

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:
actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Artículo Original

Amigdalectomia – avaliação de complicações

pós-operatórias

Tonsillectomy – evaluation of postoperative complications

Jorge Rodrigues^{1,2}, Alexandra Gomes¹, Patrícia Gomes¹, Alexandre Mexedo¹, Rui Fonseca¹.

¹ Departamento de Otorrinolaringologia, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal.

² Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Recibido: 19/3/2017 Aceptado: 10/6/2017

Este trabalho foi apresentado no 61º Congresso da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial como comunicação oral.

Resumo

A amigdalectomia é um procedimento cirúrgico comum em Otorrinolaringologia. Várias técnicas foram desenvolvidas de forma a reduzir a sua morbilidade. A dissecação com bisturi a frio é um dos métodos mais utilizados. A amigdalectomia pode cursar com variadas complicações operatórias e pós-operatórias. Com o aparecimento da Cirurgia de Ambulatório, este procedimento começou a ser efectuado sem necessidade de internamento.

O presente trabalho pretende determinar as complicações cirúrgicas pós-operatórias, averiguar a taxa de complicação hemorrágica pós-operatória, bem como identificar possíveis factores de risco para a ocorrência destas complicações.

Foram revistas retrospectivamente todas as amigdalectomias e adenoamigdalectomias decorridas entre Janeiro de 2010 e Dezembro

Correspondencia: Jorge Rodrigues
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal
Correo electrónico: jorge.rods@hotmail.com

de 2013.

Realizaram-se 647 cirurgias, 58% em ambulatório. As complicações pós-operatórias identificadas foram odinofagia intensa (5.4%), vômitos (3.1%), febre (2.2%) e hemorragia (1.1%). A odinofagia intensa foi mais frequente em adultos ($p < 0.05$) e a existência de vômitos ocorreu mais vezes nos indivíduos intervencionados em ambulatório ($p < 0.05$). A hemorragia foi igualmente distribuída entre os pacientes intervencionados em regime convencional ou em ambulatório.

As complicações verificadas no nosso estudo foram semelhantes às contempladas noutras séries da literatura. A amigdalectomia foi mais dolorosa na idade adulta devido a maior extensão de tecidos dissecados. A nossa taxa de hemorragia foi de 1.1% e não foi possível identificar factores de risco para o seu desenvolvimento.

Palavras chave: Amigdalectomia; Adenoamigdalectomia; Complicações Pós-operatórias; Hemorragia; Cirurgia de Ambulatório

Abstract

Tonsillectomy is a common surgical procedure in Otorhinolaryngology. Several methods have been developed to reduce its morbidity. Cold dissection is one of the most used techniques. Tonsillectomy can be associated with operative and postoperative complications. With the onset of Ambulatory Surgery, this procedure began to be performed as outpatient surgery.

The present work aims to determine the postoperative surgical complications, ascertain the rate of postoperative bleeding and identify possible risk factors for these complications.

We reviewed all tonsillectomies and adenotonsillectomies performed from January 2010 to December 2013.

There were 647 surgeries, 58% made as outpatient surgery. The postoperative complications were severe sore throat (5.4%), vomiting (3.1%), fever (2.2%) and hemorrhage (1.1%). The severe sore throat was more common in adults ($p < 0.05$) and the vomiting occurred more often in outpatient surgery ($p < 0.05$).

The bleeding was equally distributed among patients performed in conventional or outpatient practice.

Complications verified in our study were similar to those occurred in other published series.

Tonsillectomy was more painful in adulthood due to the greater extent of dissected tissues. Our bleeding rate was 1.1% and it was not possible to identify risk factors for its development.

Keywords: Tonsillectomy; Adenotonsillectomies; Postoperative Complications; Hemorrhage; Ambulatory Surgery

Introdução

A amigdalectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e comuns em Otorrinolaringologia (ORL). A sua primeira descrição foi efetuada pelo médico romano *Cornélio Celsus* há cerca de 2000 anos, embora se encontre referência a este procedimento nos manuscritos de Medicina Hindu 1000 anos a.C. A amigdalectomia constitui uma das intervenções cirúrgicas mais frequentes em crianças e adultos jovens na atualidade¹. A Academia Americana de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (AAO-HNS) define amigdalectomia como o procedimento cirúrgico pelo qual se remove completamente a amígdala palatina, incluindo a sua cápsula, por dissecação do espaço peri-amigdalino entre a cápsula e a parede da faringe. Esta pode ser efetuada isoladamente ou associada a outros procedimentos como é exemplo a adenoidectomia². Ao longo dos anos, várias técnicas foram desenvolvidas e modificadas de forma a aprimorar a arte da amigdalectomia, com vista a reduzir a sua mortalidade e morbidade. Atualmente, aquelas mais utilizadas são a dissecação com bisturi a frio, dissecação por monopolar ou bipolar, radiofrequência e *ultracision*. Diversos estudos têm comparado estas técnicas, não existindo consenso quanto ao método com melhores resultados^{1,3,4}. O nosso serviço de ORL realiza preferencialmente a amigdalectomia por recurso a dissecação com bisturi a frio, dado ser a técnica em que existe maior experiência dos elementos do serviço, apresentar bons resultados e ser menos dispendiosa. A amigdalectomia está indicada na existência de: 1) amigdalites de repetição que cumpram os critérios de *Paradise* (7 ou mais episódios de amigdalite aguda no ano anterior, 5 ou mais episódios nos 2 últimos anos ou 3 ou mais episódios nos últimos 3 anos); 2) existência de amigdalites de repetição em número inferior ao contemplado nos critérios de *Paradise* mas associadas a fatores como alergia ou intolerância a antibioterapia, história de abscesso periamigdalino, clínica de PFAPA (*periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis*), convulsões febris, halitose crónica; 3) existência de hipertrofia amigdalina que condicione obstrução da via aérea superior, síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), anomalias do crescimento orofacial e da oclusão dentária; 4) abscesso com provável origem na amígdala; 5) suspeita de malignidade ou procura de neoplasia maligna primária oculta^{2,5}.

A amigdalectomia constitui um procedimento cirúrgico de fácil execução técnica, mas com possibilidade de variadas complicações. Estas podem ser agrupadas em: operatórias, se ocorrerem durante o procedimento cirúrgico; ou pós-operatórias, se surgirem após o seu término. As complicações operatórias mais comuns são a ocorrência de traumatismo dentário, traumatismo dos tecidos moles da cavidade oral, faringe ou laringe, lesão vascular, laringospasmo, subluxação atlanto-axial (Síndrome de Grisel) ou aspiração. As complicações pós-operatórias mais frequentes são o aparecimento de odinofagia intensa, náuseas ou vômitos, febre, hemorragia, edema pulmonar pós-obstrutivo, alteração da voz, insuficiência velofaríngea ou estenose da nasofaringe. A ocorrência de complicações é variável entre os diversos estudos e parece diferir conforme a técnica cirúrgica utilizada. A odinofagia intensa, vômitos, febre e hemorragia são importantes causas de morbidade, muitas vezes associadas a prolongamento do tempo de internamento ou necessidade de nova admissão, resultando num impacto social e económico negativo^{2,6,7}.

A hemorragia pode ser classificada em primária ou secundária conforme ocorre antes ou após as

primeiras 24 horas seguintes à cirurgia. A hemorragia primária depende da técnica cirúrgica utilizada e deve-se, geralmente, à reabertura de um vaso sanguíneo. Apresenta frequência de 0.2% a 2.2% e é mais comum na dissecação com bisturi a frio. A hemorragia secundária surge, habitualmente, do descolamento da escara resultante do processo de cicatrização no leito amigdalino. Está presente em 0.1% a 3% dos casos e é mais vezes observada em técnicas de dissecação a quente, segundo dados da AAO-HNS. Alguns fatores de risco têm sido apontados para o aparecimento de hemorragia, sendo, a idade adulta, o sexo masculino, a existência de amigdalites de repetição ou antecedentes de abscesso periamigdalino, aqueles mais vezes documentados^{2, 8}. A AAO-HNS recomenda a determinação da taxa de hemorragia pós-operatória aos cirurgiões que realizem amigdalectomias².

Com o aparecimento da Cirurgia de Ambulatório (CA) nas últimas décadas, diversas especialidades transitaram procedimentos com menor risco cirúrgico para realização em ambulatório. A CA é a intervenção cirúrgica programada, efetuada sob anestesia geral, loco-regional ou local em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia. Esta modalidade permite uma redução das listas de espera com melhor racionalização das despesas, associada a uma recuperação do doente em ambiente familiar e com regresso precoce às atividades de vida diárias. A execução de amigdalectomia e adenoamigdalectomia em ambulatório tem sido prática crescente nos diversos serviços de ORL do nosso país⁹. Contudo, dadas as características destes procedimentos cirúrgicos, efectuados na via aérea e maioritariamente em crianças, torna-se essencial conhecer as complicações peri e pós-operatórias decorrentes em regime de ambulatório e compará-las com as existentes no bloco operatório convencional. O nosso serviço iniciou a atividade cirúrgica em ambulatório em Setembro de 2011, onde realiza amigdalectomias e adenoamigdalectomias em indivíduos que cumpram critérios para CA. Estes critérios incluem: doente clinicamente estável, classificado segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) como ASA I ou ASA II, intervenção com duração inferior a 120 minutos, acompanhamento por um adulto responsável nas primeiras 24 horas, existência de domicílio fixo a menos de 60 minutos do hospital, contacto telefónico, entre outros. Os doentes que não cumprem os critérios da CA são intervencionados no bloco convencional em regime de internamento¹⁰.

O presente trabalho tem como objetivo principal avaliar as complicações pós-operatórias dos indivíduos submetidos a amigdalectomia e adenoamigdalectomia no nosso serviço. Este estudo pretende ainda comparar as complicações ocorridas em doentes intervencionados em ambulatório com aquelas verificadas em regime de internamento, determinar a percentagem de hemorragia pós-operatória e identificar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias.

Material e Métodos

Para a realização deste estudo, foram analisadas retrospectivamente todas as amigdalectomias e adenoamigdalectomias decorridas entre dia 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2013 no nosso hospital. Procedeu-se à exclusão de todas as amigdalectomias parciais. Foram seleccionados apenas os

indivíduos submetidos a intervenção por dissecação com bisturi a frio. Excluíram-se todos os doentes submetidos a outra intervenção no mesmo tempo cirúrgico (uvulopalatofaringoplastia, radiofrequência do palato ou base da língua, septoplastia, eletrocauterização de cornetos, entre outros), exceto a miringotomia com ou sem colocação de tubo de ventilação trans-timpânico. Foram ainda excluídos os indivíduos com anomalias crânio-faciais, portadores de síndromes ou malformações e coagulopatias. Foi pedido parecer ao comité de ética que aprovou a realização do estudo.

Todos os pacientes foram submetidos a cirurgia sob anestesia geral com intubação orotraqueal. As intervenções decorreram em dois blocos operatórios diferentes, um destinado a CA e o outro para cirurgia convencional. A amigdalectomia executou-se com bisturi frio de lâmina 11, por incisão arciforme ao nível do pilar amigdalino anterior. Dissecou-se ao longo do espaço peri-amigdalino com recurso ao descolador e completou-se com secção do polo inferior por cerra-nós. A hemóstase efetuou-se por compressão das locas amigdalinas com compressas e/ou pontos hemostáticos com fio absorvível 2-0, quando necessário. A sutura dos pilares amigdalinos efetuou-se apenas em casos selecionados. Nos doentes submetidos também a adenoidectomia, a curetagem das adenóides realizou-se em primeiro lugar, com recurso a cureta de *Beckman*, seguida de hemóstase por compressão da nasofaringe com compressas. Foram registadas as complicações verificadas durante a permanência hospitalar. Durante as consultas de *follow-up* inquiriu-se acerca de complicações ocorridas após o internamento.

Este estudo averiguou as seguintes complicações pós-operatórias: odinofagia, vômitos, febre e hemorragia, por serem frequentes e associadas a importante morbidade². A odinofagia foi considerada como complicação cirúrgica quando, pela sua intensidade exacerbada, atrasou o início da dieta do paciente. A existência de febre foi valorizada na presença de temperatura axilar superior a 38°C em duas medições consecutivas. Avaliou-se a influência das variáveis: idade, sexo, indicação cirúrgica, procedimento cirúrgico realizado e tipo de internamento (internamento convencional ou CA). Procedeu-se à análise estatística dos resultados com o programa *SPSS® Statistics 20.0*. Foi utilizado o teste *t de student* e a significância estatística dos resultados foi considerada para um valor de $p < 0.05$, com intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Entre o dia 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2013, foram realizadas 102 amigdalectomias e 545 adenoamigdalectomias, num total de 647 intervenções. 57% dos indivíduos operados eram de sexo masculino, com idades compreendidas entre 1 e 59 anos, exibindo uma média de 9.71 anos. Apenas 14% apresentaram idade superior a 18 anos. Durante o período estudado, 58% das cirurgias efetuaram-se em ambulatório. No ano de 2010, todas as cirurgias (total de 127) ocorreram no bloco convencional em regime de internamento. Em Setembro de 2011, iniciou-se a atividade em ambulatório com a realização de 46 cirurgias (40%) nesta modalidade. A produção cirúrgica cresceu nos anos seguintes, realizando-se 236 cirurgias em 2013, das quais 86% em ambulatório (figura 1).

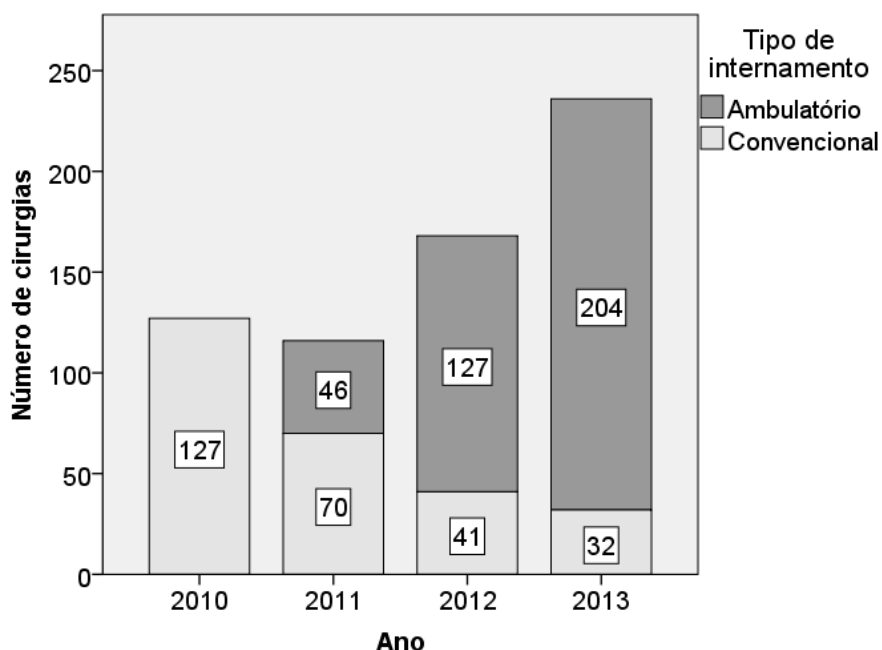
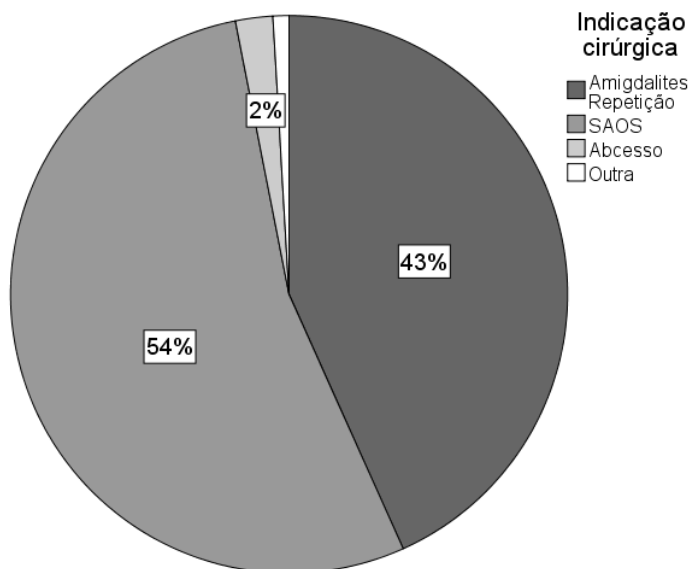


Figura 1 : Número de cirurgias efectuadas de acordo com o tipo de internamento e o ano da intervenção.

As cirurgias foram executadas por 13 cirurgiões diferentes, 89% realizadas pelos 6 internos de formação específica de ORL. Os cirurgiões distribuíram-se de igual forma entre o bloco convencional e a CA. A indicação cirúrgica mais frequente foi a existência de SAOS infantil, num total de 347 indivíduos (54%), seguida de amigdalites de repetição (43%) e antecedentes de abscesso peri-amigdalino (2%). Os doentes intervencionados por outro motivo (1%) corresponderam a 6 casos de suspeita de neoplasia (figura 2). Não se verificou diferença significativa entre a indicação cirúrgica e a modalidade de internamento em que ocorreu ($p > 0.05$).

Figura 2 : Frequência relativa por indicação cirúrgica.



76 casos (11.7%) apresentaram complicações pós-operatórias. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a existência de complicação pós-operatória e nenhuma das variáveis analisadas, nomeadamente: idade, sexo, indicação cirúrgica, procedimento cirúrgico e tipo de internamento. A complicação mais vezes verificada foi a odinofagia intensa, presente em 35 casos (5.4%), seguida da ocorrência de vômitos em 20 indivíduos (3.1%) e febre em 14 doentes (2.2%). A hemorragia ocorreu em 7 casos, numa percentagem de 1.1% (figura 3). A taxa de complicações não apresentou diferença estatisticamente significativa entre o grupo de doentes submetidos a amigdalectomia comparativamente com aqueles submetidos a adenoamigdalectomia ($p>0.05$). Quando se analisou cada uma das complicações individualmente, verificou-se que a existência de odinofagia intensa foi significativamente mais frequente nos indivíduos adultos ($p<0.05$). A existência de febre foi, aparentemente, menos comum nos adultos e mais frequente nos indivíduos intervencionados em ambulatório, embora sem significado estatístico ($p>0.05$). Por sua vez, a existência de vômitos foi mais frequente nos indivíduos intervencionados em ambulatório de forma estatisticamente significativa ($p<0.05$). A hemorragia ocorreu maioritariamente em crianças de sexo masculino (6 dos 7 casos), 4 dos indivíduos intervencionados por amigdalites de repetição.

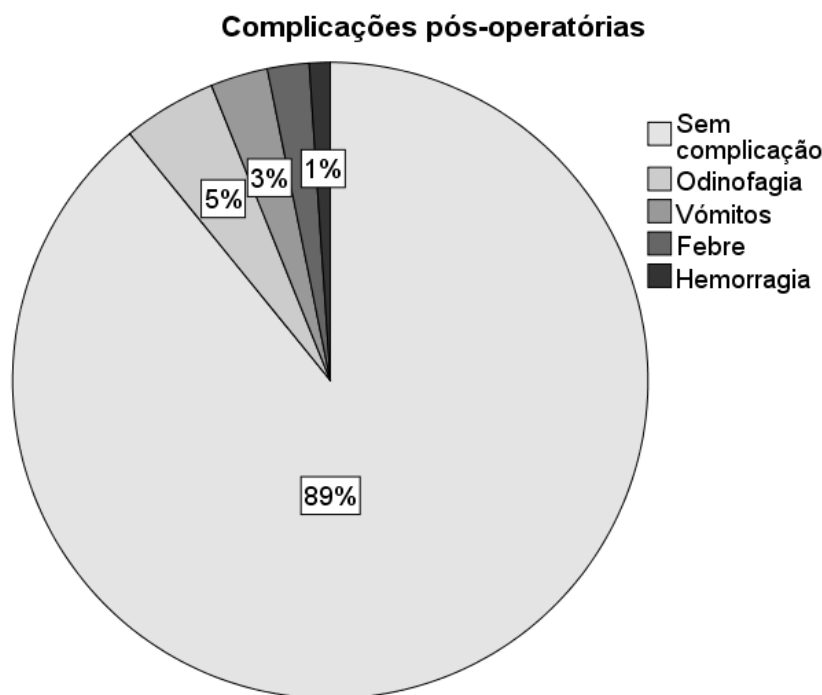


Figura 3: Percentagem de complicações pós-operatórias.

A hemorragia primária foi mais frequente (5 casos), o que motivou prolongamento do internamento. Nos 2 casos de hemorragia secundária, ela apareceu no 2º e 5º dia, resultando em novo internamento. Todos os indivíduos com hemorragia ativa foram observados no bloco operatório, sob anestesia geral e intubação orotraqueal. Efetuaram-se pontos hemostáticos no local hemorrágico e sutura de pilares amigdalinos em 5 dos casos (tabela 1). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de hemorragia e nenhuma das variáveis analisadas ($p>0.05$).

Tabela 1: Caracterização dos doentes que desenvolveram complicação hemorrágica.

Caso	Idade	Sexo	Indicação Cirúrgica	Cirurgia	Tipo internamento	Dia aparecimento complicação	Tempo total internamento	Local hemorrágico	Procedimento de resolução
1	5	M	SAOS	Adenoamigdalectomia + Miringotomia	Ambulatório	1	2	Loca esquerda	Pontos hemostáticos Sutura Pilares
2	6	M	SAOS	Adenoamigdalectomia + Miringotomia	Ambulatório	2	Reinternamento 6	Loca esquerda	Pontos hemostáticos Sutura Pilares
3	3	F	Amigdalites de repetição	Adenoamigdalectomia	Ambulatório	1	4	Loca esquerda	Pontos Hemostáticos
4	9	M	Amigdalites de repetição	Adenoamigdalectomia	Ambulatório	5	Reinternamento 2	Loca direita	Pontos hemostáticos Sutura Pilares
5	4	M	SAOS	Adenoamigdalectomia + Miringotomia	Convencional	1	2	Loca direita	Pontos hemostáticos
6	13	M	Amigdalites de repetição	Adenoamigdalectomia	Convencional	1	3	Loca esquerda	Pontos hemostáticos Sutura Pilares
7	10	M	Amigdalites de repetição	Adenoamigdalectomia	Convencional	1	5	Loca direita	Pontos hemostáticos Sutura Pilares

Discussão

A amigdalectomia constitui uma das intervenções cirúrgicas mais realizadas em todo o mundo. Ao longo da história, foram vários os métodos experimentados, acompanhando a evolução clínica, técnica e tecnológica da medicina. Nas últimas décadas, numerosos estudos foram realizados com vista a comparar as diversas técnicas cirúrgicas praticadas, de forma a averiguar aquela com menor mortalidade e morbidade, menos complicações e mais rápida recuperação da atividade de vida diária^{1, 3, 4}. A dissecação com bisturi a frio continua a ser o método *gold-standard*, de fácil execução técnica, com maior experiência de utilização e economicamente menos dispendiosa. A frequência de hemorragia secundária e o nível de dor no período pós-operatório parecem ser menores comparativamente com as técnicas de dissecação a quente. Por outro lado, a percentagem de hemorragia primária é superior^{2, 7, 8, 11, 12}. Contudo, não existe consenso entre os diversos autores, sendo necessários mais trabalhos nesta área.

Com a implementação da CA, diversos procedimentos de variadas especialidades passaram a ser efetuados com um período de permanência hospitalar inferior a 24 horas, com índices de segurança e qualidade aparentemente equiparáveis aos decorridos no bloco convencional, em regime de internamento⁹.

A ORL iniciou a realização de intervenções cirúrgicas com menor potencial de complicações peri e pós-operatórias em regime de ambulatório. A amigdalectomia é uma cirurgia comum na infância e frequentemente associada a adenoidectomia nesta faixa etária. No nosso serviço, a realização destas cirurgias em ambulatório tem sido crescente, sendo que, no ano de 2013, 86% destes procedimentos foram executados sem necessidade de internamento hospitalar convencional.

O SAOS infantil constitui a indicação mais comum para adenoamigdalectomia na atualidade. Um índice de suspeição elevado no diagnóstico de SAOS infantil motivou um aumento do número de novos casos identificados. O conhecimento do impacto desta patologia na qualidade de vida dos doentes, estimado pela aplicação do questionário OSA-18-pv traduzido por Fernandes e Teles¹³, contribuiu para uma maior atenção dos profissionais de saúde no tratamento adequado destas crianças. No nosso estudo, esta patologia foi responsável por 54% das intervenções, seguida de amigdalites de repetição (43%). No adulto, a patologia infecciosa constituiu a principal indicação.

A amigdalectomia apresenta um conjunto de complicações peri e pós-operatórias a ter em consideração. As complicações pós-operatórias de maior relevo são a odinofagia intensa, vômitos, febre e hemorragia, por serem frequentes e mais vezes responsáveis por prolongamento do tempo de internamento ou necessidade de nova admissão no hospital. A sua existência põe em risco a estabilidade clínica do indivíduo, origina maior gasto de recursos e atraso no retorno às atividades de vida diária^{2, 11}. 11.7% dos casos manifestaram uma destas quatro complicações. A ocorrência total de complicações não diferiu de forma estatisticamente significativa entre os indivíduos intervencionados em ambulatório e aqueles submetidos a internamento superior a 24 horas. Assim, a CA parece permitir a realização de amigdalectomia e adenoamigdalectomia sem aumento do risco cirúrgico ou da morbidade e com menor tempo de hospitalização. No entanto, é fundamental a existência de uma equipa multidisciplinar rotinada e motivada nesta modalidade de intervenção, uma selecção rigorosa dos doentes com critério de CA e um esclarecimento detalhado das possíveis complicações pós-operatórias aos cuidadores. Torna-se ainda essencial que os procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório não sejam considerados de menor importância, negligenciados ou desvalorizadas as suas potenciais complicações.

A taxa de complicações foi semelhante entre o grupo de indivíduos submetidos a amigdalectomia e aqueles que também realizaram adenoidectomia no mesmo tempo operatório ($p > 0.05$). Assim, a adenoidectomia como procedimento menos invasivo e com menor risco de complicações, não influenciou a avaliação das complicações resultantes da amigdalectomia.

A odinofagia é a complicação mais frequente descrita na literatura, embora em percentagens muito díspares. Não existe unanimidade quanto ao grau de intensidade a partir do qual deve ser considerada, efetivamente, uma complicação cirúrgica, nem a melhor forma de proceder à sua quantificação. Neste trabalho, consideramos a existência de odinofagia como resultado esperado de uma intervenção cirúrgica ao nível da orofaringe, sendo valorizada como complicação quando pela sua intensidade anormalmente elevada, motivou atraso no início da dieta. Quando avaliamos cada complicação individualmente, verificou-se que a odinofagia intensa esteve presente em 5.4% dos casos e foi uma queixa mais frequente nos indivíduos adultos ($p < 0.05$). Esta complicação foi mais verificada em indivíduos que necessitaram de

pontos no processo de hemóstase, bem como à existência de edema da úvula no período pós-operatório. Este resultado está de acordo com a evidência de que a amigdalectomia é uma intervenção mais dolorosa na adolescência e idade adulta dada a maior extensão e exposição de tecidos dissecados^{4, 11, 14}.

A existência de vômitos constatou-se em 3.1% e foi mais frequente nos indivíduos operados em ambulatório ($p < 0,05$). Este achado pode ser justificado pelo facto de a população intervencionada em ambulatório apresentar uma média de idades inferior àquela observada no bloco convencional e a ocorrência de vômitos ser uma queixa pós-operatória mais frequente em idade pediátrica do que nos adultos⁶.

A febre é também uma complicação comum e pode surgir como resultado da agressão cirúrgica, mesmo na ausência de um processo infeccioso. 2.2% dos indivíduos desenvolveram temperatura axilar superior a 38°C.

A percentagem de hemorragia pós-operatória verificada no nosso serviço, nos 4 anos analisados, foi de 1,1%. Este resultado encontra-se dentro dos valores contemplados em diversas séries da literatura^{2, 4, 6, 8}.

Observou-se ainda uma percentagem de hemorragia nas primeiras 24 horas superior à hemorragia secundária. A técnica de dissecação a frio, método de escolha no nosso serviço, cursa com maior frequência de hemorragia primária mas menos hemorragia secundária, comparativamente com as técnicas de dissecação a quente^{2, 8, 15, 16}. A hemorragia ativa foi controlada no bloco operatório por recurso a pontos hemostáticos. Na maioria dos casos, procedeu-se a sutura dos pilares amigdalinos de forma a conferir maior proteção ao leito da loca amigdalina. Vários autores indicam a idade adulta, o sexo masculino, a existência de amigdalites de repetição e antecedentes de abscesso periamigdalino como fatores de risco para a ocorrência de hemorragia². No presente estudo, não se verificou associação independente e estatisticamente significativa destes fatores de risco com a ocorrência de hemorragia pós-operatória, possivelmente devido a uma amostra pequena de casos analisados. Assim, sugere-se a realização de um grande estudo randomizado para melhor caracterização dos fatores que contribuem para o desencadeamento de hemorragia pós-operatória.

Conclusão

A amigdalectomia é uma cirurgia comum na actividade do otorrinolaringologista. A presença de odinofagia intensa, vômitos, febre e hemorragia são complicações pós-operatórias frequentes. A existência global de complicações pós-operatórias parece ser semelhante entre os doentes intervencionados em CA e aqueles operados no bloco convencional em regime de internamento. Na avaliação individual de complicações, a ocorrência de odinofagia intensa foi mais frequente em adultos. Os vômitos estiveram mais vezes presentes nos indivíduos intervencionados em ambulatório, possivelmente devido a uma média de idades inferior neste grupo. A hemorragia pós-operatória verificada no nosso serviço foi de 1,1%, dentro dos valores previstos na literatura. A hemorragia primária foi mais frequente do que a hemorragia secundária. Não foi possível identificar nenhuma das variáveis analisadas como fator de risco para o desenvolvimento de hemorragia pós-operatória.

Declaração de conflito de interesses: Sem conflito de interesses a declarar

Bibliografia

- 1- Younis RT, Lazar RH. History and current practice of tonsillectomy. *Laryngoscope*. 2002;112:3-5.
- 2- Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, Rosenfeld RM, Amin R, Burns JJ, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. *Otolaryngol Head and Neck Surgery*. 2011;144:1-30.
- 3- Ersözülü T, Yildirim YS, Sarica S. Comparison of pediatric and adult tonsillectomies performed by thermal welding system. *Int J Otolaryngol*. 2013;2013:1-4.
- 4- Moesgaard L, Mirz F. No clinical advantages of coblation tonsillectomy compared with traditional tonsillectomy. *Dan Med J*. 2012;59:43-55.
- 5- Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, Colborn DK, Bernard BS, Taylor FH, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *N Engl J Med*. 1984;310:674-83.
- 6- Crysdale WS, Russel D. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy in 9409 children observed overnight. *CMAJ*. 1986;135:1139-42.
- 7- Wiikmann V, Prado FAP, Caniello M, Francesco RCD, Miziara ID. Complicações pós-operatórias em tonsilectomias. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004;70:464-8.
- 8- Siodlak MZ, Gleeson MJ, Wengraf CL. Post-tonsillectomy secondary haemorrhage. *Ann R Coll Surg Engl*. 1985;67:167-8.
- 9- Shah RK, Welborn L, Ashktorab S, Stringer E, Zalzal GH. Safety and outcomes of outpatient pediatric otolaryngology procedures at an ambulatory surgery center. *Laryngoscope*. 2008;118:1937-40.
- 10- Ribeiro H, Filipe J, Monteiro T, Pereira A, Costa A. Otorrinolaringologia: Em regime de Ambulatório – que limites? *Rev. Port. Cirurgia Ambulatória*. 2011;12:31-8.
- 11- Nunez DA, Provan J, Crawford M. Postoperative tonsillectomy pain in pediatric patients electrocautery (hot) vs cold dissection and snare tonsillectomy - a randomized trial. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126:837-41.
- 12- Leach J, Manning S, Schaefer S. Comparison of two methods of tonsillectomy. *Laryngoscope*. 1993;103:619-22.
- 13- Fernandes F and Teles R. Application of the Portuguese version of the Obstructive Sleep Apnea-18 survey to children. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79:720-6.
- 14- Lassaletta L, Martín G, Villafruela MA, Bolaños C, Alvarez-Vicent JJ. Pediatric tonsillectomy: post-operative morbidity comparing microsurgical bipolar dissection versus cold sharp dissection. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1997;41:307-17.
- 15- Praveen CV, Parthiban S, Terry RM. High incidence of post-tonsillectomy secondary haemorrhage following coblation tonsillectomy. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;65:24-8.
- 16- Mösges R, Hellmich M, Allekotte S, Albrecht K, Böhm M. Hemorrhage rate after coblation tonsillectomy: a meta-analysis of published trials. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268:807-16.