

Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez
“Amigdalectomía y Rinoseptoplastía”
Clínica Quirúrgica Complementaria
Dr. Alfredo Lopez
Br. Oscar Adalberto Zebadua LOpez
Estudiante de Medicina
7to Semestre



19 de diciembre de 2022, Tuxtla
Gutiérrez Chiapas

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.

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. 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.
- b. Asa: Tipo de disección fría y rápida en la que se extrae la amígdala con asa de alambre.
- c. Daniels: Corresponde a la amigdalectomía realizada con guillotina.
- 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.
- e. Bisturí armónico: Corresponde a un bisturí que utiliza energía ultrasónica para vibrar a 55.000 ciclos por segundo.
- 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.
- g. Microdebridador: Se utiliza principalmente para amigdalectomía intracapsular, técnica que mencionaremos más adelante.

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.

Se producen en el perioperatorio secundarios principalmente a la intubación, medicamentos utilizados o dosis administradas. En caso de dosis subóptimas se pueden producir alteraciones del ritmo cardíaco o broncoespasmo. Las correspondientes al posoperatorio se recomienda la administración de ondansetrón, antagonista del receptor de serotonina

que ha demostrado ser efectivo y puede ser considerado un antiemético de primera línea en niños sometidos a cirugía

- **Complicaciones anestésicas:** Arritmias, broncoespasmos, laringoespasma, edema vascular, aspiración, náuseas y vómitos.
- **Complicaciones posquirúrgicas:** Hemorragia, Insuficiencia velar, Broncoaspiración de sangre, Estenosis nasofaríngea y/u orofaríngea, Infecciones y Parálisis de nervios lingual, hipogloso o glossofaríngeo.

Rinoseptoplastia.

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, ya 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. 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.

El septum cartilaginoso soporta el dorso nasal, desde la zona cefálica al lóbulo hasta la unión con el hueso, o rinion. Para corregir las desviaciones es necesario incluir en las diferentes técnicas quirúrgicas la liberación del septum de la línea media; esta unión al triangular es lo que se resiste a su reposición. Las curvaturas del septum, además de producir desviaciones de la porción cartilaginosa de la nariz, impactan la forma y la posición de la punta produciendo obstrucción al dislocarse en alguna de las ventanas nasales.

Metas De La Rinoseptoplastia.

Tendrá como objetivo la reposición de la lámina cuadrangular en la línea media sin que sobre ella se ejerzan fuerzas o tensiones y continúe dando soporte al techo cartilaginoso de la nariz. Seremos como en todo el proceso de la cirugía de la nariz conservadores, limitando la resección de cartílago sólo a las zonas desviadas para que sea posible la reposición en la línea media.

Las angulaciones del cartílago desaparecen con frecuencia al ser liberados de la mucosa o de su relación con otras estructuras (cartílagos triangulares, vómer, etmoides o la cresta.) Otras indicaciones de la septoplastia fuera del contexto de la rinoplastia se exponen a continuación:

- Obstrucción al flujo nasal por desviación del tabique nasal
- En pacientes roncópatas o diagnosticados de SAOS (la reducción del flujo aéreo nasal promueve un mayor colapso faríngeo y como procedimiento previo al uso de la CPAP) • En patología inflamatoria nasosinusal (la alteración del drenaje fisiológico de los senos produce retención de secreciones)
- Obtención de injertos cartilagosos u óseos
- Cefalea de región nasal (por compresión del cornete medio por una desviación septal)
- Vía de abordaje (vía transnasal para alcanzar hipófisis)

Técnica.

• Posición Del Paciente.

Colocaremos al paciente en posición anti-Trendelemburg, 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.

Bibliografía:

1. Maeso Plaza DAM, Rincón PAE, Ortega P, Álamo D. Libro virtual de formación en ORL [Internet]. Seorl.net. [citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/049%20-%20SEPTORRINOPLASTIA.pdf>
2. Alvo A, Sauvalle M, Sedano C, Gianini R, Resumen V 3. Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones Tonsillectomy and adenoidectomy: Concepts, techniques and recommendations [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v76n1/art15.pdf>