



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Medicina humana

7mo semestre

Clínica qx complementaria

Rinoseptoplastia y amigdalectomia

Dr Alfredo Lopez Lopez

Alumna: Maria Mercedes Marroquin Hernandez

Tuxtla gutierrez a: 19-12-2022

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. Se estima que las fosas nasales serían responsables de al menos el 50% de la resistencia total de la vía aérea. La válvula nasal externa (VNE) es un espacio volumétrico ubicado entre la narina caudalmente, el tabique y la crus media del cartílago alar (CA) hacia medial, el CA y tejido fibrograso anterolateralmente, y la apertura hacia la válvula interna hacia posterior, mientras que la espina nasal y el piso de la fosa nasal conforman su límite inferior. Por otro lado, la válvula nasal interna (VNI) es un área comprendida entre el septum nasal medialmente, el borde caudal del cartílago lateral superior (CLS) superolateralmente, la cabeza del cornete inferior inferomedialmente y el piso nasal inferiormente. Se considera que la VNI es la zona más estrecha de la fosa nasal y que el ángulo entre el CLS y el tabique es de 9 a 15 grados en población caucásica. La interacción entre estas distintas estructuras puede condicionar que la obstrucción sea estática, dinámica o mixta. Además, distintas etiologías pueden y suelen combinarse en un mismo paciente, haciendo necesario un diagnóstico preciso para poder plantear el mejor plan de tratamiento. Los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados para el tratamiento de la obstrucción nasal en adultos son la septoplastia y las distintas cirugías orientadas a disminuir el tamaño de los cornetes inferiores. Aunque altamente efectivos en un gran porcentaje de los casos, en ocasiones se requiere actuar sobre otras estructuras de la nariz para restaurar un adecuado flujo aéreo nasal.

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. En ocasiones, los hallazgos clínicos pueden ser complementados con endoscopia (nasofibroscopia y endoscopia nasal rígida), tomografía computarizada de nariz y cavidades paranasales, rinomanometría y/o rinometría acústica. Los estudios endoscópicos y por imágenes podrían detectar algunas causas de obstrucción nasal no evidenciadas durante la rinoscopia anterior, por lo que tienen un rol importante en caso de

que el examen físico no explique completamente los síntomas o ante duda diagnóstica. Por otra parte, la rinomanometría y la rinometría acústica son exámenes que buscan medir la obstrucción nasal de manera objetiva. 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. 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). 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. 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 eréctil ricamente vascularizado y una compleja regulación autonómica. 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 nasal³⁰. Una revisión sistemática y metaanálisis reciente encontró un cambio significativo en los puntajes NOSE de síntomas obstructivos nasales después de la rinoplastia funcional a los 12 meses, con una reducción de 43-50 puntos (de un total de 100), aunque limitados por la heterogeneidad de los estudios. 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 cruz lateral. Otras técnicas de utilidad están dirigidas a tratar una concavidad anormal de la cruz lateral, como vástagos y reposiciones. 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

Amigdalectomía

Como casi todos los procedimientos quirúrgicos, las técnicas para efectuar una amigdalectomía han sido refinadas al paso de los años de acuerdo con el desarrollo de nuevos instrumentos y de nuevas tecnologías, encaminadas siempre a reducir la morbilidad y mortalidad del procedimiento, así como a incrementar la eficiencia de la cirugía. Las amígdalas ayudan a proteger contra infecciones. Sin embargo, los niños con amígdalas grandes pueden tener problemas para respirar en la noche. Las amígdalas también pueden atrapar un exceso de bacterias, lo que puede llevar con frecuencia a dolores de garganta. En cualquier caso, las amígdalas del niño se vuelven más dañinas que protectoras. La inervación de las amígdalas depende principalmente del IX y X pares: El IX que da las llamadas ramas tonsilares. El X par, al tener parte en la inervación de la faringe también contribuye formando, en conjunto con el IX par, un complicado entramado de ramas nerviosas sensitivas y motoras. Las amígdalas clásicamente se describen como recubiertas por una cápsula, pero no todos los autores se ponen de acuerdo en ello. A efectos funcionales, diremos que lo que se denomina capsula es una vaina fibrosa de color blanco llamada también fascia faríngea que recubre la amígdala 4/5 partes. Dicha cápsula envía trabéculas hacia el parénquima que llevan vasos, nervios y linfáticos eferentes. No existen linfáticos aferentes. Una importante relación anatómica de las amígdalas, muy a tener en cuenta por parte del cirujano, es la arteria carótida interna, que discurre por lo general lateral y profundamente a la amígdala, en concreto por detrás del músculo constrictor superior. También detrás de este músculo se encuentra el IX par craneal. En cuanto a su histología, están rodeadas por una cápsula y recubiertas por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Este epitelio no sólo recubre la parte externa de la amígdala sino que se invagina y recubre también las criptas amigdalares. Dichas criptas se encuentran en un número de entre 10 y 30 por amígdala, formando auténticos canales que discurren por dentro de la amígdala, y tienen la función de ampliar la superficie receptora de antígeno de la oro faringe hasta 295 cm². Aún más, las criptas se hallan rodeadas de un complicado sistema de estructuras entre las que se encuentran vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nódulos linfáticos con sus correspondientes centros germinales. 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.

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

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. Contraindicaciones generales del paciente tales como riesgo anestésico, enfermedades sistémicas no controladas, y sobre todo patologías relacionadas con la coagulación deben ser estudiadas y tratadas previamente a la cirugía. No son contraindicaciones si la cirugía es imperativa. Se recomendaba clásicamente no intervenir por debajo de los tres años. Actualmente esto va a depender de la necesidad de la intervención teniendo en cuenta que la pérdida hemática puede repercutir en mayor medida.

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.

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 amigdalar. 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 amigdalar.

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 disecciona 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. 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. 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. Amigdalectomía con láser CO2 El láser consiste en la concentración de fotones en un haz de luz que transmite energía calorífica. La amigdalectomía con láser consiste en la reducción y eventual eliminación total de la amígdala mediante la carbonización con láser CO2 o láser KTP. Los estudios resuelven que en manos de un cirujano entrenado es una técnica segura y que proporciona un menor sangrado intraoperatorio, si bien se la ha relacionado con tasas estadísticamente significativas de mayor dolor postoperatorio que la disección fría o que la disección con bisturí eléctrico. En general no parece aportar ventajas a las otras técnicas, por lo que muchas veces se lo ha considerado como “un bisturí muy caro” en lo que a amigdalectomía se refiere. Amigdalectomía con bisturí armónico El bisturí armónico es un instrumento que usa la vibración ultrasónica para cortar y coagular los tejidos. El corte es posible gracias a una hoja afilada con una frecuencia vibratoria de unos 55’5 kHz. Mientras que la hemostasia se logra mediante la transferencia de energía mecánica a los tejidos, la cual rompe los enlaces hidrógeno de las proteínas y genera calor por la fricción. Es resaltable que la temperatura del bisturí armónico es mucho menor que la del electrocauterio, lo que redundaría en un menor daño tisular. Por otro lado, en los estudios que comparan electrocauterio y armónico, no se encuentran diferencias en cuanto a pérdida de sangre intraoperatoria ni a frecuencia de hemorragias postquirúrgicas. En cuanto a las diferencias en el dolor postoperatorio los estudios son contradictorios. Sin embargo parece que algunos estudios indican que el tiempo quirúrgico se alargó con el bisturí armónico. Esto último, de todas formas, puede deberse perfectamente a que se trata de un material poco usado y que el cirujano no está habituado a usar el armónico tanto como el eléctrico

Amigdalectomía Intracapsular Se realiza mediante un microdebridador que es un instrumento con una cuchilla cortante acoplada a un sistema de succión continuo y se basa en la amigdalectomía parcial o reducción de amígdalas, usándose por ello más en los desórdenes obstructivos del sueño. Se asocia de forma significativa a una gran reducción en el dolor postoperatorio. No hay una elevación estadísticamente significativa de las hemorragias postoperatorias o del sangrado intraoperatorio

Referencias

<https://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/079%20-%20AMIGDALECTOM%C3%8DA%20Y%20ADENOIDECTOM%C3%8DA%20INDICACIONES,%20T%C3%89CNICAS%20Y%20COMPLICACIONES.pdf>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142d.pdf>

<https://sochiorl.cl/uploads/80-03-14.pdf>