



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revistaacorl.org



Reporte de casos

Recubrimiento del lecho amigdalino en amigdalectomía intracapsular. Reporte de técnica quirúrgica

Coating of the tonsillar bed in intracapsular tonsillectomy. Surgical technique report

Ricardo Jaraba Pérez*

* Médico otorrinolaringólogo, Hospital de Ecopetrol Ismael Darío Rincón, práctica privada. Barrancabermeja, Santander, Colombia.

Forma de citar: Jaraba R. Recubrimiento del lecho amigdalino en amigdalectomía intracapsular. Reporte de técnica quirúrgica. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2019;47(3):183-186. Doi: 10.37076/acorl.v47i3.400

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 31 Marzo de 2019

Evaluado: 06 Mayo de 2019

Aceptado: 05 Agosto de 2019

Palabras clave (DeCS):

Tonsilectomía, Dolor Postoperatorio, Tonsila Palatina.

RESUMEN

El recubrimiento del lecho amigdalino se trata de un procedimiento coadyuvante y sencillo ya descrito por varios autores con diferencias en la técnica que ocupa unos cuantos minutos más en la cirugía amigdalina tradicional, pero que representa en la experiencia de muchos un aporte para la pronta cicatrización y recuperación de los pacientes sometidos a esta cirugía que se realiza desde hace mucho tiempo, pero que implica un postoperatorio particularmente molesto por cuenta del dolor en los días siguientes. Es un reto y una responsabilidad el alivio del dolor postoperatorio y la prevención de las complicaciones relacionadas principalmente con el sangrado. La intención de este artículo es proponer en la práctica diaria, cuando se realizan amigdalectomías, una técnica complementaria que mejorará las condiciones de un período postoperatorio con menor dolor y una recuperación más rápida. Se busca el recubrimiento de la zona operada con el remanente de la mucosa de la cápsula amigdalina protegiendo la musculatura del lecho.

Correspondencia:

Ricardo Jaraba Pérez

ricardojarabaperez@gmail.com

Hospital de Ecopetrol Ismael Darío Rincón

www.ricardojaraba.com.

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Tonsillectomy, Pain, Postoperative, Palatine Tonsil.

The covering of the tonsillar bed is a simple procedure already described by several authors with differences in the technique that occupies a few minutes more in the traditional tonsillectomy, but that represents, in the experience of many, a contribution for the early healing and recovery of patients submitted to this surgery that has been performed since long time ago, but that embodies a particularly annoying postoperative period due to pain in the following days. It is our challenge and responsibility to relieve postoperative pain and prevent complications mainly related to bleeding. The intention of this article is to propose in our daily practice, when it is performed tonsillectomies, a complementary technique that will improve the conditions of a postoperative period with less pain and quick recovery. The coating of the operated area is sought with the remaining mucosa of the tonsillar capsule protecting the musculature of the tonsillar bed.

Introducción

La resección de las amígdalas o tonsilas (derivado del griego amygdálē, “almendra”, y del latín tonsa, “remo”) se ha practicado desde la Antigüedad. A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, la resección de las amígdalas con fórceps abrió una ventana hacia la práctica de la amigdalectomía moderna. Con la llegada de la anestesia impulsada por Morton en 1846, fue posible desarrollar técnicas más meticulosas. De este modo, Crowe logró perfeccionar la disección en frío con bisturí, lo que sentó las bases del actual procedimiento (1).

La amigdalectomía alcanzó su máxima popularidad hacia los años 40, pero con la llegada de los antibióticos, su práctica comenzó a declinar y actualmente se realiza en un porcentaje mucho menor.

Aunque existen múltiples desarrollos tecnológicos, la técnica actualmente conserva los mismos principios, aunque existen diferencias marcadas cuando se realiza por encima de la cápsula con una resección en bloque en comparación con la preservación de la misma en la técnica intracapsular, básicamente en lo referente a la rapidez de cicatrización del lecho.

Anatomía

Las amígdalas palatinas se encuentran delimitadas anteriormente por el músculo palatogloso, conformando el pilar anterior; posteriormente por el músculo palatofaríngeo, conformando el pilar posterior. Lateralmente y haciendo las veces de lecho amigdalino, el músculo constrictor superior de la faringe; el paladar blando hacia la parte superior, la raíz de la lengua hacia la parte inferior y, lateralmente, la cavidad orofaríngea (2).

Respuesta cicatricial

Estudios a gran escala se han realizado comparando las ventajas de la amigdalectomía intracapsular con las técnicas convencionales (3). Se han comprobado utilizando escalas de medición subjetiva de dolor durante los primeros 10 días del postoperatorio, ventajas indiscutibles comparando la técnica extracapsular con la intracapsular: 5,2 frente a 2,75 (4).

Pero sea cual sea la técnica utilizada, disección en frío o calor a través de la liberación de energía térmica de diferentes fuentes (radiofrecuencia, el bisturí monopolar, bipolar, armónico, microdebridador, láser), el dolor postoperatorio de la amigdalectomía representa la queja más frecuente y motivo muchas veces de consulta en unidades de urgencias y prolongación de la estancia hospitalaria para el manejo intravenoso analgésico y complicaciones relacionadas con sangrados. El tiempo de cicatrización total posterior a una amigdalectomía oscila entre 10 y 20 días aproximadamente cuando los pacientes se reincorporan a sus actividades normales tolerando una dieta normal.

Si se colocan puntos reabsorbibles, estos tardan aproximadamente 5 a 6 semanas en desaparecer totalmente. Si se utilizan elementos generadores de calor como el cauterio monopolar, se produce una agresión tisular con la corriente generada de aproximadamente 400 a 600 °C que prolonga bastante el tiempo de cicatrización. Cuando se utiliza la radiofrecuencia, la temperatura es ostensiblemente menor en un rango de 40-50 °C, lo que provoca una menor lesión y, por ende, una recuperación más temprana (5).

Se han propuesto otras técnicas como la sutura de los pilares amigdalinos, pero no se ha demostrado ventaja en cuanto a la aparición de sangrados, en tanto que se reporta mayor dolor en el postoperatorio por su repercusión en la dinámica de la deglución (6).

No obstante la tecnología elegida, y más allá de los intereses comerciales, es nuestra obligación buscar los métodos necesarios para el manejo del dolor postoperatorio y si este puede disminuir en tiempo e intensidad, es posible ofrecerle un gran alivio a los pacientes.

Adicionalmente, se ha demostrado que este procedimiento mejora la hemostasia e influye definitivamente en el tiempo de recuperación con un requerimiento reducido de analgésicos en comparación con los pacientes a quienes se les realiza la amigdalectomía con técnica extracapsular convencional.

Técnica quirúrgica

Esta se ha reportado recientemente como una técnica de suspensión de la mucosa del pilar posterior en amigdalectomía (7) demostrando su eficiencia en términos de cicatrización

y control del dolor postoperatorio, o la denominada obliteración, que ha permitido comparar la intensidad del dolor desde el primero al décimo día (8). Personalmente he venido incorporando en mi práctica diaria el recubrimiento del lecho desde hace más de 10 años y he podido comprobar los mejores resultados haciendo el seguimiento cercano a los pacientes tanto adultos como niños.

Se realizó una disección intracapsular con electrobisturí, realizando la remoción de las amígdalas palatinas totalmente siempre preservando el plano muscular e identificando claramente la inserción de la amígdala, realizando posteriormente la hemostasia de pequeños vasos con cauterización superficial monopolar y, en casos necesarios, puntos transfixiantes con cromado 30 o 40.

Es imprescindible preservar en toda su extensión la mucosa de la cápsula amigdalina (vaina fibrosa) separándola totalmente de la amígdala, posteriormente se repliega hacia la parte lateral fijándola sobre el lecho con puntos de cromado 40 hacia lo más lateral y superior que dé la extensión del colgajo, fijándolo a la fascia del músculo constrictor superior de la faringe. En algunos casos es posible el cubrimiento total, pero en otros solo se puede cubrir el borde el pilar posterior por la limitada extensión de la mucosa capsular. Ya protegido con la mayor extensión posible, se infiltra finalmente a cada lado 1 mL de xilocaína con epinefrina al 2 %. Es importante conservar la anatomía del arco del pilar posterior adyacente a la úvula sin zonas de tensión. Se puede observar el seguimiento postoperatorio de un paciente operado usando esta técnica quirúrgica en las figuras 1 a 3.

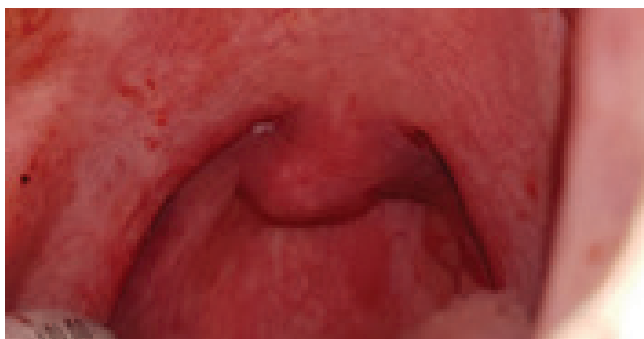


Figura 1. Paciente 1 en transoperatorio final.



Figura 2. Paciente 2 en su tercer día postoperatorio.



Figura 3. Paciente 3 en su segunda semana posoperatoria.

Conclusiones

Se requieren estudios que desde el punto de vista estadístico confirmen de manera fiel las ventajas del recubrimiento del lecho amigdalino en amigdalectomía; no obstante, mi experiencia personal sugiere con esta técnica un mejor panorama en el tiempo de recuperación en comparación con la técnica tradicional, con un retorno más rápido a las actividades normales y a una dieta normal en muy pocos días, disminuyendo las posibles complicaciones por sangrado. Es un procedimiento muy bien tolerado en comparación con la técnica tradicional extracapsular o con instrumentos de poder y ablativos.

La necesidad de usar opiáceos en el postoperatorio ha sido casi nula y los pacientes son descargados del hospital solamente con acetaminofén en casi todos los casos por solo unos 4-5 días. De acuerdo con el principio básico de preservación de la anatomía, se propone considerar este procedimiento tanto en la población pediátrica como en los adultos, en reemplazo de la amigdalectomía convencional extracapsular como un elemento más que estimule el reordenamiento anatómico en el proceso de cicatrización.

El recubrimiento o sellado del pilar posterior con la cápsula amigdalina es un recurso coadyuvante para la reducción significativa del dolor y una mejor curación del lecho amigdalino (9).

Limitar el uso de aplicación de instrumentos de calor hasta un nivel mínimo y tratar cuidadosamente los tejidos conservando la mucosa amigdalina es la forma más efectiva de disminuir el dolor y las complicaciones (10).

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Godoy JM. Técnicas quirúrgicas actuales en adenoamigdalectomía. Rev Med Clin Condes. 2009;20(4):491-9.
2. Macaya Martínez A, Arruti González I, Quer Canut S. Amigdalectomía y adenoidectomía: indicaciones, técnicas y

- complicaciones. En: Libro de formación en ORL. Pamplona: Hospital Virgen del Camino.
3. Kim JS, Kwon SH, Lee EJ, et al. Can Intracapsular Tonsillectomy Be an Alternative to Classical Tonsillectomy? A Meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;157(2):178-89.
 4. Cohen MS, Getz AE, Isaacson G, et al. Intracapsular vs. extracapsular tonsillectomy: a comparison of pain. *Laryngoscope.* 2007;117(10):1855-8.
 5. Hoey AW, Foden NM, Hadjisymeou Andreou S, Noonan F, Chowdhury AK, Greig SR, et al. Coblation® intracapsular tonsillectomy (tonsillotomy) in children: A prospective study of 500 consecutive cases with long-term follow-up. *Clin Otolaryngol.* 2017;42(6):1211-1217. doi: 10.1111/coa.12849.
 6. Ramjettan S, Singh B. Are sutured faucial pillars really an advantage in tonsillectomy? *S Afr J Surg.* 1996;34(4):189-91.
 7. Akcan FA, Dündar Y. Posterior pillar mucosal suspension technique for posttonsillectomy pain and wound healing: a prospective, randomized, controlled trial. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018;275(11):2879-2887.
 8. Nandapalan V, McIlwain JC. Tonsillar fossa obliteration and post-operative pain. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1995;20(2):127-9.
 9. Genç E, Hanci D, Ergin NT, et al. Puede el sellado de la mucosa reducir el dolor de la amigdalectomía. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(4):725-30.
 10. García Callejo FJ, Rincón Piedrahita I, Monzó Gandía R, et al. Factors related to post-tonsillectomy pain in adults. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2016;67(1):23-32.