



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

MÉDICO:

ACIVIDAD: CIRUGIA AMIGDALECTOMIA

ESTUDIANTE: CARLOS MANUEL LAZARO VICENTE

7MO SEMESTRE

NUMERO DE LISTA:4

A:19/12/22

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 otros¹. 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

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 examinada mejora, lo que se observa en pacientes con válvulas estrechas o colapsadas⁶. 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

Cirugía del tabique nasal

La septoplastía 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.

En la cirugía es también importante identificar y tratar obstrucciones debido a prominencias o desviaciones de la cresta maxilar⁹, 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)

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 diagnóstico y tratamiento de la obstrucción nasal es una de las áreas principales de la práctica otorrinolaringológica. Dependiendo de la causa, un porcentaje importante de pacientes tendrán indicación de manejo médico, pero en caso de una obstrucción anatómica o pérdida de soporte estructural podrán requerir de cirugía. En este contexto, la septoplastía y la cirugía de cornetes inferiores son los procedimientos más comunes y, bien indicados, tienen una alta probabilidad de éxito. En ocasiones, la obstrucción compromete otras regiones de

la nariz, como las válvulas nasales, la punta o la pirámide ósea, por lo que se requiere de técnicas que actúen también en la nariz externa. El conjunto de procedimientos quirúrgicos orientados a los tejidos blandos, cartílagos y huesos de la pirámide nasal externa han sido denominados rinoplastia funcional, en donde el objetivo primario es mejorar o restaurar una adecuada permeabilidad nasal.

Las infecciones crónicas o recurrentes de las amígdalas modifican la respuesta inflamatoria del tejido causando una discapacidad inmunológica, con lo que se disminuye la protección local.

Las indicaciones de la amigdalectomía son polémicas. Las más frecuentemente consideradas son las infecciones y problemas inflamatorios de la faringe (47% de los casos), incluyendo amigdalitis o faringoamigdalitis recurrentes o crónicas, amígdalas crípticas, úlcera amigdalina, abscesos amigdalinos o periamigdalinos;

La amigdalectomía constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguamente descritos y el más frecuentemente realizado en todo el mundo. Su historia se remonta a más de 3000 años de antigüedad documentándose su existencia en manuscritos de la India y en los primeros escritos de Celsius en el año 50 DC. La amigdalectomía ha experimentado substanciales variaciones en su técnica desde sus inicios, en la que se realizaba con anestesia local, resecaando el tejido amigdalino mediante disección clásica. Posteriormente aparecieron la resección con asa de alambre, los amigdalótomos de Sluder y Daniels, hasta llegar a las técnicas actuales, más sofisticadas y orientadas a disminuir el tiempo operatorio por la rapidez de su aplicación, el sangrado intraoperatorio, la necesidad de hemostasia y las complicaciones postoperatorias.

- Pronóstico y calidad de vida

Posterior a la amigdalectomía disminuye la incidencia de faringitis en cerca del 45% de los casos, aunque probablemente esta cifra esté sobreestimada pues la recurrencia de infecciones disminuye con la edad aún sin manejo quirúrgico. A pesar de no estar del todo comprobado el beneficio de disminuir los procesos infecciosos, la amigdalectomía continúa realizándose y probablemente en muchos de los casos es innecesaria; es importante considerar siempre los riesgos y la morbilidad que implica el procedimiento cuando su indicación son las infecciones de repetición. Los pacientes que cumplen con los criterios de Paradise de manera estricta e intentando probar la "certidumbre" de cada episodio tienen mayor beneficio con el tratamiento quirúrgico.

Hay que recordar que aunque se retiren las amígdalas, el paciente aún tiene tejido linfóide en la faringe, por lo que la amigdalectomía no es la panacea para la solución de las faringitis y el paciente sometido a amigdalectomía puede continuar presentando cuadros faríngeos infecciosos o inflamatorios. Si los cuadros de faringoamigdalitis de repetición no son dependientes de las amígdalas, la cirugía no ofrece mayor beneficio. Se han descrito casos de abscesos posteriores a una amigdalectomía, los cuales pueden llegar a presentarse desde meses hasta muchos años después del procedimiento; generalmente en pacientes que tienen tejido amigdalino remanente,

Los pacientes con infecciones amigdalinas recidivantes tienen afectación seria de la su estado de salud, con repercusión en el funcionamiento físico y la calidad de vida; los niños con obstrucción severa pueden presentar hasta en el 30%-40% de los casos alteraciones cognitivas y de comportamiento (menor rendimiento escolar, enuresis, hiperactividad, agresión, ansiedad, depresión y somatización), además de presentar problemas en la calidad de vida y alteraciones vocales. En cuanto a las infecciones de repetición aún existe controversia sobre el beneficio de

someter a estos pacientes al procedimiento quirúrgico, sin embargo se reporta disminución de la frecuencia y severidad de las infecciones después de la cirugía, con una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

<https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/2/59>

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-actualidades-sobre-amigdalectomia-X0185106313687349>