

As Vantagens do Sluder nas Amigdalectomias

The Advantages of Sluder Technique in Tonsillectomies

Marco Aurélio Bottino*, **José Celso Rodrigues de Souza***, **Rodrigo B. Martinelli****.

* Médico Assistente Doutor da Divisão de Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

** Médico Estagiário do Serviço de Otorrinolaringologia da AMICO (Cigna – São Paulo – SP).

Trabalho realizado no Hospital Vila Mariana (Amico-Cigna - São Paulo - SP).

Trabalho vencedor de Menção Honrosa durante o II Congresso de Otorrinolaringologia da USP, em São Paulo, realizado de 22 a 24 de novembro de 2001.

Endereço para correspondência: Dr. Marco Aurélio Bottino – Divisão de Clínica Otorrinolaringológica – Hospital das Clínicas da FMUSP – Avenida Dr. Enéas de Carvalho

Aguiar, 255 - 6º andar - sala 6021 – Telefax: (11) 3088-0299.

Artigo recebido em 1º de novembro de 2001. Artigo aceito em 12 de dezembro de 2001.

RESUMO

- Introdução:** A amigdalectomia é a cirurgia otorrinolaringológica mais efetuada, alcançando 70% de frequência em alguns centros.
- Objetivo:** Descrever a experiência do serviço com a técnica de Sluder.
- Material e Método:** Durante o ano de 2000, 593 pacientes foram submetidos a amigdalectomia isolada ou em combinação com adenoidectomia no Hospital Vila Mariana (SP), utilizando-se a técnica de Sluder em todos os casos sob anestesia geral e intubação orotraqueal. Destes, 522 eram crianças e 71 adultos.
- Resultados:** O tempo médio gasto nas cirurgias foi de 15 minutos em crianças e 30 minutos nos adultos. Oito pacientes (1,3%) apresentaram hemorragia no pós-operatório, sendo cinco crianças e três adultos.
- Conclusão:** A técnica de Sluder, hoje relegada por muitos, é rápida, eficaz e segura, constituindo uma boa técnica cirúrgica para amigdalectomias com ou sem adenoidectomia.
- Unitermos:** amigdalectomia, técnica de Sluder.

SUMMARY

- Introduction:** Tonsillectomy is the most common surgery in the otolaryngological field, reaching up to 70% of all surgeries in some centers.
- Objective:** To describe the experience with Sluder technique.
- Material and Methods:** During 2000, 593 patients underwent tonsillectomy with or without adenoidectomy in Vila Mariana Hospital (SP), using the Sluder technique under general anesthesia. There were 522 were children and 71 adults.
- Results:** The average time spent in those surgeries was 15 minutes for children and 30 minutes in adults. Eight patients (1,3%) presented postoperative bleeding, five children and tree adults.
- Conclusion:** The Sluder technique is quick, effective and safe, being a good surgical option for tonsillectomies with or without adenoidectomy.
- Key words:** tonsillectomy, Sluder technique.

INTRODUÇÃO

As amigdalites são as causas mais freqüentes de consultas otorrinolaringológicas e as amigdalectomias representam, aproximadamente, 70% das operações otorrinolaringológicas. A técnica cirúrgica para a retirada das tonsilas palatinas é ainda hoje discutida.

Procedimentos cirúrgicos usando-se o laser (1) e a radiofreqüência (2) têm sido atualmente propostos para substituírem técnicas como as de dissecação e a de BALLENGER-SLUDER (3).

O objetivo desta revisão é mostrar que o método de BALLENGER-SLUDER (3) é ainda recomendável, pois apresenta como características: rapidez, pequeno sangramento no intra-operatório, pouca ocorrência de complicações e baixo custo.

CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo do atendimento a pacientes no Serviço de Otorrinolaringologia da AMICO - São Paulo durante o ano de 2000. Dos 16.800 pacientes atendidos ambulatorialmente, 859 resultaram em indicação cirúrgica de qualquer natureza dentro da especialidade. Desses, 593 (69%) tiveram indicação de amigdalectomia com ou sem adenoidectomia, sendo 522 crianças e 71 adultos.

Os critérios de indicação de cirurgia foram: 1. Amígdalas e adenóides hipertrofiadas a ponto de causarem obstrução respiratória; 2. Êpisódios repetidos de amigdalites agudas (quatro a seis por ano para crianças e dois a três por ano para os adultos); 3. Otites e sinusites de repetição; 4. Abscesso periamigdaliano; 5. Febre reumática.

Todos os pacientes foram adequadamente avaliados no pré-operatório com exames clínicos e laboratoriais (hemograma e coagulograma). A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e intubação orotraqueal, utilizando-se a técnica cirúrgica proposta por Ballenger-Sluder para a retirada das tonsilas palatinas (3).

Os esquemas usados para as anestésias foram (4):

Crianças:

1. Venoclise com soro glicosado 5%;
2. Monitoramento;
3. Indução com máscara de Sevoflurano ou Halotano;

4. Intubação endotraqueal com sonda com cuff;
5. Analgesia pós-anestésica: Meperidina 1mg/kg de peso e Dipirona 10mg/kg de peso via intramuscular;
6. Extubação precoce e ventilação com máscara até a recuperação dos reflexos;
7. Vigilância severa na sala de recuperação pós-anestésica.

Adultos:

1. Venoclise com soro glicosado 5%;
2. Monitoramento;
3. Indução endovenosa com Propofol ou Etomidato;
4. Relaxamento com Tracrium;
5. Manutenção com N₂O₂ (1,5 a 2 l/min), Fentanil e Forane;
6. Analgesia pós-anestésica: Meperidina e Dipirona nas mesmas proporções por via intramuscular.

Para a hemostasia, quando necessária, usamos: fio catgut 00 simples para os vasos maiores, cauterização com bipolar para os menores e subgalato de bismuto para os sangramentos difusos.

RESULTADOS

O tempo médio gasto nas cirurgias foi de 15 minutos nas crianças e 30 minutos nos adultos.

O sangramento no intra-operatório foi pequeno e, em poucos casos, tivemos necessidade de usar qualquer dos três tipos de hemostasia citados. Quando utilizados, foram mais nos adultos do que nas crianças.

A hemorragia pós-operatória ocorreu em apenas oito dos 593 pacientes (1,3%), sendo todos nas primeiras seis horas após o término da cirurgia. Destes, cinco eram crianças e três adultos. Todas as revisões foram feitas sob anestesia geral intubada e em nenhum caso foi necessária a transfusão de sangue.

DISCUSSÃO

Como vimos, as amigdalectomias são as cirurgias mais realizadas pelos otorrinolaringologistas, representa-

ram quase 70% das cirurgias de nosso serviço. RIVAS (5) afirma que é a cirurgia mais executada em países industrializados. Nos Estados Unidos, segundo esse autor, são realizadas mais de 390 mil por ano. É possível inferir, portanto, que isso representa 0,14% da população de norte-americanos.

Em nosso Serviço, atendemos uma população de 250.000 pessoas e realizamos 593 cirurgias, o que representa 0,24%. Podemos, através desses dados, deduzir que indicamos o dobro de cirurgias. Talvez possamos justificar esse número pelas condições sócio-econômicas e outros fatores existentes em nosso país, que não nos cabe discutir no momento, tendo em vista que, o propósito deste trabalho é avaliarmos a técnica cirúrgica utilizada.

RAMOS et al. (2001) (6) compararam a técnica de BALLENGER-SLUDER e a da dissecação, concluindo que o tempo cirúrgico e a necessidade de suturas são menores no primeiro método. HOMER et al. (2000) (7) confrontaram as mesmas técnicas e deduziram que a dor nos pós-operatório também é menor na primeira. SANT'ANNA et al. (2000) (8) avaliaram a dor no pós-operatório de tonsilectomias e concluíram que as crianças têm menos dor do que os adolescentes e adultos.

Em nossos casos, a execução da técnica foi semelhante para adultos e crianças, havendo um pouco mais de dificuldade e sangramento nos adultos com história de abscesso periamigdaliano. A dor no pós-operatório foi maior nos adultos, concordando com os achados de SANT'ANNA (8).

A hemorragia é a complicação pós-operatória mais freqüente, embora apenas só tenha ocorrido em 1,3% dos nossos casos. Nestes pacientes, o sangramento iniciou-se sempre nas primeiras seis horas pós-cirurgia. RANJIT et al. (2000) tiveram 7,1% de hemorragias em 366 pacientes operados, sendo 84% de adultos (9). Já COLLISSON; METTER (2000) tiveram 4% de sangramento em 430 intervenções cirúrgicas (10).

SIMONI et al. (2000) descreveram um caso de pseudoaneurisma da artéria lingual secundário a tonsilectomia (11). O paciente foi tratado com tromboembolização com êxito. Nenhum caso foi visto em nosso estudo. Assim, podemos observar que a ocorrência de sangramento com a técnica de BALLENGER-SLUDER é baixa.

O subgalato de bismuto, apesar de ser questionado por muitos, é útil nos casos de sangramento difuso. Em nossa experiência, isso ocorre quando há alterações na crase sangüínea não diagnosticada no pré-operatório. O uso de ácido acetilsalicílico deve ser indagado, principalmente nos dias que antecedem a cirurgia, pois acreditamos

que essa droga é a principal responsável por esses sangramentos.

HATTON (2000) recomenda o subgalato de bismuto misturado com epinefrina formando uma pasta (12). MURRAY et al. (2000) alerta que o uso do subgalato deve ser judicioso, pois 2 pacientes que aspiraram fragmentos dessa substância apresentaram complicações respiratórias no pós-operatório (13). MOLINA et al. (2000) realizaram uma observação em 312 pacientes submetidos a tonsilectomia e usaram subgalato de bismuto como hemostático. Obtiveram 0,33% de sangramento nos pós-operatório (14).

Em relação às diversas técnicas cirúrgicas, SAITO et al. (1999) compararam o laser e a dissecação num mesmo indivíduo, concluindo que a dor no pós-operatório era maior no lado operado a laser (1). NELSON (2000) propõe a radiofreqüência para a redução do volume das amígdalas (2) e, segundo o autor, esse procedimento pode ser feito no consultório. Nenhuma dessas técnicas foi utilizada em nosso estudo, o que não nos permite fazer comparações. Entretanto, deve-se lembrar que ambos os equipamentos (laser e radiofreqüência) têm custo elevado.

CONCLUSÕES

A técnica de Ballenger-Sluder, apesar de aparentemente obsoleta, é rápida, eficaz e segura, apresentando fácil viabilidade e baixo custo. Portanto, ainda se traduz em boa técnica cirúrgica para a remoção das amígdalas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saito T, Honda N, Saito H. Advantage and disadvantage of KTP-532 laser tonsillectomy compared with conventional method. *Auris Nasus Larynx*, 26(4): 447-52, 1999.
2. Nelson LM. Radiofrequency treatment for obstructive tonsillar hypertrophy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 126(6): 736-40, 2000.
3. Ballenger JJ. *Enfermedades de la nariz, garganta y oído*. 1ª ed. Barcelona: Editorial Jims; 1971.
4. Souza A. Anestesia para amigdalectomias – Comunicação pessoal, 2001.
5. Rivas LM. Tonsillectomy as a major out patient procedure. Prospective 8-year study: indications and complications. Comparison within patients. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 51(3):221-7, 2000.
6. Ramos CC, Gonçalves M, Mendonça RR, Gualandro DM.

Tonsilectomia: técnica de dissecação x técnica de Sluder. Rev Bras de Otorrinolaringologia, 67(2): 229-32, 2001.

7. Homer J, Williams B, Semple P, Swanepoel A, Knight LC. Tonsillectomy by guillotine is less painful than by dissection. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 52(1): 25-29, 2000.

8. Sant'Anna MM, Silva BA. Dor pós-tonsilectomia: comparação entre pacientes com diferentes idades. Rev Bras de Otorrinolaringologia, 66(2):194-197, 2000.

9. Ranjit S, Brett RH, Lu PK, Aw CY. The incidence and management of prestonsillectomy haemorrhage: a Singapore experience. Singapore Med J, 40(10):622-626, 1999.

10. Collisson PJ, Metter B. Factors associated with post-tonsillectomy haemorrhage. Ear Nose and Throat, 79(8): 640-642, 2000.

11. Simoni P, Bello JA, Kent B. Pseudoaneurysm of the lingual artery secondary to tonsillectomy treated with selective embolization. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 59(2): 125-128, 2001.

12. Hatton RC. Bismuth subgallate epinephrine post in adeno-tonsillectomies. Ann Pharmacother, 34(4): 522-525, 2000.

13. Murray A, Gibbs S, Billings R, Biaviati MJ. Respiratory difficulty following bismuth subgallate aspiration. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 126(1): 79-81, 2000.

14. Molina FD, Maniglia JV, Magalhães FP, Dafico SR, Rezende RS. A eficácia do subgalato de bismuto em tonsilectomias como agente hemostático. Rev Bras de Otorrinolaringologia, 66(3):194-197, 2000.

**SOCIETAS
OTO-RHINO-LARYNGOLOGICA
LATINA**



XXXIV CONVENTUS ORL LATINA 2002

2 - 4 DE MAIO DE 2002

**SÃO PAULO, BRASIL
CENTRO DE CONVENÇÕES REBOUÇAS**



**Informações com Patricia
Fundação Otorrinolaringologia
Rua Teodoro Sampaio, 417 - 5º andar cj. 53
05405-000 São Paulo / SP - Brasil
Fone: +55 (11) 3068 9855 - Fax: +55 (11) 3085 9943
www.forl.org.br**