

OTL | OTORRINOLARINGOLOGO

CLINICA QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

Lluvia maria perfecta Pérez Garcia

AMIGDALECTOMIA



Es una técnica quirúrgica de extirpar las amígdalas palatinas son formaciones del tejido linfoide asociado a la mucosa MALT formando parte del llamado anillo de Waldeyer, es una cirugía por la cual se extraen las amígdalas y las adenoides es procedimiento que se realizan en menores de 15 años, las amígdalas palatinas pueden presentar un crecimiento en cualquier etapa de la vida es mayor antes de los 12 años cuando aumentan el tamaño de las amígdalas palatinas como las faríngeas provocan obstrucción al paso del aire en la vía aérea generando como síntoma principal insuficiencia ventilatoria la cual es mayor durante el sueño ante el decúbito dorsal, la adenoamigdalectomía aumenta el diámetro del espacio respiratorio y

disminuye la resistencia al pasaje de aire es importante tener presente la mencionada etiología multifactorial, ya que la eficacia de la cirugía varía de acuerdo al paciente: tamaño del tejido linfóide, obesidad (aumento del tejido adiposo), morfología facial, el colapso faríngeo al pasaje del aire respiratorio, la inspección de un niño con hipertrofia de vegetaciones adenoideas se observa la facies adenoidea característica de la se clasifican según el grado de obstrucción de la rinofaringe, solicitando para ello una radiografía lateral de cavum (importante en la técnica realizarla con la boca cerrada), trazando una línea que pase por el velo del paladar y otra línea paralela a ésta que corre por el cuerpo del esfenoides.

- Grado I - hiperplasia no obstructiva: obstrucción
- Grado II - hiperplasia semi obstructiva: entre 33 y 66%
- Grado III - hiperplasia obstructiva: estrechamiento de la columna aérea en rinofaringe de más del 66% (más de 2/3 de la columna aérea).

La hipertrofia amigdalina se clasifica en 4 grados según el espacio que ocupa con respecto a la distancia entre el pilar anterior y la úvula (línea imaginaria que pasa por la línea media). Las indicaciones de adenoamigdalectomía varía con el tiempo estos criterios fueron ajustándose para no realizarse en patología cuyos síntomas no se correlacionaban con la hipertrofia adenoamigdalina. Según la signo sintomatología de cada paciente puede realizarse la amigdalectomía sola o con adenoidectomía, o sólo adenoidectomía. la amigdalectomía tiene como principal indicación la obstrucción de la vía aérea por hipertrofia amigdalina y en segundo lugar las amigdalitis recurrentes.

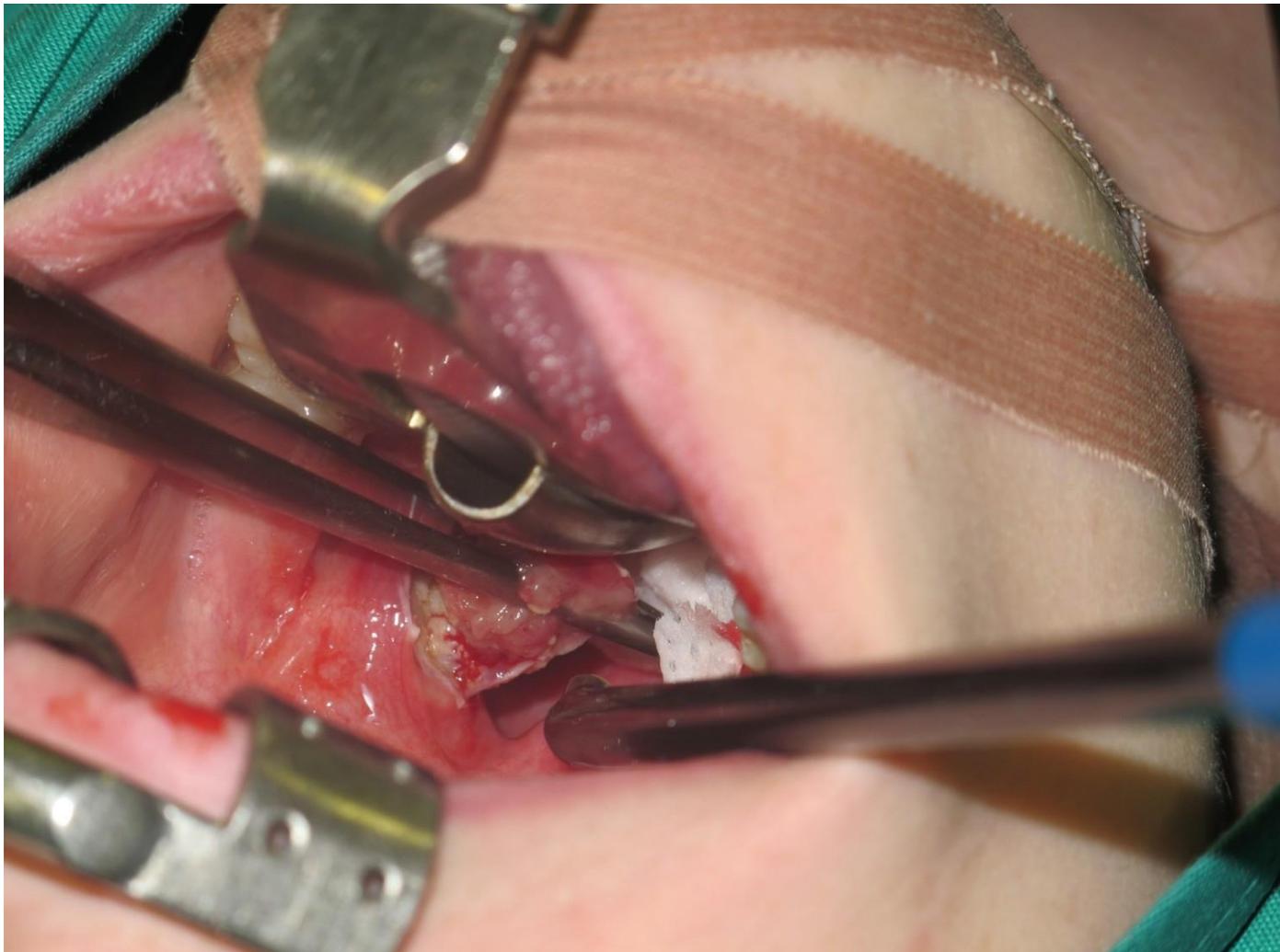
Las indicaciones de la amigdalectomía básicamente son:

- Corpulmonale por obstrucción crónica de la vía aérea superior
- Síndrome obstructivo apneico,
- Obstrucción severa de la vía aérea superior
- Mal oclusión dentaria,
- Sospecha de malignidad, en particular linfoma,
- Abscesos repetitivos con o sin linfadenitis cervical que han requerido drenaje,
- Más de cinco episodios con fiebre en un año y que se suceden año tras año, y que los estudios analíticos demuestren unas pruebas reumáticas alteradas.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA AMIGDALECTOMÍA.

Antiguamente se solía hacer con una ligera sedación sin intubación y con una guillotina denominada Sluder, se realizaba ambulatoriamente los riesgos de hemorragia y complicaciones eran altos. Algunos cirujanos hábiles realizaban la extirpación con bisturí o tijera, con el enfermo sentado y bajo anestesia local y en

caso de hemorragia se daban puntos. Posteriormente se empezó a intubar a los pacientes utilizando también el Sluder, el bisturí o la tijera se empezó a utilizar el electrocauterio monopolar para coagular los puntos de hemorragia, pero por el riesgo de que las escaras saltasen y hubiera hemorragias posteriores se empezó a utilizar el electrocauterio bipolar y bajo visión microscópica los casos de amigdalitis crónica y abscesos es necesario hacer una amigdalectomía total bilateral a nivel capsular con más dolor y más riesgo hemorrágico en los casos de hipertrofia obstructiva se puede aceptar la reducción amigdalar (amigdalectomía parcial) con láser o radiofrecuencia sin llegar a la cápsula.



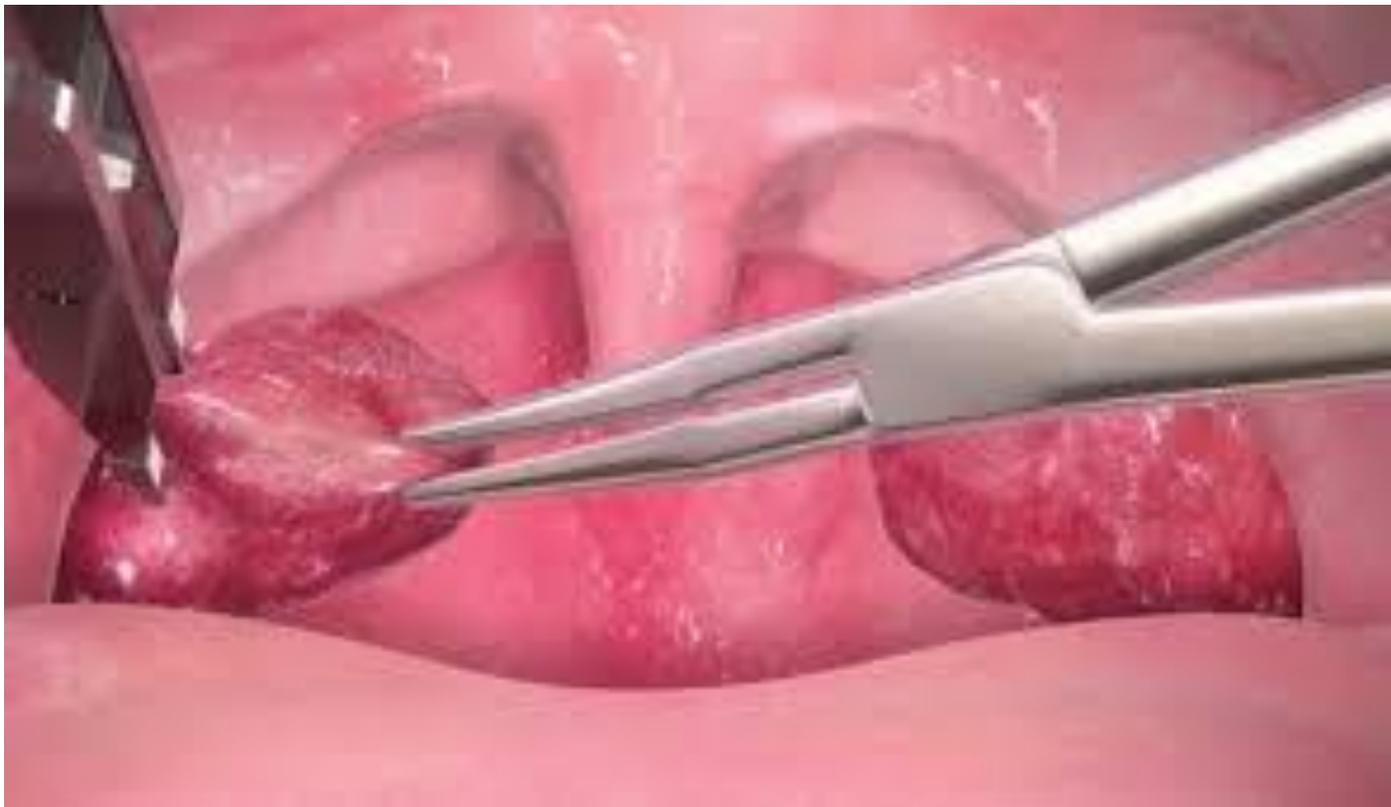


Tabla 1. Indicaciones y contraindicaciones de amigdalectomía

Indicaciones absolutas	Indicaciones relativas ⁹	Contraindicaciones relativas
Roncopatía con pausas o SAHOS (atribuible a hiperplasia amigdalina grado III ó IV)	Enfermedad de Berger (Nefropatía por IgA)	Trastornos de la coagulación
Amigdalitis a repetición (definida según criterios de Paradise), o crónica	Síndrome PANDAS	Asma no controlada
Posterior a 2º absceso periamigdalino	Síndrome PFAPA	Proceso infeccioso concomitante
Amigdalitis hemorrágica	Tonsilolitiasis	Riesgo de insuficiencia velofaríngea
Asimetría amigdalina (con sospecha de cáncer)	Otros más discutidos: Hiperplasia asociada a trastornos craneofaciales, dentales y de la deglución; pustulosis palmoplantar/psoriasis; Eritema nodoso; portadores de SBHGA y difteria, etc.	

*SAHOS: Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño

*Criterios de Paradise: 7 episodios de amigdalitis bacteriana en 1 año, 5 anuales por 2 años consecutivos, o 3 anuales en 3 años consecutivos⁹.

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 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.

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

a) 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 inferior⁵. 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, técnica hemostática que mencionaremos más adelante.

b) Asa: Tipo de disección fría y rápida en la que se extrae la amígdala con asa de alambre¹¹. 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

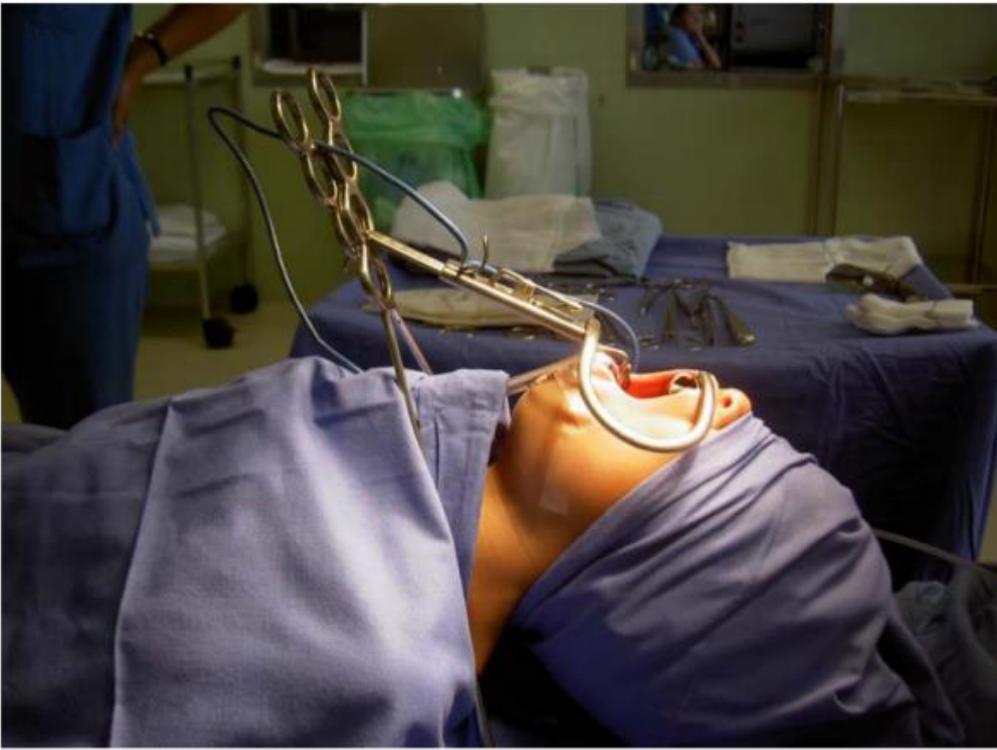
- c) pedículo. La hemostasia debe ser cuidadosa, ya sea con compresas, suturas reabsorbibles, electrocauterización y/o subgalato de bismuto.
- d) Daniels: Corresponde a la amigdalectomía realizada con guillotina. Tiene la ventaja de ser rápida y precisa, sin embargo se debe tener especial cuidado con 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
- e) 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
- f) 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.
- g) 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

h) 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.

i) . 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.

2. 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, Se realiza principalmente con microdebridador y radiofrecuencia. Podría estar indicada cuando el tamaño tonsilar es el causante de los síntomas; sin embargo no tiene indicación en casos de amigdalitis recurrente u otros cuadros infecciosos. La ventaja es que potencialmente disminuiría el

3. dolor y el sangrado posoperatorio, aunque esto es materia de debate^{5,12}. Por otro lado, existe el riesgo de reaparición de la sintomatología por nuevo crecimiento del remanente amigdalino.



Dissección Fría

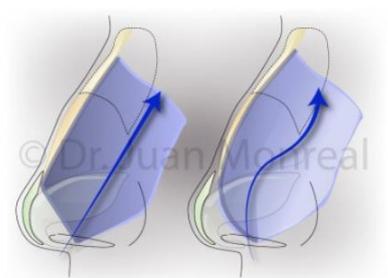
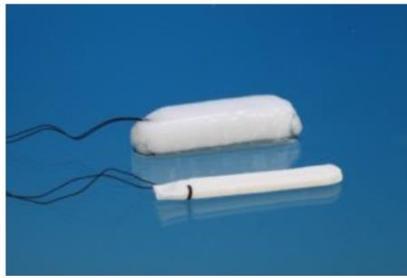


Fig.3 Instrumental de amigdalectomía fría. En la parte superior izquierda se observa el electrocauterio

RINOSEPTOPLASTIA

El tabique nasal o *septum nasale* es una **estructura de cartílago y hueso en forma de lámina** (o tabique) que divide la cavidad nasal en dos mitades las **septoplastias** son intervenciones quirúrgicas durante las cuales se realizarán cambios en el tabique de la nariz *las Rinoseptoplastias pueden realizarse mediante una **técnica cerrada** o una **técnica abierta** según los cambios anatómicos que se deban realizar.*

- Cuando la desviación es leve, el tabique puede ser tallado a ambos lados con el objetivo de corregir las curvas anómalas. Este tallado puede asistirse o no con suturas.
- Cuando la desviación es importante y los fragmentos no se pueden enderezar fácilmente se puede:
 - Extirpar los fragmentos desviados y aprovecharlos como injertos.
 - Extirpar los fragmentos desviados, tallarlos fuera de la nariz y reinsertarlos nuevamente.
 - En situaciones extremas puede ser necesario realizar una **septo plastia extracorpórea**.



Beneficios de la Rinoseptoplastia

- Mejora estética de una nariz torcida
- Eliminación de las obstrucciones nasales para mejorar la respiración.
- Corrección del tabique desviado.
- Puede mejorar los ronquidos y la apnea del sueño.
- Remodelación de la nariz y equilibrio con otros rasgos faciales.
- Resultados tanto a nivel estético como funcional.

La rinoseptoplastia se realiza en una clínica estética que cuente con todos los instrumentos necesarios para garantizar un procedimiento seguro, eficaz y un buen resultado. **La intervención dura aproximadamente 2 horas y se realiza bajo anestesia general.** Se hace una pequeña incisión en el interior de la nariz, se levanta la mucosa nasal y se retira o se reposiciona cualquier elemento que obstruya las vías respiratorias. La nariz se remodela a través de las mismas o diferentes incisiones y posteriormente estas se cierran. La hinchazón y los moretones son normales y previsible, pero disminuyen gradualmente hasta que desaparecen en unos pocos días. Las férulas y el yeso se usan durante la semana de recuperación. Los resultados finales son visibles en pocas semanas después de que la hinchazón haya desaparecido y la curación se haya completado.

Complicaciones y efectos secundarios en una Rinoseptoplastia

Complicaciones generales

- Dolor
- Sangrado
- Infección de la zona quirúrgica (herida).
- Coágulos

Complicaciones específicas

- Enrojecimiento
- Moretones e hinchazón
- Sangrado causado por una infección.
- Cicatrices antiestéticas
- Lesión en los nervios
- Obstrucción nasal
- Reducción del sentido del olfato

Postoperatorio y recuperación

Tras una rinoseptoplastia lo habitual es permanecer en reposo durante varios días y seguir una serie de pautas que aseguren el éxito de la **recuperación**.

- Se recomienda evitar cualquier tipo actividad que pueda causar algún impacto en la nariz: ejercicio físico o actividad extenuante, natación durante el primer mes tras la operación, sonarse la nariz ...
- El ejercicio físico moderado te ayudará a retomar las actividades normales tan pronto como sea posible pero debes seguir las instrucciones del especialista o médico.
- Con respecto a la higiene no se debe mojar el vendaje y por lo tanto hay que tener un especial cuidado a la hora de ducharse. Es conveniente usar un cepillo de dientes suave para la limpieza bucal.
- Evita los movimientos faciales bruscos y aquellos alimentos que necesiten ser masticados durante mucho tiempo.

Bibliografía

- j. m. (21 de 12 de 2020). *drmonreal*. Obtenido de drmonreal: <https://www.drmonreal.info/tratamientos-cirugia/rinoseptoplastia/>
- scherdel, e. p. (21 de 12 de 2020). *scpediatria*. Obtenido de AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA: http://scpediatria.cat/docs/ciap/2009/pdf/EPerello_ciap2009.pdf
- v, a. a., & m, c. s. (21 de 12 de 2020). *scielo*. Obtenido de Amigdalectomía y adenoidectomía:: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v76n1/art15.pdf>