

CLÍNICAS QUIRÚRGICAS COMPLEMENTARIAS

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS



7° SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

13/JUNIO/2020



La amigdalectomía es la extirpación quirúrgica de las amígdalas, dos almohadillas ovaladas de tejido que se encuentran en la parte posterior de la garganta (una de cada lado). Existen diversos métodos para realizar una amigdalectomía y principalmente se clasifican en fríos y calientes. Los métodos fríos corresponden a aquéllos que no liberan energía térmica durante el procedimiento, lo que teóricamente podría disminuir el dolor posoperatorio. Los métodos calientes liberan distintas cantidades de energía térmica que produce un efecto cauterizador, potencialmente disminuyendo tanto el tiempo quirúrgico como el sangrado intraoperatorio.

Disección fría: Corresponde a la amigdalectomía total realizada con bisturí frío y/o tijeras. Al igual que otras técnicas se realiza una incisión en el polo superior y mediante una tracción medial mantenida de la amígdala, se va disecando por el plano avascular del espacio periamigdalino, desde superior a inferior. Gracias a la tracción medial, se evita lesionar la musculatura faríngea. La hemostasia se puede realizar con puntos hemostáticos, packing o tómulas embebidas en subgalato de bismuto.

Asa: Tipo de disección fría y rápida en la que se extrae la amígdala con asa de alambre. Se debe traccionar el polo superior de la amígdala hacia medial, rodear con el asa y luego realizar un movimiento firme y descendente entre ambos pilares musculares hasta extraerla completamente. Muchas veces es necesario realizar una disección fría para exponer adecuadamente la amígdala y luego utilizar el asa para completar la resección del pedículo. La hemostasia debe ser cuidadosa, ya sea con compresas, suturas reabsorbibles, electrocauterización y/o subgalato de bismuto.

Daniels: Corresponde a la amigdalectomía realizada con guillotina. Tiene la ventaja de ser rápida y precisa, sin embargo se debe tener especial cuidado con el sangrado tanto intra como posoperatorio y la lesión de la musculatura faríngea. Sus

defensores argumentan que tendría el beneficio teórico de comprimir y colapsar los vasos antes de la disección.

Electrocauterización: La corriente eléctrica de un generador pasa a través del tejido entre dos electrodos y el calor generado, que va de los 400 a los 600°C, corta el tejido y sella los vasos sanguíneos. Esta puede ser monopolar si la corriente pasa del instrumento quirúrgico, a través del paciente, a un electrodo ubicado en su pierna o bipolar si la corriente pasa a través del tejido, entre dos electrodos localizados en las puntas de un fórceps o una tijera. Es la técnica más común en todo el mundo.

La adenoidectomía corresponde a la extracción quirúrgica del tejido adenoideo en la nasofaringe. En la mayoría de los casos, esta cirugía cumple un doble objetivo: mecánico (eliminar la obstrucción a nivel de la faringe) y biológico (eliminar el tejido alterado por la inflamación y/o infección crónica). Es un procedimiento principalmente pediátrico debido a su frecuente involución hacia la pubertad. En general se tiende a evitar antes de los 12-14 meses de edad, aunque no es una contraindicación absoluta y debe evaluarse caso a caso. De estar indicados ambos procedimientos, habitualmente se realiza en el mismo tiempo quirúrgico que la amigdalectomía.

TÉCNICAS

Extracción con cureta: El adenótomo es un instrumento metálico con forma de cuchara que permite realizar la adenoidectomía mediante raspado nasofaríngeo. Previo al procedimiento se elige la cureta según la inspección del adenoides y se inserta mediante palpación, visión indirecta con la ayuda de un espejo laríngeo o directa mediante elevación del paladar blando, ubicándose superior al vómer septal, contra la región posterosuperior de la nasofaringe. Se realiza un barrido descendente para remover todo el tejido, teniendo especial cuidado para evitar dañar la musculatura faríngea. Se puede elegir una segunda cureta de menor tamaño para extraer los restos. La hemostasia se puede realizar con compresión

mecánica o packing, oximetazolina o tómulas embebidas en subgalato de bismuto por 5 minutos hasta detener el sangrado.

Coagulación-succión: Técnica en la que se utiliza un instrumento cilíndrico de 10 French, que posee un sistema de succión central asociado a un sistema de coagulación periférico. Se debe conectar al sistema monopolar y se utiliza en modo "Spray". Este instrumento se debe posicionar al centro del adenoides y aplicar corriente durante unos segundos. El tejido adenoideo se licúa mientras se va aspirando al mismo instante. No se debe realizar muy superficial, ya que el tejido no se licua, se cauteriza y forma costras.

Microdebridador: Corresponde a la misma técnica mencionada en amigdalectomía. Tiene la ventaja de ser una técnica rápida y muy precisa, de elección en los casos de insuficiencia velofaríngea en que conviene realizar una adenoidectomía exclusiva del polo superior, para que el polo inferior se mantenga y permita el correcto cierre velofaríngeo. Especial cuidado se debe tener con estructuras vecinas, como por ejemplo, el torustubario. Estas últimas dos técnicas se realizan habitualmente bajo visión endoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162016000100015

RINOSEPTOPLASTIA

Rinoseptoplastia o Rinoseptumplastia Funcional es una de las cirugías más frecuentes que se realiza cuando existe una alteración externa o laterorrinia e interna de la nariz o desviación septal . Esta desviación es generalmente la manifestación externa de las estructuras nasales internas desviadas que producen una insuficiencia ventilatoria nasal.

El tratamiento del tabique nasal pretende cumplir dos objetivos primordiales: en primer lugar corregir la posible obstrucción de las fosas nasales y en segundo, si fuera preciso, extirpar un segmento del septum que pueda utilizarse como injerto posteriormente. Con el cartílago extraído se pueden tallar dos fragmentos para colocarlos a modo de injertos intercalares o de expansión (“spreader grafts”), que suelen dar más apertura a la válvula nasal y evitan así el colapso.



La infiltración se realiza con una solución de lidocaína al 1% o al 2% con adrenalina al 1:100.000. En caso de contraindicación a la adrenalina se sustituirá por una ampolla de Caprofides (que también ayuda a minimizar el sangrado) y si es a los anestésicos locales se utilizará suero fisiológico. El volumen total que debe infiltrarse es aproximadamente de 8 ml. Se utiliza aguja anillada, de 27 G. Se coloca el bisel en el mismo plano a infiltrar y, al ir introduciendo la solución, veremos como blanquea la zona. La piel de la columela se infiltra desde un plano lateral, recorriéndola por entero; es importante la zona anterior, en la que se traza la incisión columelar y donde se necesita vasoconstricción.

De forma universal se acepta el abordaje descrito por Cottle, maxila-premaxila. La incisión normalmente es en el lado de mayor convexidad, pero existe la costumbre de realizar la incisión en el lado derecho, por la comodidad para el cirujano diestro, realizándose en el izquierdo si éste es zurdo. La incisión puede ser hemitransfixiante o transfixiante. Normalmente la transfixiante (siguiendo el borde caudal del septo desde el ángulo septal a la espina nasal, comunicando ambas fosas nasales) se reserva en casos de septorinoplastia, por el riesgo de pérdida del sostén mesial, al manipular la unión entre ramas mediales de los cartílagos alares y el cartílago cuadrangular (produciendo la caída de la punta nasal y problemas en la válvula nasal).

Para facilitar este primer paso se puede utilizar distinto instrumental. Con el retractor de columela fijamos y desplazamos el septum membranoso, permitiendo exponer

el borde caudal del septum cartilaginoso; al igual que ocurre al colocar las valvas del rinoscopio sobre dicho borde. Otros utilizan erina doble o simplemente dislocan caudalmente el septum con el dedo pulgar. Para la creación de los túneles inferiores, se debe recurrir a puntos de abordaje atraumáticos desde la espina nasal, a través del plano mágico de Cottle. Este plano no es más que una bolsa intraaponeurótica horizontal entre el periostio de la espina nasal y las fibras conjuntivas que la recubren. Sus límites son: superficialmente el orbicular de los labios; en profundidad por la espina nasal, maxila y premaxila; arriba la columela e inferiormente la mucosa gingivolabial. A través de la incisión hemitransfixiante, se introduce unas tijeras (tijeras tipo Mc Indoe) en el espacio intercrural, abriéndolas 1-1,5 cm. de forma que sus ramas se dirijan una hacia la punta de la nariz y otras hacia la base de la columela (para orientarnos y notar la posición correcta de las tijeras, se coloca el pulgar bajo la columela ante la espina nasal anterior, el índice en la punta de la nariz y el medio sobre el ala nasal izquierda o sobre la porción izquierda de la columela).

BIBLIOGRAFÍA

<https://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/049%20-%20SEPTORRINOPLASTIA.pdf>

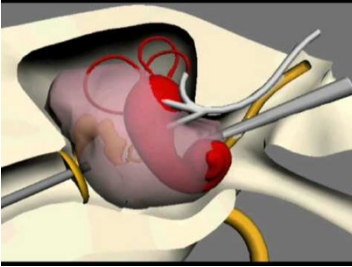
COLOCACIÓN DE DRENAJES TRANSTIMPANICOS

Las principales indicaciones del drenaje transtimpánico en los niños son la otitis media aguda de repetición y la otitis media serosa que no remite, con acumulación de moco en la caja timpánica. Así como las retracciones timpánicas.

La acumulación en el oído medio de un moco de consistencia viscosa hace el mismo efecto que un tapón de cerumen en el conducto auditivo externo, provoca hipoacusia en el niño.

Otitis media secretora o serosa de más de tres meses de evolución que no se resuelve con tratamiento médico.

Este tipo de otitis puede manifestarse como:



- Hipoacusia (sordera)
- Dificultad en el aprendizaje
- Alteraciones del habla y del lenguaje

La miringotomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza una pequeña incisión en la membrana timpánica, dándonos acceso directo a la caja timpánica permitiendo drenar el líquido contenido en la misma. Este procedimiento de corta duración (aproximadamente 10 minutos) se realiza bajo anestesia general en los niños pequeños y con anestesia local en los adultos. Se realiza bajo visión microscópica para una mejor visualización de la membrana timpánica. Una vez hecha la incisión (3-5 mm de longitud), se suele aspirar el contenido líquido del oído medio y se procede a colocar el DTT. Según las características clínicas de cada paciente dejaremos un DTT temporal o uno permanente. Los DTT varían en tamaño, forma y material, así mismo su permanencia en la membrana timpánica es variable, en promedio de 6 a 9 meses en los temporales.

Son poco frecuentes, pero se puede presentar:

- Debilidad en la membrana timpánica que favorezcan las retracciones timpánicas: esto ocurre especialmente en pacientes con disfunción de la trompa de Eustaquio.
- Perforación timpánica residual: ocurre en 1-2% de los casos, en esta situación se puede plantear una miringoplastia (cirugía del cierre de la perforación timpánica).
- Supuración como consecuencia de la entrada de agua y de una infección

CUIDADOS

Se suele recomendar no mojar los oídos al ducharse y al nadar para evitar las infecciones.

Para la ducha se suele recomendar realizar un tapón casero con algodón untado en vaselina, que lo hace impermeable. Este tapón se desecha con cada uso.

Para la piscina o el mar se recomiendan los tapones hechos a medida y en niños añadir una banda de neopreno para minimizar el riesgo de entrada de agua. A pesar de estas medidas no es aconsejable sumergirse, ya que no se garantiza por completo que el oído permanezca seco

El drenaje transtimpánico es la mejor opción cuando el tratamiento médico no da resultado. Si se desprende antes de que el problema se haya resuelto, puede ser recolocado cuantas veces sea preciso.

BIBLIOGRAFÍA

<https://zonahospitalaria.com/tubos-de-drenaje-transtimpanicos/>