



CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS NAS INDICAÇÕES DE ADENOAMIGDALECTOMIA ENTRE PEDIATRAS E OTORRINOLARINGOLOGISTAS.

Sulene Pirana, Pós Graduada da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Ricardo Ferreira Bento, Professor Associado da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

José Camara, Médico Supervisor Doutor do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Trabalho realizado na Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e LIM-32, serviço do Professor Aroldo Miniti.

Endereço para correspondência: Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - 6º andar - Sala 6002 - CEP 05403-000 - São Paulo - SP - Brasil.

INTRODUÇÃO

As cirurgias das amígdalas palatinas e faríngeas são fonte de controvérsias na prática diária, envolvendo pediatras e otorrinolaringologistas. Estas controvérsias se devem, em parte, às indicações excessivas do início do século que se baseavam no princípio da infecção focal, que também preconizava a exérese dentária sistemática para prevenção de diversas infecções e do intestino grosso para tratamento das psicopatias.

Após essa fase de indicações excessivas, iniciou-se a fase de contestação com a quase proibição da realização desta cirurgia. Atualmente, vivemos a fase de análise de resultados e indicações mais criteriosas, baseadas em estudos científicos, porém o estigma da cirurgia ainda permanece entre alguns profissionais.

As principais indicações de adenoamigdalectomia são a obstrução de vias aéreas superiores e as infecções recorrentes^{1,3,4}.

Com o objetivo de verificar os fatores que pediatras e otorrinolaringologistas consideram importantes para indicação desta cirurgia e comparar os pontos de vista, enviamos questionários para 400 destes especialistas. Trabalho semelhante foi realizado na Irlanda, no National Children's Hospital².

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram enviados 400 questionários a pediatras e otorrinolaringologistas da Grande São Paulo, sendo que 200 questionários se referiam à adenoamigdalectomia e 200 à adenoidectomia. Cada especialista recebeu questionários referentes à amigdalectomia ou adenoidectomia.

Solicitou-se que fosse atribuída nota de 1 a 5 a cada item das perguntas (Anexo I), considerando para cada nota os seguintes índices de importância:

- 1 - Não importante
- 2 - Pouco importante
- 3 - Importância intermediária
- 4 - Importante
- 5 - Muito importante

Na Tabela I podemos observar o retorno dos questionários obtidos.

Foi realizado estudo estatístico pelo método do Qui Quadrado e, quando este não se mostrou adequado, pelo número pequeno da amostra, foi realizado o Teste de Probabilidade Exata de Fischer, reagrupando as respostas em 3

As cirurgias das amígdalas palatinas e faríngeas são fonte de controvérsias na prática diária, envolvendo pediatras e otorrinolaringologistas.

grupos:

I - Importante: compreendendo as respostas "muito importante" e "importante".

II - Importância Intermediária: compreendendo a resposta "importância intermediária".

Anexo I	
Questionário sobre amigdalectomia	Questionário sobre adenoidectomia
1 - Quando decide enviar a criança para amigdalectomia, o que considera importante? A - Tamanho das amígdalas	1 - Quando decide enviar a criança para adenoidectomia, o que considera importante? A - Tamanho da adenóide
B - Roncos	B - Roncos
C - Otites de repetição	C - Otites de repetição
D - "Déficit" de crescimento	D - "Déficit" de crescimento
E - Preocupação familiar	E - Preocupação familiar
F - Histórico familiar de amigdalectomia	F - Histórico familiar de adenoidectomia
G - Estado geral de saúde	G - Estado geral de saúde
H - História de alergia	H - História de alergia
I - Deficiência auditiva	I - Deficiência auditiva
J - Otite média serosa	J - Otite média serosa
K - Apnéia obstrutiva	K - Apnéia obstrutiva
L - Amígdala como suspeita de infecção à distância (ex.: febre reumática, nefrite etc)	L - Duração dos sintomas: 0 a 1 ano 1 a 2 anos + 2 anos
M - Frequência das amigdalites: 1 a 2 vezes por ano 2 a 5 vezes por ano + 5 vezes por ano	O - Outros fatores que considera importante (atribua um valor - "escore")
N - Duração dos sintomas: 0 - 1 ano 1 - 2 ano +2 anos	2 - Você considera adenoidectomia uma cirurgia importante? () SIM () NÃO
O - Outros fatores que considera importante (atribua um valor - "escore")	
2 - Você considera a amigdalectomia cirurgia importante? () SIM () NÃO	

Tabela 1

Número de questionários enviados e respondidos.

	Otorrinolaringologistas		Pediatras		Total	
	Enviados	Respondidos	Enviados	Respondidos	Enviados	Respondidos
Amigdalectomia	100	35	100	36	200	71
Adenoidectomia	100	30	100	33	200	63
Total	200	65	200	69	400	144

III - Não importante: compreendendo as respostas "pouco importante" e "não importante".

RESULTADOS

Os resultados obtidos com o questionário estão demonstrados nos Quadros 1 e 2.

DISCUSSÃO

Sempre houve preocupação em conciliar a visão dos otorrinolaringologistas e dos pediatras para que os be-

nefícios ao paciente fossem os maiores. Ao mesmo tempo, acreditava-se, empiricamente, que a opinião destes profissionais seria, muitas vezes, discordante. As diferenças de opinião refletiriam diferenças no treinamento, na experiência, valores e atitudes.

O trabalho realizado na Irlanda³, que comparou opiniões de médicos generalistas e otorrinolaringologistas com relação à amigdalectomia, demonstrou bom nível de concordância entre eles. Dos médicos generalistas, 92%, a consideraram cirurgia importante. Com relação à apnéia, 73% dos médicos generalistas a consideraram importante e 27% não importante; dos ORL, 90% a consideraram importante e 10% de importância intermediária ou não

QUADRO 1								
AMIGDALECTOMIA								
PERGUNTA		AMIGDALECTOMIA			"ESCORE" DE IMPORTÂNCIA			
		1	2	3	4	5	S/RESP.	TOTAL
A - TAMANHO	Pediatras	5	10	9	10	1	1	36
	Otorrinos	0	3	11	13	8	0	35
B - RONCOS	Pediatras	3	10	12	8	2	1	36
	Otorrinos	0	3	9	22	1	0	35
C - OTITES DE REPETIÇÃO	Pediatras	2	5	5	10	14	0	36
	Otorrinos	0	4	10	12	9	0	35
D - DÉFICIT CRESCIMENTO	Pediatras	3	8	8	10	7	0	36
	Otorrinos	2	6	12	11	4	0	35
E - PREOCUP. FAMILIAR	Pediatras	14	17	4	1	0	0	36
	Otorrinos	8	13	12	1	1	0	35
F - HISTÓRIA FAMILIAR	Pediatras	23	10	3	0	0	0	36
	Otorrinos	19	13	3	0	0	0	35
G - ESTADO GERAL	Pediatras	5	6	6	12	7	0	36
	Otorrinos	2	4	7	17	5	0	35
H - ALÉRGIA	Pediatras	10	7	9	7	2	1	35
	Otorrinos	4	4	11	13	3	0	35
I - DEFICIÊNCIA AUDITIVA	Pediatras	7	1	5	10	13	0	36
	Otorrinos	5	7	8	13	2	0	35
J - OTITE MÉDIA SEROSA	Pediatras	7	3	9	9	8	0	36
	Otorrinos	0	5	7	18	5	0	35
K - APNÉIA OBSTRUTIVA	Pediatras	2	1	4	4	24	1	36
	Otorrinos	0	0	1	5	29	0	35
L - INFECÇÃO À DISTÂNCIA	Pediatras	3	3	4	1	23	2	36
	Otorrinos	3	6	3	12	11	0	35
M - FREQUÊNCIA 1-2/ANO	Pediatras	20	4	2	1	0	9	36
	Otorrinos	11	20	2	0	0	2	35
M - FREQUÊNCIA 2-5/ANO	Pediatras	5	6	11	5	0	9	36
	Otorrinos	0	3	19	10	2	1	35
M - FREQUÊNCIA +5/ANO	Pediatras	0	0	5	10	21	0	36
	Otorrinos	0	0	1	12	21	1	35
N - DURAÇÃO 0-1 ANO	Pediatras	13	10	2	3	0	8	36
	Otorrinos	6	15	10	0	1	3	35
N - DURAÇÃO 1-2 ANOS	Pediatras	4	5	9	8	4	6	36
	Otorrinos	1	8	13	10	1	2	35
N - DURAÇÃO +2 ANOS	Pediatras	1	0	3	16	14	2	36
	Otorrinos	0	2	4	14	13	2	35

2 - Você considera amigdalectomia cirurgia importante?

Resp	ORL	PED	Total
Sim	29	20	49
Não	0	1	1
Parcial	6	15	21
Total	35	36	71

QUADRO 2									
ADENOIDECTOMIA									
PERGUNTA		ADENOIDECTOMIA "ESCORE" DE IMPORTÂNCIA						S/RESP.	TOTAL
		1	2	3	4	5			
A - TAMANHO	Pediatras	0	4	11	6	11	1	33	
	Otorrinos	0	0	2	11	16	1	30	
B - RONCOS	Pediatras	2	5	15	8	2	1	33	
	Otorrinos	0	3	11	15	1	0	30	
C - OTITES DE REPEDIÇÃO	Pediatras	0	0	4	16	13	0	33	
	Otorrinos	0	1	7	11	11	0	30	
D - DÉFICIT CRESCIMENTO	Pediatras	2	11	11	4	5	0	33	
	Otorrinos	5	7	8	5	4	1	30	
E - PREOCUP. FAMILIAR	Pediatras	12	13	8	0	0	0	33	
	Otorrinos	13	9	7	1	0	0	30	
F - HISTÓRIA FAMILIAR	Pediatras	16	10	4	1	1	1	33	
	Otorrinos	17	10	2	1	0	0	30	
G - ESTADO GERAL	Pediatras	0	7	14	4	8	0	33	
	Otorrinos	2	4	10	7	6	1	30	
H - ALÉRGIA	Pediatras	1	9	10	8	5	0	33	
	Otorrinos	3	5	12	8	2	0	30	
I - DEFICIÊNCIA AUDITIVA	Pediatras	0	2	3	11	17	0	33	
	Otorrinos	3	2	12	4	8	1	30	
J - OTITE MÉDIA SEROSA	Pediatras	0	1	7	14	10	1	33	
	Otorrinos	0	0	3	15	12	0	30	
K - APNÉIA OBSTRUTIVA	Pediatras	0	1	0	8	21	3	33	
	Otorrinos	0	0	1	5	24	0	30	
L - DURAÇÃO 0-1 ANO	Pediatras	4	6	14	3	1	2	33	
	Otorrinos	1	7	14	6	1	1	30	
L - DURAÇÃO 1-2 ANOS	Pediatras	0	1	13	13	4	2	33	
	Otorrinos	2	0	12	10	5	1	30	
L - DURAÇÃO +2 ANOS	Pediatras	0	0	2	13	17	1	33	
	Otorrinos	2	1	2	8	17	0	30	

2 - Você considera adenoidectomia cirurgia importante?			
Resp	ORL	PED	Total
Sim	28	21	49
Não	0	0	0
Parcial	1	12	13
S/Resp	1	0	1
Total	30	33	63

importante. O principal desacordo ocorreu em relação ao manejo da deficiência auditiva por otite média secretora. O estado geral de saúde, história de alergia e história familiar de amigdalectomia foram fatores considerados não importantes por ambos.

Com o intuito de verificar quais os pontos de acordo e de discordância entre pediatras e otorrinolaringologistas, realizamos este trabalho. Pudemos, então, verificar que, na realidade, em nosso meio, as opiniões dos

otorrinolaringologistas e dos pediatras são concordantes na maioria dos itens, tanto para amigdalectomia quanto para adenoidectomia. Estes procedimentos cirúrgicos foram considerados importantes por ambos profissionais. Apenas 1 pediatra considerou a amigdalectomia cirurgia não importante. Para adenoidectomia, não houve nenhuma resposta não importante.

Os fatores considerados importantes para indicação de amigdalectomia para ambos especialistas foram:

otites, "déficit" de crescimento, estado geral de saúde, história de alergia, deficiência auditiva, otite média secretora, apnéia, episódios de infecção de repetição, com a frequência de mais de 5 episódios ao ano e a duração dos sintomas de mais de 2 anos. Os considerados não ou pouco importantes foram: preocupação familiar, história de amigdalectomia, frequência dos episódios de infecção de 1 a 2 por ano e duração de até um ano. Os considerados de importância intermediária: frequência de 2 a 5 episódios por ano e duração de 1 a 2 anos.

Os fatores considerados importantes para indicação de adenoidectomia por pediatras e otorrinolaringologistas foram: roncocal, otites, estado geral de saúde, apnéia obstrutiva, deficiência auditiva, otite média secretora, duração dos sintomas de mais de 2 anos. Os considerados pouco ou não importantes foram: preocupação familiar, história familiar de adenoidectomia e duração de 0 a 1 ano. Os considerados de importância intermediária foram: "déficit" de crescimento, história de alergia duração de 1 a 2 anos.

Os pontos de discordância com relação aos fatores considerados importantes para indicação de amigdalectomia dizem respeito ao tamanho da amígdala e à presença de roncocal e, com relação à adenoidectomia, o único ponto de discordância foi o critério tamanho.

A maioria dos otorrinolaringologistas considera os fatores tamanho e roncocal importantes, em contraste com a maioria dos pediatras, que os consideram pouco ou não importantes; o mesmo ocorre com o fator ronco para adenoidectomia.

A única indicação absoluta de adenoamigdalectomia é a obstrução de vias aéreas superiores por hipertrofia,

tanto de adenóide quanto de amígdalas; é importante observar que o tamanho não foi fator considerado importante pelos pediatras, nem os roncocal, que são considerados como sinal de obstrução das vias aéreas, na indicação de amigdalectomia. É interessante observar que ambos consideram importante a presença de apnéia obstrutiva, mas não dois de seus sinais e sintomas.

Outro ponto que era considerado de controvérsia, a indicação de adenoamigdalectomia em crianças com história de alergia, em especial com manifestações de vias aéreas, não foi confirmado por este questionário; este fator foi considerado de importância intermediária para adenoidectomia e importante para amigdalectomia.

Outro ponto de debate na indicação de amigdalectomia é a frequência e duração dos episódios de infecção. Neste estudo concordam com mais de 5 episódios por ano, por mais de 2 anos.

A decisão final de levar a criança à cirurgia é do otorrinolaringologista, porém para tomar essa decisão ele se baseia em seu exame, história dos pais e informações do pediatra, que é o profissional que acompanha a mesma por longo período. Por isso, consideramos muito importante que estes dois profissionais tenham bom nível de concordância nos fatores que considerarão importantes na indicação.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - CHOWDHURY, K.; TWEJIK, T. L.; SCHLOSS, M. D. - Post-tonsillectomy and adenoidectomy hemorrhage. *J. Otolaryngol.*, 17: 46-9, 1988.
- 2 - DONNELLY, M. J.; QUARISHI, M. S.; MSHANE, D. P. - Indications for paediatric tonsillectomy GP versus Consultant perspective. *The Journal of Laryngology and Otology*, 108: 131-4, 1994.
- 3 - FERSON, B.; STRELZOW, V. - Pediatric adenoidectomy and tonsillectomy personal viewpoints. *J. Otolaryngol.*, 8: 40-8, 1979.
- 4 - KAVANAGH, K. T.; BECKFORD, N. S. - Adenotonsillectomy in children: indications and contraindications. *South-Med. J.*, 81: 507-14, 1988.

NORMAS PARA RECEBIMENTO DE COLABORAÇÕES

Os "@rquivos de Otorrinolaringologia" aceita colaborações de colegas otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos. As colaborações podem ser em forma de artigos originais, apresentação de casos, condutas, técnicas cirúrgicas, assuntos de interesse atual, etc.

As normas para envio são:

- 1) Duas cópias datilografadas em espaço duplo, papel sulfite branco com margens laterais, ou preferencialmente em 1 cópia datilografada e disquete com arquivo do programa WORD.
- 2) Na primeira página deve conter:
 - a) o título da colaboração em português e inglês,
 - b) o nome dos autores com títulos pessoais
 - c) nome e endereço do autor principal
 - d) local (instituição) onde o trabalho foi realizado
 - e) outros dados (fonte de suporte, apresentação em congresso etc)
- 3) Da terceira página em diante, o texto com as referências bibliográficas.
- 4) Para as referências bibliográficas, deverá ser usada a sistemática abaixo:

Periódicos

Sobrenome do Autor, iniciais - Título do Artigo. Nome do Periódico, volume: página inicial - página final, ano.

Teses:

Sobrenome do Autor, iniciais - Título da Tese, Cidade, ano, página. (Tese de Mestrado ou Doutorado - Nome da Faculdade).

Livros:

Sobrenome do Autor, iniciais - Nome do Livro, Cidade, Editora, ano. Página Inicial - página final.

Capítulos de Livro:

Sobrenome do Autor do Capítulo, iniciais - Nome do Capítulo. In: Sobrenome do Autor do Livro, iniciais - Nome do Livro, Cidade Editora, ano. Página inicial - página final. (observar a pontuação).

6) Ilustrações - Fotos em papel brilhante, preto e branco, de 9x12 cm. Legendas datilografadas separadamente. Duas cópias de cada foto. Serão aceitos desenhos. Ilustrações coloridas poderão ser publicadas a critério editorial.

Enviar as colaborações para: Fundação Otorrinolaringologia - Rua Pedross Alvarenga, 1255 cj. 22 - São Paulo - SP - 04531-012.