

Universidad del sureste

Clinica Quirurgica Complementaria

Resumen

Tema: “Cirugias De Otorrinolaringologia”

Catedrático: Alfredo López López

Alumna: Aurora Flor D´ Luna Dguez Mtz

CARRERA: Medicina Humana

7mo Semestre

4to Parcial

Tuxtla Gutierrez, Chis. A Diciembre del 2022

La otorrinolaringología es la rama médica que estudia el oído, la nariz, la faringe y la laringe desde los puntos de vista de las ciencias y de las artes médicas. Desde la antigüedad la curiosidad y la inquietud han conducido al hombre a observar su constitución, su forma de ser en cuanto respecta a las afecciones del oído, Hipócrates se interesa por la membrana del tímpano. Galeno practicaba la extracción de cuerpos extraños alojados en el oído externo por medio de ganchos, pinzas y sondas.

La cirugía del oído medio es el conjunto de intervenciones quirúrgicas para tratar problemas en la membrana timpánica, en la cadena de huesecillos articulados entre sí (martillo, yunque y estribo) y en las celdas mastoideas (cavidades del hueso temporal). El oído se mantuvo como uno de los pocos órganos del cuerpo en el que no se había hecho ningún progreso en procedimientos quirúrgicos en los últimos 30 años, especialmente en la dirección de abordajes mínimamente invasivos.

La nariz es susceptible de heridas traumáticas debido a su posición central en la cara y la proyección anterior de la pirámide nasal. La fractura nasal corresponde a la fractura facial más frecuente y a la tercera fractura más común del esqueleto humano. Las causas más frecuentes de esta fractura son agresiones físicas, caídas accidentales, accidentes deportivos y de tránsito. El tratamiento consiste en hacer una reducción de la fractura, convencionalmente entre 7 y 10 días posterior a la fractura, sin embargo, existe cierta noción en que cuanto antes se intente su reducción más posibilidades existen de obtener un resultado exitoso.

Las enfermedades de oído nariz y garganta constituyen un grupo de patologías de gran importancia debido a su alta frecuencia, afectando a toda la población. En Estados Unidos, la aspiración de cuerpos extraños sigue produciendo un importante número de muertes en la población, a pesar de los significativos avances en el manejo de la vía aérea; la incidencia anual de muertes por aspiración oscila entre 500 y 2000 casos al año. A nivel nacional las estadísticas realizadas en los servicios de consulta externa de diferentes instituciones concluyen que el 40% de los pacientes, acuden por problemas de oído nariz y garganta. Las patologías de mayor frecuencia son infecciones de vías respiratorias

altas con un 40%, infecciones a nivel de la faringe con una prevalencia de 21%, otitis media aguda y crónica 16%, nariz y senos paranasales 3% y la enfermedad de rinitis alérgica se presenta en un 13%. Razones que sitúan a la otorrinolaringología como una de las especialidades de mayor demanda médico quirúrgica.

AMIDALECTOMIA

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 amigdalares 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.

Las indicaciones de la amigdalectomía han variado bastante a lo largo de la historia. Lógicamente, en la era preantibiótica, la amigdalectomía se reveló como un arma terapéutica muy efectiva tanto para la curación como para la prevención de las complicaciones de las infecciones amigdalares, como lo son la glomerulonefritis postestreptocócica y la fiebre reumática con sus complicaciones, una de las más temidas la cardiopatía reumática. Pero posteriormente, cuando el uso de antibióticos estaba ya plenamente instaurado, siguieron llevándose a cabo amigdalectomías de forma masiva por indicaciones muchas veces peregrinas como pérdida de apetito, retrasos en el crecimiento, etc... Llegándose, en EEUU en 1949, a realizar 1'4 millones de amigdalectomías sólo en ese año. Esta tendencia prosiguió hasta la década de 1970, momento en que se comienzan a cuestionar las indicaciones, lo que redundó en un claro descenso de las amigdalectomías. Hasta el punto de que, de las casi 2 millones que se realizaban anualmente en la década de 1960 hasta los 400.000 al año que se realizan actualmente en EEUU, se calcula que han descendido en un 80% las

amigdalectomías en los últimos 20 años. En la actualidad, las indicaciones de amigdalectomía continúan en discusión aunque se han consensuado diversas indicaciones.

Indicaciones Absolutas

- Cáncer amigdalario.
- Obstrucción grave de la vía aérea en la orofaringe por hipertrofia amigdalario.
- Hemorragia amigdalario persistente.

Indicaciones Relativas

- Amigdalitis aguda recidivante: - 7 o más 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 38°, linfadenopatías anteriores, cultivo positivo para estreptococo beta-hemolítico del grupo A.
- Amigdalitis crónica: Aquella cuyos signos y síntomas persisten más allá de 3 meses pese a tratamiento médico adecuado. El absceso periamigdalino en principio no es indicación de amigdalectomía en su primer episodio. Se considera indicación su repetición.

No se considera indicada la amigdalectomía para tratar: - Trastornos del desarrollo pondoestatural. - Maloclusión dental o alteraciones del desarrollo facial. - Halitosis persistente. - Trastornos de masticación o disfagia, siempre y cuando éstos no asocien obstrucción sintomática de la vía aérea. Contraindicaciones No existen contraindicaciones absolutas para la amigdalectomía. Se aconseja esperar 2-3 semanas tras la última infección aguda, aunque según autores se debe esperar unos 3 meses. La amigdalectomía de Quinsy, o amigdalectomía en caliente del absceso periamigdalino, es una opción muy controvertida y que en principio se reserva para casos seleccionados. Infecciones activas en la vecindad, como por ejemplo infecciones dentarias, deben ser tratadas con anterioridad.

Técnicas quirúrgicas

Cada día se desarrollan nuevos instrumentos y se describen técnicas más modernas en las cirugías, que busquen ser más rápidas y simples, además de brindar una mejor recuperación al paciente. La amigdalectomía mediante bisturí es la técnica estándar, sin embargo ha sido reemplazada por la disección electroquirúrgica (con electrocauterio principalmente), minimizando el sangrado y haciendo menores el tiempo y el costo del procedimiento; sin embargo, a pesar de estos beneficios el electrocauterio parece causar más dolor en el postoperatorio con incapacidad para el inicio de la alimentación por vía oral y como consecuencia de mayor riesgo de deshidratación, mayor estancia en el hospital y un mayor índice de reinternamientos por sangrados postoperatorios. Otras técnicas utilizadas en la amigdalectomía incluyen láser, tijeras microbipolares, microdebridadores. En los últimos años, la investigación y las tendencias se han inclinado hacia el uso del cauterio monopolar, la amigdalectomía con tecnología de coablación y amigdalectomía con radiofrecuencia. Dentro de los aspectos a considerar para determinar la técnica ideal es importante considerar el tiempo quirúrgico, hemorragias trans y postoperatorias, dolor postoperatorio, tiempo de curación de la herida.

Complicaciones

La amigdalectomía no está libre de riesgos y complicaciones tanto transoperatorias como postoperatorias inmediatas y tardías. Aunque son poco frecuentes es importante considerarlas. La preparación adecuada del paciente ayuda a prever o prevenir estos hechos, sobre todo evitando la prescripción de aspirina, no abusando de los analgésicos por sus efectos anticoagulantes, y propiciando la ingesta oral abundante de líquidos.

Aproximadamente el 1.3% de los paciente requieren mayor estancia hospitalaria por la presencia de complicaciones que impiden su egreso y casi el 4% de los pacientes requieren reingreso al hospital por complicaciones de la cirugía, principalmente dolor, vómito, fiebre o hemorragia. Las complicaciones aparecen más frecuentemente en pacientes con alteraciones cráneo-faciales, síndrome de Down, parálisis cerebral, cardiopatías y alteraciones en la coagulación; asimismo tienen mayor riesgo de complicaciones los pacientes menores de tres años de

edad en quienes se documentó SAOS por medio de polisomnografía. La complicación más temida es la hemorragia trans o postoperatoria. Se presenta entre el 0.1% y el 4% de los casos, y se clasifica en temprana (0.2% a 2.2%) si se presenta durante las primeras 24 horas de postoperatorio y tardía (0.1% a 3%) si es posterior a estas 24 horas, la cual generalmente se presenta entre el quinto y décimo día del postoperatorio y se debe a la caída de la costra hemática del lecho amigdalino. Generalmente, es más grave la hemorragia temprana que la tardía y hay factores que incrementan el riesgo de sangrado como la presencia de un absceso o la técnica quirúrgica utilizada. En ocasiones, es necesario el manejo intrahospitalario del paciente y la reintubación para la revisión quirúrgica, con el fin de controlar el sangrado.

Otras complicaciones transoperatorias de la amigdalectomía incluyen al trauma dental y de tejidos blandos en boca y faringe; laringoespasma; edema laríngeo; aspiración; compromiso respiratorio y paro cardiorrespiratorio. Además puede haber lesión de estructuras cercanas como ojos, labios y mandíbula o complicaciones postoperatorias como náusea, vómito, dolor intenso, deshidratación, otalgia, edema pulmonar postobstructivo, traqueobronquitis, edema facial, insuficiencia velofaríngea y estenosis nasofaríngea. Se han reportado otras complicaciones raras como el daño de grandes vasos cervicales, principalmente la carótida, así como el enfisema subcutáneo, trombosis de vena yugular, subluxación atlantoaxial, alteraciones del gusto, dolor de cuello persistente e inclusive, la muerte.

Rinoseptoplastia

La obstrucción nasal es una de las causas más frecuentes de consulta otorrinolaringológica general. Sus etiologías son múltiples, incluyendo factores anatómicos, inflamación/ edema, secreciones, malformaciones, tumores y cuerpos extraños, entre otros. Respecto a las causas anatómicas, 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. Se

estima que las fosas nasales serían responsables de al menos el 50% de la resistencia total de la vía aérea. Las estructuras antes mencionadas conforman zonas de mayor resistencia denominadas válvulas nasales.

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 examinada mejora, lo que se observa en pacientes con válvulas estrechas o colapsadas. Aunque muchas personas notarán cierto beneficio en el flujo nasal, en casos de colapso esta mejoría será sustancial. Otra forma de evaluar la VNI consiste en levantar y soportar el ángulo valvular interno introduciendo algún instrumento dentro de la fosa nasal, como una cureta de oído. Con el fin de cuantificar los síntomas y poder hacer comparaciones entre pacientes o entre tratamientos, se han desarrollado cuestionarios específicos para la obstrucción nasal. La más utilizada es la NOSE, que da valores del 0 al 4 a los síntomas nasales de congestión, obstrucción, dificultad respiratoria, dificultad para dormir y dificultad para ejercitarse.

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 septoplastía se realiza mediante incisiones endonasales, en ocasiones es necesario acceder mediante incisiones externas (septoplastía abierta) o bien extraer el tabique cartilaginoso, remodelarlo y luego reposicionarlo en el paciente (septoplastía extracorpórea). Esto puede estar especialmente indicado en caso de desviaciones septales altas, necesidad de uso de injertos espaciadores o de extensión septal, tabiques severamente desviados o con depleción importante de cartílago. Muchos cirujanos favorecen también el uso de endoscopios, que permiten identificar mejor los planos, abordar de manera mínimamente invasiva espolones septales, acceder a segmentos más altos del tabique, poder ver y mostrar el procedimiento en una pantalla, entre otras ventajas. Otra condición particular en la cirugía del tabique nasal son las desviaciones del septum caudal, que pueden requerir de técnicas de remodelación especiales para preservar o reconstruir el marco dorso-caudal que proporciona parte importante del soporte de la punta y del dorso nasal.

Cirugía de los cornetes inferiores

Los cornetes nasales son estructuras de la pared lateral de la fosa nasal. Los más constantes son el superior, medio e inferior; y de éstos, el inferior es el único formado por un hueso distinto (los otros dependen del hueso etmoidal). El cornete inferior está compuesto por un centro óseo, una capa submucosa con glándulas y una mucosa epitelial. Su estructura plegada puede aumentar la superficie mucosa endonasal hasta 200 cm² y contribuye en varios aspectos de la función nasal, como la humidificación y termorregulación del aire inspirado, la regulación del flujo nasal y la producción de secreciones. Para esto consta de un tejido eréctilmente vascularizado y una compleja regulación autonómica. El manejo de la obstrucción nasal por cornetes inferiores aumentados de tamaño incluye tanto tratamientos médicos como quirúrgicos. Mientras que los medicamentos actúan únicamente en los tejidos blandos, la cirugía puede actuar sobre éstos, la estructura ósea o ambos. Las cirugías incluyen la lateralización o outfracture; resección submucosa del hueso conchal; resección submucosa con microdebridador; reducción submucosa con radiofrecuencia, electrocauterización u otros; y la turbinectomía parcial.

Rinoplastía funcional

En ocasiones, la obstrucción nasal puede deberse también a problemas estructurales de la nariz externa, como las alas, punta, válvulas y la pared lateral ósea. El término “rinoplastía funcional” comprende todas las técnicas dirigidas a modificar la estructura externa con el objetivo de mejorar la respiración nasal. Respecto a la VNE, se han descrito distintas técnicas para mejorar la fuerza y estabilidad de esta zona, incluyendo injertos como el de reborde alar y el listón alar, y suturas como la de tracción de crus lateral. Otras técnicas de utilidad están dirigidas a tratar una concavidad anormal de la crus lateral, como vástagos y reposiciones. Una técnica sencilla y útil es usar la porción cefálica de la crus lateral, que normalmente se reseca, como soporte al doblarlo sobre sí mismo, maniobra conocida como “turn-in flap”. En cuanto a la VNI, la importancia del adecuado manejo de la bóveda nasal media es fundamental para obtener buenos resultados estéticos y funcionales en rinoplastía. Los injertos espaciadores o spreader grafts se han convertido en el caballo de batalla para la reconstrucción de la VNI. De acuerdo a la ley de Poiseuille, incluso disminuciones pequeñas del ángulo normal de 10-15 grados entre el CLS y el septum pueden determinar una obstrucción significativa de la vía aérea a nivel de la VNI. Por otro lado, cualquier debilidad estructural de esta zona la hace susceptible al colapso cuando aumenta el flujo, siguiendo el principio de Bernoulli. Los injertos espaciadores consisten en listones de cartílago que se posicionan y suturan entre los CLS y el tabique nasal, para ensanchar la VNI. Además, permiten restaurar las líneas estéticas dorsales, reconstruir el dorso nasal y ayudar a enderezar algunas laterorrinias. Una modificación a esta técnica consiste en utilizar parte del mismo CLS y plegarlo sobre sí mismo para restaurar la forma en T de la bóveda cartilaginosa, maniobra llamada spreader flap. Otras técnicas dirigidas a sostener o aumentar el ángulo valvular son los injertos en mariposa y las suturas ensanchadoras o flaring sutures.

Microsoft Word - AMIGDALECTOMÍA maquetado.doc (seorl.net)

Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello · September 2020

DOI: 10.4067/S0718-48162020000300360