



DIVISÃO DE CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE A
“ADENOAMIGDALECTOMIA E COLOCAÇÃO DE TUBO DE VENTILAÇÃO”

NOME DO PACIENTE: _____

A- PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES

As vegetações adenóides e as amígdalas são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aero-digestivo superior, podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia ou infecções repetidas.

As indicações cirúrgicas são **absolutas** em casos de tumores, obstrução grave da via respiratória ou da via digestiva (respiração bucal, ronco, engasgos frequentes, preferência por alimentos líquidos ou pastosos, baixo peso) e prejuízo da oxigenação (chegada de oxigênio nas diversas partes do corpo), podendo evoluir para a síndrome da apnéia obstrutiva do sono (parada respiratória de 10 a 15 segundos ou mais), cor pulmonale (dilatação das câmaras direitas do coração por esforço respiratório) e até parada cardio-respiratória.

As indicações cirúrgicas são **relativas** nas adenoamigdalites de repetição, abscesso periamigdaliano, suspeita de adenoamigdalites como foco de infecção à distância, causa de convulsão febril, nas deformidades orofaciais (existente ou para sua prevenção), otites de repetição, por vezes com redução da audição e, mais raramente, sinusites de repetição.

A colocação de tubos de ventilação (“drenos”, “carretéis”) está indicada quando há persistência, apesar de tratamento clínico, de quadro de diminuição da audição pela presença de líquido (“catarro”) na orelha média, com ou sem retração timpânica, relacionada a possível disfunção tubária ou obstrução da tuba auditiva (trompa de Eustáquio), podendo determinar perda parcial da audição, sensação de plenitude (“ouvido cheio”) e, mais raramente, zumbidos (“zoeira”) ou vertigem (“tonturas”).

B- CIRURGIA

A cirurgia é realizada com anestesia geral. Em geral, os pacientes podem retornar para casa no mesmo dia, desde que tenham se recuperado bem do ato anestésico e da cirurgia em si.

Não há nenhuma incisão (corte) na face, nas orelhas e/ou no pescoço, sendo a cirurgia realizada totalmente por via oral (por dentro da boca) e por dentro do conduto auditivo externo (para a colocação do tubo de ventilação).

Em casos raros, os pacientes podem necessitar de tampão para evitar sangramentos após a cirurgia, sendo que o mesmo é colocado por dentro do nariz e permanece por 1 a 3 dias, quando é retirado.

No caso dos tubos de ventilação, o mais comumente utilizado (“Shepard”) é eliminado espontaneamente, geralmente entre 3 a 6 meses, mas existem outros tipos de tubos (“Paparella”, “Armstrong”) que permanecem por mais tempo na membrana timpânica. Durante todo o período em que o paciente permanecer com o tubo, deve-se evitar a entrada de água no canal auditivo (não molhar o ouvido). Mesmo após essa cirurgia, os sintomas auditivos podem persistir ou retornar, exigindo nova intervenção.

C- RISCOS E COMPLICAÇÕES

1. **Febre e dor:** febre e dores de garganta ou dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, podem ser intensas, passam em 3 a 10 dias e devem ser tratadas com medicamentos.
2. **Mau-hálito:** é comum ocorrer e cede em poucos dias (7 a 14 dias).
3. **Vômitos:** podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, sendo constituídos de sangue coagulado (escuro, "pisado").
4. **Hemorragia (sangramento):** representa o maior risco desta cirurgia, ocorrer até 10 dias após a cirurgia (embora possa ser mais tardia). É mais freqüente em pequeno volume, mas pode ocorrer em grande volume, podendo levar à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. Em casos extremos, pode ser necessária a ligadura de vasos do pescoço e/ou embolização. A morte por hemorragia é extremamente rara.
5. **Infecção:** pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos. Entretanto, em casos raros, podem evoluir para abscessos e infecções sistêmicas, necessitando antibioticoterapia e drenagem cirúrgica.
6. **Voz anasalada e refluxo de líquidos:** podem ocorrer nos primeiros dias, desaparecendo espontaneamente. Em casos raros, pode ser persistente, necessitando de fonoterapia ou mesmo cirurgia (faringoplastia).
7. **Recidiva:** a recidiva das vegetações adenóides é mais freqüente em crianças jovens ou alérgicas, podendo ser necessária a reintervenção. Por outro lado, a recidiva das amígdalas é extremamente rara.
O retorno do acúmulo de líquido sero-mucoso na orelha média é passível de ocorrer e pode exigir nova intervenção cirúrgica.
8. **Secreção purulenta no ouvido:** após colocação de tubo de ventilação ou timpanotomia, poderá ocorrer pela entrada de água no ouvido ou após gripes ou resfriados, sendo o tratamento feito com limpeza, aspirações e antibióticos (tópicos e/ou sistêmicos).
9. **Permanência de perfuração timpânica:** após a saída do tubo de ventilação poderá permanecer uma perfuração no tímpano. Isto é raro e trata-se com cirurgia (timpanoplastia). A implantação de tecido epitelial para dentro da orelha média originando colesteatoma é rara, mas pode ocorrer.
10. **Perda da audição:** embora rara, pode ocorrer cicatrização (na região da adenóide) comprometendo o óstio da tuba auditiva, levando a retenção de líquidos na orelha média com queda de audição e infecções. Nestes casos, pode ser necessária a colocação de tubos de ventilação e/ou intervenção cirúrgica para liberação do óstio da tuba auditiva. A perda auditiva causada pelo trauma sonoro do aspirador é rara.

11. **Perda ou quebra de dentes:** embora pouco freqüente, pode ocorrer lesão dentária pela intubação orotraqueal e/ou colocação de abridor de boca, sendo mais comum com os “dentes de leite”.

D- CONCLUSÕES

A adenoamigdalectomia é uma opção cirúrgica para o tratamento de vegetações adenóides e amígdalas aumentadas. Em geral, é indicada quando da falha dos tratamentos clínicos existentes ou quando do desenvolvimento de complicações secundárias ao aumento ou a infecções repetidas da adenóide. Da mesma forma, o tubo de ventilação é uma das opções no tratamento de otites médias secretoras rebeldes a tratamento clínico.

Declaro que li o texto acima e que as informações me foram passadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, compromissando-me a seguir e respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), ciente que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expresso o meu consentimento para sua realização.

São Paulo, ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Paciente

Ass. Responsável (se for o caso)