

Título del trabajo:

Resumen sobre Amigdalectomía y rinoseptoplastia

Unidad IV

Nombre de la asignatura: Clínicas Quirúrgicas básicas

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Alfredo López López

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 05 de Enero de 2021.

AMIGDALECTOMÍA

Se define como "amigdalectomía" a la resección de la amígdala palatina, uni o bilateral. Cuando se resecan simultáneamente las adenoides solemos llamarla adenoamigdalectomía. Es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en la actualidad.

Indicaciones Absolutas

Cáncer amigdalar.

Obstrucción grave de la vía aérea en la orofaringe por hipertrofia amigdalar.

Hemorragia amigdalar persistente.

Indicaciones Relativas Amigdalitis aguda recidivante:

- 7 o mas episodios en el último año.
- 5 al año en los últimos dos años.
- 3 al año en los últimos tres años.

Cada episodio debe cumplir al menos uno de estos criterios:

Exudado purulento, fiebre mayor de 38º, linfadenopatías anteriores, cultivo positivo para estreptococo beta-hemolítico del grupo A.

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 Metzembbaum), 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

Disección Fría

Disposición del cirujano: El cirujano se colocará a la cabecera de la mesa de quirófano.

La instrumentista en uno de los laterales. Preparación del paciente: Una vez anestesiado, se coloca un rodillo bajo los hombros del paciente y se realiza hiperextensión cervical (Posición de Rose)

Se coloca el abrebocas de Davis, que se apoya en los incisivos superiores y cuya paleta sube la lengua hacia el suelo de la boca. El abrebocas no debe atrapar el labio superior, ni la paleta rozar la arcada alveolodentaria inferior pues podría erosionarla. La lengua debe quedar en la posición más centrada posible, y es conveniente usar una pala de abrebocas que permita que la base de la lengua no nos tape el polo inferior de la amígdala. Es importante vigilar la correcta colocación del tubo endotraqueal y que éste no se vea. En resumen, la correcta colocación del abrebocas nos permitirá una exposición completa de las amígdalas y nos facilitará enormemente la cirugía.

Ya colocado el abrebocas existe la posibilidad de infiltrar las amígdalas. La infiltración deberá hacerse en el espacio periamigdalino tanto en polo superior como en polo inferior de la amígdala. Previa a la introducción de la anestesia, deberemos cerciorarnos de que no nos encontramos en el interior de un vaso mediante la aspiración con la jeringa.

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 amigdalár. 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 visualizando correctamente 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 amigdalár 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. Es decir, “la mano que disecca es la mano de la amígdala”. Evidentemente, para disecar ambas amígdalas deberemos dominar el manejo del instrumental con ambas manos. 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. Sin embargo este procedimiento se halla en discusión y no se ha llegado a un consenso pues hay datos que apuntan hacia la posibilidad de un incremento en el sangrado postoperatorio debido a la sutura. No se dispone de estudios concluyentes que informen si es mejor utilizar bisturí, tijeras o disector, siendo los resultados y las complicaciones parecidas en todos ellos y, evidentemente, siempre sujetos a la pericia del cirujano. No obstante actualmente se prefiere el disector romo o la tijera de Metzembraum pues nos permiten una disección más roma que el bisturí. Las amígdalas se envían normalmente para su estudio anatomopatológico, aunque la literatura nos sugiere que puede ser innecesario.

Disección con electrocauterio

Se le denomina amigdalectomía caliente. Se trata de la técnica más utilizada en EEUU. La disección con electrocauterio o bisturí eléctrico no implica una técnica diferente a la explicada anteriormente. Puede ser monopolar o bipolar confinando este último la energía a un área mínima.

BIBLIOGRAFÍA:

Barona R, Martín E. Amigdalectomía en el siglo XXI: Nuevas técnicas para viejas indicaciones. SCM Newsletter ORL/Pediatría N° 14. 2005.

Cardwell M, Siviter G, Smith A. Fármacos antiinflamatorios no esteroides y hemorragia perioperatoria en la amigdalectomía pediátrica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Cervera J, Del Castillo F, Gómez JA, Gras JR, Pérez B, Villafruela MA. Indicaciones de Adenoidectomía y Amigdalectomía: Documento de Consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y la Asociación Española de Pediatría. Acta Otorrinolaringol Esp 2006; 57: 59-65.

RINOSEPTOPLASTIA

La obstrucción nasal es una de las causas más frecuentes de consulta otorrinolaringológica general. Diversas estructuras juegan un rol en la mantención de una adecuada función respiratoria nasal, incluyendo el tabique, los cornetes, las paredes laterales y las alas nasales. La cirugía del tabique y de los cornetes inferiores son los procedimientos más comúnmente realizados y aunque son efectivos en un gran porcentaje de los casos, en ocasiones se deben intervenir otras estructuras nasales para corregir adecuadamente la obstrucción. La cirugía con fines primariamente funcionales de las válvulas nasales externa e interna, de la punta y/o de la pirámide ósea se ha denominado "rinoplastía funcional". Dada la importancia de estas estructuras para la recuperación de una adecuada permeabilidad nasal estática y dinámica, el diagnóstico y manejo quirúrgico de estas condiciones debe ser de dominio del otorrinolaringólogo.

Criterios de exclusión

- Menores de 16 años
- Pacientes que no cooperen o que rechacen la técnica.
- Alteraciones en los exámenes de laboratorio.
- Hipoacusia o idiomas distintos de aquellos que utilizan los miembros del grupo médico

Material y método

Realizamos una revisión de los procedimientos quirúrgicos reconstructivos empleados en cirugía nasal y que pueden ser aplicados de acuerdo a las subunidades nasales bien descritas por diferentes autores tanto en cirugía nasal reconstructiva como estética.

Antes de su ingreso al quirófano, se les aplicó en cada fosa nasal una nebulización de clorhidrato de oximetazolina(50 mg en 100 mL de cbp), además de dexametasona (8 mg,IV), metoclopramida (10 mg, IV) y ranitidina (50 mg, IV).Ya en quirófano, se inició

la sedación con midazolam (30mcg/kg) seguido por fentanil (2 mcg/kg). En cuanto el anestesiólogo informó que el paciente se encontraba sedado y con amnesia, se procedió a infiltrar la base nasal con la solución anestésica (aproximadamente 1 cc). Posteriormente, la cabeza y el cuerpo de los cornetes inferiores se infiltraron con alrededor de 0.5 cc cada uno.

La infiltración prosiguió en septum todo lo largo y ancho, y en el piso a nivel del vestíbulo, aproximadamente 5 mm atrás de la abertura piriforme (en busca del palatino descendente), para proceder después con el área valvular y los cartílagos inferiores (en los sitios en que se realizarían los cortes).



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 submucopericondríco 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.

Bibliografía

Arias GJ, González LJ. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, Rinoplastía. España; 2009. Ca-pítulo 57. pp. 781-92.

Greenberg DB, Braun IM, Cassem NH. Functional somatic symp-toms and somatoform disorders. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederamn J, Rauch SL, eds.

Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008, cap. 24.