

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Técnicas quirúrgicas complementarias

“OTORRINOLARINGOLOGIA”

Medicina Humana
Axel Guadalupe Ceballos Salas
Dr. Alfredo Lopez Lopez
Unidad 4
Séptimo semestre

Amigdalectomía

La amigdalectomía es el acto quirúrgico de extirpar las amígdalas palatinas. Aulo Cornelio Celso, escritor romano de principios del siglo I dC, en su obra “De Medicina”, describe la técnica de amigdalectomía mediante un escalpelo y disección con el dedo, describiendo además la cápsula que recubre la amígdala y recomendando la aplicación postoperatoria de vinagre para prevenir y detener las hemorragias.

Técnicas Quirúrgicas

Dividiremos las técnicas quirúrgicas según el instrumental que se use en cada una de ellas.

Así diferenciaremos la disección fría (con disector romo, con bisturí frío o mediante tijeras de Metzembaum), la más conocida y más usada hasta ahora, de la disección con otro tipo de instrumental, como son el electrocauterio, el láser, el bisturí armónico, el coblator o el bisturí de plasma.

Asimismo, debemos decir que existe la posibilidad, cada vez más frecuente, de realizar una infiltración local en el espacio periamigdalino con anestésico local tras la colocación del abrebocas. Dicha infiltración, según la mayoría de los estudios, facilita la disección, disminuye el sangrado, y atenúa el dolor postoperatorio.

Para la elección de la técnica deberemos valorar:

- Brevedad del acto quirúrgico
- Reducción del sangrado
- Menor inflamación
- Reducción del dolor
- Rápida recuperación de la dieta
- Coste

Amigdalectomía:

Se procede entonces a la sujeción de la amígdala mediante pinzas de Allis o pinzas para amígdalas de Foerster (o de White, o Colver...), siempre con cuidado de no atrapar con la pinza el pilar anterior o el posterior. Una vez bien sujeta la amígdala, se debe traccionar de ella hacia la línea media para así exponer bien el límite entre la amígdala y el pilar anterior, que suele marcarse como un leve surco en la mucosa. Es en ese límite donde incidiremos la mucosa con el bisturí, las tijeras o el disector y donde separaremos la mucosa de la cápsula amigdalina. Esta disección debe ampliarse de forma cuidadosa por todo el borde de la amígdala, desde el polo inferior hasta las cercanías de la úvula, para asegurarnos que la cápsula se halla perfectamente separada de la mucosa. Si lo hemos realizado correctamente, al mantener la tracción con las pinzas, deberemos encontrar el plano de fibras musculares claramente separado del tejido amigdalino.

Es en este momento cuando se debe comenzar la disección de la amígdala propiamente dicha, la cual puede realizarse de muchas formas. Habitualmente, si ésta se realiza mediante bisturí o tijeras de Metzemaum, la disección se realizará desde el polo superior hacia el polo inferior. En el caso de que se use disector romo, la disección puede realizarse tanto de superior a inferior como de inferior a superior. Es decir, “de arriba abajo” o de “abajo a arriba”. Sea como sea, lo importante, lo fundamental de esta cirugía, es estar constantemente el plano muscular y trabajar con el instrumento disector lo más pegados a la amígdala posible. Es así como evitaremos dejarnos algún resto de tejido amigdalario en el lecho, cosa que, como veremos más adelante, puede provocar sangrados postoperatorios.

La tracción con las pinzas se realizará con la mano contraria a la amígdala que estamos disecando, y el instrumento disector se usará con la otra mano.

Una vez extraída la amígdala se realizará la hemostasia del lecho quirúrgico, ésta puede realizarse con compresión mediante torunda de gasa humedecida, y si ello no basta, se puede usar el electrocauterio. Cabe decir que las técnicas de hemostasia varían mucho, siendo todas ellas válidas, y se usa desde la compresión hasta la pinza bipolar, pasando por ligadura de los vasos y uso de sustancias procoagulantes como Espongostán®, Merocel® o Tisucool®. En general se aconseja no empezar la disección de la otra amígdala hasta que se ha realizado una hemostasia, si no perfecta, casi total.

Una vez se han disecado ambas amígdalas se puede proceder a la reconstrucción del istmo de las fauces. Ésta se realiza mediante sutura monofilamento reabsorbible, pudiéndose realizar con dos puntos (uno superior y otro inferior), tres puntos o incluso sutura continua. El objetivo de ello es facilitar la deglución, ayudar a la hemostasia y evitar el acúmulo de comida encima del lecho quirúrgico que puede molestar e incluso provocar sangrados.

Amigdalectomía con láser CO2

El láser consiste en la concentración de fotones en un haz de luz que transmite energía calorífica.

La amigdalectomía con láser consiste en la reducción y eventual eliminación total de la amígdala mediante la carbonización con láser CO2 o láser KTP.

Los estudios resuelven que en manos de un cirujano entrenado es una técnica segura y que proporciona un menor sangrado intraoperatorio, si bien se la ha relacionado con tasas estadísticamente significativas de mayor dolor postoperatorio que la disección fría o que la disección con bisturí eléctrico.

Amigdalectomía Intracapsular

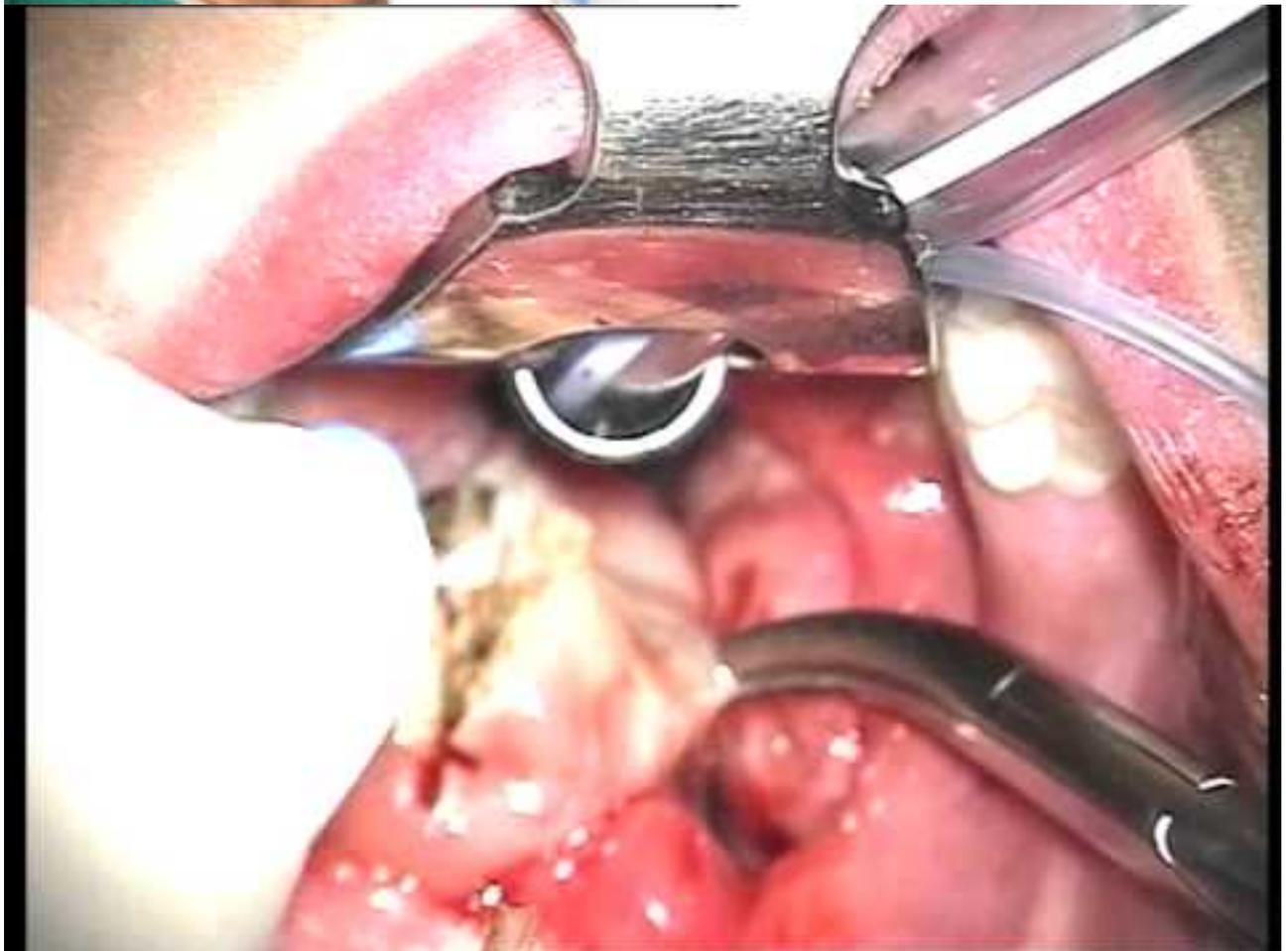
Se realiza mediante un microdebridador que es un instrumento con una cuchilla cortante acoplada a un sistema de succión continuo y se basa en la amigdalectomía parcial o reducción de amígdalas, usándose por ello más en los desórdenes obstructivos del sueño.

Se asocia de forma significativa a una gran reducción en el dolor postoperatorio.

No hay una elevación estadísticamente significativa de las hemorragias postoperatorias o del sangrado intraoperatorio.

El aspecto negativo es que el tejido remanente puede generar amigdalitis.

Radiofrecuencia o Ablación Fría con Plasma



Adenoidectomía

Técnica Quirúrgica

La adenoidectomía no es una cirugía menor, hay que afrontarla con todo rigor. Es la intervención más frecuente que se realiza, ya sea sola o combinada (amígdalas o drenajes).

Los pasos previos a la realización de una adenoidectomía, igual que con cualquier intervención quirúrgica, son la realización de una historia clínica adecuada que indique la intervención, y después realizar unos estudios preoperatorios (analítica general y en particular de coagulación y consulta con el anestésista) que nos permitan minimizar al máximo los riesgos de la intervención.

La adenoidectomía se realiza bajo anestesia general, con el paciente con intubación orotraqueal, en decúbito supino con hiperextensión del cuello (Posición de Rose).

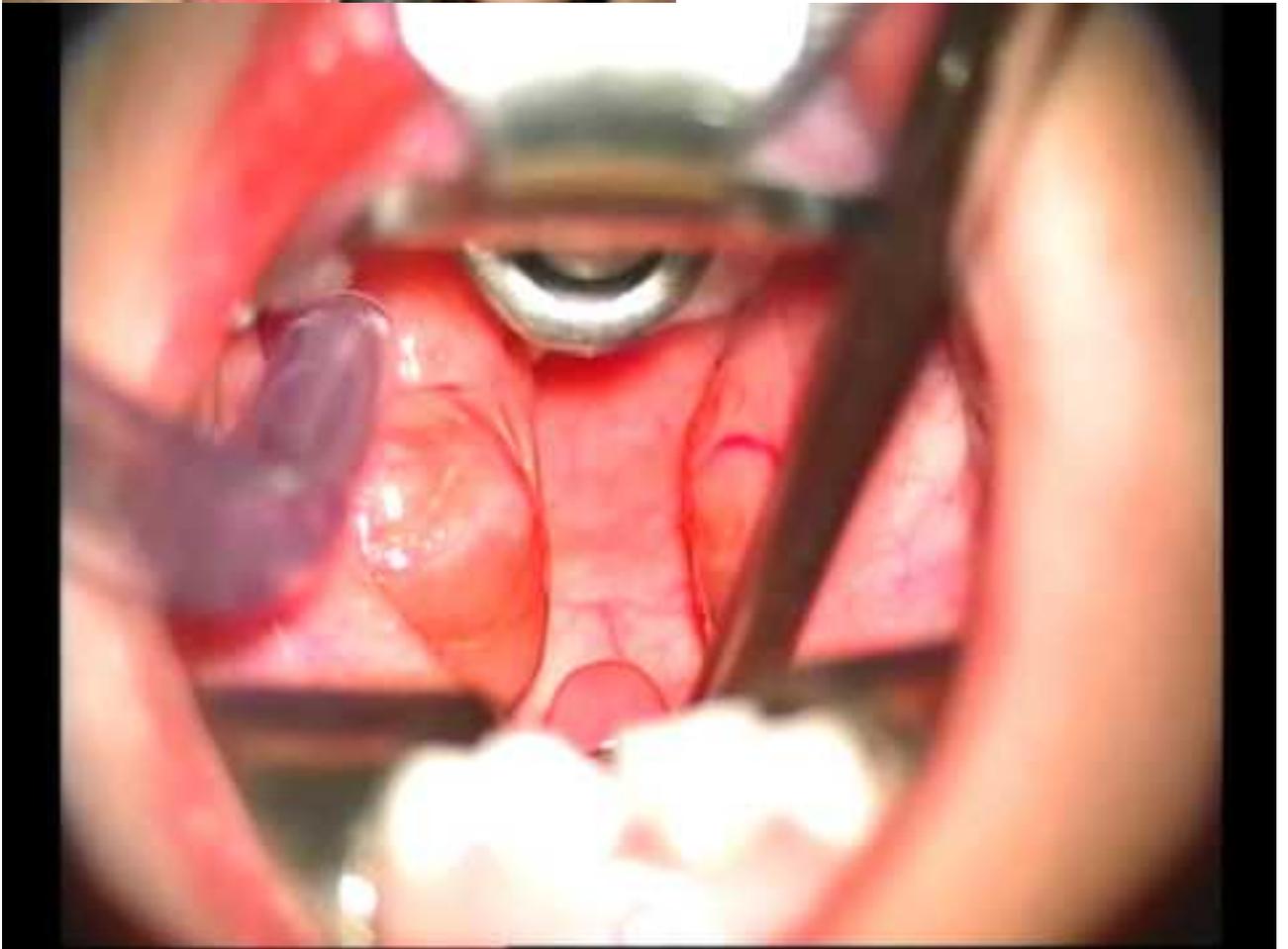
El cirujano se coloca a la cabeza del paciente. Se coloca un abre bocas McIvor para retraer la lengua y se coloca en suspensión para tener un acceso al campo quirúrgico.

Para realizar un control previo del lecho quirúrgico se puede llevar a cabo con inspección digital para ver el volumen de las adenoides (método indirecto) o con video endoscopia nasal para constatar el tamaño real de la glándula, el porcentaje de ocupación de la Coana, sus relaciones y el compromiso de las estructuras vecinas, especialmente el receso faríngeo, el torus y el ostium tubárico. Otro método indirecto de visualizar las adenoides es la utilización del un espejillo laríngeo.

Tras el legrado adenoideo, se realiza hemostasia del lecho quirúrgico por compresión con gasas introducidas a través de la boca en el cavum.

El control al final de la intervención para ver si han quedado o no restos adenoideos se puede realizar, igual que al principio, por palpación, con espejillo laríngeo o con endoscopia.

Antes de despertar al paciente hay que realizar una aspiración del lecho quirúrgico y del estómago del paciente ante la probabilidad de ingesta de sangre durante la intervención.



Rinoseptoplastia

Se le llama septorinoplastia o rinoseptoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección conjunta de la forma y de la función de la nariz. Asocia, por ello, una reparación de la forma externa de la pirámide nasal con la remodelación del interior de la fosa nasal, en un mismo acto quirúrgico.

La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de una serie de incisiones que se practican en el interior de la nariz; el número y extensión de las mencionadas incisiones depende de la magnitud y localización de las deformidades a tratar. Según el tipo y localización de las deformidades puede ser preciso realizar una incisión suplementaria en la llamada columela. La columela es la estructura ubicada entre la punta nasal y el labio superior y que separa una fosa de la otra. Esta incisión permite trabajar sobre los elementos osteocartilaginosos de la pirámide nasal de una forma más directa; este último tipo de abordaje se denomina Rinoplastia Abierta.

En ocasiones y a criterio del cirujano, puede resultar necesaria la colocación de una o varias láminas de material sintético abrazando el tabique nasal, sujetas mediante una sutura, durante unos días. Estas láminas deben retirarse tras un lapso de tiempo que raramente supera las tres semanas. Tras la intervención quirúrgica, se coloca una pequeña férula sobre el dorso de la nariz y se suele realizar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un periodo de tiempo variable. El taponamiento ocasionará molestias, tales como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos pueden tener que asociarse a antibioticoterapia oral para evitar infecciones nasosinusales.

Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal. En raras ocasiones, se puede desplazar hacia atrás el taponamiento por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la cavidad oral, provocando una sensación de molestias y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

El mencionado taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, deben desaparecer tras las primeras 24 h de postoperatorio. Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara o en el contorno ocular como consecuencia de la remodelación de los huesos y cartílagos de la nariz.

Si ha sido necesaria la realización de una incisión en la llamada columela permanecerá una pequeña cicatriz transversal en la misma, que, por lo general resulta muy poco visible. No obstante, en determinadas ocasiones pueda resultar más evidente según la textura de la piel o si el proceso de cicatrización ha resultado poco favorable.

El paciente en su domicilio debe mantenerse en reposo relativo durante unos días y evitará traumatismos sobre la nariz, que podrían modificar el resultado de la intervención quirúrgica. Si usa gafas no deberá utilizarlas hasta que se lo indique su cirujano.

En caso de presentarse hemorragia por la nariz o la boca, unos días después de la cirugía, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

