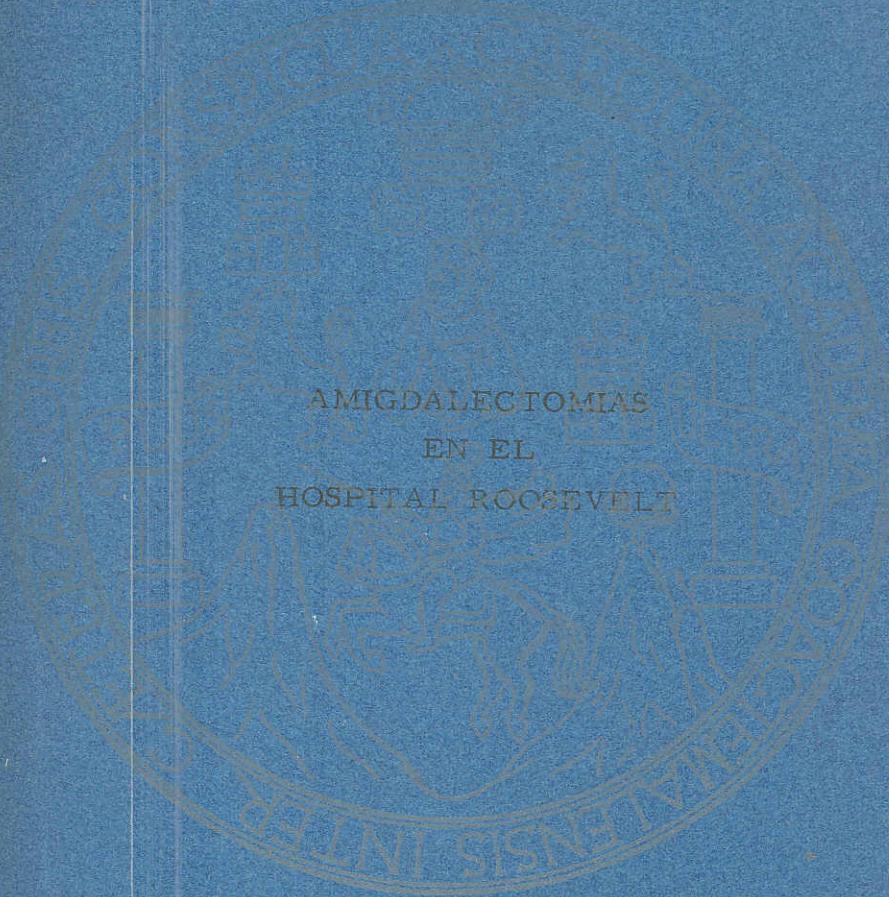


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



AMIGDALECTOMIAS  
EN EL  
HOSPITAL ROOSEVELT

RAUL QUAN REYES

GUATEMALA, MARZO DE 1974

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. CONSIDERACIONES GENERALES
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. CONCLUSIONES
- V. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

En el estudio de la medicina, nosotros consideramos que las zonas estudiadas por la otorrinolaringología son de importancia capital, tanto para la práctica hospitalaria, como en la práctica privada, ya que una región que corrientemente es motivo de queja tanto en pediatría como en los adultos es la garganta, sin olvidar que la nariz y los oídos también sufren de molestias frecuentes.

El trabajo que a continuación vamos a presentar se refiere a la amigdalectomía, que es una de las operaciones más frecuentes de la cirugía en general y especialmente en la sala de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt, así como las complicaciones operatorias y post-operatorias que en dicha intervención quirúrgica se ha tenido.

Este trabajo abarca una revisión de 225 casos de amigdalectomías efectuadas de Junio de 1972 a Mayo de 1973 en el Depto de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt; efectuándose una crítica severa constructiva sobre tales complicaciones.

## CONSIDERACIONES GENERALES

Dicho acto quirúrgico, la Amigdalectomía, ya se conocía desde hace 3,000 años y es curioso que teniendo tantos años de edad y siendo de la cirugía que probablemente se efectúa con más frecuencia, sea tan poca la literatura que encontremos para documentarnos.

El número de amigdalectomizados en el mundo entero es pavoroso y se cuentan por millones; afortunadamente las complicaciones y las muertes son relativamente bajas, por lo que la importancia de este procedimiento quirúrgico se ha visto con cierto menosprecio aún por el público.

### HACIENDO HISTORIA:

Como dijimos anteriormente la amigdalectomía se efectúa desde por lo menos unos 1,000 años antes de Jesucristo.

Muchas técnicas se han descrito cuyo principal objeto era contener la hemorragia.

Celsus describió en el año 50 en su libro de Medicina: "Cuando las amígdalas se han endurecido después de la inflamación y están envueltas en una delgada capa, deben rasgarse alrededor con un dedo y halarlas. Pero si no se pueden desprender, deben tomarse con un gancho e incidirlas con bisturí; el lecho lavarlo con vinagre y la herida envadurnarla con algo para la hemorragia".

La hemorragia fue siempre un temor de los primeros cirujanos y las técnicas no fueron ideadas para su extirpación completa; algunos provocaban serias hemorragias al paciente hasta entrar en shock y entonces procedían a

quitarle sus amígdalas y esperar la recuperación espontánea del paciente.

#### ANATOMIA Y FISIOLOGIA:

Las amígdalas son formaciones de tejido linfoideo y su crecimiento fisiológico es rápido hasta los primeros diez años a tal grado que la cantidad de tejido existente a esta edad llega a ser el doble de la que pudiera existir en la madurez. (1)

Al tejido amigdalino así formado en grupos constituye el primer círculo de defensa o círculo de Waldayer. (7)

Las adenoides es el conglomerado de dicho tejido colocado en la bóveda de la nasofaringe; las amígdalas tubarias que son las responsables de la obstrucción de las trompas de Eustaquio; las amígdalas palatinas denominadas AMIGDALAS propiamente dichas o tónsillas y colocadas entre los pilares anterior y posterior en la excavación conocida como fosa amigdalina.

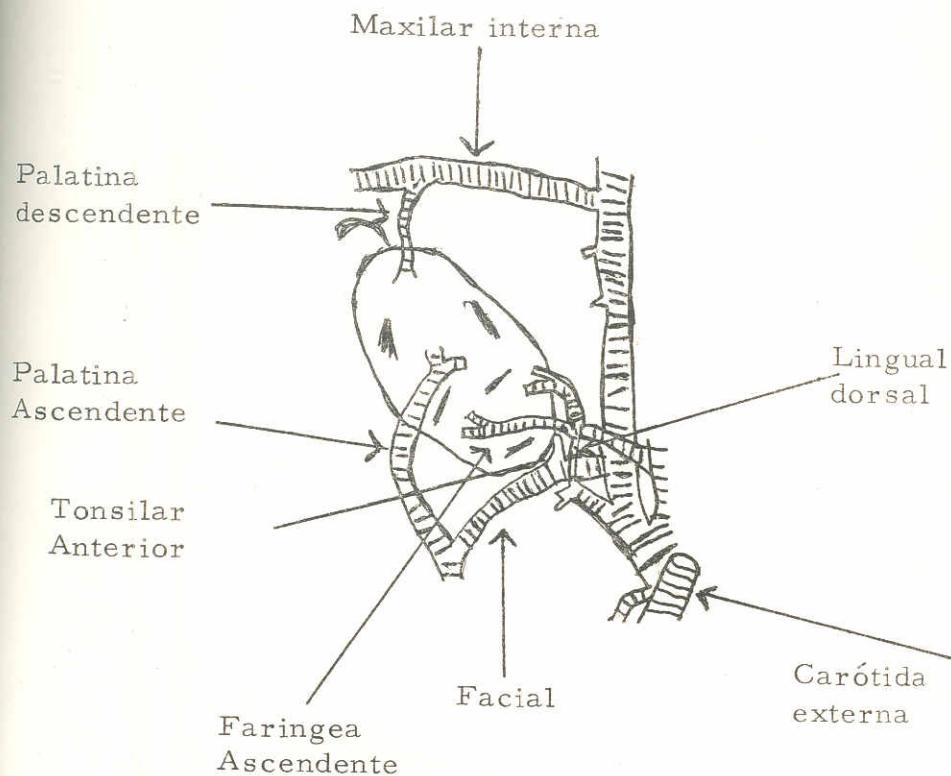
La cara profunda de la amígdala está cubierta por una cápsula fibrosa que toma contacto con los constrictores de la faringe, dejándose despegar fácilmente en los dos tercios superiores y siendo más adherente en su tercio inferior, en el cual la cápsula se adhiere a la lengua y a las fibras desusadas del glosostafilino y faringostafilino. (7)

En este sitio ramas de la facial y sus venas satélites atraviesan el constrictor superior para entrar en el polo inferior de la amígdala y constituir un hilio vascular.

Otra rama viene de la palatina descendente que entra en el polo superior.

Los linfáticos se dirigen hacia afuera, atraviezan la aponeurosis faringea y músculos constrictor de la faringe y terminan en los ganglios cervicales. (4)

Los nervios vienen del ganglio esfenopalatino y del nervio glosofaringeo; como este último también se distribuye en la mucosa de la caja del tímpano por virtud del nervio de Jacobson, el paciente de amigdalitis puede experimentar dolor referido al oído. (1)



#### IRRIGACION DE LA AMIGDALA PALATINA. -

## PATOLOGIA:

En los procesos inflamatorios agudo o crónicos de las amígdalas, estas adquieren aspectos diversos: eritematoso, con enrojecimiento, edemotoso difuso, con exudados blanquecinos intracrípticos, esclerosadas, etc. (1), (7)

Son constantes las adenopatías angulomaxilares. Entre la patología más común de la amígdala tenemos:

- a) Amigdalitis aguda,
- b) Amigdalitis crónica, a.
- c) Absceso Periamigdalino,

## AMIGDALITIS AGUDA:

Es por lo general una infección bacteriana, debida a menudo a el estreptococo Beta hemolítico del tipo A. Es una infección por contacto directo por vía aérea o digestiva que puede aparecer en cualquier edad, pero es más frecuente en los niños, sobretodo de los 5 a los 15 años.

a) Término de amigdalitis crónica está sujeto a mucha discusión, y algunos prefieren usar el término de hipertrófia amigdalina secundaria a amigdalitis agudas frecuentes aunque desde el punto de vista anatomo-patológico si existe el término de adenitis crónica.

## SINTOMAS Y SIGNOS:

Es de comienzo brusco, dolor de garganta, calofríos, cefalea, malestar general, fiebre alta, amígdalas

están rojas y edematosas, lo mismo que los pilares amigdalinos y la faringe.

En las amígdalas o en las criptas se encuentra exudado purulento. Los ganglios linfáticos cervicales frecuentemente se encuentran dolorosos e hipertróficos. (3)

Las complicaciones de la extensión local son: Amigdalitis crónica, otitis media aguda, rinitis aguda, sinusitis, absceso periamigdalino.

Puede seguir a la amigdalitis estreptococcica: nefritis, osteomielitis, fiebre reumática o Neumonía. (3)

#### TRATAMIENTO:

- Reposo en cama
- Dieta ligera o líquida
- Analgésicos y antipiréticos
- Antibióticos

El tratamiento microbiano adecuado persigue 4 fines:

- 1- Rápido control del proceso supurado agudo
- 2- Evitar las complicaciones supuradas
- 3- Evitar las complicaciones no supuradas
- 4- Eliminar el estado de portador

#### AMIGDALITIS CRONICA:

Generalmente resulta de infecciones agudas repetidas sin resolver, se manifiesta por una hiperemia mate persistente, puede haber edema y fibrosis de las amígdalas y pilares amigdalinos.

Otros síntomas y signos pueden variar desde una me-

diana sensación de ardor en la garganta, tos, aliento fétido y exudado faringeo. La infección crónica puede predisponer a infecciones agudas recurrentes.

El tratamiento de una infección crónica amigdalina importante es la extirpación quirúrgica.

Las infecciones agudas intercurrentes y la infección crónica en personas con riesgo operatorio elevado, son tratados medicamente.

Rara vez puede eliminarse las infecciones crónicas con tratamiento conservador.

El material blanquecino que por lo común está profundamente situado en las criptas, aparecerá en la superficie de la amígdala al exprimirla. Cuando solo apareza material caseoso, el diagnóstico de infección crónica no debe establecerse porque este material se halla presente a menudo, en las criptas; representa restos epiteliales, macrófagos, gérmenes muertos, presencia de un hongo que es encontrado en el sarro dentario, la cual se debe la fetidez y halitosis que el pte. presenta, y además partículas alimenticias. Cuando se ha probado la existencia de infección crónica de las amigdalas, el único tratamiento efectivo es la amigdalectomía.

#### INDICACIONES PARA AMIGDALECTOMIA

La decisión para extirpar las amígdalas, no debe tomarse sin haber hecho previamente una historia clínica cuidadosa.

Las indicaciones las podemos dividir en "Absolutas" y "Relativas".

La decisión, si las amígdalas están suficientemente -

infectadas para necesitar intervención quirúrgica, no puede ser juzgada por solo la apariencia, ni por el resultado del examen bacteriológico; es necesario la apariencia del paciente, síntomas e historia, como, el examen de las amígdalas, faringe y fauces.

Indicaciones Absolutas:

- 1- Reumatismo agudo y carditis reumática aguda.
- 2- Fiebre Reumática.
- 3- Amigdalitis Crónica.
- 4- Otitis Media Serosa o purulenta persistente, con disminución de la agudeza auditiva, asociada con hipertrrofia de las amígdalas.
- 5- Absceso periamigdalino.
- 6- Amigdalitis aguda recurrente.
- 7- Hipertrofia obstructiva de las amígdalas.
- 8- Portadores de Bacilos Diftéricos.
- 9- Hipertrofia de los ganglios linfáticos cerviles - (previamente hay que eliminar las infecciones de la boca y de los dientes). Lo mismo que la linfadenopatía por causas generales.

Indicaciones Relativas:

- 1- Otitis media crónica supurada.
- 2- Sinusitis aguda recurrente.
- 3- I. R. S. a repetición.
- 4- Fiebre recurrente no diagnosticada.
- 5- Rinitis alérgica, bronquitis aguda recurrente y Asma.
- 6- Roncar y respirar con la boca abierta.

En el primer grupo de "Indicaciones absolutas" la amigdalectomía debe ser considerada aun si las amígdalas aparecen ser superficialmente normales.

En el segundo grupo de "Indicaciones relativas" las amígdalas pueden presentarse al examen normales o patológicas.

Cualquier enfermedad de este segundo grupo puede ser causada por una infección amigdalina y curada por su erradicación. (6)

Pacientes en quienes los signos de infección son inequívocos, siempre se afecta su condición general, como la remoción de órganos afectados mejoran su salud general. En estos casos debe usarse juicio, considerarse la enfermedad sistémica, condición local de la amígdala y otros factores, como la edad etc.

#### CONTRAINDICACIONES:

- 1- Cuando existe infección aguda.
- 2- Durante las fases activas de la tuberculosis.
- 3- En los momentos en que exista una epidemia de poliomielitis.
- 4- Pacientes con Discrasias sanguíneas ej:  
Hemofilia, Leucemia, Púrpura, Anemia Aplástica, etc.
- 5- Una enfermedad general ej: Diabetes no controlada, padecimientos cardíacos.
- 6- Paladar Hendido.
- 7- Rinoscleroma comprobado.
- 8- Rinitis Atrófica comprobada.
- 9- Fte. con eritrosedimentación elevada.

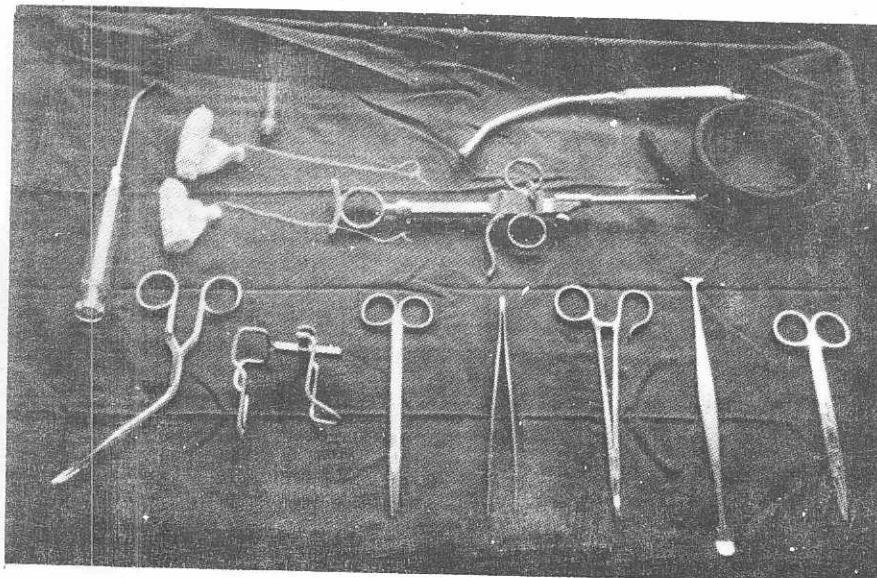
## AMIGDALECTOMIA

Los instrumentos escogidos para la operación deben ser tan pocos y simples como sea posible.

Los instrumentos deben ser pequeños, delgados y de suficiente largo para mantener las manos fuera de la boca y no interrumpir con la visión directa.

### INSTRUMENTAL:

- 1 - Abrebocas de Davis.
- 2 - Tijeras amigdalares curvas.
- 3 - Pinzas hemostáticas.
- 4 - Pinzas para esponjar con torunda.
- 5 - Separador de pilares de Hur.
- 6 - Amigdalótomo.
- 7 - Pinzas de Luc.
- 8 - Abatelenguas.



## PRINCIPIOS GENERALES:

Debe dársele al paciente una explicación de la razón porque se le opera, de los pasos que seguirá en el hospital y del curso post-operatorio probable. Si el paciente es un niño, también debe decírselle lo que va a suceder; esta explicación es mejor que le sea dada por sus padres, y por esta razón el médico los instruirá previamente.

El paciente no debe de ingresar en el hospital o sanatorio si se halla en el curso de una infección respiratoria.

Si el pte. ya ha sido hospitalizado, pero existe alguna sospecha de que comienza una infección del aparato respiratorio superior, debe suspenderse la operación.

El pte. debe estar afebril y no haber tenido infección tres semanas antes de la operación. Por lo menos seis semanas deberán haber pasado desde la última amigdalitis aguda, tres semanas desde el último ataque de otitis media aguda y doce semanas desde el último absceso periamigdalino (datos aproximados).

## MEDICACION PRE OPERATORIA:

La amigdalectomia en el adulto, a menudo se efectúa bajo anestesia local; por esta razón, la medicación pre-operatoria debe consistir en lo siguiente: un barbitúrico, un narcótico y 0.5 miligramos de atropina, un antihistamínico previniendo reacciones alérgicas.

En los niños se efectúa bajo anestesia general (flouthane, oxido nitroso y oxígeno) usados con más frecuencia en el Hospital Roosevelt en el Departamento de Pediatría (para amigdalectomias).

Cuando se emplea la anestesia local, se inyecta Xi-

locaina al 2% con nor epinefrina, en los pilares anterior y posterior y en los tejidos periamigdalares.

#### TECNICA OPERATORIA:

La técnica operatoria para la amigdalectomia es la misma en niños que en adultos, exceptuando que en niños se efectua con anestesia General y la ligadura de vasos sangrantes se efectúa después de extraer la amígdala; mientras que en los adultos se utiliza anestesia local y la ligadura se efectúa en el momento de la disección romana de la amígdala (técnica operatoria empleada en el Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt).

#### TIEMPOS OPERATORIOS:

- 1- Anestesia local perfecta es indispensable.  
El punto principal es la buena infiltración del polo inferior de las amígdalas, porque no se ofrece con facilidad a la vista del cirujano.  
Así se consigue una anestesia que haga totalmente insensible el tiempo principal de la operación cual es la extirpación completa del polo inferior.  
Se continúa con los pilares anterior y posterior, como en los tejidos periamigdalares.
- 2- Se deprime la lengua y la amígdala se toma con unas pinzas amigdalares.
- 3- Se hace una incisión superficial a través de la amíg-

dala de la membrana mucosa y alrededor de la amígdala entre esta y los pilares; la incisión hasta la placa triangularis, lo mismo se hace en el pilar posterior hasta alcanzar la faringe.

- 4- Una vez que se ha expuesto la cápsula amigdalar mediante la incisión que acabamos de describir se toma la cápsula con unas pinzas de Luc.
- 5- Mediante disección romana se separa la cápsula amigdalar del constrictor superior de la faringe. Se libera la amígdala de los pilares anterior y posterior, también mediante disección romana.
- 6- Con pinzas hemostáticas se efectúa: a) ligadura de la rama de la palatina descendente en el polo superior. b) de la arteria palatina ascendente en el hilus medio rama de la facial,
- 7- Se pasa un asa de alambre sobre las pinzas amigdalares y sobre la amígdala y luego se le va estrechando cuidadosamente alrededor del pedículo, el cual está aún fijo en la base de la fosa amigdalina. Se cierra el asa (amigdalotomo) y la amígdala queda seccionada.
- 8- Se coloca una torunda de gaza en la fosa amigdalina y se mantiene con presión ligera durante algunos minutos (8 minutos límite máximo del tiempo de sangría).
- 9- Los puntos que sangran se localizan y se ligan uno a uno.

## CUIDADOS POST-OPERATORIOS:

( Indicaciones dadas en el Hospital Roosevelt ).

- 1- Despues de la operación, se debe permanecer en cama 24 HORAS. Al dia siguiente, el paciente se puede levantar si su temperatura es menor de 37.8 grados C (100 grados F.). Al 5o. dia, puede salir a la calle si hace buen tiempo. El paciente no debe volver a la escuela o al trabajo hasta el décimo dia.
- 2- Tomar bastante agua.
- 3- Durante las primeras 24 horas, se debe comer alimentos blandos, como caldo, cereales cocidos, ponche de huevo, flanes, gelatinas, helados, etc. La leche fresca es generalmente desagradable durante este período.
- 4- Despues de las 24 horas, se debe seguir una dieta nutritiva bien equilibrada. Esta debe incluir carne o pescado, mantequilla, huevos, leche, frutas, hortalizas, pan enriquecido, etc. Tomar una vez por dia un complemento vitamínico Jarabe o cápsulas.
- 5- Cuidar de que las evacuaciones intestinales se hagan con regularidad.
- 6- Durante varios días se tendrá en la boca sabor y olor desagradables. El paciente no debe hacer gárgaras, a menos que se le prescriba en instrucciones especiales. Si es posible, evitará toser, esgarrar o limpiarse la salida de sangre.
- 7- Llame al médico:

- a) En caso de que empiece a salir sangre de la garganta.
  - b) En caso de dolor de oído constante.
  - c) Si la temperatura sube de 37,8 grados C (100 grados F.)
- 8- BAÑO: como de costumbre,
- 9- Vuelva dentro de una semana para examinarle la garganta.

#### Instrucciones Especiales:

-Aalgésicos, Antibioticos, Anticonvulsivantes u otros que se consideren necesarios.

#### HEMORRAGIA POST-OPERATORIA:

La prevención de la hemorragia post-operatoria empieza precisamente en el período pre-operatorio. Si la operación se ejecuta cuando el pte. tiene una infección respiratoria activa, la posibilidad de la hemorragia aumenta.

Las hemorragias más importantes se presentan, por lo general, unas pocas horas después de la operación. En la mayoría de los casos se debe a uno de los tres errores siguientes:

- 1- No se ha hallado bien el plano de despegamiento entre la cápsula amigdalar y el constrictor superior de la faringe y la disección se ha hecho en este másculo

o por fuera de el; o por dentro de la cápsula en ple  
no tejido amigdalino.

- 2- No se han extirpado completamente las amígdalas. -  
Cuando se han dejado restos de amígdala los pequeños vasos sanguíneos no se retraen dentro del tejido linfoideo y quedan sin obliterar, como ocurre ordinariamente.
- 3- La inspección del lecho amigdalar no se ha hecho cuidadosamente, o las ligaduras están mal hechas o se han colocado en lugares inadecuados.

El sangrado también puede ser tardío. Ocurre entre el quinto ("hemorragia del quinto día") y décimo días que siguen a la operación. El sangrado tardío está ocasionado por la eliminación prematura de las escaras que se han formado sobre la superficie rugosas del área en la cual estaban las amígdalas.

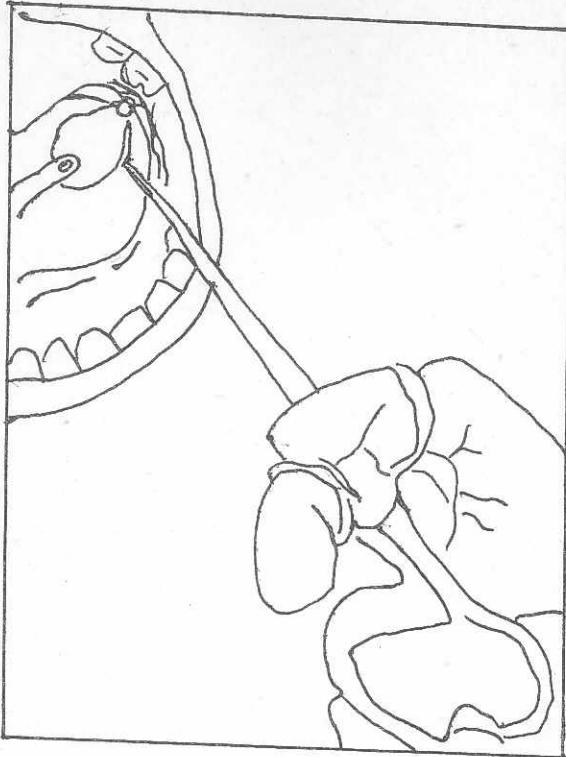


Posición del paciente para la operación de amigdalectomía con anestesia general.

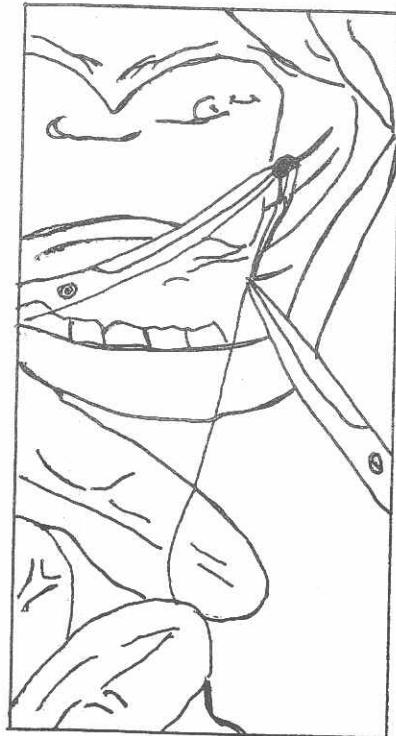
#### ANESTESIA LOCAL



Incisión superficial de la mucosa de la amígdala con tijeras amigdalares y pinzas de Luc.



Amigdalotomo listo para cortar la amigdala desde su base (pedículo).



Vaso sangrante que es pinzado y ligado con cat-gut en la fosa amidalina.

## MATERIAL Y METODOS

Para este trabajo se revisaron 225 casos de amigdalectomías efectuadas de junio de 1972 a mayo de 1973, en el departamento de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt.

Podemos apreciar los siguientes datos:

Indicación Quirúrgica :	225
Sexo Femenino :	142
Sexo Masculino :	83

Por grupo de edades

- 10 años :	104
- 20 años :	81
- 30 años :	26
- 40 años :	11
- 50 años :	3

Anestesia:

General :	121
Local :	104

Complicaciones Operatorias      a

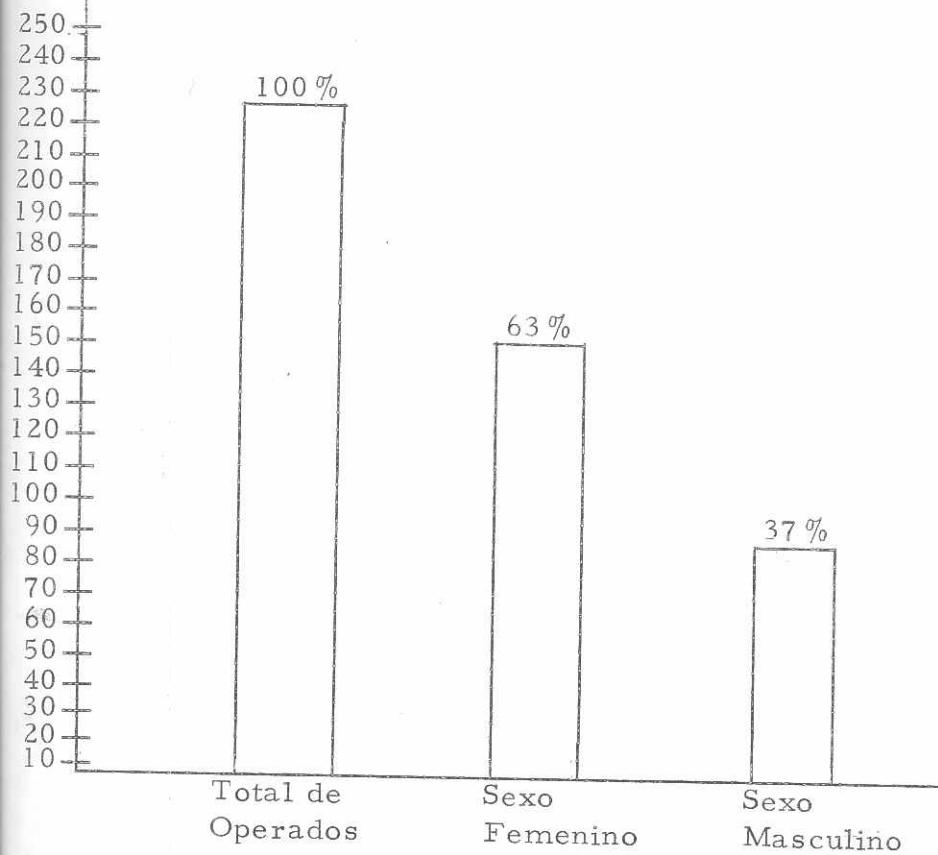
# 35

Complicaciones Post-Operatorias      a

# 78

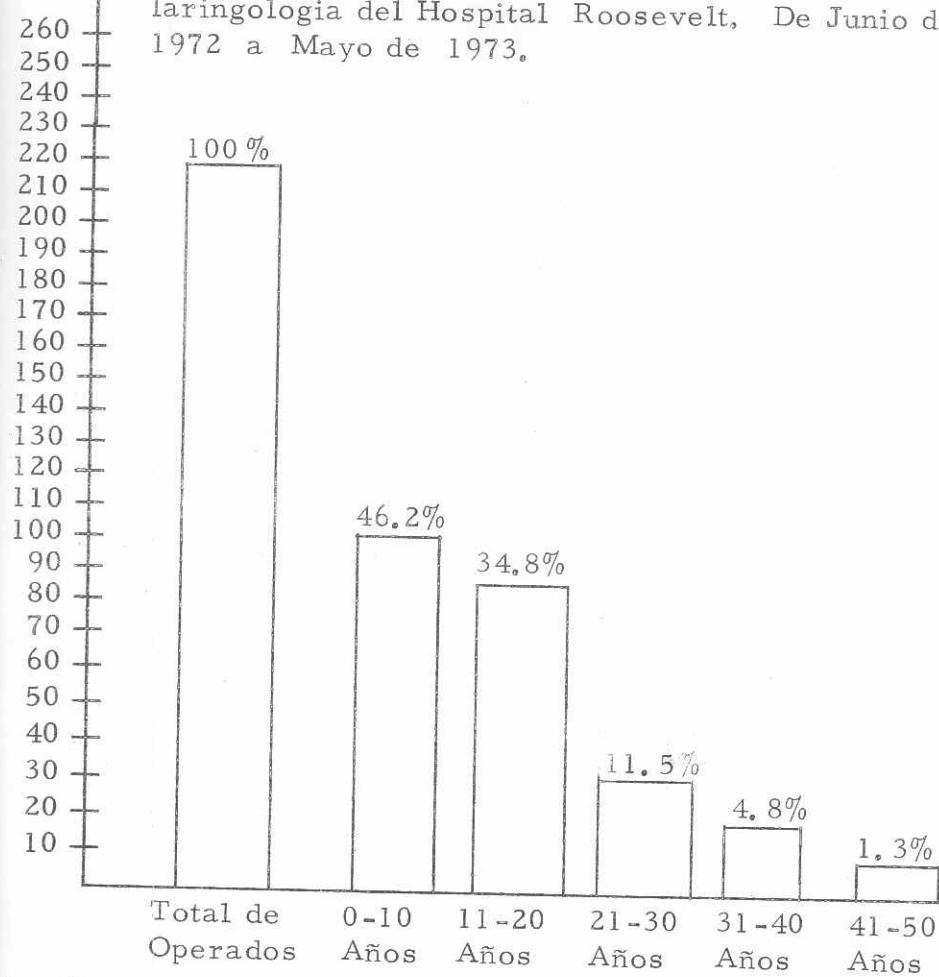
- a) Se hace una crítica severa de este tipo de Cirugía.

Gráfica representativa de acuerdo al sexo de los Amigdalectomizados en el Depto. de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt, de junio de - 1972 a mayo de 1973.



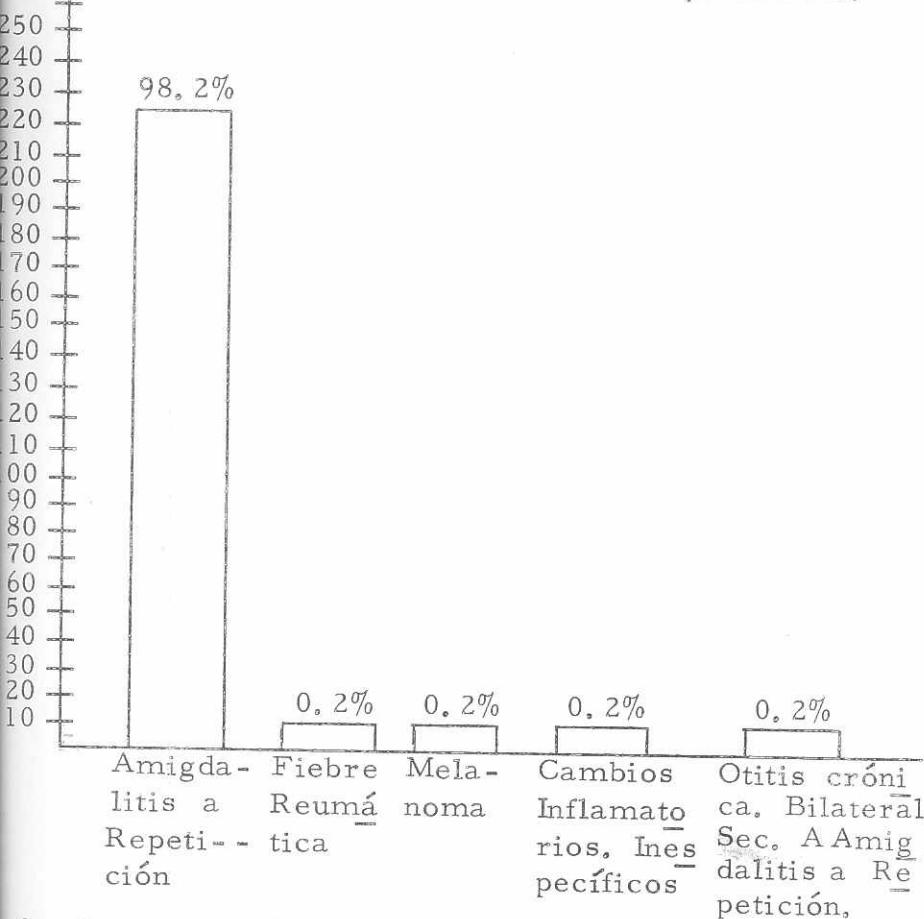
\* Se observa que el mayor porcentaje de ptes. amigdalectomizados fueron del sexo femenino, lo cual fue el 63% del total de operados.

Gráfica representativa de acuerdo a la edad de los amigdalectomizados en el Depto. de Otorrino-laringología del Hospital Roosevelt, De Junio de 1972 a Mayo de 1973.



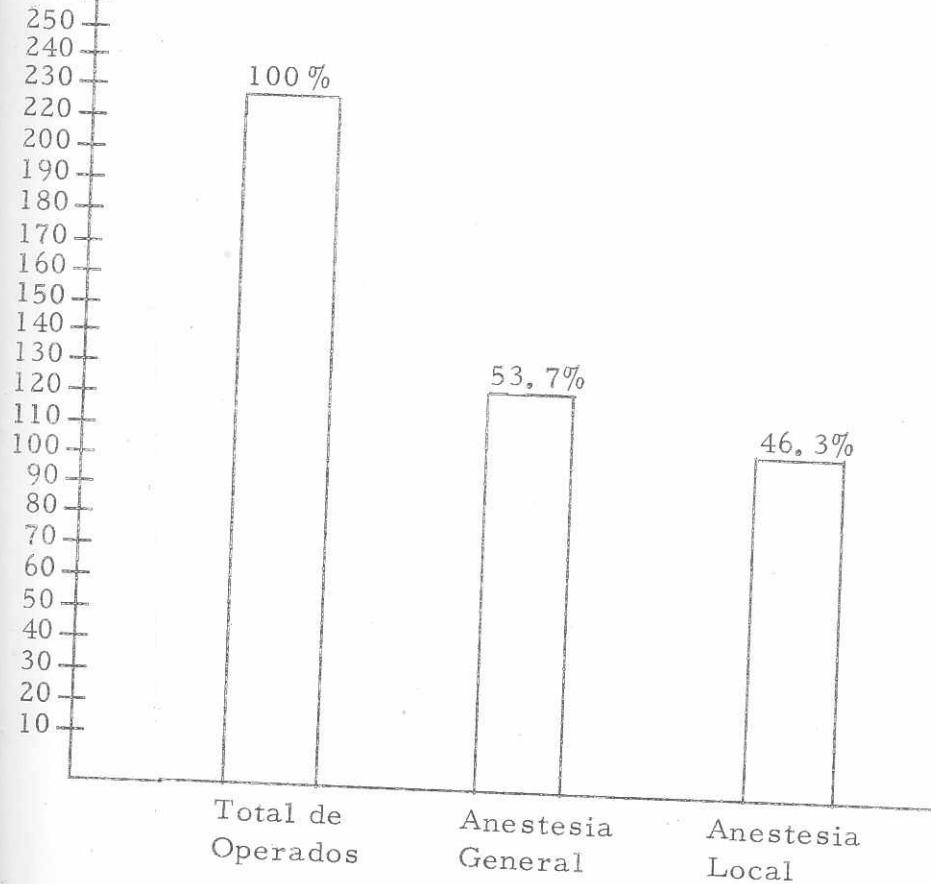
\* Podemos observar que la mayor parte de ptes. amigdalectomizados corresponde a la edad de 0-10 a y que junto con el grupo de 11-20 a hacen el 80%.

Gráfica que representa la indicación Quirúrgica por la que se efectuo la amigdalectomia a ptes . en el Depto. de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt, De Junio de 1972 a Mayo de 1973.



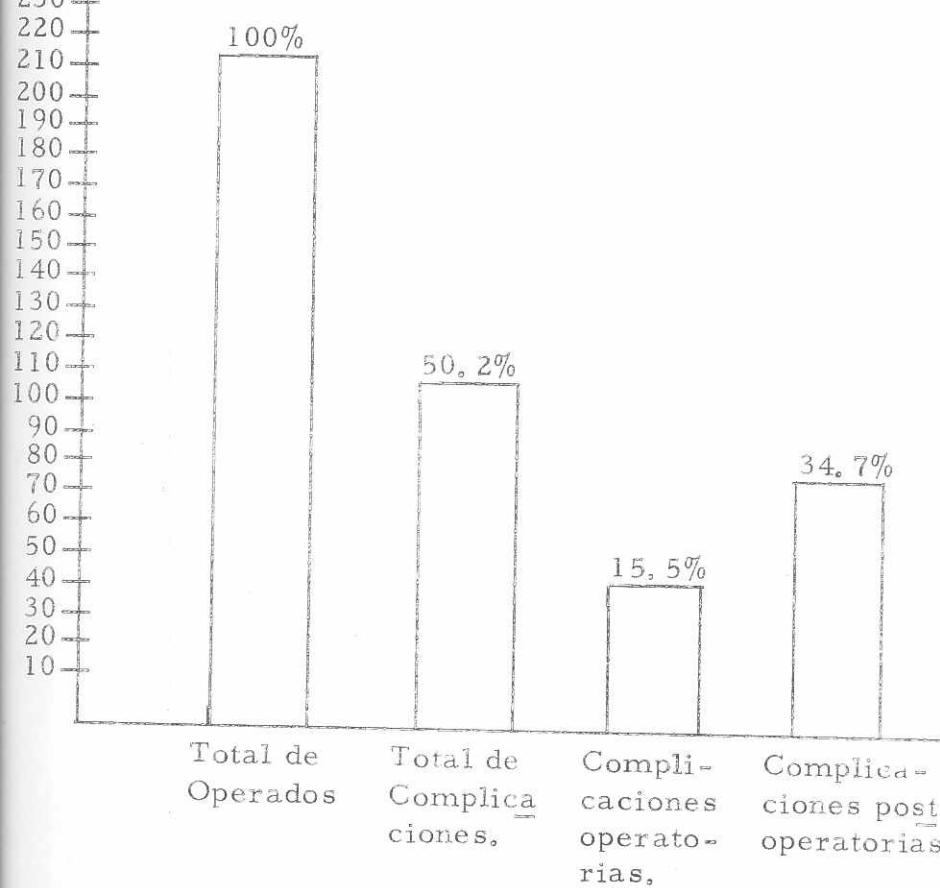
Se observa que la mayor indicación Quirúrgica se refiere a la amigdalitis a repetición, siendo un total de 221 casos y el resto de patología fue de 1 por caso,

Esta gráfica muestra los tipos de anestesia utilizados en los ptes. Amigdalectomizados en el Depto. de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt, de Junio de 1972 a Mayo de 1973.



\* Puede observarse que hubo una ligera diferencia de uso entre la anestesia general y local.

Gráfica representativa de acuerdo a las complicaciones operatorias y post-operatorias de los amigdalectomizados en el Depto. de Otorrinolaringología del Hospital Roosevelt, de Junio de 1972 a Mayo de 1973.



\* Podemos observar que el total de complicaciones fue de 113, lo cual hace un 50,2% en comparación al total de operados; y que la mayor parte de estas complicaciones fueron post-operatorias,

Depto. Otorrinolaringología

Hospital Roosevelt

Junio 1972 a Mayo 1973.

Amigdalectomias

#### COMPLICACIONES OPERATORIAS

COMPLICACIONES	CASOS	%
Sección del Pilar Anterior Derecho	8	23
Hemorragia	8	23
Sección del Pilar Anterior Izquierdo	6	17
Sección del Pilar Posterior Izquierdo	5	14,0
Sección del Pilar Posterior Derecho	2	5,2
Acceso Asmático	2	5,7
Intranquilidad	1	2,9
Epistaxis	1	2,9
Hipotensión Severa	1	2,9
Laceración del Paladar Blando	1	2,9
TOTAL	<u>35</u>	<u>100</u>

- \* Se puede ver que el mayor porcentaje de complicaciones fue de sección del Pilar Anterior Derecho y de Hemorragia.

Depto. Otorrinolaringología  
Junio 1972 - a - Mayo 1973.

Hospital Roosevelt.  
Amigdalectomias

**COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS**

COMPLICACIONES	CASOS	%
Remanente en Polo Izquierdo	21	27
Remanentes en ambos Polos	12	15, 4
Hemorragia	9	11, 6
Remanente en Polo Derecho	8	10, 3
Edema de Uvula	8	10, 3
Otalgia Derecha	5	6, 4
Otalgia Izquierda	2	2, 5
Fiebre	2	2, 5
Dolor Intenso	2	2, 5
Aftas Pilar Anterior Izquierdo	2	2, 5
Líquidos salen por la Nariz	2	2, 5
Absceso Dentario	1	1, 3
Disminución agudeza auditiva	1	1, 3
I. R. S.	1	1, 3
Coagulo Infectado en fosa derecha	1	1, 3
Infección en fosa Izquierda	1	1, 3
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

\* Se puede observar las diferentes clases de complicaciones en el post-operatorio.

Complicaciones que podrían considerarse Iatrogénicas: ( Operatorias ) # 29

Poercentaje con respecto a complicaciones operatorias: 82%

Porcentaje con respecto a total de complicaciones: 25%

Complicaciones que podrían considerarse Iatrogénicas: ( Post-Operatorias ) # 41

Porcentaje con respecto a complicaciones post-operatorias: 52.7%

Porcentaje con respecto a total de complicaciones : 36.2%

## CONCLUSIONES

- 1- El presente trabajo puede establecer ciertos conceptos que beneficien a los que hacen esta clase de cirugía y registrar en esta forma nuestra propia patología y nuestros resultados para no estar atenidos a los resultados y patología de otros países.
- 2- Se ha tratado de no operar niños menores de cinco años y medio o seis, teniendo muy en cuenta, tanto el desarrollo normal del tejido linfoideo, como también el desarrollo psíquico del niño ha sido establecido que es esta edad cuando menos problemas se le provocan al niño tanto por la separación de la madre, la hospitalización y el acto quirúrgico.
- 3- La amigdalectomía no debe considerarse como una panacea que lleva toda clase de problemas patológicos y sus indicaciones deben ser meditadas con toda honradez científica.
- 4- El tiempo de duración de la operación no debe de contar al cirujano sino la seguridad y confianza de que los vasos sanguíneos están debidamente ligados.
- 5- Debemos de tomar en cuenta que las complicaciones más frecuentes tienen como causa:
  - a) Poca experiencia del cirujano,
  - b) Poca colaboración del paciente.
  - c) No ligadura de vasos,
  - d) No extirpar completamente las amígdalas.
  - e) Mal abordaje de la cápsula amigdalar.
  - f) Fuente de luz mal colocada.

- 6- Se encontró que hubo mayor porcentaje de complicaciones, que de No Complicaciones.
- 7- Podemos concluir que de las complicaciones Operatorias, el 82% fue Iatrogénica y que de las complicaciones Post-Operatorias, el 52.7% fue Iatrogénica.

## BIBLIOGRAFIA

- Alonso, Justo M. Tratado de oto-rino-laringología y broncoesofagología. 2ed. Madrid, Paz-Montalvo, 1964. pp. 799-812.
- Beeson, Paul B. y McDermott Walsh. Medicina interna de Cecil-Loeb. 12a. ed. México, Interamericana, 1968. pp. 164-172.
- Brainerd, Henry; Margen, Sheldon y Chatton, Milton J. Diagnóstico y tratamiento. 6a. ed. México, El Manual Moderno, 1971. pp. 116-117.
- Lockart, R. D.; Hamilton, G. F. y Fyfe, F. W. Anatomía humana. México, Interamericana, 1965. pp. 489-491.
- Nelson Waldo E.; Vaughan, Víctor C. y McKay R., James. Tratado de pediatría. 6a. ed. Barcelona, Salvat, 1971. pp. 915-916.
- Watkin-Thomas, F. W. Diseases of throat, nose and ear. London, H. K. Lewis, 1953. pp. 222-230, 243-245, 254-251.
- Weese, David D. de y Saunders, William H. Tratado de otorrinolaringología. 3a. ed. México Interamericana, 1969. pp. 54-57, 66-78.

Bo.

Estela Singer  
Bibliotecaria

Br. Raúl Quan Reyes

Dr. Carlos Dávila  
Asesor

Dr. Carlos Fortuny  
Revisor

Dr. Julio de León  
Director de fase III

Dr. Francisco Saenz  
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto  
Decano.

Vo. Bo.