



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS
UNIDAD IV 7º SEMESTRE
TRABAJO:
RESUMEN
DOCENTE:
DR.ALFREDO LOPEZ LOPEZ
ALUMNO:
MARIO FREDY RUIZ ALFARO

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, JUNIO DE 2020

AMIGDALECTOMIA:

La amigdalectomía (extracapsular) consiste en la resección completa de la amígdala, incluyendo su cápsula; no debe quedar tejido linfoide entre los arcos palatinos anterior y posterior. Desde finales de la década de 1960, con la comprensión de que la amígdala es un foco de infección, esta modalidad de cirugía amigdalar ha sido el gold standard y sigue siendo la cirugía más común realizada en el mundo.

Amigdalectomía intracapsular

La amigdalectomía intracapsular, subcapsular o subtotal define una técnica en la que el tejido linfoide de la amígdala, incluyendo todas sus criptas y folículos, es resecado, pero se preserva la cápsula de la amígdala, por lo que los músculos subyacentes no quedan expuestos. Al final de la cirugía queda una fosa amigdalar vacía, sin la típica cicatriz. La halitosis (foetor ex ore) y la retención recurrente de detritus en las criptas amigdalares son indicación de amigdalectomía intracapsular. Se diferencia de la amigdalotomía en que en ésta se deja mucho más tejido linfoide.

Indicaciones de cirugía amigdalar

La cirugía se lleva a cabo en caso de infecciones, para aliviar la obstrucción de la vía aérea, por halitosis o para diagnóstico cuando se sospecha la presencia de un tumor. La cirugía para amigdalitis recurrentes depende de la frecuencia y severidad de las infecciones, además de la presencia de enfermedades adicionales (alergias a antibióticos, inmunosupresión y síndrome PFAPA).

Criterios de amigdalectomía de Paradise.

Paradise (1984) describió que la amigdalectomía reducía significativamente la frecuencia de dolores de garganta graves y recurrentes en niños entre los 3 y los 15 años de edad. La mayoría de las guías clínicas publicadas incorporan los conocidos como criterios de amigdalectomía de Paradise:

7 episodios de amigdalitis por año en un año o,

5 episodios de amigdalitis al año en 2 años consecutivos o,

3 episodios de amigdalitis al año en 3 años consecutivos

No obstante, un diagnóstico de "amigdalitis purulenta" debe estar documentado y confirmado con la medición de la fiebre ($>38,3^{\circ}\text{C}$), presencia de exudado amigdalar, aumento de tamaño de ganglios linfáticos en el ángulo de la mandíbula y haber recibido tratamiento antibiótico.

En el caso de faringitis menos frecuentes o menos graves, el riesgo de la amigdalectomía no supera los beneficios. Aunque las amígdalas contribuyen al desarrollo de la inmunidad hasta los 12 años, no ha sido probado un efecto negativo a largo plazo en el sistema inmune. No obstante, en niños menores de 8 años las indicaciones de resección completa deben ajustarse de forma estricta, ya que los riesgos de una hemorragia importante o fatal son mayores.

Técnica quirúrgica

Existen diversos métodos para realizar una amigdalectomía y principalmente se clasifican en fríos y calientes. Los métodos fríos corresponden a aquellos 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. A pesar de lo anterior, no existe una clara evidencia a través de estudios randomizados que logre determinar qué método quirúrgico es más seguro en términos de sangrado y dolor posoperatorio; la mayor diferencia entre las distintas técnicas son los costos de los instrumentos utilizados.

Estos procedimientos también se pueden clasificar en extracapsulares o intracapsulares según la preservación de la cápsula tonsilar.

Amigdalectomía extracapsular. Dentro de los instrumentos más frecuentemente utilizados se encuentran¹⁰:

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 tórulas embebidas en subgalato de bismuto, técnica hemostática que mencionaremos más adelante.

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. Puede ser mono polar 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.

Bisturí armónico: Corresponde a un bisturí que utiliza energía ultrasónica para vibrar a 55.000 ciclos por segundo. La vibración transfiere energía mecánica al tejido que permite cortar y coagular al mismo tiempo.

Ablación por radiofrecuencia (Coblator): Corresponde a un instrumento que utiliza la energía de la radiofrecuencia para excitar electrolitos en un medio conductor, tal como una solución salina, creando un plasma enfocado con precisión. Las partículas energizadas del plasma tienen suficiente energía como para romper los lazos moleculares del tejido, provocando que el tejido se disuelva a temperaturas relativamente bajas. El resultado es la remoción del tejido en cuestión con un daño mínimo a los tejidos circundantes. También permite realizar hemostasia, coagulando los vasos sangrantes.g.

Microdebridador: Se utiliza principalmente para amigdalectomía intracapsular, técnica que mencionaremos más adelante. Corresponde a un instrumento que posee un sistema rotacional distal asociado a succión que permite disecar estructuras con mínimo trauma a los tejidos circundantes.

Amigdalectomía intracapsular: Corresponde a una amigdalectomía subtotal en la que se preserva la cápsula tonsilar. La amígdala se extrae por piezas conservando la cápsula, incluso algunos dejan parte del tejido amigdalino.

ADENOIDECTOMIA:

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. Sus indicaciones y contraindicaciones se resumen en la Tabla 26,7.

Técnica quirúrgica

Al igual que con la amigdalectomía, existen diversas técnicas para extraer la tonsila faríngea o adenoides.

Dentro de las más utilizadas encontramos:

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.

Láser: Técnica que podría ser utilizada para adenoidectomía. No se recomienda su uso ya que produce cicatrización excesiva del tejido nasofaríngeo.

RINOSEPTOPLASTIA: ANESTESIA/INFILTRACIÓN

Existen dos alternativas anestésicas: bien anestesia general o bien sedación más anestesia local.

Aunque se realice la primera, debe aplicarse una cuidada infiltración local, ya que:

1. La vasoconstricción que genera disminuye el sangrado y mejora la visibilidad.
2. Los efectos analgésicos facilita un plano más superficial en la anestesia general.
3. Permite un mejor despegamiento de las estructuras.

En primer lugar, con ayuda de un rinoscopio y una pinza de bayoneta, se colocan en meato inferior, medio y superior de cada fosa nasal durante 10 minutos, mechas de algodón prensadas de unos 8-10 cm de largo por 1,5 cm de ancho embebidas en una solución de tetracaina o lidocaína con adrenalina. También puede utilizarse vasoconstrictores como la oximetazolina (antiguamente se utilizó cocaína, pero dado el problema médico-legal subyacente se abandonó su uso). Si existe patología cardiovascular que contraindique el uso de vasoconstrictores, las mechas van empapadas simplemente de tetracaina. Si existe alergia a anestésicos locales se utilizará únicamente la vasoconstricción y, si existen ambos problemas no se realiza este taponamiento (pero durante los 15 días previos a la intervención, se usa corticoides intranasales que se suspenden el día antes). 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.

TÉCNICA

Después de colocar las mechas como ya se ha descrito anteriormente, pasamos a infiltrar en primer lugar el septum. Lo hacemos de atrás a delante infiltrando la totalidad del septum sin olvidar la cresta, zona que al necesitar mayor manipulación suele ser más hemorrágica. El plano es submucoperióstico en la porción posterior y submucopericondrico en la anterior. A su vez, para facilitar el despegamiento y disminuir el riesgo de desgarros, se debe infiltrar las deformidades, empezando por el lado cóncavo, luego por el convexo y por último la propia arista. Otras zonas a infiltrar serán la espina y la apertura piriforme.

Después nos fijamos en la punta nasal y se infiltra la columela para dejar la solución entre ambas cruras; para ello entraremos desde el vestíbulo y no vertical al lóbulo para evitar hematomas en la piel. A continuación con la ayuda de una erina retraemos el ala nasal y la infiltramos, iremos moviendo la erina en dirección a la punta, colocando anestesia a lo largo de donde se realizara la incisión marginal. 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.

En el vestíbulo, se inyecta en la zona intercartilaginosa para obtener la incisión del mismo nombre libre de hemorragia; se realiza la misma maniobra descrita en el párrafo anterior.

Por último pasaremos a la infiltración del dorso, la entrada de la aguja se hace por la zona intercartilaginosa, aprovechando la zona libre de cartílago y se pasa a través del tejido conjuntivo.

Una vez que la aguja ha llegado al dorso, ésta se coloca en un plano horizontal, apuntándola hacia la raíz de la nariz y situándola en el plano suprapericondrico de los cartílagos triangulares; se le hace progresar hasta identificar el borde inferior de los huesos nasales y se coloca en un plano subperióstico; la aguja progresa hasta el ángulo nasofrontal. Ahora se empieza a retirar la aguja al tiempo que se inyecta, dejando un cordón de solución. Por el mismo punto de la entrada de la aguja se dirige la punta a la apófisis ascendente del maxilar por este lugar se realizarán, en otro tiempo de la cirugía, las osteotomías.

Se pueden bloquear los nervios que dan la sensibilidad a la pirámide. El nervio que se suele bloquear es el infraorbitario, situado vertical a la pupila. Se penetra a través del vestíbulo para no pinchar la piel dejando un botón de solución.

COLOCACION DE DRENAJES TRANSTIMPANICOS:

Miringotomía y colocación de tubos de drenaje transtimpánicos (TDT)

La miringotomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza una pequeña incisión a la membrana timpánica, dándonos acceso directo a la caja timpánica permitiendo drenar el líquido contenido en la misma. La miringotomía se suele asociar a la colocación de tubos de ventilación o también llamados tubos de drenaje transtimpánicos (TDT). Estos tubos hacen que la

incisión practicada en la membrana timpánica permanezca abierta favoreciendo el drenaje del oído medio al igual que la adecuada ventilación.

Las principales indicaciones para realizar este procedimiento son la otitis media aguda (OMA) que no responde al tratamiento médico, niños con episodios de OMA recurrentes (al rededor de 4-5 episodios en 6 meses) y las otitis media serosa (OMS) de más de tres meses de duración. Además están especialmente indicados en niños con retraso en el desarrollo del lenguaje y/o hipoacusia, niños con síndromes o malformaciones craneofaciales que predisponga a la disfunción de la trompa de Eustaquio.

Técnica quirúrgica:

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 microscopica 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 elTDT. Según las características clínicas de cada paciente dejaremos un TDT temporal o uno permanente. Los TDT 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.

Bibliografía:

Bradley W.G.,cirugia Clínica. Cliniguía Actualización de Diagnóstico y Terapéutica 2017.p.128-132.