

Aparato Respiratorio

Indicaciones de la adenoamigdalectomía

J.L. LLORENTE PENDÁS, C. SUÁREZ

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Central de Asturias. Universidad de Oviedo.

INTRODUCCIÓN

La adenoamigdalectomía, conjuntamente o por separado, es una de las cirugías más frecuentes en el área ORL en términos absolutos, pero sin duda es la más frecuente cuando nos referimos al grupo de población infantil y adolescente.

Este tipo de cirugía ha sufrido históricamente una peculiar evolución, tanto en sus indicaciones, como en su técnica basadas más en la intuición y en la cultura social que en estudios científicos contrastados. A pesar de ser una cirugía profusamente realizada en la primera mitad del siglo, el primer estudio controlado y publicado acerca de la adenoamigdalectomía fue realizado por McKee^(1,2) en 1963. Sin embargo, la dificultad de llevar a cabo estudios prospectivos randomizados, a largo plazo y con una muestra suficiente, ha creado gran confusión en el manejo e indicación quirúrgica de esta patología.

En el año 1966, un grupo de expertos propuestos por la Sociedad Española de ORL y la Sociedad Española de Pediatría (A. Blanco, J. Cervera, L.M. Gil-Carcedo, J. González, M. Moya, T. Sacristán y C. Suárez) a instancias de la Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD han elaborado un documento de consenso, con el fin de racionalizar las indicaciones de la adenoamigdalectomía y amigdalectomía. Este artículo sólo trata de mostrar, divulgar y comentar dichas indicaciones.

La adenoamigdalectomía en décadas anteriores fue ampliamente realizada de tal forma que llegó incluso a indi-

carse de forma profiláctica, como prevención de enfermedades sistémicas o incluso para "mejorar" el estado general del paciente. La llegada y desarrollo de la antibioterapia, así como la aparición de algunos estudios cuestionando su utilidad, han hecho que sus indicaciones se hayan reducido y ajustado en buena medida.

Hoy día se apela a criterios médicos, quirúrgicos e incluso económicos para racionalizar las indicaciones de esta patología y evitar indicaciones quirúrgicas por motivos poco contrastados o claramente ineficaces.

Las amígdalas palatinas y las adenoides constituyen las áreas más destacadas del anillo de Waldeyer o tejido linfóide que rodea la faringe. Han sido numerosas las conjeturas que se han hecho acerca de la importancia del tejido linfóide faríngeo en la inmunidad e incluso en el desarrollo a largo plazo de procesos tumorales (principalmente linfoma). Sea como fuere parece claro que si tiene algún papel sería en los 6-12 meses de vida. Por lo tanto, hoy día se consideran fundamentalmente dos problemas en el tracto respiratorio superior para realizar una adenoamigdalectomía: la infección y la obstrucción.

Son muchas las posibilidades anestésicas y técnicas para realizar la adenoamigdalectomía y para poder valorar en su justa medida las indicaciones, es preciso conocer algunos aspectos técnicos y las diversas opciones y posibilidades de las adenoamigdalectomías. Aunque las técnicas de amigdalectomía basadas en el guillotinado de las mismas (Sluder) con anestesia local o incluso sin anestesia pueden tener utilidad en cirujanos expertos en este tipo de cirugía, la fre-

Correspondencia: J.L. Llorente Pendás. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Central de Asturias. C/ Celestino Villamil s/n. 33006 Oviedo.

cuencia de restos amigdalinos, lo traumático del procedimiento, la presión social (sobre todo de los padres), la formación de las nuevas generaciones de otorrinolaringólogos y el perfeccionamiento de las técnicas anestésicas, han decantado a que la mayoría de las amigdalectomías se realicen por disección con el niño bajo los efectos de una anestesia general e intubado. Simultáneamente se puede hacer la adenoidectomía y colocación de drenajes transtimpánicos si fuese preciso.

Quizás más controvertido sería el caso de tener que realizar exclusivamente una adenoidectomía, ya que la rapidez y relativo poco dolor del procedimiento aconsejan en muchas ocasiones su realización sin anestesia, aunque se deberá recurrir a la anestesia general siempre y cuando se deban colocar simultáneamente drenajes transtimpánicos. De todas formas, una vez establecida la indicación se debe individualizar en cada caso la situación valorando la edad, los problemas asociados y las preferencias de la familia y el médico.

A pesar de que la adenoamigdalectomía es una intervención muy segura, se deben extremar las precauciones preoperatorias, para sentar una indicación adecuada y detectar posibles patologías, tales como discrasias sanguíneas, anemia o patología cardiopulmonar. Una técnica quirúrgica escrupulosa y un buen seguimiento postoperatorio minimizarán las posibles complicaciones, fundamentalmente la hemorragia.

INDICACIONES DE LA AMIGDALECTOMÍA

Absolutas (muy infrecuentes)

Cáncer amigdalario. La aparición de un tumor amigdalario es rarísimo en los niños, quizás con la excepción de los linfomas que se manifiestan como una hipertrofia unilateral de amígdala⁽³⁾. En estos casos la amigdalectomía, además de mejorar el aspecto obstructivo que la hipertrofia pudiese ocasionar, sirve para realizar el diagnóstico y tipificación definitiva del tumor.

Obstrucción grave de la vía aérea en la orofaringe, con disminución en la saturación de O₂ o retención de CO₂. En algunos niños, la hipertrofia amigdalario, sobre todo si se asocia con hipertrofia adenoidea, puede ser tal que su colapso, principalmente durante el sueño, ocasione ronquido y períodos de apnea que provocan una hipoxemia e hipercapnia

mantenidas⁽⁴⁾. Este tipo de patología suele acontecer en los niños de grupos de edades más pequeños (3-4 años). Su diagnóstico, fundamentalmente, está basado en la anamnesis a los padres, pero en algunos casos los síntomas pueden ser confusos, por lo que se debe hacer un esfuerzo para aclarar puntos, tales como ronquido, apneas, respiración bucal, falta de rendimiento escolar, enuresis, etc., ya que en los niños puede estar ausente un síntoma típico en los adultos, como la hipersomnia diurna⁽⁹⁾. Incluso en la exploración puede cometerse el error de interpretar como amígdalas anómalamente grandes si no se tiene en cuenta su mayor tamaño en relación con la faringe hasta los 7 años de edad⁽⁵⁾. Por esta razón, algunos autores⁽⁶⁾ llaman a estas amígdalas más grandes de lo normal obstructivas en vez de hipertroficas.

Hoy día en caso de duda se puede objetivar esta patología con estudios del sueño o polisomnografías.

Se han descrito complicaciones de este síndrome obstructivo que incluyen sobre todo problemas cardiopulmonares como el cor pulmonale, hipertrofias ventriculares, etc., que mejoran tras el tratamiento quirúrgico⁽⁷⁾.

Relativas

Episodios de infecciones recurrentes documentadas, con exudación claramente diferente del resfriado común, en número de 7 o más en el último año, o 5 episodios al año en los 2 últimos años o 3 episodios al año en los 3 últimos años⁽⁸⁾.

Absceso periamigdalino. En este punto existe la posibilidad de realizar la amigdalectomía aprovechando el drenaje del absceso (amigdalectomía en caliente) o bien una vez se haya resuelto el proceso (amigdalectomía diferida) con un menor riesgo de infección o hemorragia pero, sin embargo, con una mayor dificultad técnica por la fibrosis. Los abscesos periamigdalinos recurrentes son una indicación definitiva⁽⁸⁾.

En caso de establecer una indicación relativa de amigdalectomía, es oportuno establecer un período de 12 meses de espera, ya que con frecuencia la indicación desaparece espontáneamente favorecido por el desarrollo del niño.

AUSENCIA DE INDICACIÓN DE AMIGDALECTOMÍA

No existe beneficio demostrado de la amigdalectomía en la prevención o mejoría de las siguientes patologías^(8,9):

Otitis media, aguda o crónica⁽¹⁰⁾
Sinusitis aguda o crónica
Sordera⁽¹⁰⁾
Infecciones del tracto respiratorio superior
Infecciones del tracto respiratorio inferior
Enfermedades sistémicas
Los títulos elevados de ASLO y de otros reactantes de fase aguda
Ganancia de peso y aumento del apetito

INDICACIONES DE LA ADENOIDECTOMÍA

Hipertrofia adenoidea que origina insuficiencia respiratoria nasal mantenida, documentada por una radiografía lateral de cráneo, que confirme la masa adenoidea y que haga patente una reducción marcada del calibre de la vía aérea. Esta indicación quirúrgica debe establecerse con mayor énfasis cuando la hipertrofia adenoidea coexiste con una:

- Malformación craneofacial⁽¹¹⁾
- Otitis media aguda recidivante, otitis media crónica u otitis media secretora persistente⁽¹²⁾. Sin embargo, esta indicación tendría un "beneficio incierto" en niños entre 1 y 3 años⁽¹⁰⁾, aunque podría ser efectiva en niños de esta edad a los que se les hubiese colocado previamente uno o más drenajes transtimpánicos sin éxito⁽¹³⁾.
- Infección adenoidea, que aun sin dificultad respiratoria marcada, tenga repercusión ótica repetida o persistente.
- En la rinosinusitis crónica la adenoidectomía se ha mostrado efectiva en al menos dos ensayos clínicos^(14,15), pero dado que la muestra no era muy amplia, no se pueden sacar conclusiones definitivas. En la conferencia de consenso sobre rinosinusitis celebrada en Bélgica en 1996 algunos miembros de la misma la recomiendan en rinosinusitis coincidentes con obstrucción nasal moderada debida a hipertrofia adenoidea⁽¹⁶⁾.

PRECAUCIONES EN LAS INDICACIONES DE ADENOIDECTOMÍA

En caso de malformación de paladar, de úvula bífida o de insuficiencia velopalatina, la indicación debe evaluarse

meticulosamente, ya que la intervención puede producir como secuela una rinolalia abierta⁽⁸⁾.

La adenoidectomía en niños menores de 2-3 años, debe siempre sustentarse en una situación clínica que la haga muy necesaria⁽¹⁰⁾.

Existen situaciones comunes para la adenoidectomía y amigdalectomía que desaconsejan la intervención, tales como proceso infeccioso agudo de vías altas, trastornos hematológicos o situaciones que supongan alto riesgo quirúrgico o anestésico. Sin embargo, la adenoamigdalectomía no ha podido ser probada en estudios clínicos rigurosos como desencadenante de asma en pacientes alérgicos⁽⁸⁾.

En definitiva, aún existen puntos oscuros en las indicaciones de la adenoamigdalectomía que deberán ser evaluados y contrastados en un futuro por estudios perfectamente diseñados, pero mientras tanto la indicación de esta cirugía debería regirse por lo que hasta la fecha se ha podido comprobar desde un punto de vista científico, valorando las lógicas peculiaridades de cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. McKee WJE. A controlled study of the effects of tonsillectomy and adenoidectomy in children. *Br J Prev Soc Med* 1963; **17**: 49.
2. McKee WJE. The part played by adenoidectomy in the combined operation of tonsillectomy with adenoidectomy: Second part of a controlled study in children. *Br J Prev Soc Med* 1963; **17**: 133.
3. Brodsky L. Modern assessment of tonsils and adenoids. *Pediatr Clin North Am* 1989; **36**: 1551.
4. Brouillette RT, Fernback SK, Hunt CE. Obstructive sleep apnea in infants and children. *J Pediatr* 1982; **100**: 31.
5. Bicknell PG. Role of adenotonsillectomy in the management of pediatric ear, nose and throat infections. *Pediatr Infect Dis J* 1994; **13**: S75.
6. Bluestone CD. Current indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; **101**: 58.
7. Sofer S, Weinhouse E, Tal A et al. Cor pulmonale due to adenoidal or tonsillar hypertrophy or both in children: Noninvasive diagnosis and follow up. *Chest* 1988; **93**: 119.
8. Paradise JL. Tonsillectomy and adenoidectomy. En: Bluestone CD, Stool SE, Kenna MA (eds). *Pediatric Otolaryngology*. Vol 2. Philadelphia: WB Saunders; 1996.
9. Deutsch ES. Amigdalectomía y adenoidectomía: Cambios en las indicaciones. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* 1996; **43**: 1233.

10. Bluestone CD, Klein JO. Clinical practice guideline on otitis media with effusion in young children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; **112**: 507.
11. Hultcrantz E, Larson M, Hellquist R et al. The influence of tonsillar obstruction and tonsillectomy on facial growth and dental arch morphology. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1991; **22**: 125.
12. Gates GA, Avery CA, Prihoda TJ et al. Effectiveness of adenoidectomy and tympanostomy tubes in the treatment of chronic otitis media with effusion. *N Engl J Med* 1987; **317**: 1444.
13. Paradise JL, Bluestone CD, Rogers KD et al. Efficacy of adenoidectomy for recurrent otitis media in children previously treated with tympanostomy tube placement: results of parallel randomized and nonrandomized trials. *JAMA* 1990; **263**: 2066.
14. Takahashi H, Fujita A, Honjo I. Effect of adenoidectomy on otitis media with effusion, tubal function and sinusitis. *Am J Otolaryngol* 1989; **10**: 208.
15. Rosenfeld RM. Pilot study of outcomes in pediatric rhinosinusitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; **121**: 729.
16. Clement PAR, Bluestone CD, Gordts F, et al. Management of rhinosinusitis in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; **124**: 31.