

Adenoamigdalectomia — indicações, faringoamigdalites de repetição e cuidados pós-operatórios

Quando encaminhar para cirurgia de amígdalas e adenoide (critérios de Paradise, AOS, abscesso, PFAPA, adenoide), analgesia sem codeína e sangramento pós-amigdalectomia, segundo SBP, AAO-HNS 2019 e SEORL-AEP

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A adenoamigdalectomia é indicada sobretudo por **obstrução**: a **apneia obstrutiva do sono (AOS) com hipertrofia adenoamigdaliana** é a principal indicação e segue o documento "Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança". Nas **faringoamigdalites de repetição**, a SBP (2006) considera a cirurgia **indicação relativa**, e o otorrinolaringologista decide pelos **critérios de Paradise** (AAO-HNS 2019; SEORL-AEP 2006): **≥ 7 episódios no último ano, ≥ 5 por ano em 2 anos ou ≥ 3 por ano em 3 anos, todos documentados**. Abaixo disso, **espera vigilante**, salvo fatores modificadores (alergia a vários antibióticos, PFAPA, mais de um abscesso periamigdaliano). Adenoide grande com respiração oral persistente ou otite de repetição também justifica avaliação. O pediatra registra os episódios, trata a rinite e encaminha. No pós-operatório: **dipirona, paracetamol ou ibuprofeno em horário regular; codeína nunca** (SBP 2024; FDA; Anvisa) e **tramadol nunca abaixo de 18 anos** após a cirurgia. Recuperação sem intercorrências: casa (●). **Qualquer sangramento pela boca ou nariz, desidratação ou desconforto respiratório: pronto-socorro (●)**, de preferência no serviço que operou.

1. O que é e como se apresenta

Definições: **amigdalectomia** (tonsilectomia) retira as amígdalas palatinas; **adenoidectomia**, a adenoide (tonsila faríngea); a **adenoamigdalectomia**, ambas. A amigdalectomia pode ser **total (extracapsular)** ou **parcial (intracapsular)**; a recuperação varia com a técnica (CUH 2026), escolhida pelo cirurgião.

A cirurgia por infecção perdeu espaço para a cirurgia por **obstrução e AOS**, que a SBP (2006) já tratava como indicação absoluta. A frequência das amigdalites tende a **cair espontaneamente** com o tempo, e a decisão é individual (An Pediatr 2003).

Indicações (SBP 2006; AAO-HNS 2019; SEORL-AEP 2006):

- **Obstrução** (absoluta para a SBP): **AOS** com hipertrofia adenoamigdaliana — cirurgia de **primeira linha**; obstrução respiratória ou à deglutição.
- **Faringoamigdalites de repetição** (relativa): critérios de Paradise.
- **Abscesso periamigdaliano recorrente**: dois episódios (SEORL-AEP 2006); mais de um é fator modificador (AAO-HNS 2019).
- **PFAPA** com crises muito frequentes ou intervalos encurtados pelo corticoide: casos selecionados (SBP 2017 — ver "Febres periódicas e síndromes autoinflamatórias").
- **Hipertrofia de adenoide** (adenoidectomia): obstrução nasal persistente com respiração oral, AOS, **otite média aguda recorrente, crônica ou secretora persistente**, rinossinusite associada (SEORL-AEP 2006).

Critérios de Paradise (AAO-HNS 2019, KAS 2; SEORL-AEP 2006):

FREQUÊNCIA (UMA DAS TRÊS)	CADA EPISÓDIO REGISTRADO COM PELO MENOS UM DESTES
≥ 7 episódios no último ano	Temperatura > 38,3 °C (critério da AAO-HNS)
≥ 5 episódios por ano nos últimos 2 anos	Adenomegalia cervical
≥ 3 episódios por ano nos últimos 3 anos	Exsudato amigdaliano ou teste positivo para estreptococo do grupo A (EGA)

O **Manual Prático da SBP (2006)** define amigdalite recorrente com limiares menores — **5 a 7 episódios em 1 ano, 4 por ano em 2 anos ou 3 por ano em 3 anos**. A SEORL-AEP exige episódios **incapacitantes e adequadamente tratados**; sem registro, observar 6 meses antes de indicar.

Hipertrofia de adenoide e respiração oral: a adenoide cresce até 4–5 anos e envolve em torno dos 10 (SBP, Respirador oral). Respiração oral, ronco, boca aberta ao dormir, voz anasalada, rinorreia persistente e **fácies adenoideana** (face alongada, palato ogival, má oclusão) são as manifestações (SBP 2023). A **rinite alérgica** é causa tão frequente quanto a adenoide e é tratada antes. Apetite, peso sem AOS e halitose não indicam adenoidectomia (SEORL-AEP 2006).

Riscos: sangramento (cerca de 2 em 100 voltam ao hospital e 1 em 100 é reoperada — CUH 2026); dor por 1–2 semanas; **desidratação; complicações respiratórias** no pós-operatório imediato, sobretudo na AOS grave e abaixo de 3 anos; **insuficiência velofaríngea** (voz anasalada, refluxo nasal), mais provável com fenda submucosa ou doença neuromuscular (SEORL-AEP 2006); AOS **persistente ou recorrente** (AAO-HNS 2019, KAS 8).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Faringoamigdalites abaixo dos critérios ; amígdalas grandes sem ronco com pausas nem disfagia; adenoide controlada com o tratamento da rinite; pós-operatório sem intercorrências (dor controlada, bebe bem, urina normal, sem sangramento)	Seguimento pelo pediatra: registrar cada episódio ; tratar a rinite; espera vigilante; no pós-operatório, analgesia regular, líquidos e retorno programado
● Moderada	Episódios que atingem a definição da SBP ou os critérios de Paradise ; fatores modificadores ; ronco habitual com sinais de AOS ; respiração oral persistente; otite secretora persistente ou otite recorrente com adenoide grande; no pós-operatório : dor que não cede, baixa ingestão ou vômitos sem desidratação, febre	Encaminhar ao otorrinolaringologista (eletivo; com prioridade na AOS com sinais de gravidade, abaixo de 3 anos, grupo de risco ou déficit de crescimento); no pós-operatório, reavaliação em 24 h e contato com a equipe cirúrgica
● Grave	Qualquer sangramento após a cirurgia, vômito com sangue; desidratação ou recusa total de líquidos; desconforto respiratório , SpO2 < 92%, sonolência excessiva; abscesso periamigdaliano ou obstrução aguda	Pronto-socorro , de preferência o serviço que operou

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 anos; **AOS grave** (IAH $\geq$ 10/h ou nadir de SpO2 < 80%) — internação pós-operatória (AAO-HNS 2019, KAS 12).
- Obesidade, síndrome de Down, anomalias craniofaciais, doenças neuromusculares, doença falciforme, mucopolissacaridoses (polissonografia antes — AAO-HNS 2019, KAS 5).
- **Distúrbio de coagulação** pessoal ou familiar, anemia, antiagregante ou anticoagulante.
- Fenda palatina, inclusive submucosa (úvula bifida); infecção respiratória recente; asma não controlada.

3. Diagnóstico no consultório

As indicações são clínicas, e quem tem os dados que as sustentam é o pediatra:

- **Diário de episódios**: data, temperatura axilar, exsudato, adenomegalia, teste para EGA, antibiótico e faltas escolares; muitos "episódios" são virais.
- **Ronco e sono**: perguntar em toda consulta; ronco $\geq$ 3 noites por semana com pausas, esforço ou sono agitado segue o documento de AOS.

- **Exame:** grau das amígdalas (I $\leq$ 25%, II 25–50%, III 50–75%, IV $>$ 75% da orofaringe); respiração oral, palato, **úvula bífida**; otoscopia; peso, estatura e pressão arterial.
- **Adenoide:** nasofibrolaringoscopia é o padrão-ouro (SBP 2023); a **radiografia de cavum** é simples, mas subjetiva (SBP, Respirador oral).
- **Pré-operatório:** sem exames de rotina na criança saudável; coagulograma conforme a história de sangramento ("A criança que vai ser operada").

Diagnóstico diferencial que não pode passar: PFAPA (febre a cada 3–8 semanas, aftas, adenite, criança bem entre as crises); **mononucleose**; **neutropenia cíclica**; **assimetria amigdaliana progressiva**, amígdala ulcerada ou adenomegalia endurecida (suspeita de **linfoma** — encaminhar com urgência); abscesso periamigdaliano ou retrofaríngeo.

4. Tratamento e seguimento

Pediatra: documentar os episódios; tratar a faringoamigdalite estreptocócica conforme o documento do site (penicilina G benzatina $<$ 20 kg 600.000 UI, $\geq$ 20 kg 1.200.000 UI, ou amoxicilina por 10 dias); tratar a **rinite** (ver "Rinite alérgica"); identificar AOS; encaminhar; preparar a família; acompanhar o pós-operatório.

Otorrinolaringologista e anestesista: indicar a técnica e a internação; **dexametasona IV em dose única intraoperatória** (AAO-HNS 2019, KAS 11); **sem antibiótico perioperatório** (KAS 10).

Espera vigilante abaixo dos critérios (AAO-HNS 2019, KAS 1, recomendação forte).

Analgesia pós-operatória — em **horário regular** nos primeiros dias, inclusive à noite, e **antes das refeições** (CUH 2026):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula); dose: padrão do site; primeiro degrau (SBP, Diretriz nº 177/2024)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Reavaliar após 48–72 h	Máx. 75 mg/kg/dia; teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose), nunca > 4 g/dia; risco cumulativo em jejum ou desidratação (padrão do site); AAO-HNS 2019, KAS 13
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor	A partir de 6 meses; evitar em desidratação, varicela, dengue (padrão do site); permitido após a cirurgia (AAO- HNS 2019, KAS 13)

- **Ibuprofeno e sangramento:** na revisão Cochrane (2013; 15 ensaios, 1.101 crianças), os anti-inflamatórios **não aumentaram de forma significativa** o sangramento com ou sem reoperação, embora os intervalos de confiança não excluam aumento, e **reduziram os vômitos**. O cirurgião pode suspendê-lo na coagulopatia.
- **Não alternar** analgésicos por conta própria (padrão do site); associação só se prescrita pela equipe.
- **Não usar:**
 - **Codeína** — proscrita na criança (SBP, Diretriz nº 177/2024). A FDA (20/02/2013) a contraindicou após amigdalectomia ou adenoidectomia, por mortes de crianças com AOS **metabolizadoras ultrarrápidas** (a codeína vira morfina no fígado); em 2017 estendeu a contraindicação ao **tramadol abaixo de 18 anos** após essa cirurgia. A bula brasileira aprovada pela Anvisa traz a contraindicação. A AAO-HNS (KAS 14) fala em < 12 anos; o site segue a regra mais restritiva.
 - Xaropes com codeína; **ácido acetilsalicílico**; anti-histamínico sedativo ou benzodiazepínico (deprimem a respiração na AOS).
 - **Antibiótico "preventivo"** (KAS 10): placas brancas no leito amigdaliano e mau hálito são normais por até 2 semanas (Boston Children's 2024).

Dieta: o essencial é **beber bastante líquido**, de preferência frio. Não há dieta única:

Cambridge incentiva a **dieta habitual o quanto antes** (CUH 2026); Boston, **alimentos macios por 2 semanas**, sem crocantes (2024). O site orienta líquidos frios com frequência, alimentos macios conforme a tolerância e progressão para a dieta habitual, **segundo o cirurgião**; evitar cítricos e alimentos muito quentes.

Escola e atividade: afastamento por **1 a 2 semanas** (CUH 2026; Boston Children's 2024); sem esportes e sem viagens para longe de um pronto-socorro por 2 semanas (Boston Children's 2024).

Seguimento: retorno combinado com a equipe; na AOS, reavaliar ronco, sono, crescimento e comportamento (pode persistir).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro (🔴), de preferência no serviço que operou:

- **Qualquer sangramento** após a cirurgia: sangue vivo pela boca ou nariz, vômito com sangue, sangue deglutido (vômito em borra de café, fezes escuras). O **primário** ocorre nas primeiras 24 h; o **secundário**, em geral **entre o 5º e o 10º dia**. **Sangramento pequeno que parou também vai ao serviço:** pode anteceder um maior.
- **Desidratação**, recusa total de líquidos, pouca urina.
- **Desconforto respiratório**, estridor, SpO2 < 92%, apneias, **sonolência excessiva**.
- **Abscesso periamigdaliano** (trismo, voz abafada, desvio da úvula, sialorreia) — conduta em "Infecções profundas de cabeça e pescoço"; **não puncionar no consultório**.

Como encaminhar no sangramento:

1. Criança **sentada e inclinada para a frente, cuspidando o sangue**; não examinar a orofaringe à força.
2. **Jejum**; anotar a hora da última ingestão e dos analgésicos.
3. **SAMU (192)** se o sangramento for volumoso ou houver palidez, taquicardia, sonolência ou desconforto respiratório.
4. **Oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** (padrão do site); acesso venoso e expansão no choque, sem atrasar a remoção.
5. Avisar o serviço de destino, de preferência o que operou.
6. **Relatório:** data e tipo da cirurgia, dia do pós-operatório, volume estimado, analgésicos (inclusive ibuprofeno), comorbidades.

Internação programada: < 3 anos ou **AOS grave** (AAO-HNS 2019, KAS 12) e os demais grupos de risco do documento de AOS — decisão da equipe.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Anote cada dor de garganta: o dia, a febre, se havia pus e o resultado do teste. É isso que mostra se a cirurgia vale a pena."

- "A dor dura em geral 1 a 2 semanas. Dê o analgésico no horário, inclusive à noite, e meia hora antes das refeições."
- "Nunca dê remédio com codeína ou tramadol."
- **Pronto-socorro imediatamente se:** qualquer sangue vivo pela boca ou nariz, vômito com sangue, palidez ou sonolência, dificuldade para respirar, recusa de líquidos ou pouco xixi.
- **Retornar ao pediatra se:** dor que não melhora com o analgésico no horário, febre por mais de 2–3 dias, vômitos repetidos, voz muito anasalada ou líquido saindo pelo nariz.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Infecção recorrente	Relativa; 5–7/1 ano, 4/ano × 2, 3/ano × 3 (2006)	Sem protocolo nacional localizado; Teles-saúde RS 2009: ≥ 5/ano	Sem diretriz própria; AAO-HNS 2019: Paradi-se, opcional	Sem diretriz; NHS Norfolk e Waveney 2026: Paradi-se, incapacitante	SEORL-AEP 2006: Paradi-se, documentado	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NHS
Modificadores	PFAPA em casos selecionados (2017)	—	AAO-HNS 2019: alergias, PFAPA, > 1 abscesso	NHS 2026: 2º abscesso	2 abscessos (2006)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NHS
AOS	Indicação absoluta (2006)	—	1ª linha (CPG 2012)	NG202 só ≥ 16 anos	1ª linha (2006)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE
Analgesia	Dipirona, paracetamol, AINE; sem codeína (2024)	Anvisa: codeína contraindicada após a cirurgia	AAO-HNS 2019: ibuprofeno e/ou paracetamol	Sem posição específica localizada	Sem posição no consenso	Sem posição específica localizada	Paracetamol e ibuprofeno alternados 3/3 h (2024)	CUH v11 (2026): antes das refeições
Dieta e sangramento	Sangramento: PS (padrão do site)	—	AAO-HNS 2019: registrar sangramento primário e secundário	—	—	Sem posição específica localizada	Macia 2 semanas; qualquer sangramento: PS (2024)	CUH 2026: dieta habitual precoce; 2/100 reinternam

Leitura: as referências convergem na **AOS como principal indicação**, nos **critérios de Paradise** como limiar mínimo da cirurgia por infecção (AAO-HNS 2019, SEORL-AEP 2006, NHS), na **espera vigilante** abaixo deles, na analgesia com paracetamol e ibuprofeno e na **proscrição da codeína**. A principal divergência é o **limiar de episódios**: o Manual da SBP (2006) usa números menores como indicação relativa, enquanto AAO-HNS, AEP e NHS exigem 7/5/3 documentados e incapacitantes. Divergem ainda a idade da proibição da codeína (AAO-HNS < 12 anos; FDA e Anvisa < 18), o esquema analgésico (Boston alterna) e a dieta (macia em Boston; habitual em Cambridge). O Ministério da Saúde não tem protocolo nacional específico localizado. **Posição adotada pelo site (SBP):** o pediatra documenta os episódios e encaminha a criança que atinge a definição de amigdalite recorrente da SBP; a indicação cirúrgica é do especialista, pelos critérios de Paradise; analgesia sem codeína e sem tramadol.

PONTOS PRÁTICOS

1. AOS com hipertrofia adenoamigdaliana é a principal indicação; ronco com pausas segue o documento "Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança".
2. Registre cada faringoamigdalite (febre, exsudato, adenomegalia, teste para EGA): sem documentação não há critério de Paradise (7 em 1 ano, 5 por ano em 2, 3 por ano em 3).
3. Abaixo dos critérios, espera vigilante; alergia a vários antibióticos, PFAPA e abscesso prévio podem antecipar a avaliação.
4. Pós-operatório: dipirona, paracetamol ou ibuprofeno em horário regular e antes das refeições; ibuprofeno é permitido; codeína nunca; tramadol nunca abaixo de 18 anos.
5. Líquidos frios em abundância; placas brancas, mau hálito e dor de ouvido são esperados.
6. Qualquer sangramento após a cirurgia, mesmo pequeno e já parado, vai ao pronto-socorro: sentada, inclinada para a frente, cuspidando o sangue, em jejum.

Veja também, nesta Biblioteca: **Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança** (Pneumologia); **Faringoamigdalite (viral × estreptocócica)** e **Rinite alérgica** (Patologias do consultório); **Infecções profundas de cabeça e pescoço** (Infectologia); **Febres periódicas e síndromes autoinflamatórias** (Reumatologia); **A criança que vai ser operada** (Cirurgia pediátrica); **Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica** (Urgências e emergências); **Otite média aguda (e otite externa)** (Patologias do consultório).

8. Fontes

- SBP, Departamento de Pediatria Ambulatorial. Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria 2006. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Alergia e Imunologia. Respirador oral (sem data). [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Otorrinolaringologia. Adenoide (Pediatria para Famílias), 2023. sbp.com.br
- AAO-HNSF. Mitchell RB et al. Clinical Practice Guideline — Tonsillectomy in Children (Update), 2019 — fact sheet. entnet.org
- SEORL e AEP. Cervera Escario J et al. Indicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía — documento de consenso. Acta Otorrinolaringol Esp, 2006. [PDF](#)
- Melchor Díaz MA. Amigdalitis aguda — criterios de amigdalectomía. An Pediatr, 2003. analesdepediatria.org

- Lewis SR et al. NSAIDs and perioperative bleeding in paediatric tonsillectomy. Cochrane, 2013. [cochrane.org](https://www.cochrane.org)
- FDA. Codeine use in children — Boxed Warning and Contraindication after tonsillectomy and/or adenoidectomy, 20/02/2013. [PDF](#)
- NHS Norfolk and Waveney. Tonsillectomy for recurrent tonsillitis or its complications in children < 16 and adults, 2026. [nwknowledge.nhs.uk](https://www.nwknowledge.nhs.uk)
- Cambridge University Hospitals. Tonsillectomy — patient information, v11, 2026. [cuh.nhs.uk](https://www.cuh.nhs.uk)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Home Care Instructions after a Tonsillectomy and Adenoidectomy, 2024. [PDF](#)
- Núcleo de Telessaúde RS (BVS APS). Quando encaminhar crianças com amigdalite de repetição ao otorrinolaringologista?, 2009. aps-repo.bvs.br

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.