



Videonasofaringoscopia na avaliação da hipertrofia adenoideana: importância e cuidados no diagnóstico

Nasal fiber optic examination for the assessment of adenoid hypertrophy: importance and precautions in diagnosis

Eulalia Sakano *

A nasofaringoscopia com endoscópio flexível é um exame complementar ao exame otorrinolaringológico, imprescindível para a avaliação de doenças das vias aéreas superiores na criança.

Inicia-se o exame com avaliação da cavidade nasal e suas estruturas até a rinofaringe, com boa visualização dos óstios tubários, áreas que, até o surgimento da endoscopia nasal, eram de difícil acesso.

O exame é bem tolerado por crianças maiores, podendo, porém, ser realizado em crianças menores, com contenção da cabeça e aplicação de anestésico tópico na cavidade nasal^{1,2}.

A anestesia tópica para a sua realização é tema controverso, pois é difícil definir se a sensação de desconforto durante a passagem do endoscópio pela cavidade nasal é maior do que a sensação de dificuldade para deglutir ou respirar, ocasionada pela sensação anestésica da rino e orofaringe. Cabe ao médico definir, de acordo com a sua experiência.

Embora seja um exame de fácil realização em mãos experientes, a sua indicação não deve ser rotineira, como acontece no adulto.

Na criança, os fatores locais com cavidade nasal estreita, edema de mucosa, algum tipo de variação anatômica, como desvio septal e hipertrofia de conchas, podem dificultar a passagem do endoscópio. Além disso, outros fatores, como medo, desconforto por algo sendo introduzido no nariz e ansiedade, principalmente em crianças menores, podem evidenciar mais essa dificuldade^{1,2}.

Dessa maneira, o exame endoscópico deve ser restrito à queixa sintomática e realizado sempre após melhora de eventual quadro inflamatório agudo da mucosa nasal. O choro pode aumentar a serosidade nasal, dificultando o exame, pois a aspiração de secreção da cavidade nasal, na maioria das vezes, não é bem tolerada pela criança.

Embora com a utilização de gravações em vídeo haja possibilidade de revisão da imagem gravada, a qualidade do que foi gravado pode dificultar a análise posterior^{3,4}. Lembramos que a imagem endoscópica é localizada e, quando as estruturas são filmadas com muita proximidade, podem apresentar-se extremamente aumentadas. O

aspecto tridimensional da estrutura também deve ser considerado.

No caso da avaliação da tonsila faríngea ou adenóide, o seu tamanho em função da obstrução nasal deve levar em conta a sua relação com o bordo posterior do septo nasal e a sua extensão lateral entre os óstios da tuba auditiva.

Essa possibilidade de visualização tridimensional e em movimentos de deglutição e respiração representam a grande diferença entre o raio-X em perfil de *cavum*, que é um exame estático, e a nasofaringoscopia.

A nasofaringoscopia também é de extrema utilidade nos casos de tecido adenoideano com crescimento em direção a coanas causando obstrução nasal importante, em que o raio-X em perfil de *cavum* não mostra alterações causais compatíveis⁵.

Em casos de dúvida diagnóstica após nasofaringoscopia, a realização de novo exame sob anestesia geral, principalmente em crianças menores (meses a 3 anos), é fundamental para o diagnóstico diferencial com tumores congênitos, atresia ou estenose de coanas.

Assim, a realização da nasofaringoscopia não está restrita a ambientes hospitalares, como bem definiu o artigo "Escolares submetidos a videonasofaringoscopia na escola: achados e aceitação", de Santos et al.⁶.

Veja artigo relacionado na página 443

* Médica otorrinolaringologista responsável pelo Setor de Rinologia da Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP.

Como citar este artigo: Sakano E. Videonasofaringoscopia na avaliação da hipertrofia adenoideana: importância e cuidados no diagnóstico. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:425-6.

Entretanto, deve ser realizada por profissional treinado, com bom conhecimento anatômico da região, em local propício, podendo ser ambulatório geral, escolar ou de empresa, com condições adequadas para possibilitar, em caso de eventuais complicações de qualquer natureza (sangramento, mal estar do paciente, vômitos), um atendimento adequado.

Embora consideradas de baixo risco em comparação com os endoscópios para cavidade torácica ou abdominal, técnicas apropriadas de limpeza devem ser utilizadas com os endoscópios flexíveis, para assegurar desinfecção adequada e proporcionar redução de contaminação bacteriana ou fúngica do nasofibroscópio⁷.

Nesse artigo, a idéia de definir a prevalência da hipertrofia adenoideana em escolares é interessante, pois não existem trabalhos semelhantes em nosso meio. Entretanto, o grupo etário avaliado (6 a 13 anos) não é o de maior frequência para hipertrofia adenoideana.

A tonsila faríngea é visível no recém-nascido e aumenta de tamanho até o sexto ou sétimo ano de vida, com pico máximo de desenvolvimento ao redor de 4-7 anos e regressão progressiva natural até a adolescência⁸. Isso justificaria a prevalência maior de hipertrofia adenoideana grau I nesse trabalho.

Não está claro, no artigo, se os critérios de exclusão foram apenas a secreção purulenta recobrando a adenóide

e recusa em se submeter ao exame. Devemos lembrar que a adenóide também pode apresentar-se aumentada em tamanho nos casos de associação com rinite alérgica e quadros virais (freqüentes nas crianças), o que poderia alterar a sua prevalência.

Referências

1. Oliveira RC, Anselmo-Lima W, Souza BB. A importância da nasofibroscopia na presença de R-X de cavum normal para diagnóstico da hiperplasia adenoideana. *RBORL*. 2001;67:499-505.
2. Tsuji DH, Braga NA, Sennes LU, Bohadana SC, Chung S. Comportamento da criança durante videonasofaringolaringoscopia: análise de 105 pacientes. *RBORL*. 2002;68:175-9.
3. O'Sullivan BP, Finger L, Zwerdling RG. Use of nasopharyngoscopy in the evaluation of children with noisy breathing. *Chest*. 2004;125:1265-9.
4. Melder PC. Simplifying video endoscopy: inexpensive analog and digital video endoscopy in otolaryngology. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;132:804-5.
5. Endo LH, Sakano E, Marra BM. Obstrução nasal na infância: importância do diagnóstico endoscópico. *A Folha Médica - Cadernos de ORL*. 1997;115:12-15.
6. Santos RS, Cipolotti R, D'Ávila JS, Gurgel RQ. Escolares submetidos a videonasofaringoscopia na escola: achados e aceitação. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:443-6.
7. Bhattacharyya N, Kepnes LJ. The effectiveness of immersion disinfection for flexible fiberoptic laryngoscopes. *Otolaryngol-Head Neck Surg*. 2004;130:681-5.
8. Goeringer GC, Vidic B. The embryogenesis and anatomy of Waldeyer's ring. *Otolaryngol Clin North Am*. 1987;20:207-17.