



Medicina humana

Clínicas quirúrgicas
complementarias
“Amigdalectomía y
Rinoseptoplastia”
4to Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Alfredo López López

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Amigdalectomía y Rinoseptoplastia

Amigdalectomía

La técnica quirúrgica clásica es la amigdalectomía extracapsular bilateral, que corresponde a la resección quirúrgica de ambas amígdalas palatinas junto a su cápsula, mediante la disección del espacio periamigdalino. Corresponde a uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia por los otorrinolaringólogos. Las indicaciones y contraindicaciones de este procedimiento son:

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.

Técnica quirúrgica

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

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 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.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. 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.

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

Septoplastia

Indicaciones quirúrgicas

Desviación septal que provoque clínica tal como obstrucción nasal, respiración de predominio oral, que predisponga a la apnea del sueño o roncopatía (toda vez que el impacto de la deformidad septal en ambas patologías no se halla plenamente dilucidada). Resulta muy recomendable documentar la permeabilidad nasal con pruebas como la rinomanometría anterior activa y / o rinometría acústica.

Técnica de Killian (resección submucosa del septo)

Descrita en 1904, Killian fue uno de los impulsores de la cirugía del septo. En España se popularizó por el cirujano Botey. Consistía en realizar una incisión por detrás del borde caudal del cartílago cuadrangular, en pleno plano condral. Acto seguido se disecaban ambos mucopericondrios y mucoperiostios, para posteriormente resecar las deformidades septales. Resulta imprescindible conservar una tira de cartílago en el borde anterosuperior y anteroinferior del septo con la finalidad de prevenir las deformidades del dorso nasal, tal como caída de la punta nasal, el ensillamiento de la bóveda cartilaginosa, para evitar las caídas del dorso y punta, así como evitar retracciones columelares.

Se trata de una técnica actualmente obsoleta ya que no permite tratar adecuadamente segmentos de gran valor funcional, tal como la válvula y el borde libre septal, por otro lado resecciones amplias no están exentas de producir depresiones del dorso cartilaginoso. La corrección de la unión condrovomeriana resulta más compleja y favorece desgarros de uno o ambos mucopericondrios.

Por ello, la presencia de perforaciones septales postoperatorias se sitúa alrededor del 5%. Por último, no permite una adecuada reconstrucción del espacio septal tras la maniobra quirúrgica.

En resumen la técnica de Killian o resección submucosa de Killian es un procedimiento con severas limitaciones funcionales y no exento de secuelas cosméticas.

Técnica de Cottle

La técnica propuesta por Cottle se plantea básicamente como un procedimiento reconstructivo. La resección submucosa se halla limitada por “el marco de una

ventana” en el que sus márgenes no se pueden vulnerar; en la técnica de Cottle se puede trabajar dentro de esta ventana pero también incidir en sus márgenes. Cottle insiste igualmente en el concepto global de cirugía nasal septal frente a cirugía septopiramidal. Frecuentemente una deformidad septal se acompaña de una conformación externa de la pirámide nasal igualmente anómala. Ejemplos típicos lo constituyen grandes cifosis dorsales, narices ensilladas y el caso demostrativo por excelencia que son las lateralizaciones. Todas estas variaciones anatómicas de la pirámide, conllevan modificaciones del ángulo nasolabial, espacio valvular, volumen del aire inspirado, dirección y dinámica de la corriente aérea. Por ello la septoplastia es un procedimiento congruente en estas circunstancias, en la medida que asocia igualmente una cirugía de la pirámide; de ahí la importancia del concepto de septorrinoplastia funcional y correctora acuñado por Cottle y su escuela.

Presenta las siguientes ventajas:

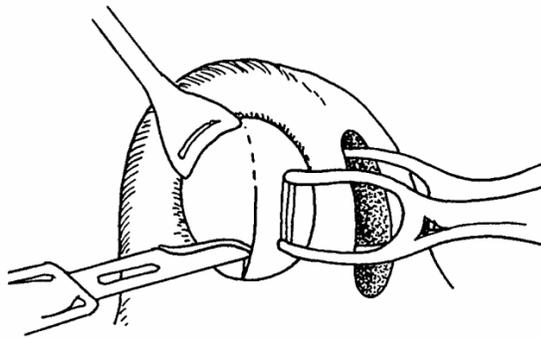
- Permite el acceso a todo el espacio septal sin sacrificar ningún elemento estructural.
- Permite usar diferentes técnicas de corrección-reconstrucción septal.
- La extracción de porciones desviadas se reconstruyen con injertos autólogos. Minimiza la cicatriz y permite una pared medial estable.

Técnica quirúrgica

Siempre bajo anestesia general. Colocando al paciente en decúbito supino y la cabeza elevada 30° respecto al cuerpo. Se colocan linternas con lidocaína al 2% y adrenalina 1:100.000. El cirujano diestro se coloca a la derecha.

1. Incisión hemitransfixiante: Se coloca el retractor de columela sobre septo cartilaginoso a unos 2 mm del borde caudal. Con el retractor de columela se pretende exponer el borde caudal del septo cartilaginoso. El instrumento abraza el espacio septal, aprisionando suavemente el cartílago; acto seguido se procede a desplazar el retractor suave y lentamente hacia los territorios más anteriores del espacio septal, hasta que nos aparece a la visión directa el borde libre septal. Es igualmente perceptible por el tacto; la transición en

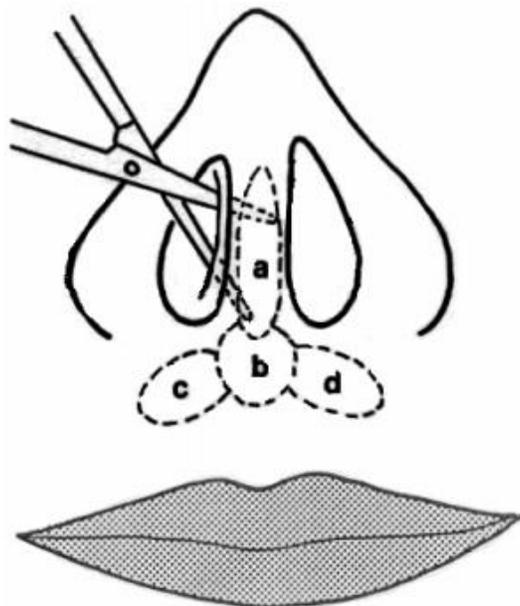
la liberación del cartílago respecto al septo membranoso se percibe con un chasquido característico. En este punto se aprisiona entre las dos valvas del retractor el septo membranoso. Se bascula el instrumento hacia la izquierda consiguiendo poner a tensión la zona de unión cutáneo mucosa que circunda al plano condral. Lo deslizamos hacia fuera hasta sobrepasar borde caudal cartílago cuadrangular. Lo fijamos y basculamos el mismo hacia la izquierda. Se introduce un protector de ala. Se realiza una incisión vertical del mucopericondrio derecho con bisturí nº 15 a 1-2 mm del margen caudal, sin vulnerar el plano condral. Se despega el mucopericondrio empleando el bisturí romo de Cottle y un aspirador despegador o incluso unas tijeras de punta fina hasta alcanzar el plano cartilaginoso que adquiere un característico color azulado.



2. Túneles antero-superiores Se despega el mucopericondrio del lado izquierdo con el aspirador despegador o el disector recto de Cottle. Los movimientos para diseccionar los elementos blandos son en dirección antero-posteriores y muy delicados, se trata de realizar un gesto como de barrer. Al concluir la maniobra se obtendrá una "bolsa" o túnel que se extiende en dirección ventrodorsal a lo largo de todo el septo cartilaginoso y óseo (lámina perpendicular del etmoides) y en dirección craneocaudal desde el techo hasta unión condral y etmoido-vomeriana. Siempre se efectúa esta maniobra bajo un adecuado y preciso control visual, ayudados con el especulum nasal de Cottle del número 5; sus valvas son finas y miden 5 cm de longitud. El túnel anterosuperior derecho se realiza de igual forma que el túnel anterior izquierdo.

3. Plano Mágico (preespinal) Consiste en la realización de una bolsa intraaponeurótica horizontal creada por delante del periostio y de las fibras conjuntivas que recubren espina nasal. Limitada por delante por el orbicular de los labios, por detrás por el periostio de la espina, cranealmente por la base de la columela y finalmente caudalmente por la mucosa gíngivolabial.

Esta maniobra se realiza con las tijeras de Knapp o McIndoe, introduciéndose a través de la incisión hemitransfixiante orientadas hacia el espacio entre ambas cruras mediales y apoyadas sobre el plano preespinal. El cirujano abre repetidamente sus tijeras en cuatro direcciones diferentes, una en la base de la columela, otras dos lateralmente a la primera y por último, si es preciso, se separa igualmente entre sí ambas pars medialis del los cartílagos alares. Finalmente se obtiene un plano de disección intraaponeurótico. Está alojado en el seno del labio superior, disponiéndose entre ambas alas nasales. Este plano creado es lo que Cottle denominó como “plano mágico”; permite la visualización y corrección de la base nasal y es imprescindible en aras a efectuar el tiempo quirúrgico siguiente.



4. Túneles inferiores A través de la incisión hemitransfixiante introducimos el especulum de Cottle del nº 3 o del 5. Se controla visualmente el periostio

preespinal y se seccionan las fibras conectivas preespinales con un bisturí del número 15, apoyándose en ambas vertientes laterales de la espina nasal anterior. Se reclinan lateralmente las fibras con la ayuda de un despegador robusto tipo McKenty. Una vez despegada la espina proseguimos la disección de los tejidos blandos hasta alcanzar a ambos lados las crestas piriformes. Con un despegador curvo de Cottle, empleando el extremo de mayor curvatura, se contornea la cresta; se despega hacia atrás y abajo la vertiente posterior de dicha cresta piriforme. Se prolonga la disección del suelo de la fosa nasal, en el ángulo diedro entre el espacio septal óseo y el suelo de la fosa nasal, empleando el despegador curvo de Cottle que dispone de una menor incurvación. Se repite la maniobra en el lado contralateral consiguiendo cuatro túneles, dos anteriores subpericóndricos y otros dos inferiores subperiósticos 1. Cartílago septal. 2. Mucopericondrio. 3. Mucoperiostio. 4. Espina nasal. 5. Incisión hemitransfixiante derecha. 6. Crestas piriformes; cortesía Dr. Montserrat) 5. Unión de túneles Mediante un especulum nasal de Cottle del número nº 5 o 7 se introduce una de las dos valvas en un túnel anterior, y otra en un túnel inferior; el despegador recto de Cottle permite liberar las fibras conectivas que unen el pericondrio homolateral con el contralateral, el pericondrio de un lado con el periostio homolateral y también el contralateral, es decir, facilita la disección de un denso entramado fibroso que sigue todas las direcciones del espacio. Esta disección es más difícil a nivel anterior.

Bibliografías

- Alvo, A., Sauvalle, M., Gianini, R. (2016) Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. Scielo. Pp. 100-101
- Puiggros, V., Olmo, P. (2002) Patología Del Septum Nasal. Septoplastia. Libro virtual de formación en ORL. Seorl. Net. Pp. 6-10