



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.
MEDICINA HUMANA 7MO SEMESTRE**

UNIDAD IV

TECNICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

***AMIGDALOTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA:
CONCEPTOS, TÉCNICAS***

DR. ALFREDO LOPEZ

DEBORA NIETO SANCHEZ

Amigdalotomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas

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, alcanzando en Estados Unidos más de 500.000 procedimientos anuales en menores de 15 años.

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.

- **Amigdalectomía extracapsular.**

Dentro de los instrumentos más frecuentemente utilizados se encuentran:

- a) **Dissección 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.
- 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.

- **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 debate⁵. Por otro lado, existe el riesgo de reaparición de la sintomatología por nuevo crecimiento del remanente amigdalino.

RINOSEPTOPLASTÍA

Evaluación clínica y estudio de la obstrucción nasal de origen anatómico-funcional

Después de obtener una historia clínica meticulosa, un adecuado examen físico será el aspecto más importante en el diagnóstico de estos pacientes. La inspección externa detectará laterorrinias,

hundimientos óseos, ptosis y algunos colapsos valvulares, mientras que la evaluación endonasal mediante rinoscopia anterior permitirá observar desviaciones del tabique nasal e hipertrofia de los cornetes nasales, además de evidenciar otras patologías cicatriciales, inflamatorias o tumorales. Funcionalmente, se deben valorar las válvulas nasales, lo que se puede hacer mediante inspiración forzada o con la maniobra de Cottle. Esta consiste en traccionar lateralmente la mejilla, lo que tensa la pared lateral nasal y abre la VNI. La prueba se considera positiva cuando el flujo aéreo inspiratorio por la fosa.

Cirugía del tabique nasal

La septoplastia consiste en el abordaje del tabique cartilaginoso y óseo a través de un túnel subpericóndrico-subperióstico, con remodelación y/o resección de los segmentos desviados, manteniendo o reconstruyendo siempre una adecuada estructura de soporte para el dorso y la punta nasal. Generalmente se acepta que la preservación de un marco de tabique cartilaginoso dorsal y caudal ("L strut") de al menos 1 a 1,5 cm es suficiente para este propósito. Este marco se relaciona con los huesos nasales hacia cefálico en la llamada "keystone area" y hacia inferior y caudal con la espina nasal anterior. En la cirugía es también importante identificar y tratar obstrucciones debido a prominencias o desviaciones de la cresta maxilar, estructura donde se apoya inferiormente el tabique nasal. Aunque en la mayoría de los casos, la septoplastia se realiza mediante incisiones endonasales, en ocasiones es necesario acceder mediante incisiones externas (septoplastia abierta)¹⁰ o bien extraer el tabique cartilaginoso, remodelarlo y luego reposicionarlo en el paciente (septoplastia extracorpórea).