

**DOI:** 10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.189-201

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/449>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de Revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 3205 Medicina Interna

**PAGINAS:** 189-201



## Indicaciones de amigdalectomía

Indications of tonsillectomy

Indicações de amigdalectomia

**Paul Ricardo Vilatuña Fustillos<sup>1</sup>; Jessica Anabel Tinoco García<sup>2</sup>; Lisseth Carolina Paguay Orozco<sup>3</sup>; Carlos Patricio Guamán Guaranga<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 18/11/2019 **ACEPTADO:** 20/12/2019 **PUBLICADO:** 31/01/2020

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; paulrvf@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6964-7193>
2. Médico General; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador, Ecuador; jessica.tinocog@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3091-9283>
3. Médico General; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; Guayaquil, Ecuador; lichitapaguayorozco@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0515-9817>
4. Médico General; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; Guayaquil, Ecuador; patog15031@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9479-9161>

### **CORRESPONDENCIA**

**Paul Ricardo Vilatuña Fustillos**

paulrvf@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La amigdalectomía es una cirugía que se recomienda cuando los ataques de amigdalitis son tan frecuentes o severos que empiezan a afectar la salud general del niño o cuando interfieren con las actividades escolares, la audición o la respiración. Especialistas consideran que las amigdalectomías son más comunes y frecuentes de lo necesario, por lo que se debe buscar una segunda opinión cuando existan dudas, considerando que, se realiza una amigdalectomía cuando: en un paciente se presentan cinco o más casos de amigdalitis en un año, se presentan tres o más casos de amigdalitis por año en un lapso de dos años, cuando hay obstrucciones en la parte superior del conducto de aire debido a una hipertrofia de las amígdalas y cuando se presentan abscesos recurrentes en las amígdalas. Esta patología, se recomienda además, cuando las amígdalas están agrandadas y obstruyen el acceso a las adenoides durante una cirugía de adenoidectomía o cuando el doctor sospecha de la presencia de un tumor de amígdala. La mayoría de las veces, la amigdalitis es causada por un virus. Con menos frecuencia, es causada por la misma bacteria que causa la faringitis estreptocócica. La amigdalitis se transmite, a través del aire en pequeñas gotas cuando una persona infectada respira, tose o estornuda. El principal síntoma de esta enfermedad es el dolor de garganta. La garganta y las amígdalas suelen verse enrojecidas e hinchadas. Las mismas, pueden presentar manchas o pus que las cubren por completo o por sectores. La fiebre también es común. Entre sus indicaciones se encuentra el tratamiento con antibióticos. No obstante, los médicos solo aconsejan la cirugía para extirpar las amígdalas (amigdalectomía), considerando que esta enfermedad incluyen infecciones que suceden una y otra vez o infecciones duraderas que no mejoran después del tratamiento y que se interponen en las actividades cotidianas.

**Palabras clave:** Amigdalectomía, Adenoidectomía, Faringitis estreptocócica, Hipertrofia de las Amígdalas.

## ABSTRACT

Tonsillectomy is a surgery that is recommended when tonsillitis attacks are so frequent or severe that they begin to affect the child's general health or when they interfere with school activities, hearing or breathing. Specialists consider that tonsillectomies are more common and frequent than necessary, so you should seek a second opinion when there are doubts, considering that, a tonsillectomy is performed when: in a patient there are five or more cases of tonsillitis in a year There are three or more cases of tonsillitis per year within two years, when there are obstructions in the upper part of the air duct due to hypertrophy of the tonsils and when recurrent abscesses occur in the tonsils. This pathology is also recommended when the tonsils are enlarged and obstruct access to adenoids during adenoidectomy surgery or when the doctor suspects the presence of a tonsil tumor. Most of the time, tonsillitis is caused by a virus. Less frequently, it is caused by the same bacteria that causes strep throat. Tonsillitis is transmitted, through the air in small drops when an infected person breathes, coughs or sneezes. The main symptom of this disease is a sore throat. The throat and tonsils are usually reddened and swollen. They may have spots or pus that cover them completely or by sectors. Fever is also common. Among its indications is antibiotic treatment. However, doctors only recommend surgery to remove the tonsils (tonsillectomy), considering that this disease includes infections that happen over and over again or lasting infections that do not improve after treatment and that get in the way of daily activities.

**Keywords:** Tonsillectomy, Adenoidectomy, Streptococcal pharyngitis, Tonsil hypertrophy.

## RESUMO

A amigdalectomia é uma cirurgia recomendada quando os ataques de amigdalite são tão freqüentes ou graves que começam a afetar a saúde geral da criança ou quando interferem nas atividades escolares, na audição ou na respiração. Os especialistas consideram que as amigdalectomias são mais comuns e frequentes do que o necessário, portanto, você deve procurar uma segunda opinião quando houver dúvidas, considerando que uma amigdalectomia é realizada quando: em um paciente há cinco ou mais casos de amigdalite em um ano. ou mais casos de amigdalite por ano dentro de dois anos, quando houver obstruções na parte superior do duto aéreo devido à hipertrofia das amígdalas e quando ocorrerem abscessos recorrentes nas amígdalas. Essa patologia também é recomendada quando as amígdalas são aumentadas e obstruem o acesso a adenóides durante a cirurgia de adenoidectomia ou quando o médico suspeita da presença de um tumor de amígdala. Na maioria das vezes, a amigdalite é causada por um vírus. Com menos frequência, é causada pelas mesmas bactérias que causam infecções na garganta. A amigdalite é transmitida pelo ar em pequenas gotas quando uma pessoa infectada respira, tosse ou espirra. O principal sintoma desta doença é uma dor de garganta. A garganta e as amígdalas geralmente ficam avermelhadas e inchadas. Eles podem ter manchas ou pus que os cobrem completamente ou por setores. Febre também é comum. Entre suas indicações está o tratamento com antibióticos. No entanto, os médicos recomendam apenas a cirurgia para remover as amígdalas (amigdalectomia), considerando que esta doença inclui infecções que ocorrem repetidas vezes ou infecções duradouras que não melhoram após o tratamento e atrapalham as atividades diárias.

**Palavras-chave:** Amigdalectomia, Adenoidectomia, Faringite estreptocócica, Hipertrofia da amígdala.

### Introducción

La amigdalectomía, “es una cirugía programada que consiste en la extirpación (extracción) de las amígdalas y/o adenoides, según sea el caso, seguido de una hemostasia corrección del sangramiento de la zona operada”. (Gamboa, 2017, pág. 8). A través, de esta cirugía se busca y espera sacar el foco infeccioso (amígdalas y/o Adenoides), aliviar la obstrucción respiratoria y el ronquido según sea la indicación quirúrgica, con lo cual se busca mejorar la calidad de vida del paciente.

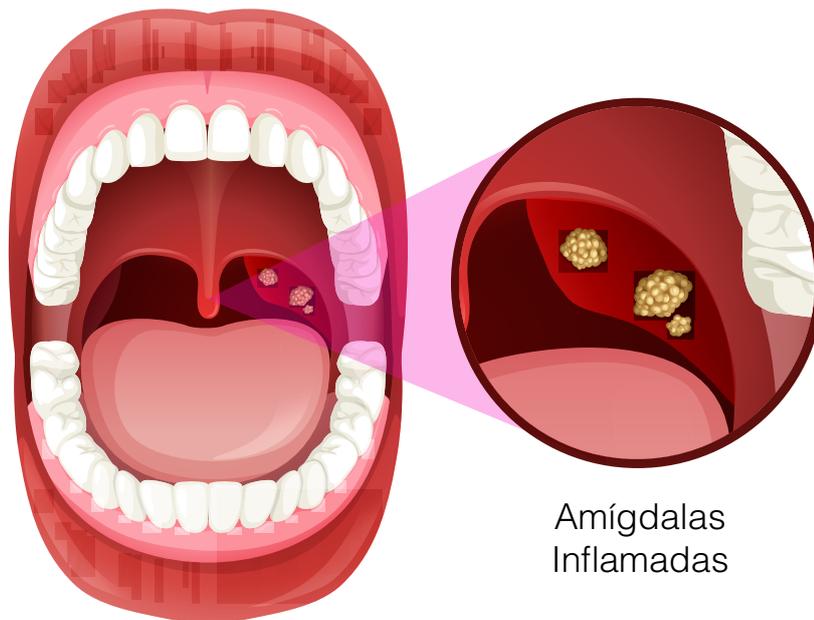
Eventualmente, y como consecuencia de la manipulación del instrumental puede, durante la cirugía, dañarse alguna pieza dental. En condiciones normales, se espera que durante el período postoperatorio se presente sangramiento (dentro de las 4 a 6 horas siguientes a la intervención); dolor; deshidratación producto de la limitación en la ingesta (consumo) de líquidos o debido a la presencia de vómitos y/o náuseas, todo lo cual será objeto de observación y tratamiento”. (Gamboa, 2017, pág. 8).

Siendo poco frecuente, puede ocurrir que en una amigdalectomía se presente hemorragia (sangramiento) tardía que según la intensidad puede producir anemia y/o shock. En ocasiones, según (Seres, 2016, pág. 15), “es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados derivados de la sangre”. Esto, debido a que la infección de la zona operatoria es poco frecuente y si ocurre amerita tratamiento médico. Es por ello que, durante la intervención, algunas veces, se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen).

La molestia más frecuente que puede experimentar el paciente, una vez terminada la intervención (en el postoperatorio inmediato), es el mal funcionamiento del velo del paladar (voz nasal o gangosa) y el paso de líquidos por la nariz, lo cual suele ser transitorio, corrigiéndose sólo. Eventualmente, podría requerir de tratamiento por otros especialistas (fonoaudiólogo). (Seres, 2016, pág. 16),

El tiempo estimado de cirugía es de 1 a 2 horas variando según cada caso. En este proceso, se requiere del uso de anestesia, la que será determinada por el médico anestesista atendida las características, beneficios y riesgos para el paciente. (Cassitt, 2017, pág. 34) El riesgo quirúrgico en general está relacionado a la presencia de enfermedades previas; como enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes) o cardiovasculares, edad, infecciones recurrentes respiratorias etc. El riesgo vital es excepcional (1 por 16.000) en intervenciones de este tipo. Para (Cassitt, 2017, pág. 36):

Las amígdalas palatinas y vegetaciones adenoideas forman parte de los tejidos linfoides que rodean a la faringe y suponen una primera barrera para la infección. El tamaño de las amígdalas, visible por inspección, en muy pocas ocasiones se correlaciona con la obstrucción de la vía aérea. La patología más frecuente de esta enfermedad se encuentra relacionada con la infección y con su hipertrofia, debido a que la misma puede disminuir el flujo aéreo nasal.



Amígdalas  
Inflamadas

**Figura 1.** Amígdalas Inflamadas

**Fuente:** Autores 2020

Las amígdalas o tonsilas palatinas corresponden a dos estructuras que se ubican en la fosa tonsilar, delimitada por los pilares palatogloso hacia anterior, palatofaríngeo hacia posterior, músculo constrictor superior de la faringe hacia lateral, paladar blando hacia superior y raíz de la lengua como límite inferior. (Cassitt, 2017, pág. 41). Éstas, se encuentran rodeadas por un tejido de mayor densidad denominado cápsula amigdalina, dependiente de la fascia faringobasilar. Entre estas estructuras queda delimitado el espacio periamigdalino, donde se encuentran algunas glándulas salivales menores conocidas como glándulas de Weber, cuya infección tendría relación con la etiopatogenia de los abscesos periamigdalinos.

La cara medial de las tonsilas palatinas es mamelonada, y posee la desembocadura de las criptas amigdalinas. Su irrigación se divide en 3 segmentos: el segmento superior se encuentra irrigado por ramas de la arteria palatina descendente, su tercio medio por la arteria faríngea ascendente y su tercio inferior por ramas tonsilares de las arterias lingual, facial y palatina ascendente. Su inervación depende principalmente del nervio glossofaríngeo. (Cassitt, 2017, pág. 42)

### Fuentes documentales

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para (Arias, 2010), las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”. (p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada por encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el “INDICACIONES DE AMIGDALECTOMÍA” para luego explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

### Técnicas para la recolección de la información

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documenta-

les, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. En tal sentido, (Arias Ob cit) refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante su aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación. Tal como lo expresa, (Arias Ob cit) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según, (Arias, Ob cit) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos, es necesario establecer las técnicas que serán seleccionadas, destacándose en este caso, de manera particular: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha

sido seleccionado.

## Resultados

### Amigdalectomía

La amigdalectomía es la extirpación quirúrgica de las amígdalas, dos almohadillas ovaladas de tejido que se encuentran en la parte posterior de la garganta (una de cada lado). (Cassitt, 2017, pág. 50). Esta cirugía solía ser un procedimiento frecuente para tratar la infección y la inflamación de las amígdalas (amigdalitis). Hoy en día, se suele llevar a cabo para tratar la respiración asociada a trastornos del sueño; no obstante, aún se puede recurrir a la amigdalectomía cuando la amigdalitis ocurre con frecuencia o no responde a otros tratamientos.

También puede ser necesaria para tratar problemas respiratorios o de otro tipo relacionados con el agrandamiento de las amígdalas y enfermedades poco frecuentes de las amígdalas.

El tiempo de recuperación de una amigdalectomía suele ser de, al menos, 10 días y hasta 2 semanas. (Cassitt, 2017, pág. 50). La técnica quirúrgica clásica en este tipo de cirugía es la extracapsular bilateral, que corresponde a la resección quirúrgica de ambas amígdalas palatinas junto a su cápsula, mediante la disección del espacio periamigdalino. Esta técnica 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 (Cassitt, 2017, pág. 50) . Las indicaciones y contraindicaciones de este procedimiento se resumen en la Tabla N° 1.

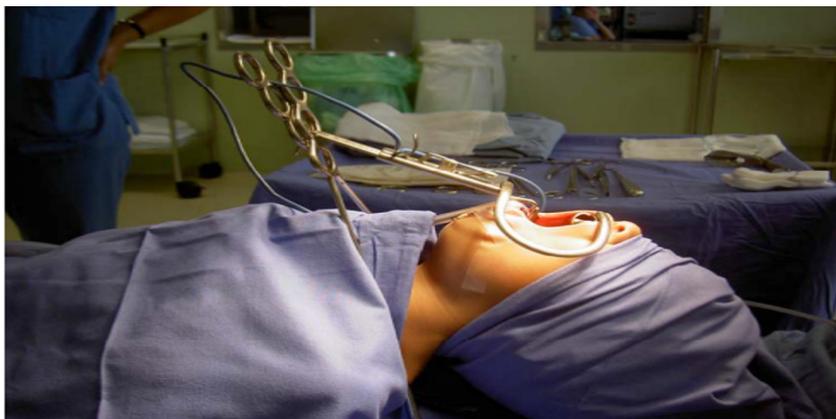
**Tabla 1.** Indicaciones y contraindicaciones de amigdalectomía

Indicaciones absolutas	Indicaciones relativas <sup>a</sup>	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.	

**Fuente:** (Cassitt, 2017, pág. 41)

Para darle curso a este tipo de cirugía, se procede a la sujeción de la amígdala mediante pinzas de Allis o pinzas para amígdalas de Foerster (o de White, o Colver...), (Martínez, 2017, pág. 33), 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 según (Martínez, 2017, pág. 33), en ese límite donde el médico “incidirá la mucosa con el bisturí, las tijeras o el disector y donde separaremos la mucosa de la cápsula amigdalina”. 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. Al realizarlo, se deberá mantener la tracción con las pinzas, deberemos encontrar el plano de fibras musculares claramente separado del tejido amigdalino.



**Figura 2.** (Posición de Rose)

**Fuente:** (Martínez, 2017, pág. 33)

La disección de la amígdala según (Martínez, 2017, pág. 35), puede realizarse de muchas formas. Habitualmente, se realizará desde el polo superior hacia el polo inferior. En el caso de que se use disector roma, la disección puede realizarse tanto de superior a inferior como de inferior a superior. Es decir, “de arriba abajo” o de “abajo a arriba”. Sea como sea, lo importante, lo fundamental de esta cirugía, es estar constante-

mente visualizando correctamente el plano muscular y trabajar con el instrumento disector lo más pegados a la amígdala posible. Es así como evitaremos dejarnos algún resto de tejido amigdalario en el lecho, cosa que, como veremos más adelante, puede provocar sangrados postoperatorios. 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.



**Figura 3.** Abrebocas de Davis colocado

**Fuente:** (Martínez, 2017, pág. 33)

Para (Martínez, 2017, pág. 36), de manera general, “se aconseja no empezar la disección de la otra amígdala hasta que se ha realizado una hemostasia, si no perfecta, casi total”. Una vez se han disecado ambas amígdalas se puede proceder a la reconstrucción del istmo de las fauces. 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.

### **Causas que motivan la Amigdalectomía**

Entre las causas que originan o dan pie al diagnóstico de una amigdalectomía se en-

cuentra lo siguiente:

- Amigdalitis recurrentes, crónicas o intensas.
- Complicaciones del agrandamiento de las amígdalas.
- Sangrado de las amígdalas.
- Otras enfermedades poco frecuentes de las amígdalas.

Su origen se debe a que, las amígdalas producen determinados tipos de glóbulos blancos que combaten enfermedades. (Bogoutt, 2016, pág. 13). Por lo tanto, se cree que las amígdalas actúan como la primera línea de defensa del sistema inmunitario contra las bacterias y los virus que ingresan a la boca. Esta función puede hacerlas especialmente vulnerables a infecciones e

inflamación.

El problema es más común en los niños debido a que la función de las amígdalas en el sistema inmunitario es más activa antes de la pubertad. (Martínez, 2017, pág. 15), Asimismo, a diferencia del sistema inmunitario de un adulto, el sistema de un niño ha tenido menos exposición a las bacterias y los virus, y todavía tiene que desarrollar inmunidades a estos.

Según (Martínez, 2017, pág. 17), puede recomendarse una amigdalectomía para evitar episodios frecuentes y recurrentes de amigdalitis. Por lo general, frecuente se define como:

- Más de siete episodios al año.
- Más de cinco episodios al año en cada uno de los dos años anteriores.
- Más de tres episodios al año en cada uno de los tres años anteriores.

El procedimiento también puede recomendarse si:

- Una infección bacteriana que causa amigdalitis no mejora con el tratamiento con antibióticos.
- Una infección que produce una acumulación de pus detrás de una amígdala (absceso tonsilar) no mejora con el tratamiento con medicamentos o con un procedimiento de drenaje.

### **Complicaciones del agrandamiento de las Amígdalas**

Las amígdalas a criterio de (Ecoutt, 2016, pág. 22) “pueden agrandarse después de infecciones frecuentes o persistentes, o pueden ser naturalmente grandes”. Puede usarse una amigdalectomía para tratar los siguientes problemas ocasionados o complicados por las amígdalas agrandadas:

- Dificultad para respirar.
- Interrupción en la respiración durante el sueño.

- • Dificultad para tragar.

### **Otras enfermedades de las amígdalas**

Asimismo, (Ecoutt, 2016, pág. 25), señala que una amigdalectomía también puede utilizarse para tratar enfermedades o afecciones poco frecuentes de las amígdalas, por ejemplo:

- Tejido canceroso en una o ambas amígdalas.
- Sangrado recurrente de los vasos sanguíneos cerca de la superficie de las amígdalas.

### **Riesgos**

En base a lo anteriormente señalado, (Ecoutt, 2016, pág. 24), considera que la amigdalectomía, al igual que otras cirugías, tiene ciertos riesgos:

- Reacciones a los anestésicos. Los medicamentos que hacen que duermas durante la cirugía suelen causar inconvenientes menores y de corto plazo, como dolor de cabeza, náuseas, vómitos o dolores musculares. Si bien uno de los riesgos de la anestesia general puede ser la muerte, los problemas graves a largo plazo son poco frecuentes.
- Hinchazón. La hinchazón de la lengua y de la parte blanda superior de la boca (paladar blando) puede ocasionar problemas para respirar, en especial, durante las primeras horas después del procedimiento.
- Sangrado durante la cirugía. En algunos casos excepcionales, ocurre un sangrado grave durante la cirugía que requiere tratamiento adicional y un internamiento en el hospital más prolongado.
- Sangrado durante la cicatrización. Durante el proceso de cicatrización puede haber sangrado, en especial, si se quita demasiado pronto la costra de la herida.
- Infección. Excepcionalmente, la cirugía

puede provocar una infección que requiera otro tratamiento. (Ecoutt, 2016, pág. 24)

### Técnicas quirúrgicas

Para, (Godoy, 2016, pág. 8), “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, tal y como se describe a continuación:

1. Amigdalectomía extracapsular. Dentro de los instrumentos más frecuentemente utilizados se encuentran:

- Disección 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 tómulas embebidas en subgalato de bismuto, técnica hemostática que mencionaremos más adelante.
- Asa: Tipo de disección fría y rápida en la que se extrae la amígdala con asa de alambre<sup>11</sup>. 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- **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.

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. (Godoy, 2016, pág. 11). La misma, 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. Por otro lado, existe el riesgo de reaparición de la sintomatología por nuevo crecimiento del remanente amigdalino. (Godoy, 2016, pág. 11).

### **Recomendaciones post operatorias de la amigdalectomía**

A. **Observación:** Luego de la cirugía, se recomienda trasladar al paciente a una sala de recuperación, donde se mantenga en observación durante al menos 30 minutos. Se recomienda mantener el ayuno por 4-6

horas, permitiendo únicamente la ingesta de agua fría.

B. **Alta hospitalaria:** Para los pacientes pediátricos el alta hospitalaria se puede dar el mismo día de la intervención, al menos 6 horas posterior al término de ésta. Es importante evaluar la realimentación, diuresis y ausencia de hemorragia. En el caso de comorbilidades importantes, síndrome de apnea obstructiva del sueño severa, complicaciones posoperatorias, vivir lejos de un centro hospitalario, etc; se recomienda mantener una noche durante observación previo al alta<sup>3,5</sup>.

C. **Analgesia:** Se recomienda el uso de paracetamol horario por 5-7 días en dosis ajustadas según el peso del paciente. No existe evidencia significativa que demuestre que el uso de AINEs se asocie a mayor riesgo de sangrado en pacientes pediátricos (con la posible excepción del ketorolaco), es por esto que es posible adicionar ibuprofeno horario, ajustando la dosis según el peso del paciente. No se recomienda el uso de opiáceos como codeína, ya que no se ha demostrado efecto beneficioso superior al del paracetamol por sí solo y además agrega todos los efectos secundarios de los narcóticos (constipación, náuseas, vómitos y depresión respiratoria).

D. **Control:** El primer control debe ser realizado 1 semana posterior al procedimiento, por su médico tratante. (Cuello, 2016, pág. 76)

### **Indicaciones**

Entre las indicaciones generales, según (Munir, 2017, pág. 12), está cómo prepararse para la cirugía, para lo cual se señala lo siguiente:

- Todos los medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos dietéticos que se toman regularmente.
- Antecedentes personales o familiares de reacciones adversas a la anestesia.

- Antecedentes personales o familiares de trastornos hemorrágicos.
- Alergia conocida u otras reacciones negativas a medicamentos, como antibióticos.

Las instrucciones para la preparación se encontrarán basadas en las siguientes indicaciones:

- No tomar aspirina ni otro medicamento que contenga aspirina durante por lo menos dos semanas antes de la cirugía.
- No comer nada después de la medianoche previa a la cirugía programada. El cirujano te dará indicaciones sobre la ingesta de comida y líquidos antes de presentarse en el hospital.
- Hacer los arreglos para el regreso a casa.
- Planificar un tiempo de recuperación de 10 días a 2 semanas o más. Es posible que los adultos necesiten más tiempo que los chicos.

Algunas de las preguntas para hacerle al médico o al personal del hospital para el paciente o su representante son las siguientes:

- ¿Cuáles son las restricciones en mi dieta antes de la cirugía?
- ¿Cuándo debo llegar al hospital?
- ¿Dónde debo registrarme?
- ¿Puedo tomar otros medicamentos recetados los días previos a la cirugía? ¿Cuándo puedo tomar la última dosis?
- ¿Cuál es el tiempo de recuperación esperado?
- ¿Qué restricciones en las actividades o en la dieta debo esperar durante la recuperación?

Lo que puede esperar el paciente:

La amigdalectomía se realiza generalmente

como un procedimiento ambulatorio. Esto significa que el paciente puede volver a su casa el mismo día de la cirugía. Es posible que el paciente tenga que quedarse internado por una noche si tiene una enfermedad compleja, si surgen complicaciones o si la cirugía se realizó en un niño pequeño.

### **Durante la cirugía**

Debido a que la amigdalectomía se realiza con anestesia general, tú o tu hijo no estarán conscientes durante el procedimiento, ni sentirán dolor durante la cirugía. El cirujano puede cortar las amígdalas con un bisturí (escalpelo) o con una herramienta quirúrgica especial que utiliza calor o calor de alta energía u ondas sonoras para extraer o destruir tejidos y detener el sangrado.

### **Durante la recuperación**

Casi todas las personas tienen dolor después de una amigdalectomía. El dolor se presenta con mayor frecuencia en la garganta y, a veces, en los oídos, pero también se puede localizar en la mandíbula o en el cuello.

A continuación se enumeran algunas medidas que el paciente puede seguir para reducir el dolor, mejorar la recuperación y prevenir las complicaciones:

- Medicamentos. Toma los analgésicos según las indicaciones del cirujano o del personal del hospital.
- Líquidos. Es importante tomar mucho líquido después de la cirugía para evitar la deshidratación. El agua y las paletas heladas son buenas opciones.
- Alimentos. Lo mejor es ingerir alimentos blandos fáciles de tragar, como puré de manzana o caldo, inmediatamente después de la cirugía. Es posible incorporar los alimentos como helados y pudines a la dieta si se toleran bien. Los alimentos que se pueden masticar y tragar con facilidad deben incorporarse a la dieta tan pronto como sea posible. Evita los

alimentos ácidos, picantes, crocantes o duros, ya que pueden provocar dolor o sangrado.

- Reposo. Es importante hacer reposo en cama durante varios días después de la cirugía; además, deben evitarse las actividades extenuantes, como correr o andar en bicicleta, durante dos semanas después de la cirugía. Tú o tu hijo deberían poder volver al trabajo o a la escuela una vez que hayan retomado una dieta normal, que logren dormir normalmente durante la noche y que no necesiten tomar analgésicos. Habla con el médico acerca de las actividades que hay que evitar.

Complicaciones que requieren una atención médica inmediata:

- Sangrado. Podrías observar pequeñas manchas de sangre oscura provenientes de la nariz o en la saliva; sin embargo, si notas sangre de color rojo brillante, es necesario dirigirse a la sala de emergencias para una evaluación y un tratamiento inmediatos. Tal vez sea necesario realizar una cirugía para detener el sangrado.
- Fiebre. Llama al médico si tú o tu hijo tienen fiebre de 102 °F (38,9 °C) o superior.
- Deshidratación. Llama al médico si notas signos de deshidratación, como disminución de la cantidad de orina, sed, debilidad, dolor de cabeza, mareos o aturdimiento. Los signos frecuentes de la deshidratación en niños incluyen orinar menos de dos o tres veces por día o llorar sin lágrimas.
- Problemas respiratorios. Los ronquidos o la respiración ruidosa son frecuentes durante aproximadamente la primera semana después de la recuperación. Sin embargo, si tú o tu hijo tienen dificultad para respirar, solicita atención de urgencia

## Conclusiones

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.

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.

En la actualidad, las indicaciones de amigdalectomía continúan en discusión aunque se han consensuado de manera general, las siguientes:

### Indicaciones Absolutas

- Cáncer amigdalor.
- Obstrucción grave de la vía aérea en la orofaringe por hipertrofia amigdalor.
- Hemorragia amigdalor persistente.
- Indicaciones Relativas

Amigdalitis aguda recidivante:

- 7 o mas 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.

De manera general, no se considera indicada la amigdalectomía para tratar:

- Trastornos del desarrollo pondoestatural.
- Mal oclusión 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.

### Bibliografía

Arias, F. (2010). Paradigmas, Métodos y Enfoque de la Investigación Científica. España: Editorial: Luce.

Bogoutt, T. (2016). Indicadores de la Amigdalectomía. Revista ANALES de Pediatría de la Asocia-

ción Española de Pediatría, 11-22.

Cassitt, H. y. (2017). Actualización en Otorrinología Pediátrica. España: Editorial: Sociedad Gallega en Otorrinolaringología.

Cuello, G. (2016). Amigdalectomía y Adenoidectomía (Conceptos - Técnicas y Recomendaciones). Revista de Otorrinolaringología, 76-99-110.

Dávila, N. (2012). Paradigmas de la Investigación Científica. Pereire, Colombia: Editorial: Las Brisas.

Ecourt, E. (2016). Pediatrics (Tonsillectomy and adenoidectomy). Review Pediatriccs Cirug Clinic, 22-26.

Gamboa, H. y. (2017). Amigdalectomía en la Cirugía Pediátrica Hospitalaria. Revista KAISER PERMANENTE Enciclopedia de la Salud, 2-11.

Godoy, H. (2016). Complicaciones de la migdalectomía,. Revista ELSEVIER. Acta Otorrinolaringológica Española, 8-14.

Martínez, L. (2017). Libro General de formación en Otorrinolaringología. España: Libro de Otorrinolaringología.

Munir, P. (2017). Amigdalectomía. Serie - Indicaciones. Revista Med Line Plus, 12-18.

Seres, A. y. (2016). Indicaciones de la Amigdalectomía. Revista Cigna en Español. "Temas de Salud", 12-21.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Vilatuña Fustillos, P., Tinoco García, J., Paguay Orozco, L., & Guamán Guaranga, C. (2020). Indicaciones de amigdalectomía. RECIAMUC, 4(1), 189-201. doi:10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.189-201



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL  
CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEZCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES. SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.