

- MF Crânio faciais
- Sd de Down (sd de Grisel)
- Paralisia Cerebral
- Cardiopatia severa
- Discrasias de coagulação
- <3 anos com polisono com SAHOS

- Sangramento secundário (0,1 a 3%)
- Hiperemese
- Desidratação
- Dor
- Edema pulmonar pós-obstrutivo
- Insuficiência velo-palatina
- Estenose nasofaríngea
- Otalgia (Sd de Eagle)

- Sangramento primário (0,2 a 2,2%)
- Trauma dentário, faríngeo e laríngeo
- Laringoespasma/ edema laríngeo
- Aspiração
- Combustão laríngea
- Parada cardíaca
- Lesão de lábio, olhos, boca, fratura mandibular

- INSTRUMENTAL**
- Paciente sob anestesia geral, Intubação orotraqueal (Tubo de Era), antieméticos (ondansetrona e dexametasona)
- Posição de Rose Colocação afastador de McIvor
- Realizado Adenoidectomia com cureta de Beckman
- Incisão no bordo marginal, mediano com bisturi
- Descolamento extracapsular com descolador de Hurd do polo inferior ao polo superior
- Hemostasia por diatermia e subgalato

Mortalidade de 1:16.000 a 1:35.000

Complicações Pós-operatórias

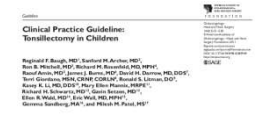
Complicações Transoperatórias

Técnica Cirúrgica

Indicações de tonsilectomia

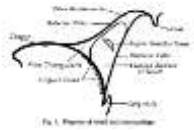
Grupo com maior chance de complicações

Terapêuticas adjuvantes

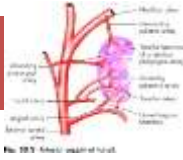


Atualização em Tonsilectomia

VÍDEOS



Anatomia cirúrgica das Tonsilas palatinas



- São agregados linfóides foliculares ,maiores do ALW, com pseudocápsula
- As tonsilas pp. se localizam em um espaço triangular chamado fossa tonsilar delimitado pelo mm. Palatoglosso, palatofaríngeo, base da língua (tonsila lingual) e lateralmente pelo m constritor superior da faringe (m. tonsilar). Superiormente a fossa supratonsilar
- Membranas mucosas que se aderem as tonsilas formam pregas: Triangular (inferior), Semilunar (superior) e de Hiss (na parte média da tonsila)
- Vascularização arterial : R. Tonsilar da Dorsal lingual, R. Tonsilar da Palatina Asc. R. Tonsilar da Palatina Desc. R. Tonsilar da Faringea Ascendente. R. Tonsilar da Facial (Hilo inferior medial e superior)
- Vascularização Venosa: Veia Paratonsilar (várias disposições)

- Motivos Obstrutivos
- Motivos Infeciosos (Critérios de Paradise)
 - 7 ou + infecções em 12 m
 - 5 ou + em 2 anos seguidos
 - 3 ou + em 3 anos seguidos
- Suspeita de Tumor
- Outros

- Sd PANDAS
- Sd PFAPAS
- Problemas ortodonticos
- HM de problemas cardíacos associados com FR
- Alt de Fala
- Abscessos Peritonsilares (Quincy)
- Halitose

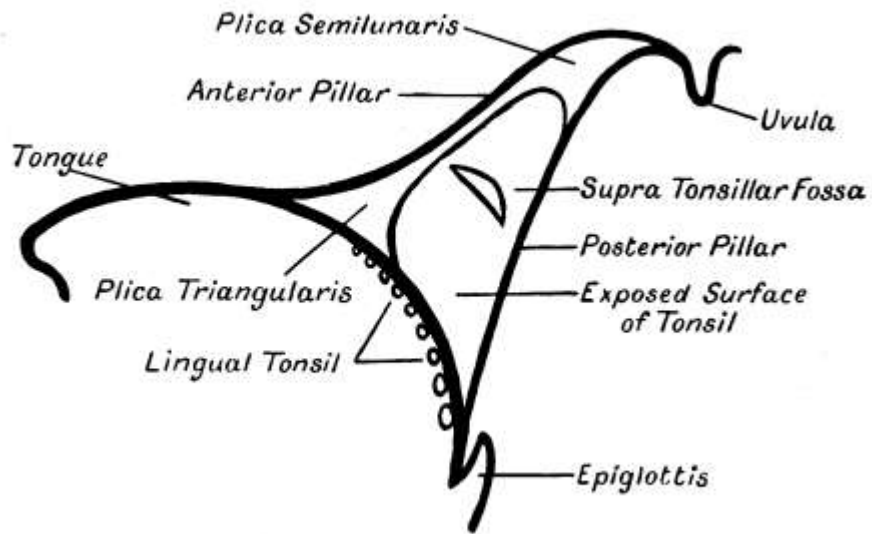


Fig. 1. Diagram of tonsil and surroundings.

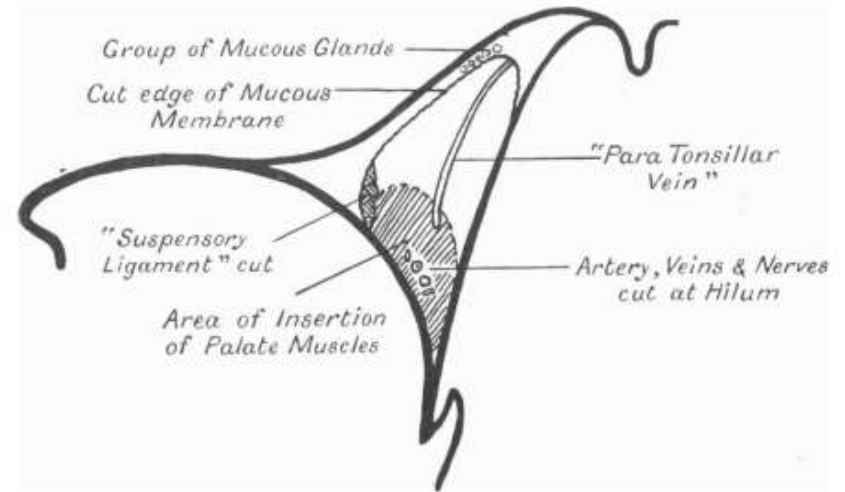


Fig. 2. Diagram of surroundings of tonsil after its removal.

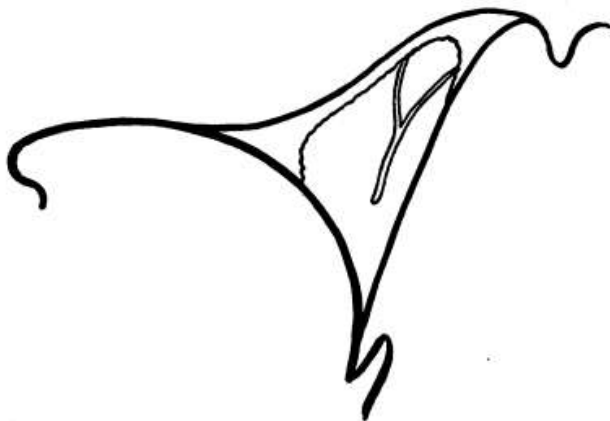


Fig. 3. Variation in "paratonsillar vein."



Fig. 4. Variation in "paratonsillar vein."

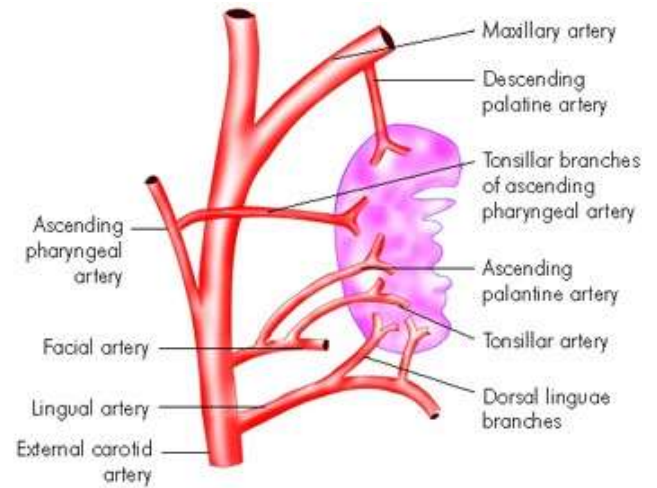
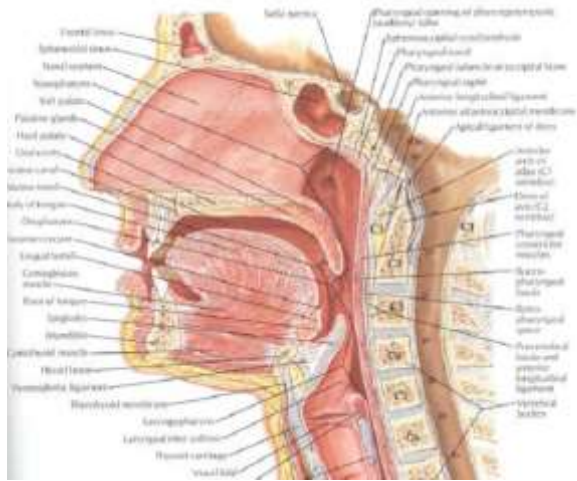
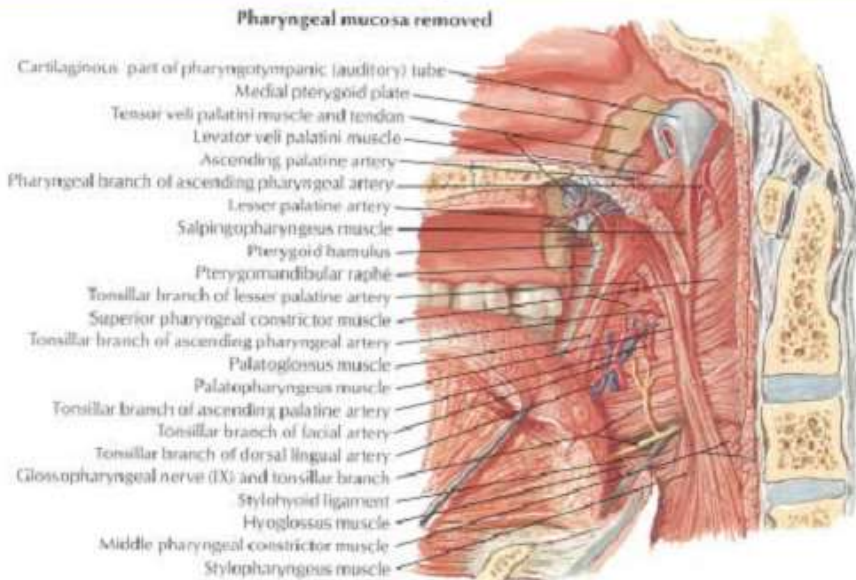
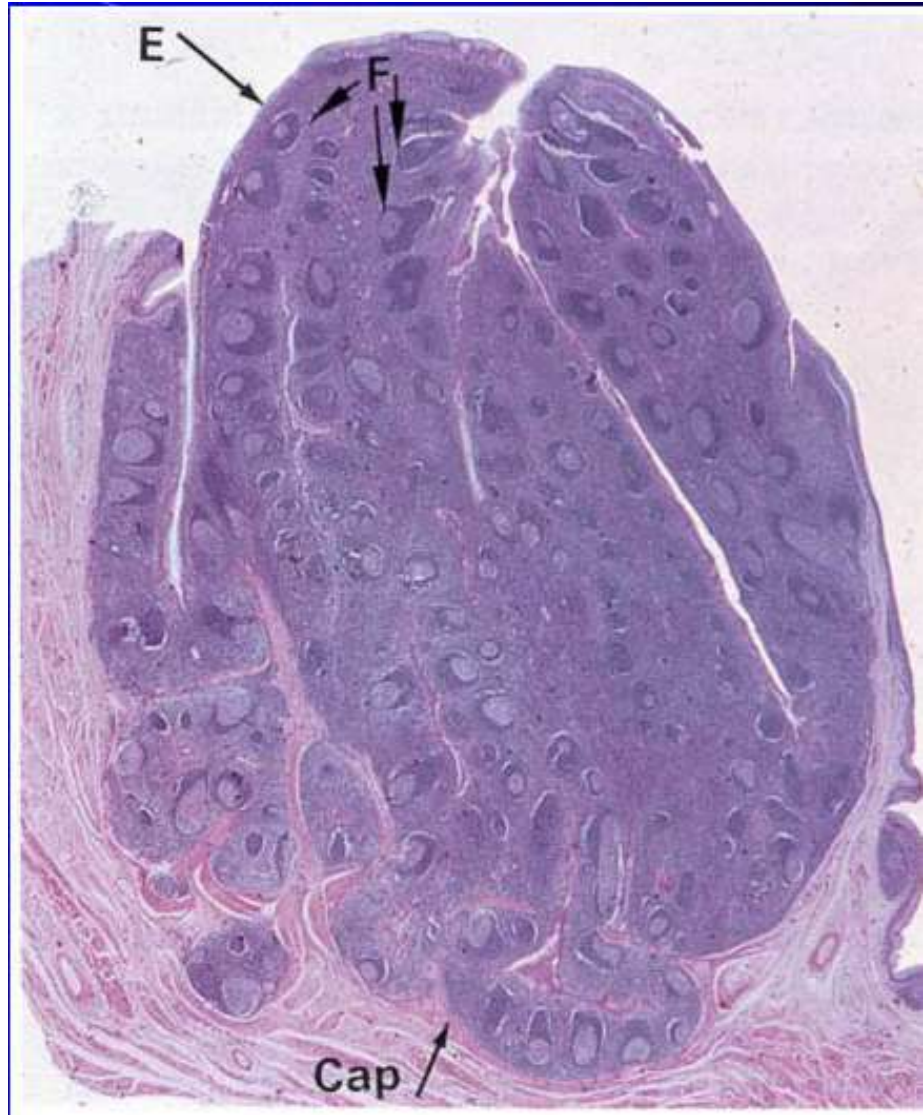
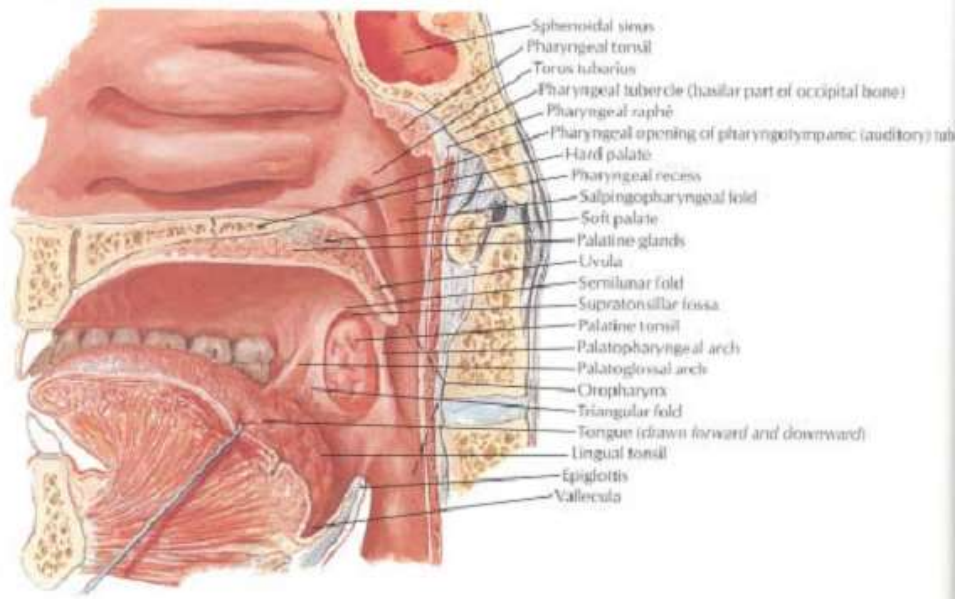


Fig. 50.3 Arterial supply of tonsil.





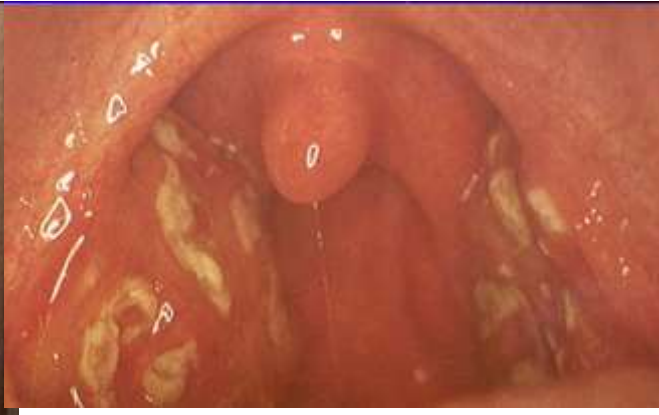
Medial view
Median (sagittal) section



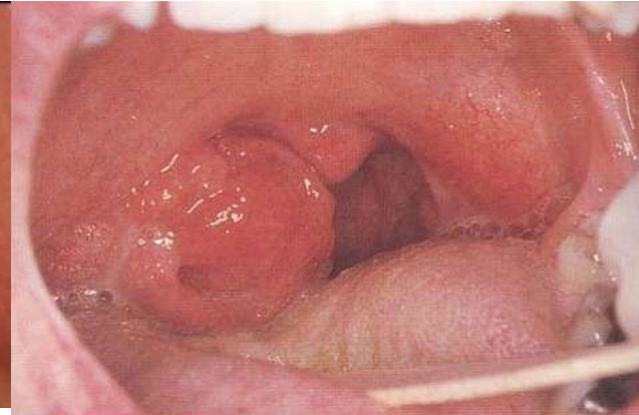
- Sphenoidal sinus
- Pharyngeal tonsil
- Torus tubarius
- Pharyngeal tubercle (basilar part of occipital bone)
- Pharyngeal raphe
- Pharyngeal opening of pharyngotympanic (auditory) tube
- Hard palate
- Pharyngeal recess
- Salpingopharyngeal fold
- Soft palate
- Palatine glands
- Uvula
- Semilunar fold
- Supratonsillar fossa
- Palatine tonsil
- Palatopharyngeal arch
- Palatoglossal arch
- Oropharynx
- Triangular fold
- Tongue (drawn forward and downward)
- Lingual tonsil
- Epiglottis
- Vallecula



MOTIVOS OBSTRUTIVOS



MOTIVOS INFECCIOSOS



SUSPEITA DE TUMOR



Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children

Reginald F. Baugh, MD¹, Sanford M. Archer, MD²,
Ron B. Mitchell, MD³, Richard M. Rosenfeld, MD, MPH⁴,
Raouf Amin, MD⁵, James J. Burns, MD⁶, David H. Darrow, MD, DDS⁷,
Terri Giordano, MSN, CRNP, CORLN⁸, Ronald S. Litman, DO⁹,
Kasey K. Li, MD, DDS¹⁰, Mary Ellen Mannix, MRPE¹¹,
Richard H. Schwartz, MD¹², Gavin Setzen, MD¹³,
Ellen R. Wald, MD¹⁴, Eric Wall, MD, MPH¹⁵,
Gemma Sandberg, MA¹⁶, and Milesh M. Patel, MS¹⁷

Otolaryngology-
Head and Neck Surgery
144(15) 51-530
© American Academy of
Otolaryngology—Head and Neck
Surgery Foundation 2011
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/014599810389949
<http://otojournal.org>





0 (in fossa)



+1 (<25%)



+2 (>25% < 50%)



+3 (>50% < 75%)



+4 (>75%)

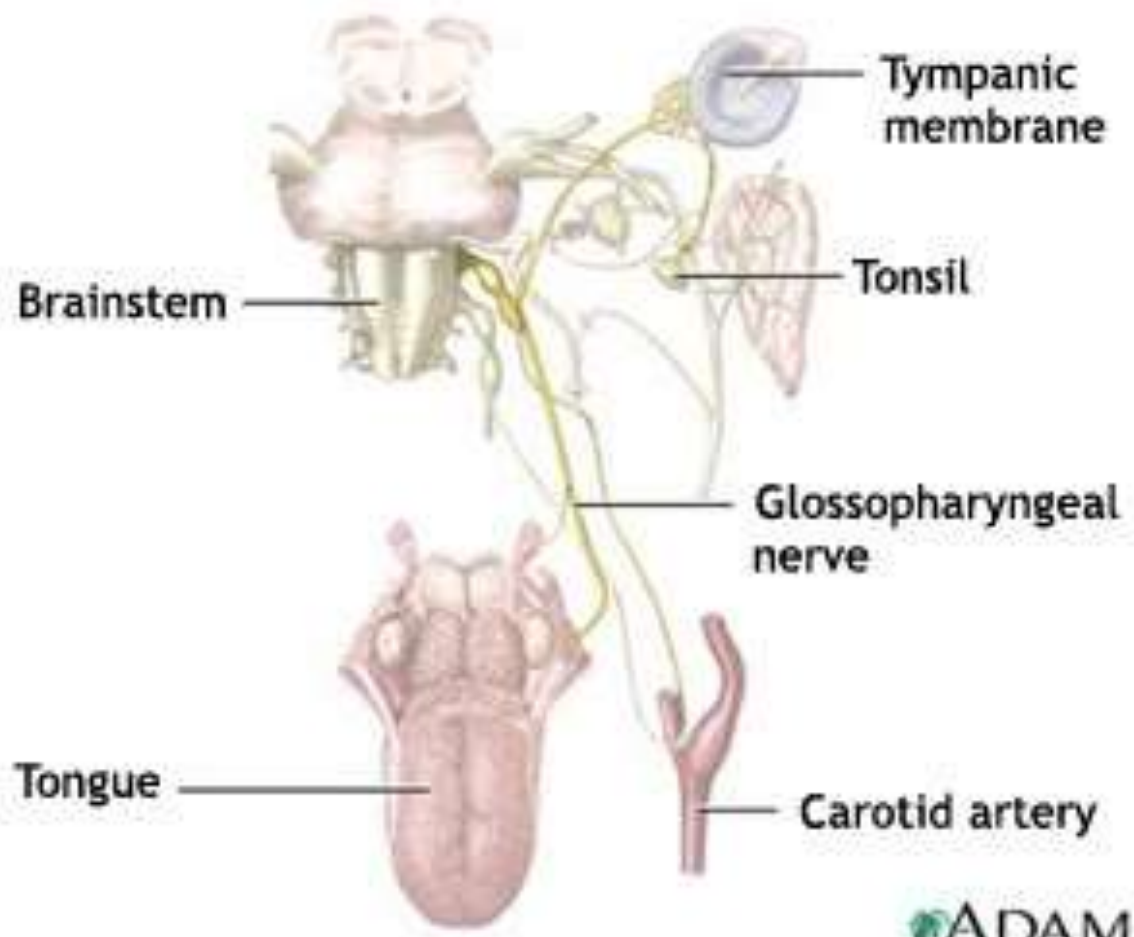


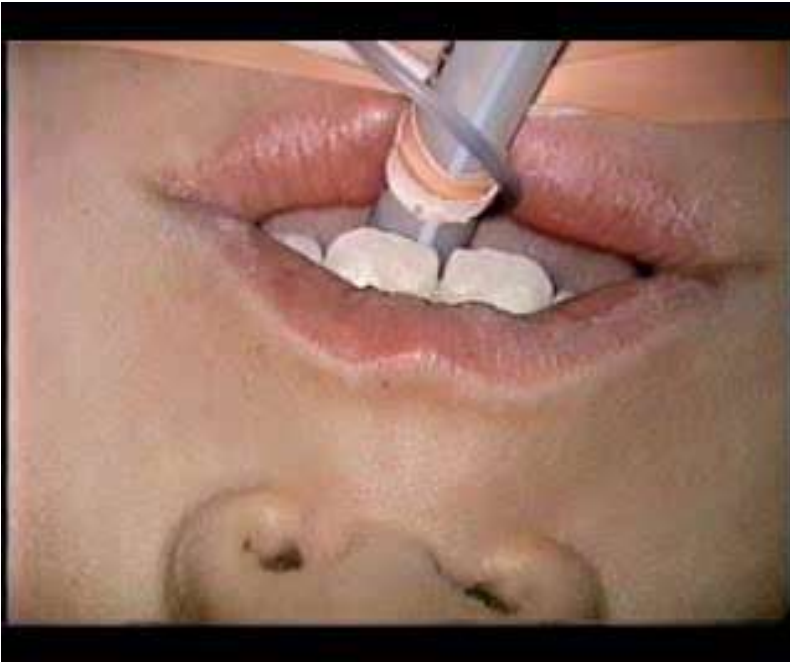


Figura 4.9 – Instrumental cirúrgico da adenotonsilectomia por dissecação. 1 = abridor de boca de McIvor com lâminas orais de vários tamanhos; 2 = aspirador de Yankauer; 3 = afastador de palato de Love; 4 = curetas de tonsilas faríngeas de Beckmann; 5 = fórceps angulados para apreensão das tonsilas palatinas: a = Tyding; b = Bruenings; c = Hartmann; 6 = bisturi em foice tonsilar e/ou lâmina 12; 7 = descolador de Hurd; 8 = alça fria de Bruening; 9 = tesoura de Metzenbaum de 20cm; 10 = pinça hemostática curva de Schnidt; 11 = porta-agulha fino de 20cm; 12 = ponta baioneta de eletrocautério bipolar; 13 = suporte torácico do abridor de boca de McIvor.


Causas de Mortalidade por tonsilectomia

- 1/3 das mortes são por sangramentos
- Aspiração
- Parada cardíaca
- Distúrbio hidroeletrólítico
- Anestésicas

VÍDEOS




**Técnica
Cirúrgica**



➤ **INSTRUMENTAL**

- Paciente sob anestesia geral, Intubação orotraqueal (Tubo de Era), antieméticos (ondansetrona e dexametasona)
- Posição de Rose Colocação afastador de Mclvor
- Realizado Adenoidectomia com cureta de Beckman
- Incisão no bordo marginal, mediano com bisturi
- Descolamento extracapsular com descolador de Hurd do polo inferior ao polo superior
- Hemostasia por diatermia e subgalato

Anatomia cirúrgica das Tonsilas palatinas



- São agregados linfóides foliculares ,maiores do ALW, com pseudocápsula
- As tonsilas pp. se localizam em um espaço triangular chamado fossa tonsilar delimitado pelo mm. Palatoglosso, palatofaríngeo, base da língua (tonsila lingual) e lateralmente pelo m constritor superior da faringe (m. tonsilar). Superiormente a fossa supratonsilar
- Membranas mucosas que se aderem as tonsilas formam pregas: Triangular (inferior), Semilunar (superior) e de Hiss (na parte média da tonsila)
- Vascularização arterial : R. Tonsilar da Dorsal lingual, R. Tonsilar da Palatina Asc. R. Tonsilar da Palatina Desc. R. Tonsilar da Faringea Ascendente. R. Tonsilar da Facial (Hilo inferior medial e superior)
- Vascularização Venosa: Veia Paratonsilar (várias disposições)

Indicações de tonsilectomia



• Motivos Obstrutivos

• Motivos Infeciosos

(Critérios de Paradise)

-7 ou + infecções em 12 m

-5 ou + em 2 anos seguidos

-3 ou + em 3 anos seguidos

• Suspeita de Tumor

• Outros

Sd PANDAS

• *Sd PFAPAS*

• *Problemas ortodonticos*

• *HMF de problemas cardíacos associados com FR*

• *Alt de Fala*

• *Abscessos Peritonsilares (Quincy)*

• *Halitose*

Guidelines

Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children

Reginald F. Baugh, MD¹, Sanford M. Archer, MD²,
Ron B. Mitchell, MD³, Richard M. Rosenfeld, MD, MPH⁴,
Raouf Amin, MD⁵, James J. Burns, MD⁶, David H. Darrow, MD, DDS⁷,
Terri Giordano, MSN, CRNP, CORLN⁸, Ronald S. Litman, DO⁹,
Kasey K. Li, MD, DDS¹⁰, Mary Ellen Marnix, MRPE¹¹,
Richard H. Schwartz, MD¹², Gavin Setzen, MD¹³,
Ellen R. Wald, MD¹⁴, Eric Wall, MD, MPH¹⁵,
Gemma Sandberg, MA¹⁶, and Nilesh M. Patel, MS¹⁷



Otolaryngology
Head and Neck Surgery
442.519.4100
American Academy of
Otolaryngology-Head and Neck
Surgery (AAO-HNS)
Specialties: Otolaryngology
Head and Neck Surgery
ENT & Head and Neck
Neurotology
AAO-HNS

- Sangramento primário (0,2 a 2,2%)
- Trauma dentário, faríngeo e laríngeo
- Laringoespasma/ edema laríngeo
- Aspiração
- Combustão laríngea
- Parada cardíaca
- Lesão de lábio, olhos, boca, fratura mandibular

**Complicações
Transoperatórias**



Sangramento secundário (0,1
a 3%)

Hiperemese

Desidratação

Dor

Edema pulmonar pós-
obstrutivo

Insuficiência velo-palatina

Estenose nasofaríngea

Otalgia (Sd de Eagle)



**Complicações Pós-
operatórias**

- †MF Crânio faciais
- †Sd de Down (sd de Grisel)
- †Paralisia Cerebral
- †Cardiopatía severa
- †Discrasias de coagulação
- †<3 anos com polisono com SAHOS

Grupo com maior chance de complicações

†ATB: não traz benefício

†CCE: diminui a dor e o vomito

†Analgésico de horário: paracetamol ou ibuprofeno

†Dieta: líquida, pastosa e macia a partir do primeiro dia (hidratação)

**Terapêuticas
adjuvantes**

