

# Revisão das Complicações Precoces da Amigdalectomia e Adenoidectomia/2003

## Early adenotonsillectomy complications/2003 a retrospective study

S. Vilarinho ■ R. Figueirinhas ■ A. Antunes ■ J. Pinto Ferreira ■ L. Meireles ■ A. Lima

### RESUMO

Apresenta-se estudo retrospectivo das complicações per e pós-operatórias precoces (15 dias) de amigdalectomia e a adenoidectomia durante 2003 no serviço de ORL, HGSA (Hospital Geral de Santo António).

Foram revistos processos clínicos de 153 doentes, 73 (48%) eram do sexo feminino e 80 (52%) eram do sexo masculino, com idades entre 18 meses e 44 anos (média 10,95 anos). Foram encontradas as seguintes complicações: hemorragia 2/153; rinolália 2/153; regurgitação nasal 1/153; febre 11/153; edema da úvula/palato 1/153; coto amigdalino 2/118.

Pela sua baixa incidência de complicações, rapidez de execução e baixo custo, a adenoidectomia e amigdalectomia pelo método clássico tem a preferência do serviço face a outro tipo de técnicas.

Palavras chave: Amigdalectomia; Adenoidectomia; Complicações; Hemorragia; Rinolália; Regurgitação; Febre.

### ABSTRACT

*We report a retrospective study of the per and post-surgical complications of tonsillectomy and adenoidectomy, during 2003 at the HGSA ENT service.*

*The clinical files of 153 patients were reviewed, 73 (48%) females, 80 (52%) males, aged 18 months to 44 years old (average 10,95 years). The following complications were found: bleeding 2/153; rhinolalia 2/153; palatal incompetence 1/153; fever 11/153; uvulae/palatal oedema 1/153; tonsil remains 2/118.*

*Due to the low rate of complications, quickness of execution and low cost, the classical technique of tonsillectomy and adenoidectomy is the HGSA ENT service's preference compared with other newer techniques.*

*Keywords: Tonsillectomy; Adenoidectomy; Complications; Bleeding; Rhinolalia; Palatal incompetence; Fever.*

### S. VILARINHO

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

### R. FIGUEIRINHAS

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

### A. ANTUNES

Serviço de Anestesia

### J. PINTO FERREIRA

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

### L. MEIRELES

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

### A. LIMA

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial  
Hospital Geral de Santo António.

Trabalho apresentado sob forma de poster no X Congresso Luso-Espanhol de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Lisboa, 11 a 13 de Março de 2004

### INTRODUÇÃO

A Amigdalectomia e a Adenoidectomia não são procedimentos menores. No HGSA são realizadas por especialistas e internos complementares de ORL, no bloco cirúrgico, sob anestesia geral balanceada, com entubação oro-traqueal. O paciente é posicionado em decúbito dorsal, com hiperextensão cervical, o abre-bocas utilizado é o de Boyle-Davis. A Amigdalectomia é realizada por dissecação extra-capsular e exérese com cerra-nós. A Adenoidectomia é realizada por curetagem rinofaríngea com Adenótomo de St Clair Thompson.

Aceita-se que são procedimentos de baixo risco cirúrgico. A complicação pós operatória mais grave e frequente reportada em estudos de revisão é a hemorragia, definida como primária se ocorre antes das 24 horas pós operatórias ou secundária se depois.<sup>1</sup> A incidência desta complicação é mais elevada em adultos que em crianças<sup>2</sup>, nestes foi encontrada em 3,9%<sup>2</sup> e naquelas em 0,8%<sup>1</sup> a 1,6%<sup>2</sup>. A hemorragia cede habitualmente a medidas locais ou cauterização, no entanto pode ameaçar a vida do paciente.<sup>3</sup>

Os riscos anestésicos têm sido minimizados com técnicas modernas, no entanto riscos para a via aérea decorrentes de reactividade laríngea ou brônquica bem como extubação durante o procedimento cirúrgico são ainda possíveis.<sup>3</sup>

Outras complicações como febre, odinofagia, edema da úvula e palato são bem mais frequentes, se bem que menos preocupantes.<sup>3</sup> Também a incompetência velo-faríngea pode-se manifestar, no pós operatório imediato. Já a estenose nasofaríngea é menos usual no período estudado, podendo ser detectada meses a anos após a cirurgia.<sup>4</sup>

## OBJECTIVOS

O presente estudo pretende quantificar e identificar as complicações encontradas neste tipo de cirurgia no per e pós-operatório precoce (15 dias) durante o ano de 2003 no serviço de ORL, HGSA, de forma a criar uma estatística do Serviço que possa também servir de comparação para futuros trabalhos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva dos processos clínicos e registo dos episódios de Urgência dos pacientes registados e codificados como Amigdalectomia, Adeno-Amigdalectomia e Adenoidectomia, com ou sem tratamento de otite média com efusão, no período de Janeiro a Dezembro de 2003. Na amostra foram excluídos os pacientes submetidos no mesmo tempo operatório a cirurgia nasal ou palatoplastia.

## RESULTADOS

Dos 171 doentes assim codificados 18 não foram incluídos no estudo visto não ter havido acesso ao processo clínico. Dos 153 incluídos, 73 (48%) eram do sexo feminino e 80 (52%) eram do sexo masculino. Os doentes apresentavam idades entre 18 meses e 44 anos (média 10,95 anos). A distribuição por idades da cirurgia realizada encontra-se representada em gráfico (fig.1). Realizadas 122 Adenoidectomias e 118 Amigdalectomias (com 235 amígdalas removidas). Em 87 casos os procedimentos foram combinados no mesmo tempo cirúrgico (Fig. 2).

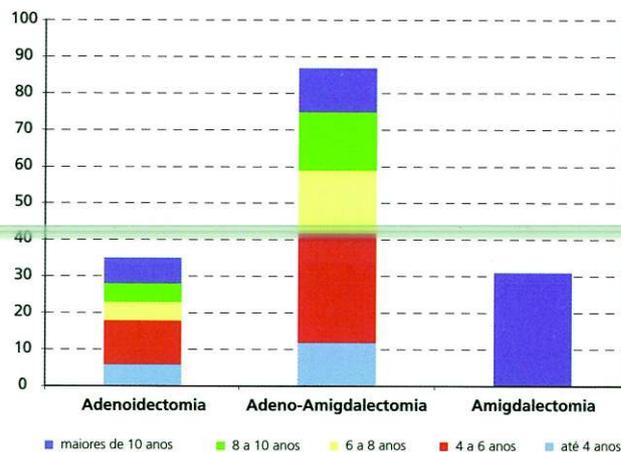


FIG. 1 - DISTRIBUIÇÃO POR IDADES EM CADA TIPO DE CIRURGIA

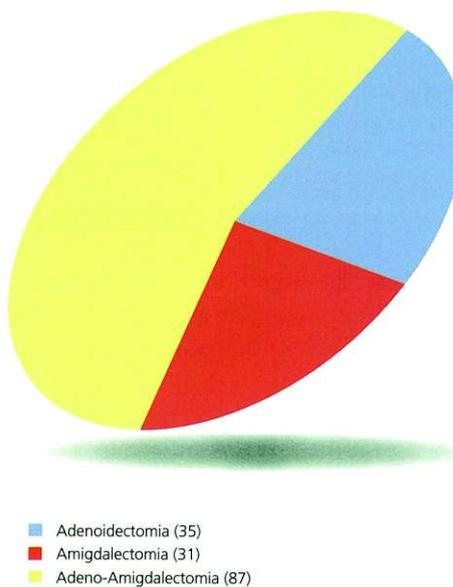


FIG. 2 - NÚMERO DE CIRURGIAS EM 2003

## HEMORRAGIA

2 casos, ambos da nasofaringe, após adenoidectomia (2/122; 2%) (fig. 3).

# 6 anos, sexo masculino - hemorragia detectada durante o procedimento cirúrgico, implicando hemostase por electrocoagulação sem prolongamento do internamento pós-operatório previsto (1 dia).

# 3 anos, sexo feminino - detectada hemorragia ao sexto dia pós-operatório, sem necessidade de tamponamento. Doente com internamento prolongado por 7 dias, devido a pneumonia.

Não foram registados casos de hemorragia da loca amigdalina (0/235).

É de realçar que em 211 (89%), das 235 amígdalas removidas, foi realizada sutura de pilares amigdalinos.

## DOR

Motivaram recurso ao Serviço de Urgência (SU) 3 casos de odinofagia após Amigdalectomias (3/118; 3%)(fig. 3). Destes, um foi re-internado (1/118; 1%). # 35 anos, sexo feminino, que apresentava dor e equimose faríngea no 2º dia pós Amigdalectomia, re-internada por 2 dias, para analgesia e antibioterapia.

Em nenhuma Adenoidectomia isolada houve odinofagia que motivasse recurso ao SU (0/35).

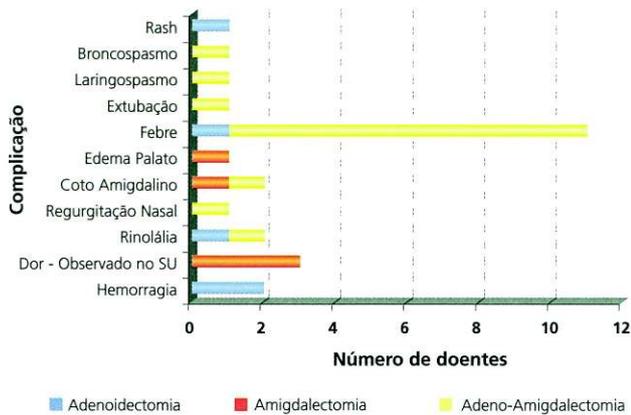


FIG. 3 - COMPLICAÇÕES POR TIPO DE CIRURGIA

## RINOLÁLIA

2 casos diagnosticados 8 dias após cirurgia, na consulta (2/153; 1%) (fig. 3).

# 7 anos, sexo masculino, após Adeno-Amigdalectomia.

# 3 anos, sexo masculino, após Adenoidectomia.

Ambos os casos tratados na terapia da fala com evolução favorável.

## REGURGITAÇÃO NASAL

1 caso diagnosticado 8 dias após a cirurgia, na consulta (1/153; 1%) (fig. 3).

# 8 anos, sexo masculino, após Adeno-Amigdalectomia. Sem tratamento específico, com evolução favorável e alta da consulta aos 1,5 meses.

## EXÉRESE INCOMPLETA DA AMÍGDALA (COTO AMIGDALINO)

2 casos em 235 amígdalas faríngeas removidas, ambos à direita (2/235; 1%) (fig. 3).

# 31 anos, sexo feminino, após Amigdalectomia.

# 9 anos, sexo masculino, após Adeno-Amigdalectomia.

## EDEMA DA ÚVULA E PALATO

1 caso em 118 Amigdalectomias (1/153; 1%)(fig. 3)

# 15 anos, sexo masculino, diagnosticado no 8º dia pós-operatório de Amigdalectomia.

## FEBRE/ SÉPSIS.

11 casos de febre (>38°C) nas 12 horas após a cirurgia (11/153; 7%) (fig. 3).

10 casos em doentes Adeno-Amigdalectomizados, dos quais 8 foram medicados com associação de amoxicilina e ácido clavulânico e um outro medicado com penicilina G benzatínica por febre reumática; o caso restante não foi medicado com antibiótico.

# 8 anos, sexo feminino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 4 anos, sexo feminino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 9 anos, sexo masculino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 5 anos, sexo masculino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 6 anos, sexo masculino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 5 anos, sexo feminino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 5 anos, sexo feminino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 4 anos, sexo feminino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 2 anos, sexo masculino, pós Adeno-Amigdalectomia.

# 3 anos, sexo feminino, pós Adeno-Amigdalectomia.

1 caso de febre registado em doente submetido a Adenoidectomia com Miringotomia, não medicado com antibiótico.

# 6 anos, sexo masculino, pós Adenoidectomia com Miringotomia bilateral.

Em todos os casos houve evolução favorável da febre no 1º dia pós-operatório, excepto na doente de 3 anos submetida a Adeno-Amigdalectomia em que se verificou pneumonia, ficando internada até ao 7º dia de pós-operatório, com evolução favorável.

## COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS

Extubação (1/153) (fig. 3)

# 24 anos, sexo masculino, durante a colocação do abre-bocas para Amigdalectomia; imediatamente reconhecida e re-entubado.

## LARINGOSPASMO (1/153) (FIG. 3)

# 10 anos, sexo masculino, após extubação de Adeno-Amigdalectomia, foi realizada ventilação com pressão positiva, com reversão do quadro, no recobro.

## BRONCOSPASMO (1/153) (FIG. 3)

# 9 anos, sexo feminino desenvolve broncospasmo após entubação para Adeno-Amigdalectomia, que reverteu com halogenado (sevoflurano).

## RASH CUTÂNEO (1/153) (FIG. 3)

# 12 anos, sexo masculino, após entubação oro-traqueal para Adenoidectomia, que reverteu espontaneamente após 5 minutos.

## CONCLUSÕES

Nos doentes submetidos a Amigdalectomia e/ou Adenoidectomia em 2003 no serviço de ORL do HGSA,

ocorreram durante os primeiros 15 dias pós operatórios as seguintes complicações: hemorragia 2/153; rinolália 2/153; regurgitação nasal 1/153; febre 11/153; edema da úvula/ palato 1/153; coto amigdalino 2/118.

Observamos no período estudado ausência de hemorragia da loca amigdalina com necessidade de intervenção no pós operatório. Tal resultado diverge significativamente com os presentes na literatura. Podemos especular que o desenho retrospectivo do estudo limita o seu valor, por outro lado também a sutura quase sistemática (89%) de pilares com virtualização da loca amigdalina poderá justificar tal achado. Consideramos que estudos de melhor desenho poderão interessar para cabal esclarecimento.

Pela sua baixa incidência de complicações, rapidez de execução e baixo custo, a adenoidectomia e amigdalectomia pelo método clássico tem a preferência do serviço face a outro tipo de técnicas.

Passamos também a ter dados estatísticos do Serviço de ORL, HGSA, que permitirão posteriores comparações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Vieira FM., Figueiredo CR, Weckx LM.. Hemorragia na adenoidectomia e/ou amigdalectomia: estudo de 359 casos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003;69, n3:338-41.
- [2] Windfuhr JP, Chen YS. Incidence of post-tonsillectomy hemorrhage in children and adults: a study of 4,848 patients. Ear Nose Throat J. 2002;81:626-8.
- [3] Randall DA, Hoffer ME. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy. Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;118:61-68.
- [4] Johnson LB, Elluru RG, Myer CMr. Complications of adenotonsillectomy. Laryngoscope. 2002;112:35-36.