

Controvérsias nas Doenças Tonsilares

James S. Reilly

Introdução

A decisão de remover a tonsila palatina pela tonsilectomia é tão importante que exige do cirurgião um conhecimento dos benefícios e riscos das diferentes técnicas cirúrgicas. Existem atualmente dois procedimentos cirúrgicos diferentes, porém complementares. São eles: 1) tonsilectomia extracapsular (ou tonsilectomia total - TT), descrita pela primeira vez por Sluder e Crowe no início do século XX, e 2) tonsilectomia intracapsular (TI), mais recentemente proposta por Koltai e, hoje, amplamente adaptada para casos de hiperplasia da tonsila e síndrome de resistência das vias aéreas superiores. As diferenças entre ambas técnicas são ilustradas pelos casos a seguir.

Discussão

O primeiro caso envolveu um garoto de sete anos, com inchaço do lado esquerdo do pescoço e um histórico de quatro semanas de fadiga e perda de dois quilos de peso. A criança e os pais negavam a presença de febre ou dor no pescoço. Ao exame físico, observou-se que a criança não estava febril e não apresentava erupções na pele ou petéquias na mucosa da cavidade oral. No entanto, havia um inchaço unilateral da tonsila esquerda e, à apalpação, o pescoço apresentava um linfonodo de 2 x 3 cm em Nível II.

Nitidamente havia suspeita de possibilidade de linfoma envolvendo a tonsila esquerda. Para a otimização do tratamento recomendamos a biópsia excisional da tonsila esquerda, a ser realizada pela técnica extracapsular ou da tonsilectomia total. A técnica implica na definição da cápsula por uma pequena incisão dentro da mucosa oral, com um eletrocautério manual com lâmina de ponta larga, com 15 watts de potência. O tecido é removido para baixo, para o pedículo inferior, e enviado fresco para a patologia, para o exame de citologia e citometria de fluxo, para avaliação dos anticorpos monoclonais. O procedimento é rápido, completo e os problemas pós-operatórios de controle da dor e de uma possível hemorragia secundária podem ser tratados da maneira rotineira.

No entanto, o cenário clínico mais comum para todos os pediatras e otorrinolaringologistas é o segundo caso, onde uma criança com quatro anos apresenta hiperplasia bilateral da tonsila e adenóides, e vem ao consultório médico com um histórico de ronco, retrações, respiração oral crônica e má alimentação com sólidos. O quadro é coerente com síndrome de resistência de

via aérea superior, que freqüentemente leva à apnéia obstrutiva do sono (AOS). Os sintomas estão presentes há um ano e nitidamente pioram com doenças virais e bacterianas das vias aéreas. Ao exame físico, confirmou-se o padrão de fala hiponasal, adenóides e tecido tonsilar aumentado, simétrico e bilateral. A radiografia de cavum confirma os achados e demonstra uma via aérea estreitada de maneira importante.

Será preciso remover todo o tecido da tonsila palatina para melhorar os sintomas clínicos dessa criança? Uma abordagem mais simples seria reduzir o tecido tonsilar, o que pode ser feito de várias maneiras diferentes. A tonsilectomia intracapsular (TI) é uma extensão do conceito de tonsilectomia, porém dramaticamente ampliado pelo emprego de um microdebridador. O instrumento elétrico possui uma lâmina rotatória interna, fixada a um eixo de metal de coluna curva, conectado a uma sucção de vácuo constante. A lâmina permite que o tecido volumoso da tonsila palatina seja removido de medial para lateral, na tentativa de esvaziar a fossa da tonsila palatina, com preservação da maior parte da cápsula tonsilar e alguns remanescentes do tecido tonsilar. Esses remanescentes são a seguir cauterizados para controlar o sangramento e a eletro-dissecção do remanescente tecido tonsilar para promover a fibrose e cicatrização.

Essa simples modificação da técnica apresenta benefícios significativos. O objetivo cirúrgico é rapidamente atingido, reduzindo uma tonsila aumentada 4+, para um tamanho inferior a 1+. O tecido adenoideano é também removido completamente. O remanescente da cápsula fibrosa da tonsila palatina protege e recobre os músculos subjacentes, os vasos sanguíneos e as fibras nervosas. Koltai observou que esse “curativo biológico” diminui a dor e a necessidade de analgesia, ao mesmo tempo que promove uma cicatrização mais rápida e o retorno mais rápido às atividades normais, seja à escola ou à creche, quando os pais trabalham. O mais importante de tudo é a redução dramática do risco de hemorragia. Diversos estudos demonstraram que após uma tonsilectomia extracapsular (TT), o índice de hemorragia no pós-operatório é de 2 - 4%, ou até mais. Estudos feitos na TI têm índices de hemorragias de 4 - 8 vezes menos freqüentes.

Os benefícios da abordagem da TI foram confirmados no Hospital Infantil Nemours-duPont, em diversos estudos por nós recentemente publicados. Estudamos 2.943 crianças submetidas à cirurgia das tonsilas palatinas. A população incluiu cerca de 52% de meninos com uma idade média de seis anos. O *follow-up* ou seguimento foi de 21 meses. Foram 1.732 cirurgias intracapsulares e 1.211 extracapsulares. As indicações foram ligeiramente diferentes, com um maior número de crianças com apnéia obstrutiva do sono (AOS) em 79% TI versus 56% TT. As estatísticas globais (**hiperplasia tonsilar = 70%; tonsilite recorrente = 22%**) são semelhantes a outras classificações publicadas na literatura médica.

As taxas de hemorragia secundária foram as seguintes: TT com uma taxa estatisticamente superior comparada à da TI (3.4% x 1.1%). Quando as crianças foram avaliadas quanto à necessidade de retornar à mesa de operação para controle, novamente a taxa de TT foi superior (2.1% x 0.5%). O valor de *p* foi de 0.0001.

Subdividimos ainda os índices de hemorragia secundária por diagnóstico pré-

operatório. Os benefícios de um menor índice de hemorragia no pós-operatório sempre favoreceram a TI, e não houve nenhuma redução no resultado melhor por categoria de diagnóstico no pré-operatório. Assim, a diferença de hemorragia no pós-operatório, que é mais freqüente na TT, relaciona-se quase que exclusivamente à maior profundidade da lesão cirúrgica criada pela técnica de tonsilectomia extracapsular, e não é dependente das habilidades cirúrgicas pessoais.

O nosso estudo no Hospital Nemours-duPont também analisou muito de perto o tratamento da dor pós tonsilectomia, nos grupos de crianças submetidas à TT e TI. A medida usada foram consultas no Pronto Socorro ou internações. Mais uma vez, o grupo de TT teve 65 (5,4%) x 52 (3,0%) do grupo TI ($p=.0015$), confirmando menos dor no grupo TI, em todas as categorias. Esse estudo confirma o trabalho anterior de Solares e colaboradores, feito com 1991 crianças, publicado no *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, em 2005. Solares observou índices mais altos de sangramento em TT (3.3% para TT x 0.8% para TI) e maior número de reinternações por desidratação (3.6% para TT x 1.1% para TI).

O exame cuidadoso da cavidade oral continua sendo um componente essencial do exame clínico em todas as queixas dos pacientes – particularmente em crianças pequenas. Por que a cavidade oral é tão importante? A cavidade oral proporciona a primeira linha de defesa para o sistema imunológico do paciente. Quando analisamos a cavidade oral, podemos avaliar o sistema de tecidos linfáticos associados à mucosa (MALT, em inglês), que começa com o tecido adenoideano na nasofaringe e se estende inferiormente para as tonsilas palatinas e linguais, formando o Anel de Waldeyer. O sistema MALT é complexo e serve para proteger o trato digestivo desde a cavidade nasal até o cólon, onde se localiza o apêndice. Como benefício adicional da TI, o remanescente do sistema MALT localizado na fossa da tonsila palatina pode ter um papel no desenvolvimento futuro do sistema imunológico da criança. Alguns médicos sustentam que a TT é a técnica cirúrgica mais escolhida, particularmente para a tonsilite crônica. Estudos demonstram que biofilmes, que aparentemente têm um papel importante nas infecções crônicas, inclusive na tonsilite crônica, residem primariamente nas criptas tonsilares. A TI remove as criptas, porém simplesmente deixa os remanescentes da cápsula.

Estudamos a nossa população infantil para testar a hipótese de que a TI é igualmente eficaz no tratamento da tonsilite crônica, comparada à TT, conforme advogam alguns autores. Foram 166 crianças, que atendiam a todos os critérios de inclusão no nosso centro de atendimento terciário. 117 foram submetidas a TT e 49 à TI. Dezessete das crianças do grupo TT e oito do grupo TI foram tratadas pelo menos uma vez por faringite estreptocócica ou tonsilite, em cada grupo. Não foi observada uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0.295$). Portanto, na doença tonsilar infecciosa crônica, os resultados de TI são iguais aos de TT com relação à eficácia, e são superiores na segurança e conforto.

Conclusão

Em resumo, para as crianças, a TT é preferível em casos clínicos isolados, quando a biópsia tissular for essencial para a avaliação patológica, especialmente na suspeita de uma malignidade. No entanto, **a tonsilectomia intracapsular (TI) é**

hoje o método preferido e mais seguro na remoção das tonsilas palatinas em crianças, quer na apnéia obstrutiva do sono (AOS) ou na tonsilite recorrente (TR). Ocorrem pelo menos três vezes menos complicações (hemorragia e desidratação), o que nos obriga a adotar um procedimento mais seguro em todas as crianças com AOS e TR.

Leituras recomendadas

1. Curtin JM, *The History of Tonsil and Adenoid Surgery* Otol Clin of NA 20(2): 415-419, 1987.
2. Koltai PJ, Solares CA, Mascha EJ, Xu M *Intracapsular Partial Tonsillectomy for tonsillar hypertrophy in children* Laryng. 112:17-19, 2002.
3. Schmidt RJ Hertzog A, Cook SP, O'Reilly RC, Deutsch ES, Reilly JS *Powered Intracapsular Tonsillectomy in the Management of Recurrent Tonsillitis* Otol – Head & Neck Surgery 137(2): 338-340, 2007.
4. Koemple JA, Solares CA, Kotai PJ *The evolution of tonsil surgery and rethinking the surgical approach to Obstructive Sleep-disordered breathing in children* Jour of Laryngol & Otol 120: 993-1000, 2006.
5. Schmidt RJ Hertzog A, Cook SP, O'Reilly RC, Deutsch ES, Reilly JS *Complications of Tonsillectomy: a comparison of techniques* Arch. Otol – Head & Neck Surg. 133(9): 925-28, 2007.