

Tonsilectomia e adenoidectomia na otorrinolaringologia pediátrica: uma revisão narrativa

Tonsillectomy and adenoidectomy in pediatric otorhinolaryngology: a narrative review

Tonsilectomía y adenoidectomía en otorrinolaringología pediátrica: una revisión narrativa

Sarah Michalsky Martins¹, Noelle Satiro de Araujo¹, Maria Luisa Vieira de Lima Brito¹, Laura Pires Ligeiro¹, Ana Luiza de Andrade Abrahão¹, Mariana dos Santos Sereno¹, Luanna de Souza Côrtes Cremonez¹, Fernanda Souto Carvalho¹, Riquelme Romero Leal Portela¹, Ana Silvia Menezes Bastos¹.

RESUMO

Objetivo: Destacar o manejo de pacientes pediátricos envolvendo a tonsilectomia e adenoidectomia na otorrinolaringologia. **Revisão bibliográfica:** Os procedimentos cirúrgicos que envolvem a remoção das tonsilas palatinas e adenóide são frequentes na faixa etária pediátrica. Apesar de serem cirurgias distintas, muitas vezes são realizadas conjuntamente, denominando-se adenotonsilectomia. Dessa forma, suas duas principais indicações são: amigdalite recorrente e distúrbios respiratórios do sono, cujas causas são geradoras de baixo rendimento escolar, irritabilidade e retardo no crescimento infantil. As técnicas cirúrgicas empregadas diferenciam-se entre Tonsilectomia Intracapsular (TI) ou extracapsular, sendo a TI preferível por conta da diminuição de sangramento pós procedimento baseado em atualizações científicas. Dentre essas técnicas, o modo de execução envolve dissecação a frio, dissecação a quente, eletrocirurgia, ressonância molecular quântica e coablação. **Considerações finais:** A tonsilectomia em associação a adenoidectomia – adenotonsilectomia, caracteriza-se por um procedimento cirúrgico com finalidade de elevar a qualidade de vida da criança através da retirada dessas estruturas. Sendo assim, torna-se necessário investigar as hipertrofias tonsilar ou adenoideana e infecções recorrentes de garganta por conta de serem grandes potencializadoras de problemas de saúde na infância, e dessa forma indicar corretamente as técnicas cirúrgicas para essa população.

Palavras-chave: Tonsilectomia, Adenoidectomia, Criança.

ABSTRACT

Objective: To highlight the management of pediatric patients involving tonsillectomy and adenoidectomy in otorhinolaryngology. **Bibliographic review:** Surgical procedures that involve the removal of the palatine tonsils and adenoids are frequent in the pediatric age group. Despite being different surgeries, they are often performed together, called adenotonsillectomy. Thus, its two main indications are: recurrent tonsillitis and sleep breathing disorders, whose causes generate poor school performance, irritability, and child growth retardation. The surgical techniques employed differ between Intracapsular Tonsillectomy (IT) or extracapsular tonsillectomy, with IT being preferable due to the decrease in post-procedure bleeding based on scientific updates. Among these techniques, the execution mode involves cold dissection, hot dissection, electro-surgery, quantum molecular resonance and coblation. **Final considerations:** Tonsillectomy in association with adenoidectomy - adenotonsillectomy, is characterized by a surgical procedure with the purpose of increasing the child's quality of life by removing these structures. Therefore, it is necessary to investigate tonsil or adenoid hypertrophies and recurrent throat infections because they are great potentiators of health problems in childhood, and thus correctly indicate the surgical techniques for this population.

Keywords: Tonsillectomy, Adenoidectomy, Child.

¹ Universidade de Vassouras, Vassouras - RJ.

RESUMEN

Objetivo: destacar el manejo de pacientes pediátricos con amigdalectomía y adenoidectomía en otorrinolaringología. **Revisión bibliográfica:** los procedimientos quirúrgicos que involucran la extirpación de las amígdalas palatinas y las adenoides son comunes en el grupo de edad pediátrica. A pesar de ser cirugías diferentes, a menudo se realizan juntas, lo que se denomina adenoamigdalectomía. Así, sus dos indicaciones principales son: amigdalitis recurrente y trastornos respiratorios del sueño, cuyas causas generan bajo rendimiento escolar, irritabilidad y retraso en el crecimiento infantil. Las técnicas quirúrgicas utilizadas difieren entre Amigdalectomía Intracapsular (AI) o extracapsular, siendo preferible la AI por la disminución del sangrado post-procedimiento basado en actualizaciones científicas. Entre estas técnicas, el modo de ejecución involucra disección en frío, disección en caliente, electrocirugía, resonancia molecular cuántica y coablación. **Considerações finais:** la amigdalectomía en asociación con la adenoidectomía - adenoamigdalectomía, se caracteriza por un procedimiento quirúrgico con el propósito de aumentar la calidad de vida del niño a través de la extirpación de estas estructuras. Por lo tanto, es necesario investigar las hipertrofias de amígdalas o adenoides y las infecciones recurrentes de garganta porque son grandes potenciadores de problemas de salud en la infancia, y así indicar correctamente las técnicas quirúrgicas para esta población.

Palabras clave: Tonsilectomía, Adenoidectomía, Niño.

INTRODUÇÃO

As tonsilas palatinas ou amígdalas são estruturas encapsuladas constituídas de tecido linfóide e estão localizadas na orofaringe, enquanto a tonsila faríngea ou adenóide é formada por uma massa única presente na rinofaringe. Os procedimentos cirúrgicos que removem completa ou parcialmente essas estruturas denominam-se tonsilectomia/amigdalectomia que pode estar associada ou não a adenoidectomia (adenotonsilectomia), sendo muito frequentes as suas indicações ambulatoriais na faixa etária pediátrica (MITCHELL RB, et al., 2019).

Embora sejam procedimentos distintos com indicações restritas ao sítio, na maioria das vezes são realizados simultaneamente. Por isso, diretrizes atuais englobam recomendações bem estabelecidas e universalmente aceitas em relação às duas estruturas no momento de indicar os procedimentos: crianças com infecções recorrentes de garganta (amigdalite de repetição) e distúrbios respiratórios obstrutivos do sono devido a hipertrofia adenoamigdaliana (RANDALL DA, 2020).

A técnica cirúrgica mais comumente empregada durante as tonsilectomias é a extracapsular ou total, que remove todo o tecido linfóide incluindo sua cápsula. Entretanto, alguns estudos destacam vantagens na realização da técnica intracapsular ou subtotal/parcial, que conferem melhores resultados pós-operatórios quanto a dor e risco hemorrágico (VARADHARAJAN K, et al., 2020).

Quanto aos manejos peri e intra-operatório, estes devem ser adequados para garantir bons resultados e diminuir riscos de complicações. Por esse motivo, torna-se imprescindível o acompanhamento pós-operatório para identificar e tratar precocemente possíveis complicações. A mais comum é a dor que pode limitar a ingestão hídrica e alimentar, seguida de sangramentos durante a cicatrização que em alguns casos podem acarretar em nova hospitalização para controle (LEE HS, et al., 2017).

Diante do exposto, o presente estudo possui o objetivo de destacar, por meio de atualizações da literatura científica, os conhecimentos necessários direcionados ao manejo de pacientes pediátricos em relação aos procedimentos cirúrgicos envolvendo tonsilectomias e adenoidectomias.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Anatomofisiologia

Adjacente ao acesso dos tratos respiratório superior e gastrointestinal, as tonsilas palatinas ou amígdalas são encontradas nas duas frações laterais da orofaringe. Elas estão localizadas entre os pilares palatinos:

arco palatoglosso, na sua porção anterior, e arco palatofaríngeo, na sua porção posterior. Diferentemente do adulto, nas crianças as tonsilas palatinas ocupam toda a fossa tonsilar existente entre os arcos. Enquanto isso, a tonsila faríngea ou adenoide se encontra na porção superior-posterior da nasofaringe e atrás do palato mole, sendo uma massa única presente na região (MEEGALLA N e DOWNS BW, 2021; PATHAK K, et al., 2019).

Associadas à tonsila faríngea, tubária e lingual, as amígdalas formam o anel de Waldeyer, estrutura que está ligada ao sistema linfático da faringe. As tonsilas palatinas são formadas por tecido linfóide e estão intimamente relacionadas com a elevação na produção de linfócitos e anticorpos, pois possuem atribuição específica de reconhecimento humoral. Exercem função fundamental de defesa contra patógenos e infecções. Em paralelo, as adenoides são compostas por um tecido lobulado linfóide e também contribuem de forma efetiva com a memória imunológica corporal (ANDERSON J e PATEREK E, 2022; BANT P, et al., 2020; BOWERS I e SHERMETARO C, 2022).

Definição cirúrgica

A técnica cirúrgica que consiste na retirada das amígdalas denomina-se tonsilectomia ou amigdalectomia. Na otorrinolaringologia, esse procedimento envolvendo as tonsilas palatinas é um dos mais primitivos e difundidos da área. Atualmente, diversos mecanismos de ação são compatíveis com essa cirurgia, como a eletrocauterização bipolar e dissecação a frio. A remoção da tonsila faríngea, por sua vez, é chamada de adenoidectomia e pode ser realizada de diferentes modos, sendo um deles feito com uso de microdebridador assistido por endoscopia e por curetagem. Caso as tonsilas palatinas e a tonsila faríngea sejam retiradas cirurgicamente em um mesmo momento, o procedimento se denominará adenotonsilectomia (PIÑA SP, et al., 2019; MOFATTEH MR, et al., 2018; ATILA MH, et al., 2018).

Epidemiologia

De acordo com dados coletados nos Estados Unidos, aproximadamente 250.000 cirurgias envolvendo a retirada simultânea das tonsilas palatinas e faríngea são realizadas por ano. No Brasil, uma pesquisa realizada no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo apresenta uma noção epidemiológica do cenário nacional. Em relação ao sexo, segundo o estudo, existe uma diferença inexpressiva entre o número de procedimentos realizados: 51,47% em homens e 48,53% em mulheres. Sobre a idade, a maior parte dos pacientes possuem entre 0 e 5 anos, confirmando a maior prevalência na faixa etária pediátrica. Além disso, o tipo de procedimento cirúrgico também foi tema da pesquisa, destacando a adenotonsilectomia (70,58%) como operação expressivamente mais praticada, seguida da tonsilectomia isolada (22,05%) e adenoidectomia isolada (7,35%) (BABY CM, 2019).

Indicações clínicas

A adenotonsilectomia na faixa pediátrica é restrita a algumas indicações, sendo que as mais comuns englobam as amigdalites recorrentes e os distúrbios respiratórios do sono, bem como a hipopneia e a apneia. Esses transtornos estão intimamente relacionados a hipertrofia tonsilar ou adenoideana, que por sua vez são responsáveis por uma série de aspectos negativos para a qualidade de vida da criança, como por exemplo: baixo rendimento escolar, irritabilidade e retardo do crescimento estrutural (MITCHELL RB, et al., 2019).

Os distúrbios respiratórios do sono são definidos por um conjunto de transtornos, dentre eles cita-se a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). A alteração mais característica dessa síndrome ocorre devido a uma parada respiratória (apneia) representada pelo bloqueio do fluxo aéreo-pulmonar por 10 segundos ou mais, normalmente por conta de alguma alteração estrutural nas vias aéreas superiores, como a hipertrofia adenoideana. Ou seja, há interrupção da ventilação pulmonar adequada. Na criança a SAOS é diagnosticada na presença de um episódio noturno, enquanto em adultos considera-se fora da normalidade cinco ou mais episódios em uma hora (BITNERS AC e ARENS R, 2020).

Existe um meio de avaliar e classificar o grau de preenchimento das amígdalas em suas fossas de acordo com Brodsky, variando de 1 a 4 de maneira crescente, sendo os graus 3 e 4 considerados obstrutivos e que requerem avaliação mais adequada. Nesses níveis, as tonsilas hipertrofiadas bloqueiam as vias aéreas

superiores impedindo a entrada de ar, sendo uma importante causa de gravidade da SAOS. Por isso, quanto maior o grau de obstrução, melhor é o resultado clínico após a amigdalectomia (PÉREZ I, et al., 2020; BABY CM, 2019).

Antes de realizar a adenotonsilectomia, após anamnese, o médico deve encaminhar o paciente para a Polissonografia (PSG) de maneira a analisar a qualidade do sono e avaliar se há algum distúrbio respiratório para fechar o diagnóstico. Assim, devem ser investigadas crianças abaixo dos 2 anos ou que apresentam as seguintes comorbidades: síndrome de Down, anormalidades craniofaciais, distúrbios neuromusculares, anemia falciforme ou presença de mucopolissacarídeos. Além disso, a PSG também é indicada aos pacientes nos quais se tem incerteza sobre a tonsilectomia e/ou que exista discrepância entre o relato da SAOS e o exame físico. As indicações da tonsilectomia estão fortemente ligadas à polissonografia: a cirurgia é indicada quando a SAOS é atestada pela PSG feita durante o sono (HEATH DS, et al., 2021; BITNERS AC e ARENS R, 2020).

A amigdalite recorrente é a infecção repetitiva bacteriana ou não das amígdalas palatinas. Dentre suas características principais estão os sintomas de dor de garganta, febre e exsudato purulento aderido às tonsilas (CHEN S, et al., 2020).

Ela pode ser um desafio na qualidade de vida das crianças e grande preocupação para os pais. Para a realização da cirurgia de tonsilectomia, é importante a avaliação de alguns critérios que sustentem sua indicação, sendo eles: a presença de 7 episódios de amigdalite no último ano; 5 episódios anuais por 2 anos ou 3 episódios anuais por 3 anos, com documentação das infecções contidas no prontuário do paciente. Além disso, são valorizados os critérios de temperatura axilar maior ou igual a 38,3 °C, adenopatia cervical, exsudato purulento nas tonsilas ou teste de estreptococo beta-hemolítico do grupo A positivo (*Streptococcus pyogenes*). Torna-se importante ressaltar que apesar das amígdalas e adenóides fazerem parte do sistema imunológico do nosso corpo, ambas as remoções não contribuem para o aumento do risco de infecções (MITCHELL RB, et al., 2019).

Crianças com infecções periódicas, mas que não atendem aos critérios supracitados também devem ser avaliadas de acordo com seus riscos e benefícios, se justifica ou não a necessidade da retirada cirúrgica das amígdalas. São elas as que possuem como diagnóstico a síndrome de febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite cervical (PFAPA). Seu diagnóstico se faz de forma clínica em pacientes que possuem eventos de febre de origem indeterminada ou tonsilites recorrentes. Sua causa ainda é desconhecida e a tonsilectomia se mostra com um bom resultado no tratamento de casos selecionados (AKTAS O, et al., 2019).

Existem consequências das amigdalites de repetição que justificariam a indicação da cirurgia, como a diminuição do apetite, que por si só resulta em baixa estatura, menor crescimento para a idade e funcionamento físico precário. Outros transtornos gerados são os sintomas inconvenientes derivados do processo inflamatório local: febre, coleção purulenta e disfagia. Esses sintomas resultam em recorrentes consultas ambulatoriais e uso frequente de antibióticos, este que por si só pode levar ao aumento da resistência antimicrobiana e dificultar possíveis tratamentos posteriores que necessitem do uso de antibiótico. Além disso, esses pacientes possuem menor índice de saúde geral quando comparadas a crianças saudáveis da mesma faixa etária e menor frequência escolar, dados esses que também fundamentam a necessidade da cirurgia pois interferem de forma significativa na qualidade de vida da criança (FILHO AAB, et al., 2019).

Técnicas cirúrgicas

A retirada das tonsilas palatinas e/ou das adenoides é muito comum em crianças com infecção tonsilar recorrente e ronco tonsilar. Com isso, existem dois tipos de cirurgia para a remoção de tais estruturas, entre elas se encontra a tonsilectomia intracapsular, também chamada de tonsilectomia parcial/subtotal; e tonsilectomia extracapsular, também chamada de tonsilectomia total (VARADHARAJAN K, et al., 2020).

A Tonsilectomia Intracapsular (TI) consiste na remoção do tecido tonsilar linfóide, incluindo as criptas e folículos, preservando a cápsula tonsilar e não expondo a musculatura faríngea associada. Essa preservação pode variar de 10% a 70% de seu tamanho. Alguns autores consideram a tonsilotomia como TI, no entanto, há uma diferença: a TI se restringe a remoção até a cápsula, ao contrário da tonsilotomia que pode envolver

uma quantidade mais variável de remoção do tecido. Já a tonsilectomia extracapsular remove completamente a tonsila palatina, deixando a musculatura faríngea nua e exposta (VARADHARAJAN K, et al., 2020; PYNNONEN M, et al., 2017).

A tonsilectomia extracapsular é considerada a cirurgia de escolha por grande parte dos otorrinolaringologistas. Entretanto, na atualidade, a preferência pela tonsilectomia intracapsular vem crescendo devido aos estudos que demonstram resultados positivos como: aceleração da cicatrização, taxa de sangramento menor, redução da dor, retorno da dieta normal precocemente e volta das atividades cotidianas de forma mais rápida. Isso ocorre porque os vasos extracapsulares são mais calibrosos do que os vasos intracapsulares, portanto, a preservação da cápsula reduz o risco de sangramento na técnica intracapsular (BLACKSHAW H, et al., 2020; AMIN N, et al., 2021; WANG J, et al., 2021).

Em relação às técnicas que são utilizadas nas amigdalectomias, estão inclusas: dissecação a frio e dissecação a quente. As técnicas frias, utilizam instrumentos metálicos e o sangramento é controlado com eletrocautério ou por ligadura. Já as técnicas quentes que incluem eletrocirurgia, ressonância molecular quântica e coablação, utilizam instrumentos que fornecem energia térmica. A ressonância molecular quântica utiliza a energia elétrica para fornecer uma quantidade de energia que divide o tecido quebrando ligações moleculares em baixas temperaturas (< 50°C). A coablação é uma eletrocirurgia de alta frequência, e vem aumentando seu destaque junto com a tonsilectomia intracapsular. Essa técnica tem vantagens, pois diseca o tecido em baixas temperaturas (40°C a 70°C em comparação com > 100°C em eletrocirurgia), preservando a hemostasia (PYNNONEN M, et al., 2017; VARADHARAJAN K, et al., 2020).

A adenoide muitas vezes também está associada aos casos de dificuldade respiratória e de infecções recorrentes, sendo retirada junto a cirurgia das tonsilas, chamada de adenotonsilectomia, considerada importante primeiro tratamento para a maioria das crianças. Nos casos de adenoidectomia, estão inclusas as técnicas de curetagem, cauterização por sucção e microdebridador, sendo que ambas as cirurgias necessitam de anestesia geral (BLACKSHAW H, et al., 2020).

Mesmo que a TI esteja em maior evidência nos últimos anos devido aos seus benefícios, ainda existem algumas preocupações que devem ser levadas em consideração. Como a tonsilectomia parcial deixa tecido residual dentro do leito tonsilar, estudos mostraram que há a possibilidade de um novo crescimento das amígdalas e casos de amigdalite recorrente em 9,8% dos pacientes, existindo uma futura necessidade de uma nova cirurgia. Porém, uma revisão de literatura constatou que a recorrência após TI foi de aproximadamente 3%, apresentando maior risco pacientes menores de 4 anos e que possuem doença do refluxo gastroesofágico (BLACKSHAW H, et al., 2020; WANG J, et al., 2021; SAGHEER HS, et al., 2022).

Ambas as técnicas para extração das amígdalas possuem baixas taxas de complicações e pequenas vantagens de uma sobre a outra. No entanto, um estudo realizado no Reino Unido demonstrou que a taxa de complicações da amigdalectomia pediátrica tem aumentado constantemente na última década. Sendo assim, apesar da tonsilectomia ser uma cirurgia realizada com alta frequência, há incertezas quanto à segurança e eficácia dos diferentes métodos de tonsilectomia atuais (WANG J, et al., 2021; KELTIE K, et al., 2021).

Manejo pré, intra e pós-operatório

A avaliação diagnóstica e pré-operatória das amígdalas pode ser feita através do exame oral, enquanto para avaliar o tamanho das adenóides utiliza-se radiografia nasofaríngea com incidência cervical lateral e nasoendoscopia. Também é possível avaliar a doença adenoamigdaliana através da nasofaringoscopia endoscópica flexível, que dessa forma visualiza as estruturas no mesmo procedimento e de maneira dinâmica (operador dependente). A partir disso, consegue-se através do método de Fujiokas calcular a relação adenóide/nasofaringe e dessa forma mensurar o tamanho de cada estrutura (PATHAK K, et al., 2019).

Existem vantagens e desvantagens de cada método. A nasoendoscopia é bem confiável na detecção do grau de obstrução coanal e no real tamanho das adenóides, porém é uma técnica invasiva. Já a radiografia lateral é uma técnica não invasiva, barata e mais disponível nos serviços de saúde, entretanto a desvantagem está na exposição do paciente pediátrico à radiação. Quando ambos os métodos são utilizados em conjunto, aumentam a precisão diagnóstica (PATHAK K, et al., 2019).

No manejo intra-operatório e pós-operatório do paciente, torna-se importante avaliar o tempo de cirurgia, controlar a perda sanguínea, tratar a hemorragia pós-operatória, aliviar a dor local após a operação, monitorar a presença de náuseas e/ou vômitos e garantir boa saturação de oxigênio. Para quantificar a dor, utiliza-se a Escala Visual Analógica (VAS), sendo possível analisar de forma mais didática possível a sua intensidade no pós-operatório; em pacientes pediátricos foi utilizada a escala por meio de expressões faciais que consigam melhor demonstrar o grau de dor dessas crianças (MOFATTEH MR, et al., 2018; VARADHARAJAN K, et al., 2020).

Calculando-se as diferenças de peso das gazes antes e após seu uso na cirurgia e somando-se ao peso total do sangue aspirado no frasco de sucção tem-se a quantidade estimada de perda sanguínea intraoperatória. Dessa forma, esse dado torna-se um parâmetro importante para cirurgias em crianças, pois elas possuem pequena quantidade de sangue circulante e devido a essa característica qualquer sangramento pode causar distúrbios, como fadiga física e mental. Além disso, é recomendado que a saturação de oxigênio esteja acima de 94% para liberar o paciente da internação (MOFATTEH MR, et al., 2018; VARADHARAJAN K, et al., 2020).

A alta é dada no mesmo dia ou no dia seguinte após a cirurgia e o paciente recebe a prescrição de analgésico oral para controle da dor durante 7 dias, caso seja necessário o seu uso. Somado a isso, os pacientes recebem uma lista que pode ser preenchida durante 10 dias idealmente pelo responsável, de forma a relatar se houve náusea e/ou vômito, mudança na temperatura corporal e algum tipo de sangramento. Com as anotações realizadas corretamente, possibilita-se que a avaliação de retorno seja realizada com maior qualidade pelo médico otorrinolaringologista (MOFATTEH MR, et al., 2018; VARADHARAJAN K, et al., 2020).

Complicações

Toda cirurgia pode apresentar complicações intrínsecas ao procedimento, a adenotonsilectomia não seria uma exceção. Dentre as inúmeras maneiras de realizar a cirurgia, as complicações associadas ao ato cirúrgico mais frequentemente observadas são: disfunção tubária e hemorragia (ATILA MH, et al., 2018).

A timpanometria é um teste que avalia a Pressão da Orelha Média (POM), responsável por causar a disfunção tubária devido ao edema. Na adenoidectomia por curetagem ocorre alteração da POM no primeiro dia pós-operatório e que diminui até chegar ao sétimo dia. Associado a disfunção tubária, ainda há sintomatologia de dor e plenitude aural. Enquanto isso, na adenoidectomia por microdebridador não há alteração pós operatória observada na orelha média. A técnica por curetagem realizada durante a cirurgia é feita por palpação para identificar a localização do tecido residual; esse manuseio favorece danos a tuba auditiva e corrobora para que haja edema no sítio cirúrgico. A endoscopia permite visualizar o local exato, sendo um sítio cirúrgico limpo (ATILA MH, et al., 2018).

Outro parâmetro de complicações na tonsilectomia é a hemorragia que se ressalta na cirurgia pediátrica. As crianças apresentam menor quantidade sanguínea no seu sistema, assim, os sangramentos podem gerar distúrbios como fadiga mental e física, além de piorar com desfechos desfavoráveis. A hemorragia é a complicação de maior risco para novas hospitalizações para controle e aumento da fatalidade, acometendo cerca de 10% dos pacientes nas primeiras 24 horas de pós-operatório (MOFATTEH MR, et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tonsilectomia em associação a adenoidectomia – adenotonsilectomia, caracteriza-se por um procedimento cirúrgico com finalidade de elevar a qualidade de vida dos pacientes pediátricos através da retirada dessas estruturas, com predomínio na faixa etária de 0 a 5 anos. A hipertrofia tonsilar ou adenoideana possui grande potencial de causar complicações respiratórias que ocasionam em indicações para realização da técnica. Esses transtornos estão intimamente responsáveis por uma série de aspectos negativos para a qualidade de vida da criança, como por exemplo: baixo rendimento escolar, irritabilidade e retardo do crescimento. Por conseguinte, a realização do procedimento cirúrgico traz proveitos ao bem-estar da população que necessita da intervenção. O conhecimento das técnicas cirúrgicas adequadas ao paciente diminui riscos de complicações, principalmente dor e sangramento, além de gerar melhor desfecho pós-operatório para garantir qualidade de vida aos pacientes pediátricos.

REFERÊNCIAS

1. AKTAS O, et al. Long-term follow-up of tonsillectomy efficacy in children with PFAPA syndrome. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2019; 85: 78-82.
2. AMIN N, et al. Coblation intracapsular tonsillectomy in children: a prospective study of 1257 consecutive cases with long-term follow-up. *Clin Otolaryngol*, 2021; 46(6): 1184-1192.
3. ANDERSON J, PATEREK E. Tonsillitis. StatPearls Publishing, 2022.
4. ATILLA MH, et al. Comparison between curettage adenoidectomy and endoscopic-assisted microdebrider adenoidectomy in terms of Eustachian tube dysfunction. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2020; 86(1): 38-43.
5. BABY CM. Perfil dos pacientes submetidos à adenoidectomia e/ou amigdalectomia no hospital do servidor público municipal de São Paulo nos anos de 2015 a 2017. Dissertação (Residência em Otorrinolaringologia), Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2019; 25 p.
6. BANT P, et al. Tonsillectomy in own material. *Index Copernicus Internacional*, 2020; 74(6): 29-34.
7. BLACKSHAW H, et al. Tonsillectomy versus tonsillotomy for obstructive sleep-disordered breathing in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020; 4(4): CD011365.
8. BITNERS AC, ARENS R. Evaluation and Management of Children with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Lung*, 2020; 198(2): 257-270.
9. BOWERS I e SHERMETARO C. Adenoiditis. StatPearls Publishing, 2022.
10. CHEN S, et al. Cellular senescence in recurrent tonsillitis and tonsillar hypertrophy in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2020; 133: 110004.
11. FILHO AAB, et al. Adenoamigdalectomia e o crescimento infantil - segundo marcados biológicos e antropométricos. *ACM Arq. Catarin Med*, 2019; 48(1): 182-196.
12. HEATH DS, et al. Development of a pediatric obstructive sleep apnea triage algorithm. *J Otolaryngol Head and Neck Surg*, 2021; 50: 48.
13. KELTIE K, et al. Paediatric tonsillectomy in England: A cohort study of clinical practice and outcomes using Hospital Episode Statistics data (2008-2019). *Clin Otolaryngol.*, 2021; 46(3): 552-561.
14. LEE HS, et al. The Safety and Efficacy of Powered Intracapsular Tonsillectomy in Children: A Meta-analysis. *Laryngoscope*, 2017; 128(3): 732-744.
15. MEEGALLA N, DOWNS BW. Anatomy, Head and Neck, Palatine Tonsil (Faucial Tonsils). StatPearls Publishing, 2022.
16. MITCHELL RB, et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update) - Executive Summary. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 2019; 160(2): 187-205.
17. MOFATTEH MR, et al. Comparison of postoperative morbidity between conventional cold dissection and bipolar electrocautery tonsillectomy: which technique is better?. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2020; 86(4): 427-433.
18. PATHAK K, et al. Comparison Between Radiological Versus Endoscopic Assessment of Adenoid Tissue in Patients of Chronic Adenoiditis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2019; 71(1): 981-985.
19. PÉREZ I, et al. Influence of the Palatine Tonsil Grade on the Morphology of the Maxillary and Mandibular Dental Arches. *Int J Morphol*, 2020; 38(5): 1201-1207.
20. PIÑA SP, et al. Abrangência, legibilidade e confiabilidade de websites brasileiros para orientação da população leiga sobre adenotonsilectomia. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2021; 87: 66-73.
21. PYNNONEN M, et al. Coblation versus other surgical techniques for tonsillectomy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017; 8(8): CD004619.
22. RANDAL DA. Current Indications for Tonsillectomy and Adenoidectomy. *J Am Board Fam Med*, 2020; 33(6): 1025-1030.
23. SAGHEER SH, et al. Predictive Pediatric Characteristics for Revision Tonsillectomy After Intracapsular Tonsillectomy. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 2022; 166(4): 772-778.
24. VARADHARAJAN K, et al. Coblation intracapsular tonsillectomy in children with recurrent tonsillitis: Initial experience. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2020; 135: e110113.
25. WANG J, et al. Subtotal intracapsular tonsillectomy may be the first choice for tonsillectomy in children. *J Int Med Res*, 2021; 49(5): 3000605211011930.