apneia do sono. A **adenoidite recorrente** pode manifestar-se com otite média com efusão, com ou sem perda auditiva, otite média aguda recorrente, rinorreia e infecções recorrentes do trato respiratório superior.

**Clinicamente**, num paciente acordado, o tamanho dos adenoides só pode ser determinado com precisão por nasoendoscopia flexível. Ocionalmente, adenoides aumentados podem ser observados estendendo-se inferiormente ao palato mole, ou na

parte posterior de uma cavidade nasal bem descongestionada utilizando um otoscópio. O fluxo nasal pode ser avaliado colocando-se uma placa metálica sob o nariz e observando a presença de uma mancha de condensação na expiração; adenoides aumentados associam-se a uma redução deste efeito.

Antes de iniciar a cirurgia, devem ser avaliados na história clínica e exame físico:

- Diátese hemorrágica
- Apneia obstrutiva do sono: evitar sedação perioperatória e monitorizar cuidadosamente a apneia pós-operatória
- Reparação prévia de fenda palatina: a adenoidectomia total pode causar insuficiência velo-faríngea

### Anatomia cirúrgica

Os adenoides situam-se na linha média da parede posterior da nasofaringe, imediatamente abaixo do rostrum do esfenoide. Constitui a porção superior do tecido linfoide faríngeo conhecido como anel de Waldeyer. A nasofaringe comunica com a cavidade nasal através das coanas posteriores. Os adenoides podem aumentar de tamanho e obstruir as coanas, causando obstrução nasal e rinorreia (*Figura 1*).

O espaço lateral aos adenoides e postero-medial à abertura da trompa auditiva denomina-se de *fossa de Rosenmüller*. A *amígdala de Gerlach* refere-se a um aglomerado de tecido linfoide localizado na borda da *fossa de Rosenmüller*, podendo estender-se até à trompa auditiva. Inferiormente, os adenoides contactam a margem superior do constrictor superior ou crista de Passavant (*Figura 2*).



Figura 1: Adenoides hipertrofiados obstruindo as coanas posteriores

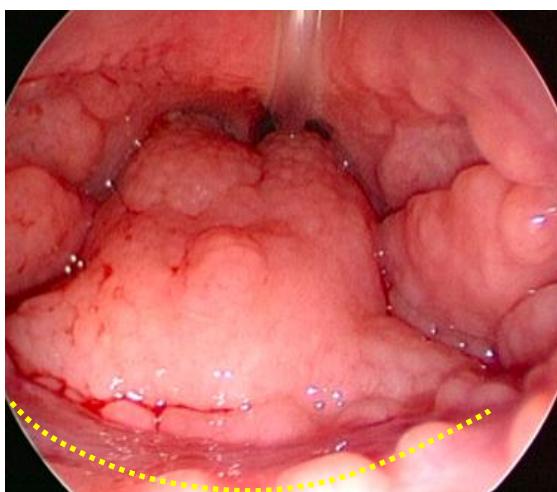


Figura 2: Vista inferior dos adenoides estendendo-se superiormente a partir da crista de Passavant (linha amarela)

A **irrigação arterial** dos adenoides provém de ramos da artéria carótida externa, nomeadamente a faringeia ascendente, palatina ascendente, ramo faríngeo da maxilar, esfenopalatina e artéria do canal pterigóide. A **drenagem venosa** dirige-se para os sistemas facial e jugular interna. A ineração sensorial é fornecida pelos nervos glossofaríngeo (IX) e vago (X), explicando a dor referida no ouvido e na garganta que os doentes experienciam em infecções adenoides e após adenoidectomia.

## Classificação do tamanho dos adenóides

A percentagem de obstrução das coanas é frequentemente usada para classificar o tamanho dos adenóides (*Tabela 1*). Este é melhor determinado por nasoendoscopia flexível em pacientes acordados, ou com espelho dentário colocado no espaço pós-nasal em pacientes anestesiados.

Grau	Obstrução coanas
1	< 1/3
2	1/3 - 2/3
3	2/3 - 3/3

Tabela 1: Sistema de classificação para o tamanho dos adenóides

## Equipamento cirúrgico

Uma cureta adenoideia e/ou diatermia com sucção são comumente utilizados para realizar adenoidectomia. As vantagens da diatermia com sucção incluem uma remoção dirigida e localizada dos adenóides, evitando lesão de estruturas adjacentes, retirando o tecido adenoideu das coanas e hemostase. As *Figuras 3 a 5* ilustram o equipamento necessário para realizar adenoidectomia com cureta e com diatermia com sucção.



Figura 3: Instrumentos utilizados para adenoidectomia com cureta: curetas, abre-bocas de Boyle-Davis e gazes para amigdalectomia



*Figura 4: Barras de Drafton utilizadas para suspender o abre-bocas de Boyle-Davis e estabilizar a cabeça*



*Figura 5: Instrumentos para realizar adenoidectomia por diatermia com sucção: diatermia monopolar com sucção, abre-bocas de Boyle-Davis, espelho dentário, pinça Burkitt reta e cateter de sucção*

### **Passos preliminares**

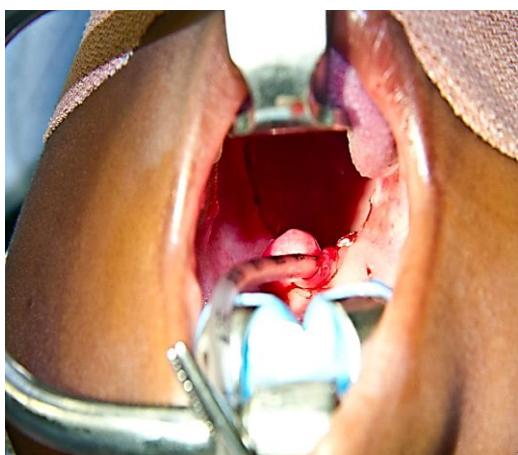
- Anestesia geral com intubação endotraqueal utilizando tubo angulado ou máscara laríngea
- O paciente é posicionado em decúbito com um rolo sob o ombro para atingir extensão do pescoço
- O abre-bocas de Boyle-Davis é inserido, garantindo que o tubo de ventilação e a língua se encontram na linha média (*Figuras 3, 4, 6*)
- O abre-bocas é aberto para expor a orofaringe
- A cabeça do paciente é estabilizada na posição desejada através da inserção das barras de suspensão Drafton (*Figuras 4, 6*)
- Para melhorar a visão da nasofaringe, uma sonda nasal é inserida numa fossa nasal ou em ambas, trazendo-se a mes-

ma para fora através da boca e fixando ambas as extremidades com clipes arteriais para retrair o palato mole anteriormente (*Figura 7*)

- O tamanho das adenoides é avaliado e excluem-se artérias carótidas internas aberrantes ou deiscentes através da inspeção com espelho dentário e/ou palpação digital
- O palato é palpado para excluir uma fenda palatina submucosa, pois prosseguir com a adenoidectomia nestes casos pode causar *rinolalia aperta*



*Figura 6: Abre-bocas de Boyle Davis suspenso e mantido no lugar com barras Drafton*



*Figura 7: Sonda nasal a retrair o palato mole anteriormente*

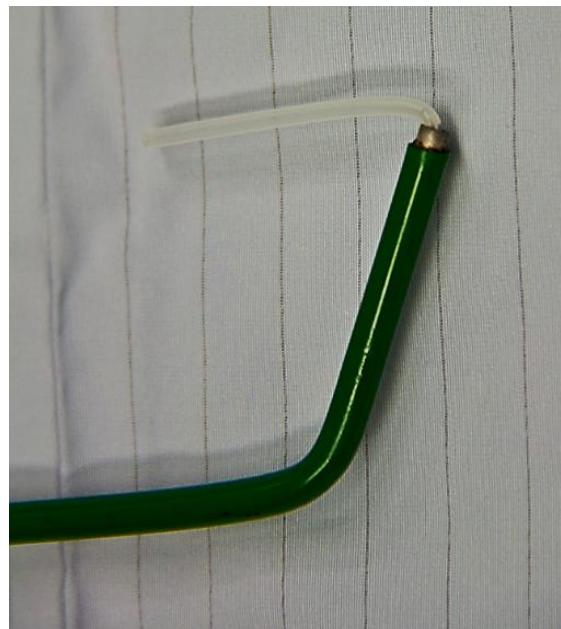
## **Adenoidectomia com cureta**

- Utiliza-se a maior cureta capaz de englobar as adenoides
- O espelho dentário auxilia o cirurgião a posicionar a cureta sob visão direta
- A cabeça é estabilizada com a mão não dominante
- Os adenóides são removidas com um movimento firme e único de raspagem, de superior para inferior
- O leito adenoideu é inspecionado para avaliar se a remoção está completa; caso não esteja, o processo é repetido até que a remoção total seja alcançada
- Gazes são colocadas na nasofaringe enquanto se realiza amigdalectomia, se indicada
- Após alguns minutos, as gazes são removidas
- A hemostase é confirmada através da inspeção com espelho
- Para garantir hemostase pode ser realizada diatermia monopolar com sucção
- Todos os coágulos são removidos do nariz e da nasofaringe com uma sonda de sucção
- Deve-se documentar no relatório cirúrgico que a hemostase foi conseguida e que os coágulos foram removidos

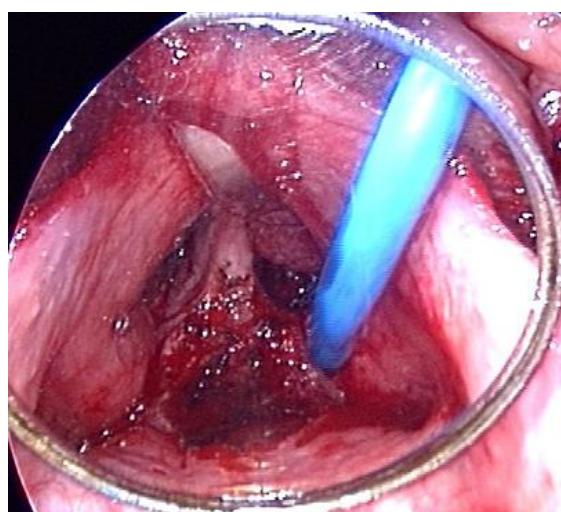
## **Adenoidectomia por Diatermia com sucção**

- A ponteira da diatermia é dobrada a 90° com o introdutor ainda no lugar para evitar colapso ou obstrução do lumen (*Figura 8*)
- O introdutor é removido e conecta-se à sucção contínua
- A monopolar é ajustado a 38 Watts
- Com um espelho na mão não dominante, a diatermia é passada sob o palato
- Utilizando uma combinação de movimentos de *sweeping* e movimentos mais localizados *spot welding*, os adenóides são removidos sob visão direta

até que se obtenha uma visão clara das coanas posteriores (*Figura 9*)



*Figura 8: Ponteira da diatermia dobrada a 90° com introdutor em posição para evitar obstrução do lumen*



*Figura 9: Adenoidectomia por diatermia sob visão direta usando espelho no espaço nasofaríngeo*

## **Cuidados pós-operatórios**

A adenoidectomia é frequentemente realizada como procedimento ambulatório. O paracetamol é geralmente suficiente para

controlar a dor pós-operatória. Se a diatermia com sucção for utilizada, administre-se antibiótico de largo espectro (amoxiclav) durante uma semana para tratar a rinorreia resultante. Os pacientes são aconselhados a faltar à escola por cinco dias e geralmente recuperam dentro de uma semana.

### Complicações após adenoidectomia

#### Precoces

- Hemorragia (mais comum com cureta)
- Aspiração de coágulo retido causando obstrução aguda das vias aéreas (*Coronor's clot*)

#### Tardias

- Rinorreia (diatermia)
- Síndrome de Grisel (instabilidade atlantoaxial)
- Cicatrização do óstio da trompa auditiva causando disfunção do ouvido médio
- Estenose nasofaríngea
- Insuficiência velo-faríngea
- Recrescimento das adenoides

### Como citar este capítulo

Jonas N. (2013). Paediatric adenoidectomy. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Paediatric%20Adenoidectomy.pdf>

### Tradução para o Português

André Sá Pereira  
Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Egas Moniz  
Lisboa, Portugal  
[asdrpereira@gmail.com](mailto:asdrpereira@gmail.com)

### Author and Paediatric Section Editor

Nico Jonas MBChB, FCORL, MMed  
Paediatric Otolaryngologist  
Addenbrooke's Hospital  
Cambridge  
United Kingdom  
[nico.jonas@gmail.com](mailto:nico.jonas@gmail.com)

### Editor

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed  
Emeritus Professor and Past Chair  
Division of Otolaryngology  
University of Cape Town  
Cape Town, South Africa  
[johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za)

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF OTOLARYNGOLOGY, HEAD & NECK OPERATIVE SURGERY**

[www.entdev.uct.ac.za](http://www.entdev.uct.ac.za)



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#) [johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

