

Adenoidectomía. Amigdalectomía

R. Nicollas
J.-J. Bonneru
S. Roman
J.-M. Triglia

Resumen. – La adenoidectomía y la amigdalectomía son intervenciones quirúrgicas con indicación frecuente en el niño. Aunque suelen practicarse en la misma fase quirúrgica, tienen una finalidad diferente y postoperatorios distintos. En la mayoría de los casos, la indicación es el resultado de una reflexión y se ha decidido de mutuo acuerdo con el médico o pediatra que trata habitualmente al niño. En algunos países, los organismos sanitarios públicos han permitido precisar bien sus indicaciones. Para conseguir la máxima tranquilidad durante el postoperatorio, resulta fundamental proporcionar la información adecuada a los padres. La adenoidectomía y la amigdalectomía son las primeras técnicas quirúrgicas que se enseñan al futuro otorrinolaringólogo durante su período de formación. Desde el punto de vista técnico, estas intervenciones están perfectamente estandarizadas y codificadas, y deben plantearse siempre con todo el rigor necesario, sin considerarlas técnicas de cirugía menor. Las complicaciones, sobre todo las hemorrágicas, pueden ser graves. Las bases para prevenir la aparición de accidentes son la adecuada preparación del niño, la anestesia general adaptada, la técnica precisa con hemostasia codificada y una excelente vigilancia postoperatoria. En los últimos tiempos se han descrito gran cantidad de técnicas, todas ellas enfocadas hacia el concepto de «cirugía mínimamente invasiva». Por último, la prescripción sistemática de analgésicos durante los primeros días del postoperatorio contribuye a garantizar una evolución adecuada.

© 2005 Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Amigdalectomía; Adenoidectomía; Hemorragia postoperatoria; Hemostasia; Vías respiratorias

Estudio preanestésico y preparación del paciente

Tanto para la adenoidectomía como para la amigdalectomía, las modalidades de consulta anestésica, las indicaciones de hospitalización y de tratamiento del niño en el bloque quirúrgico y la inducción anestésica son idénticas, por lo que se tratan en el mismo capítulo. Los elementos específicos de cada una de dichas técnicas quirúrgicas se tratarán en sus capítulos respectivos.

ESTUDIO PREANESTÉSICO

En la población pediátrica, la consulta preanestésica debe tener lugar en presencia de los padres, dentro de los 15 días

previos a la intervención. El interrogatorio médico, que se completa con los datos de la cartilla sanitaria, debe comprender los antecedentes médicos, quirúrgicos y anestésicos en busca de datos que puedan indicar predisposición alérgica, síndrome de apnea del sueño y episodios repetidos de sobreinfecciones otorrinolaringológicas (ORL) o broncopulmonares. También hay que descartar la existencia de trastornos hemorrágicos familiares o tendencias hemorrágicas en forma de epistaxis o hematomas. Se deben precisar los tratamientos en curso y asegurar la ausencia de medicación reciente a base de aspirina o sus derivados. Las pruebas de laboratorio comprenden en todos los casos el estudio de la hemostasia con concentración de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activado y fibrina. El resto de pruebas (fórmula y recuento, cifra de plaquetas, electrocardiograma, radiografía de tórax y consulta con el especialista) se solicitan únicamente en función de los resultados de la exploración física. Este estudio sistemático de la coagulación permite descartar o compensar un eventual trastorno de la crisis sanguínea y autoriza la adenoidectomía y/o amigdalectomía en los niños hemofílicos o portadores de la enfermedad de von Willebrand. En estos niños, el tratamiento preventivo con desmopresina permite elevar la concentración de los factores

R. Nicollas : (Praticien hospitalier)
Service d'ORL pédiatrique et chirurgie cervicofaciale, France.
J.-J. Bonneru : (Praticien hospitalier)
Département d'anesthésie-réanimation pédiatrique. Hôpital de la Timone, 264, rue Saint-Pierre,
13385 Marseille cedex 5, France.
S. Roman : (Praticien hospitalier)
J.-M. Triglia : (Professeur des Universités-praticien hospitalier, chef du service d'ORL pédiatrique et
chirurgie cervicofaciale)
Adresse e-mail: jean-michel.triglia@ap-hm.fr
Service d'ORL pédiatrique et chirurgie cervicofaciale, France.

VIII C, VIII Ag y VII C ^[1]. El protocolo comprende la inyección intravenosa lenta de 0,3 µg/kg una hora antes de la intervención, repitiendo la misma dosis 12 horas después y, posteriormente, los días 3. y 5. del postoperatorio. Durante este tratamiento, los riesgos de hipotensión exigen el control de las cifras tensionales, así como la restricción hídrica hasta el reinicio de la diuresis. Dicho tratamiento no está exento de efectos secundarios; se han comunicado casos de convulsiones y de parada respiratoria ^[2]. A menudo se asocia algún fibrinolítico de eficacia probada, como el ácido tranexámico ^[3].

El tratamiento preoperatorio se suele iniciar 4 días antes de la fecha de la intervención, y se basa en antibioticoterapia con betalactámicos o macrólidos adaptada a la edad y al peso del niño.

En el adulto, la consulta preanestésica trata de reunir los mismos datos que en el caso del niño; las pruebas complementarias se completan con el ionograma sanguíneo, el electrocardiograma y la radiografía de tórax. Si existen alteraciones de la coagulación, el tratamiento preventivo con desmopresina está contraindicado en ancianos, pacientes afectados de coronariopatía y embarazadas.

PREPARACIÓN

Comprende la recepción del paciente, su admisión en la estructura de cuidados que le corresponde y su instalación en el quirófano.

■ En el niño

El niño ingresa la misma mañana de la intervención. La actitud actual consiste en suspender la alimentación sólida y láctea seis horas antes de la operación, aunque se le permite tomar ciertos líquidos, como agua o zumo de frutas sin pulpa hasta tres horas antes. Cuando el niño va a trasladarse al bloque quirúrgico, se premedica con benzodiazepinas del tipo midazolam (0,25-0,40 mg/kg por vía rectal) y, a partir de los 20 kg de peso, flunitrazepam (0,03 mg/kg por vía sublingual). Esta premedicación debe evitarse en los niños que presenten apneas, insuficiencia respiratoria o miopatía.

En el quirófano, el niño se tiende sobre la mesa quirúrgica en decúbito dorsal y se instalan los elementos de vigilancia: monitor cardíaco, pulsioxímetro, dispositivo no invasivo de medida de la presión arterial y, para los más pequeños, vigilancia de la temperatura.

La inducción anestésica se realiza por inhalación; ésta es más rápida que en el adulto y puede revertirse en cualquier momento. La mezcla O₂-N₂O, inicialmente a concentraciones del 70-30%, se lleva enseguida a concentraciones del 50-50%. El halotano se introduce de forma progresiva, ya que, de entrada, concentraciones elevadas (del 4-5%) suelen tolerarse mal y producen asfixia. En este momento, se toma una vía periférica y se comienza el tratamiento a base de antibióticos (betalactámicos o macrólidos) y antiinflamatorios esteroideos a dosis de 0,5-1 mg/kg. El mantenimiento de la anestesia depende del tipo de intervención y, por tanto, se plantea en función de la misma.

■ En el adulto

Ingresa la víspera de la intervención y debe estar en ayunas desde la medianoche. Durante la noche, recibirá premedicación oral a base de benzodiazepinas o ansiolíticos.

La mañana de la intervención, una hora antes de su traslado al quirófano, se administra la misma medicación por vía sublingual.

Una vez en el quirófano, después de la monitorización cardíaca, la instalación del monitor no invasivo de la presión arterial y del pulsioxímetro y la canalización de la vía venosa periférica, se procede a la inducción anestésica por vía venosa con barbitúricos o con otro hipnótico del tipo propofol. La administración de un agente curarizante de acción corta, como el atracurio, permite la intubación con sonda reforzada. Se introduce por vía oro o nasotraqueal según la costumbre del cirujano y la localización de la intervención (sobre el cavum o las amígdalas). Una vez que el paciente se encuentra en ventilación espontánea, el mantenimiento de la anestesia se consigue con halogenados del tipo halotano o isoflural. Para limitar las descargas adrenérgicas se inyecta algún morfínico. Desde el comienzo de la intervención se inicia la antibioticoterapia y el tratamiento antiinflamatorio por vía intravenosa.

El despertar del paciente y su extubación tienen lugar en la sala de reanimación, donde se realizará vigilancia postoperatoria durante al menos una hora. Después, el paciente vuelve a la unidad de hospitalización y recibe el alta 24-48 horas después en función de su estado clínico y de la costumbre del cirujano.

Adenoidectomía

Consiste en la exéresis de las vegetaciones adenoideas. Esta intervención persigue un doble objetivo: mecánico, al eliminar la obstrucción rinofaríngea, y biológico, suprimiendo el tejido alterado por la inflamación crónica automantenida y susceptible de alojar un foco infeccioso crónico. No existe una edad límite para practicar la adenoidectomía, pero no se aconseja su realización antes de los 12-14 meses, ya que, por una parte, el tiempo para apreciar el carácter recidivante de la rinofaringitis es muy limitado y, por otra, las vegetaciones adenoideas se presentan a esta edad mucho más a menudo bajo la forma de lámina linfoide que de hipertrofia localizada.

La técnica «clásica» consiste en el doble raspado ^[4], la acción del adenótomo (raspado) se completa con un dedo (vaciamiento) y se efectúa a ciegas.

Las indicaciones y contraindicaciones de la adenoidectomía se exponen respectivamente en los recuadros 1 y 2.

TÉCNICA ANESTÉSICA

Las indicaciones de intubación endotraqueal son muy amplias, por lo que se propone el siguiente organigrama: se intubarán los niños ASA 2 y superiores, los ASA 1 de menos de un año (debido al reflejo de cierre de la laringe), los ASA 1 de más de 6 años y, de forma general, siempre que se considere que puede existir compromiso de la vía respiratoria.

En caso de que el niño no sea intubado, la pauta es la siguiente. Una vez que se ha realizado la inducción anestésica y que ha desaparecido el reflejo palpebral, se coloca al niño bajo oxígeno puro y en declive de 15° sobre un rodillo blando situado debajo de los hombros. El cirujano coloca entonces el abrebocas y procede a la ablación de las vegetaciones. Es indispensable la realización previa de dos aspiraciones y el flujo rápido de oxígeno.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9400848>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9400848>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)