

TECNICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIA

MEDINA HUMANA 7MO SEMESTRE, CHRISTOPHER MANUEL LIY NAZAR

Dr. Alfredo lopez
lopez

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. Aecio de Amida (502-575 dC), en su “Contractae ex veteribus medicinae tetrabiblos”, entre otras muchas técnicas quirúrgicas, describe la forma de disección amigdalina mediante un cuchillete y un gancho. Ya en el siglo VI se conocía la importancia de encontrarse en el plano quirúrgico correcto para una buena cirugía. En el siglo XVIII, Philip Syng Physick, el padre de la cirugía norteamericana, utilizó fórceps para la extracción amigdalina, instrumentos que posteriormente derivarían en las guillotinas para amígdalas, desarrolladas por primera vez por MacKenzie a finales del XIX y que posteriormente sufrieron pocas modificaciones. La más importante de dichas modificaciones llegó en 1912 por parte de Grinfield Sluder, cuyo tonsilotomo fue el que tuvo mayor difusión llegándose a utilizar hasta bien entrado el siglo XX.

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.

indicaciones y contraindicaciones de este procedimiento.

- **Indicaciones absolutas**
- Roncopatía con pausas o SAHOS (atribuibles a hiperplasia amigdalina grado 3 o 4).
- Amigdalitis a repetición (definida según criterios de Paradise) o crónica.
- Posterior a segundo absceso periamigdalino
- Amigdalitis hemorrágica
- asimetría amigdalina (con sospecha de cáncer)

- **Indicaciones relativas**
- Enfermedad de berger
- Síndrome PANDAS
- Síndrome PFAPA
- Tonsilolitiasis
- **Contraindicaciones relativas**
- Trastornos de la coagulación
- Asma o controlado
- Proceso infeccioso concomitante
- Riesgo de insuficiencia velofaríngea

Técnica quirúrgica de la amigdalectomía. Antiguamente se solía hacer con una ligera sedación sin intubación y con una guillotina denominada Sluder, y 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. Más adelante 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. Otros autores preconizaron la amigdalectomía mediante críocirugía. Otra opción ha sido la utilización del láser, ya sea Co2 o KTP. Tanto el electrocauterio como el láser pueden reducir algo el riesgo hemorrágico pero a pesar de todo no lo pueden evitar del todo y algunos pacientes refieren algo más de dolor que la disección fría. Últimamente ha aparecido la amigdalectomía ultrasónica conocida también como radiofrecuencia, con diferentes aparatos con pequeñas variaciones entre ellos, como el coblator, quantum, gyrus, o bisturí armónico. Con estos elementos se ha reducido bastante la hemorragia y el dolor postoperatorio. En 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

amigdalas (amigdalectomía parcial) con láser o radiofrecuencia sin llegar a la cápsula.

Bibliografía http://scpediatria.cat/docs/ciap/2009/pdf/EPerello_ciap2009.pdf

Rinoseptoplastia

La rinoseptoplastia es una cirugía de nariz que implica dos aspectos, uno es estético y el otro es funcional.

Estos son:

La rinoplastia, para modificar el aspecto de deformidad de la nariz, como resecar gibas nasales o afinar la punta de la nariz.

La septoplastía, permite reparar la permeabilidad de la nariz con el fin de solucionar la obstrucción nasal.

La inquietud por querer someterse a una rinoseptoplastía puede surgir por ciertos síntomas o signos. Tal como la obstrucción nasal o la deformación de la nariz.

Causas de obstrucción nasal

Las causas de obstrucción de la nariz son:

Cornetes nasales hipertrofiados: Eso puede ser por factores genéticos o por alergias.

Tabique desviado: El tabique nasal debe estar en línea media, para el correcto funcionamiento de la nariz.

Tumores: Si bien es mucho menos frecuentes, también aparecen. A veces se manifiestan por obstrucción nasal como primer síntoma.

Rinoplastia

La rinoplastia se puede efectuar en el consultorio del cirujano, en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria, bajo anestesia local o general, según el procedimiento exacto y de las preferencias de las personas. Los procedimientos complejos pueden requerir una corta hospitalización. El procedimiento generalmente tarda de 1 a 2 horas. Puede demorar más.

La nariz y la zona circundante se insensibilizan con anestesia local. A usted probablemente lo sedarán un poco, pero estará despierto (relajado e insensible al dolor) durante la cirugía. La anestesia general le permite dormir durante toda la operación.

La cirugía se efectúa usualmente a través de un corte (incisión) hecho dentro de las fosas nasales. En algunos casos, la incisión se hace desde afuera, alrededor de la base de la nariz. Este tipo de incisión se usa para llevar a cabo un trabajo en la punta de la nariz o si usted necesita un injerto de cartílago. Si la nariz necesita ser afinada, la incisión puede extenderse alrededor de las fosas nasales. Se puede hacer una pequeña incisión dentro de la nariz para romperla, y darle forma al hueso.

Se puede poner una férula (metálica o plástica) por fuera de la nariz. Esto ayudará a conservar la nueva forma del hueso cuando se termine la cirugía. También se pueden colocar férulas plásticas suaves o tapones nasales en las fosas nasales. Para ayudar a mantener estable la pared divisoria entre las vías respiratorias (tabique).

LA SEPTOPLASTIA

Las alteraciones en la anatomía normal del septo pueden producir cambios tanto en la forma externa de la nariz como en su función. Una desviación septal puede ser causa de obstrucción nasal uni o bilateral, dependiendo de su localización ya sea en la porción ósea o cartilaginosa. Además las desviaciones tendrán repercusión sobre la pirámide dada su relación con los cartílagos triangulares y huesos propios.

TÉCNICA

• POSICIÓN DEL PACIENTE

Colocaremos al paciente en posición anti-Trendelenburg, a unos 20-30 °, con la cabeza algo flexionada (pero estable en su apoyo), de tal forma que el plano horizontal de Francfort sea perpendicular a la horizontal de la mesa. Con esta posición conseguimos una mejor visión del campo quirúrgico y favorecemos una cirugía más exangüe al dificultar el aporte sanguíneo.

• ABORDAJE

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 septorrinoplastia, 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). La incisión hemitransfixiante corta sobre el mucopericondrio en el borde caudal del septum (bien en el mismo borde caudal del cartílago septal o bien a medio centímetro de dicho borde) y se suele prolongar al suelo de la fosa para facilitar el acceso a la espina nasal. Como variante existe otro tipo de incisión, la de Morched y Bachei-Rad (parte por arriba de la arista nasal, bajo el borde de los huesos propios, se incurva hacia delante para hacerse vertical como la incisión clásica y después se incurva hacia atrás hacia el suelo de las fosas nasales). 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. La incisión se practica con un

bisturí del número 15, de abajo hacia arriba, para impedir que la sangre disminuya la visibilidad. Con la parte más convexa del bisturí o con instrumental diseñado para este fin (como el bisturí lenticular), se incide sobre el pericondrio hasta encontrar el plano subpericóndrico (el cartílago tiene un tinte blanconacarado). A partir de aquí con el aspirador-despegador de Guillén o a través de unas tijeras de punta fina (como la de Converse), se va despegando el cartílago, creando los túneles. En total son cuatro (superior e inferior de cada lado), pero según la experiencia del cirujano y la anatomía de la desviación, puede no ser necesaria la realización de todos ellos (de hecho, la conservación del mucopericondrio sin despegar del cartílago en un lado, ayuda a dar soporte y nutrición a la reconstrucción posterior).

CORRECCIÓN DE LA DEFORMIDAD:

Depende de la localización de la deformidad, pero siempre hay que respetar el soporte

estructural, de tal forma que debe mantenerse un bastidor cartilaginoso dorsocaudal de 1 a 1,5 cm para evitar la caída de la bóveda nasal.

1. Cresta anterior horizontal: Se realiza dos condrotomías, superior e inferior a la arista, resecaando una tira en forma de cuña de la desviación, para posteriormente realinear cartílago septal.
2. Cresta anterior vertical: Similar técnica pero esta vez las condrotomías son paralelas a la cresta, es decir, vertical.
3. Luxación borde anteroinferior septum: Normalmente se asocia a angulación posterior. Una vez resuelta ésta, al reponer axialmente el septum, colocando el borde inferior en la premaxila y se sutura a la espina anterior.
4. Desviación borde anterosuperior del septum: Como afectan al dorso nasal, es necesario movilizar los cartílagos laterales del septum afecto. Se realiza resecciones conservadoras. Para prevenir el posterior colapso de la válvula nasal, se colocan injertos expansores, que no son mas que pequeños fragmentos del cartílago extraído colocados en la parte más superior, en contacto con los cartílagos laterales.

5. Engrosamiento multilaminar del septum cartilaginoso: como consecuencia de traumatismos, el cartílago se engruesa, afectando a las dimensiones de la válvula nasal. Se reseca parcialmente el cartílago hasta conseguir un grosor óptimo.

FIJACIÓN/TAPONAMIENTO

A continuación, se fija el septum anterior a la espina nasal. Una opción es aproximar el septum a través de una sutura que asome por el surco gingivo-labial. Desde posterior a la incisión hemitransfixiante se pasa una sutura reabsorbible hasta túnel superior contralateral y desde allí al lado de la incisión (volviendo a atravesar cartílago y mucopericondrio).

Bibliografías

Carrasco, L., Merino, A., & Faraggi, M. (2015). Rinoseptoplastía en pacientes fisurados. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 71(2), 171-178.

Galicia, D. M. T., & Domínguez, J. V. (2016). Rinoseptoplastia con anestesia local. In *Anales de Otorrinolaringología Mexicana* (Vol. 54, No. 4, pp. 137-140).