

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

**RECURRENCIA DE INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR
EN NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS EN ÁREAS RURALES"**

Estudio realizado en los Departamentos de San Marcos, Quetzaltenango,
Huehuetenango, Totonicapán y Chimaltenango
2004.

Tesis

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

por

SILVIA ILEANA MOLINA MAZÁRIEGOS
JORGE MARIO ELMER FOLGAR VEGA
FRANCISCO OBEREYRO SUNAY DÍAZ
ERIC ELEAZAR MENDOZA MOLINEROS
SERGIO ESTUARDO CASTILLO BARRERA
LESLIE VILLATORO LÓPEZ
ALBA CONCEPCIÓN GUTIERRES ARIAS
CLAUDIA LORENA DELGADO CATALÁN
MARIO RENÉ HERRERA PAÍZ
ALEX ALBERTO MASÍN HERNÁNDEZ

Médico y Cirujano

Guatemala, noviembre de 2005.



EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE LOS BACHILLERES:

	Carné
Silvia Ileana Molina Mazatigos	19964
Jorge Mario Elmer Solari Vega	56198
Francisco Obregón Sunay Díaz	821144
Eric Deazar Méndez Molineros	821599
Sergio Estuardo Castillo Barrera	8313005
Leslie Villatoro López	8315195
Alba Concepción Gutiérrez Arias	8318014
Claudia Lorena Delgado Catalán	8812850
Mario René Herrera Paiz	9113125
Alex Alberto Masta Hernández	9210462

Han cumplido con los requisitos solicitados por esta Unidad Académica, previos a optar el título de Médicos y Cirujanos, en el grado Académico de Licenciatura y habiendo presentado el trabajo de tesis titulado:

"Recurrencias de infección respiratoria superior en niños de 3 a 12 años en áreas rurales"

Estudio realizado en los departamentos de Quetzaltenango, Huehuetenango,

San Marcos, Totonicapán y Chimaltenango

2004

Trabajo asesorado por el Dr. Edgar Arnoldo Reyes Mijangos y revisado por el Dr. Edgar de León Barillas León, quienes avalan y firman conformes. Por lo que, se emite y sella la presente.

ORDEN DE IMPRESIÓN

Dado en la Ciudad de Guatemala, a los veinticuatro días de octubre del dos mil cinco

DR. CARLOS ALBERTO ALVARADO DUMAS
DECANO



Guatemala, 24 de octubre del 2005

ores Bachilleres:

	Carné
Silvia Ileana Molina Mazariegos	19984
Jorge Mario Elmer Tolgar Vega	56198
Francisco Obreyro Sunay Díaz	8211144
Eric Eleazar Mendoza Molineros	8215159
Sergio Estuardo Castillo Barrera	8313005
Leslie Villatoro López	8315195
Alba Concepción Gutiérrez Arias	8414011
Claudia Lorena Delgado Catalán	8812830
Mario René Herrera Paiz	9113125
Alex Alberto Masín Hernández	9210462

les informa que el trabajo de tesis titulado:

"Recurrencias de infección respiratoria superior en niños de 3 a 12 años en áreas rurales"
Estudio realizado en los departamentos de Quetzaltenango, Huehuetenango,
San Marcos, Totonicapán y Chimaltenango

a sido **REVISADO y CORREGIDO**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterlo a su Defensa General Pública.

In otro particular me suscribo, atentamente,

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador
Unidad de Tesis



Señores
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Se les informa que los Bachilleres abajo firmantes:

Silvia Ileana Molina Mazariegos
Jorge Mario Elmer Folgar Vega
Francisco Obreyro Sanay Diaz
Eric Eleazar Mendoza Molinos
Sergio Estuardo Castillo Barrera
Lecthe Villatoro López
Alba Concepción Gutiérrez Arias
Claudia Evelyn Belgado Chaman
Mario René Herrera Palz
Alex Alberto Masín Hernández

Han presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"Recurrencias de infección respiratoria superior en niños de 3 a 12 años en áreas rurales"
Estudio realizado en los departamentos de Quetzaltenango, Huehuetenango,
San Marcos, Totonicapán y Chimaltenango
2,004

Del cual, los autores, asesores y revisores nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Asesor
Dr. Edgar Arnoldo Reyes Mijangos
Firma y sello
Edgar A. Reyes Mijangos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6148



Revisor
Edgar de León Barrios
Firma y sello
Registro de Personal

9912

CONTENIDO

1. Resumen	1
2. Definición y Análisis del Problema	3
3. Justificación	5
4. Revisión Bibliográfica	7
A. Anatomía	
B. Adenoides	10
C. Clasificación clínica en amigdalitis y adenoiditis	13
D. Cuadro clínico de Amigdalitis	14
E. Cuadro clínico de Adenoiditis	15
F. Examen clínico	15
G. Estudio radiográfico	15
H. Tratamiento	
5. Hipótesis y Objetivos	21
6. Material y Métodos	23
7. Presentación de Resultados	25
8. Análisis y Discusión de Resultados	29
9. Conclusiones	33
10. Recomendaciones	35
11. Referencias Bibliográficas	37
12. Anexos	39

1. Resumen

"Estudio observacional descriptivo de la recurrencia de Infección respiratoria superior (Faringitis) en niños de 3 a 12 años que han sido sometidos a adenoamigdalectomía vs amigdalectomía, en áreas rurales de los Departamentos de Quetzaltenango, San Marcos, Huehuetenango, Totonicapán y Chimaltenango, durante 2004.

Se revisaron en Centros de Salud, 1,102 expedientes de pacientes cuyas únicas indicaciones quirúrgicas fueron:

1. Infección amigdalar recurrente, 2. Hipertrofia amigdalar, 3. Hipertrofia adenoidea e 4. Infección adenoidea recurrente.

Se encontró un total de 961 adenoamigdalectomías y 141 amigdalectomías, sin diferencia significativa por sexo. La recurrencia de faringitis con las amigdalectomías fue del 15.4% y de las adenoamigdalectomías fue del 1.12%. Ambos procedimientos quirúrgicos disminuyeron considerablemente en cantidad en el último año y el seguimiento dado a los pacientes no fue el mejor. El tratamiento post-operatorio más utilizado fue la Amoxicilina por un período de 10 días.

La recurrencia de faringitis en niños a los que se les ha realizado adeno-amigdalectomía, es menor que con amigdalectomía, por lo que dependiendo de cada caso, se recomienda la realización de adenoamigdalectomía. Además es recomendable implementar métodos para dar un seguimiento más constante a los pacientes por medio de un plan educacional, en el que al paciente post-operado se le proporcione una lista de los cuidados que debe tener y la importancia que tiene para él que regrese a sus citas.

2. Definición y Análisis del Problema

Uno de los motivos más frecuentes de consulta a nivel urbano y rural en Otorrinolaringología es la Infección respiratoria superior, entre estas, la Faringitis recurrente; término bajo el cual se estudian los procesos inflamatorios y/o irritativos crónicos de la mucosa faríngea y que se acompaña con mucha frecuencia de cuadros hipocondríacos por temor a sufrir un cáncer de garganta.

La Adenoamigdalectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en el grupo infantil es pues el 1.92%¹ de todos los procedimientos quirúrgicos es este grupo, aunque conforme el paso del tiempo ha ido disminuyendo el número de cirugías realizadas debido a la mayor especificidad de sus indicaciones. De los procedimientos quirúrgicos otorrinolaringológicos este abarca el 48%¹ aproximadamente. A pesar de esto siempre existirá un porcentaje de pacientes con resultados no deseados (30%)¹, ya sea por reacción normal o alguna otra causa, y posteriormente podrán aparecer faringitis recurrentes, las cuales son resultado ya sea de un mal diagnóstico pre-operatorio o bien de un mal planteamiento del caso desde el principio. Sabiendo esto, es importante conocer las diferencias que existen entre una amigdalectomía sola o acompañada de adenoidectomía para observar los resultados tanto a corto como largo plazo que tienen ambas cirugías.

Un problema que ha existido siempre es que a estos pacientes no se les da un seguimiento como corresponde, siendo esto básico para el tratamiento adecuado y buen control de cada paciente.

¹ Datos obtenidos de los libros de ingreso de pacientes de los servicios de Cirugía Pediátrica I y II del Hospital General "San Juan de Dios".

3. Justificación

Las faringitis recurrentes constituyen uno de los motivos más frecuentes de la consulta de medicina general y de la del otorrinolaringólogo y, sin embargo, existen muy pocos estudios serios sobre las mismas. Con este trabajo se pretende dar a conocer un tipo de faringitis recurrente, la cual se presenta después de haber sido sometido a cirugía de amígdalas y adenoides, y por razones "desconocidas" los pacientes vuelven a recaer con faringitis. Esto es muy habitual en la consulta y por lo general bastante desconocido.

Actualmente, del total de resecciones tanto de amígdalas como de adenoides, la realización de adenoamigdalectomía abarca el 95% de estas, en comparación con el 5% aproximadamente de únicamente amigdalectomías.

Para fines prácticos del trabajo, se tomarán en cuenta únicamente cuatro indicaciones de cirugía, las cuales son: Infección amigdalarecurrente, obstrucción severa de las vías aéreas por hipertrofia amigdalarecurrente, hipertrofia adenoidea e infección adenoidea recurrente.

La recurrencia de faringitis en niños que han sido sometidos a Amigdalectomía o Adenoamigdalectomía es algo que debe preocupar mucho, pues aproximadamente el 20% de estos niños sufren de este problema, siendo en mayor cantidad los que solo se les extirpan las Amígdalas. Como ya se ha dicho anteriormente, este es uno de los procedimientos quirúrgicos que más se realiza en toda la Medicina a nivel mundial, por lo que las faringitis recurrentes afectan a una gran cantidad de niños.

Es interesante realizar una comparación además de conocer la recurrencia de las faringitis postoperatorias en un hospital nacional.

El conocer estos datos permitirá reflexionar si las indicaciones de cirugía están bien tomadas, si en realidad la cirugía fue necesaria, observar qué pacientes son los más propensos a padecer de faringitis recurrentes, etc. además de darnos una idea para saber qué procedimiento quirúrgico es la solución para este problema.

4. Revisión Bibliográfica y de Referencia

4.1 Generalidades

4.1.1 Anatomía

Al comienzo de la encrucijada aerodigestiva se encuentra un grupo de formaciones de tejido linfopitelial que constituyen el denominado anillo de Waldeyer. Estos órganos se llaman genéricamente amígdalas.

De arriba a abajo podemos distinguir:

- La amígdala faríngea (amígdala de Luskcha), impar, localizada en techo y pared posterior de la rinofaringe.
- Las amígdalas tubáricas (amígdalas de Gerlach), par, colocadas alrededor del ostium tubárico y fositas de Rosenmüller.
- Amígdalas palatinas, par, entre los pilares anterior y posterior del velo del paladar.
- Amígdala lingual, impar, localizada en la base de lengua.
- Cordones laterales faríngeos, dispuestos en forma perpendicular en la confluencia de las paredes posterior y lateral de oro y nasofaringe.
- Acumulaciones linfopiteliales en los ventrículos laringeos de Morgagni.

Las amígdalas del anillo de Waldeyer ya se perciben en estado embrionario, pero, sin embargo, su formación definitiva sólo se alcanza después del nacimiento, es decir, tras la entrada en contacto directo con el medio ambiente y los distintos patógenos. Su tamaño aumenta del primer al tercer año de vida y alcanza el máximo entre el tercero y el séptimo año, produciéndose una involución en la pubertad que prosigue con los años como el resto del tejido linfático.

El tejido linfático del anillo de Waldeyer está constituido por órganos inmunológicamente activos, que por su situación periférica son los que primero y más continuamente están en relación con el rico entorno antigénico natural frente al que van a tener una reacción de respuesta, elaborando anticuerpos específicos y celulares.

Esto tiene particular importancia en los primeros años de vida. Luego con el transcurso de los años, cuando los contactos antigénicos han sido ya innumerables, va perdiendo esta importancia

y de aquí que estos órganos con la edad se vayan atrofiando. Por otra parte, esta situación periférica y de continua exposición antigénica es uno de los factores que los hace sucumbir con relativa facilidad a las infecciones.

Por tanto, las amígdalas palatinas, así como el resto del anillo de Waldeyer, tienen una función inmunológica que realizan mediante la inducción de una respuesta humoral sérica frente a antígenos potencialmente patógenos de dos formas: local: secreción in situ de inmunoglobulinas, y general: secreción de inmunoglobulinas a la circulación general.

Las amígdalas palatinas suponen los órganos linfoides más importantes de este conjunto.

4.2 Amígdalas

Las amígdalas palatinas son pares, generalmente masas ovoides localizadas en las paredes laterales de la orofaringe. Generalmente están confinadas a la orofaringe, pero con crecimiento excesivo pueden extenderse hacia la nasofaringe, o, mas común, hacia la hipofaringe. Las amígdalas y adenoides son a menudo afectados simultáneamente por procesos similares (infección crónica/recurrente o hiperplasia obstructiva). Esto es algo que pone a prueba la habilidad del clínico para diferenciar la etiología entre estos dos órganos.

Algunos creen que la hiperplasia amigdalina causa anomalías en la posición de la lengua, lo que resulta en patrones de habla y crecimiento orofacial alterados. Así como con los adenoides, la relación entre el volumen de la orofaringe, el tamaño de las amígdalas, y la etiología de la obstrucción de vías aéreas superiores no están comprendidos completamente. Parecen estar relacionados tanto la hiperplasia amigdalina y una orofaringe anatómicamente pequeña.

La superficie de la amígdala está formada por la cápsula amigdalina, que está separada por una delgada capa de tejido celular laxo submucoso, que permite separar fácilmente la amígdala de los planos subyacente, es decir, de los músculos y aponeurosis de la pared faríngea. El borde anterior está separado hacia arriba del pilar anterior y del pliegue triangular por la fosita supraamigdalina. El borde posterior está separado del pilar posterior por un surco de profundidad variable. La irrigación está dada por la arteria faríngea ascendente, palatina ascendente, y pequeños plexos de las arterias lingual y facial. El drenaje linfático de las amígdalas se dirige hacia los ganglios cervicales y yugulares. La innervación sensorial es del nervio glossofaríngeo.

La estructura histológica de las amígdalas está íntimamente relacionada con su función como órganos inmunológicos. Las amígdalas (y adenoides) no tienen linfáticos aferentes, pero parece que las invaginaciones en forma de cripta en las amígdalas sirven como ruta de acceso tanto para antígenos

inhalados como para ingeridos. El epitelio en forma de criptas tiene un sistema complejo de células especializadas (células M y células antígeno-procesadoras) y microporos que llevan el antígeno a las células linfoides inmunológicas, debajo del epitelio amigdalino. Se han descrito cuatro zonas o compartimentos: epitelio de células reticulares, área extrafoliolar, zona de manto del folículo linfóide, y centro germinal del folículo linfóide.

4.3 Adenoides

Los adenoides (amígdalas faríngeas) son masas triangulares de tejido linfóide localizados en la parte posterior de la nasofaringe. La nasofaringe tiene varias funciones: sirve como conducto para el aire inspirado y para el drenaje de secreciones nasales hacia la orofaringe, como una caja resonante para el habla, y como área de drenaje para la trompa de Eustaquio. Los adenoides se forman durante el tercer a séptimo meses de la embriogénesis. Están presentes al nacimiento y se colonizan con bacterias durante las primeras semanas de vida. Su agrandamiento se observa durante la niñez temprana y media, aparentemente en respuesta a una variedad de respuestas antigénicas. La mayoría de veces regresan a su tamaño normal durante la pubertad y adolescencia.

La relación anatómica entre la nasofaringe y los adenoides tiene implicaciones patológicas en la trompa de Eustaquio, que está localizada lateralmente. Muchos creen que la obstrucción tanto funcional como mecánica de la trompa de Eustaquio por los adenoides, juega un papel significativo en el desarrollo de patologías del oído medio.

La pregunta de si los adenoides son muy grandes para una nasofaringe normal, o si la nasofaringe es muy pequeña en los niños que desarrollan obstrucción aún permanece sin respuesta. La radiografía lateral de cuello, con sus limitaciones a pesar de ser un espacio tridimensional, ha sido utilizada para responder esta relación. A pesar de esto, los investigadores han reportado tanto espacios nasofaríngeos pequeños como normales.

Por lo tanto esta relación anatómica es importante en la comprensión de los efectos de la obstrucción nasal crónica en el crecimiento orofacial.

Los adenoides están irrigados por la arteria faríngea ascendente, la arteria vidiana y la arteria pterigopalatina. La circulación venosa está muy desarrollada y formada por dos plexos: a) un plexo venoso submucoso, constituido por el plexo perifaríngeo y pterigoideo, y b) un plexo perifaríngeo tributario de la vena yugular interna. Los colectores linfáticos drenan a los ganglios subgástricos y a los ganglios retrofaríngeos laterales. La innervación sensorial es recibida de los nervios glossofaríngeo y vago.

La anatomía macro y microscópica de los adenoides refleja sus muchas funciones, y difiere significativamente del de las amígdalas. Los adenoides están invaginados por orificios profundos, en

contraste con el sistema de criptas encontrados en las amígdalas. Tienen tres tipos de epitelio: columna cilíndrico pseudoestratificado, estratificado escamoso y transicional. Enfermos, infectados crónicamente o agrandados, los adenoides tienden a incrementar la proporción de epitelio escamoso y a disminuir la proporción de epitelio respiratorio.

4.4 Patogénesis de la Enfermedad Adenoamigdalar

La patogénesis de los procesos infecciosos en amígdalas y adenoides tiene su base en su localización anatómica y su función como órganos inmunológicos, procesando material infeccioso y luego, paradójicamente, convirtiéndose en focos de infección. Aún así, todavía no hay una teoría aceptada mundialmente. La infección viral con invasión bacteriana secundaria puede ser un mecanismo de inicio de la enfermedad crónica, pero los efectos del ambiente, el huésped, el uso inadecuado de antibióticos, consideraciones ecológicas, y la dieta pueden todos jugar un papel muy importante.

4.5 Clasificación Clínica en Amigdalitis y Adenoiditis

La clasificación clínica en los adenoides y amígdalas debe ser definida para permitir una comunicación efectiva entre el otorrinolaringólogo y el médico que refiere al paciente. El reconocer los procesos patológicos individuales y las dificultades encontradas en cada diagnóstico, permite al otorrinolaringólogo seleccionar apropiadamente los candidatos a cirugía.

4.6 Adenoides

1. Adenoiditis

La adenoiditis es la inflamación de la amígdala faríngea de Luschka por un proceso infeccioso. Es particularmente difícil de diferenciar de una infección de vías respiratorias superiores viral, o de una rinosinusitis bacteriana. Pueden verse rinorrea purulenta, obstrucción nasal, fiebre y otitis media. Cuando la infección aguda está acompañada de ronquido, que después desaparece, es más posible que se trate de una infección de los adenoides.

La adenoiditis generalmente se debe a procesos virales, casi siempre por adenovirus, aunque el cavum es una puerta de entrada de abundante flora bacteriana, destacando el estreptococo y el neumococo entre los gérmenes más frecuentes.

1.1 Adenoiditis Recurrente

La adenoiditis recurrente es la presencia de más de cuatro episodios de adenoiditis aguda en un período de seis meses. Si el niño permanece asintomático entre los episodios, una profilaxis antibiótica puede ser considerada. Puede ser muy difícil diferenciar entre una adenoiditis aguda y una recurrente, por lo que las radiografías para evaluar los senos puede ser de gran ayuda.

1.2 Adenitis crónica

La descarga nasal persistente, cacosmia, drenaje retrofaríngeo, y congestión crónica son los síntomas más característicos de esta patología. Aunque la sinusitis crónica también puede presentarse con estos síntomas, es más frecuente que la adenoiditis vaya acompañada de otitis media. Por esto mismo es necesario investigar profundamente de cual de las dos se trata, pues el tratamiento es muy diferente.

1.3 Hiperplasia Obstructiva de adenoides

La triada de síntomas de obstrucción nasal crónica (asociada con ronquido y respiración bucal), rinorrea, y voz nasal es muy sospechosa de obstrucción nasofaríngea debido a adenoides agrandados.

2 Amígdalas

2.1 Amigdalitis Aguda

Un diagnóstico de amigdalitis aguda puede ser muy sugestivo si los signos y síntomas son fiebre, disfagia, presencia de ganglios cervicales, así como amígdalas eritematosas y con presencia de exudado. No todos los síntomas y signos anteriores están presentes en todos los pacientes, y desafortunadamente los médicos han tomado como único criterio diagnóstico un cultivo orofaríngeo positivo para *Streptococcus beta-hemolítico* del grupo A. En un niño enfermo con las amígdalas claramente inflamadas, deben tenerse en cuenta otros posibles causantes (bacterias, virus Epstein-Barr), para ser tratados apropiadamente. Cuando se hacen las recomendaciones quirúrgicas se debe tener en cuenta la gran variedad de diagnósticos diferenciales que presenta la amigdalitis aguda.

2.2 Amigdalitis Aguda Recurrente

Esta ha sido definida como la presencia de cuatro a siete episodios en un año, cinco episodios en dos años consecutivos, o tres episodios por año durante tres años consecutivos.

2.3 Amigdalitis Crónica

Cuando existe dolor crónico en la garganta, cacosmia, y adenopatía cervical persistente, y no se encuentra ninguna otra causa como sinusitis o infección de la amígdala lingual, lo más probable es que se trate de una amigdalitis crónica.

2.4 Hipertrofia obstructiva amigdalar

La hipertrofia de las amígdalas puede causar ronquido con apnea obstructiva durante el sueño, disfonía y cambios en la voz. El agrandamiento de las amígdalas en ausencia de algún signo o síntoma puede afectar la salud del niño, no necesitan extirparse.

En las amígdalas pueden presentarse neoplasias tanto benignas como malignas, por lo que la hipertrofia unilateral de amígdalas siempre debe estudiarse a fondo, pues es muy probable que se trate de una neoplasia. También la presencia de adenoides en un adolescente debe ser investigada, pues es sig muchas veces de malignidad.

3 Formas clinicopatológicas de faringitis crónica

La faringitis crónica podría definirse como el conjunto de procesos inflamatorios o irritativos crónicos que afectan a la mucosa faríngea produciendo un cambio macroscópico de la misma.

Se distinguen tres formas fundamentales:

3.1 Faringitis crónica simple o catarral

Cursa con sensación de cuerpo extraño, carraspeo para eliminar «algo que está ahí», tos irritativa y molestias vagas en la garganta más intensas por la mañana con sensación de sequedad o de secreciones adherentes en la faringe. No hay sensación de enfermedad ni de fiebre.

En la exploración los reflejos se encuentran aumentados, lo que dificulta la exploración, en la cual se puede encontrar una mucosa faríngea congestiva, enrojecida y generalmente con mucosidad purulenta que desciende desde la rinofaringe.

3.2 Faringitis crónica hipertrofica o foliculosa

En la faringitis crónica hipertrofica existe casi siempre una sensación molesta de cuerpo extraño en la faringe, con necesidad de deglutir y de carraspear para intentar eliminarlo. El reflejo nauseoso e incluso el vómito son fáciles de provocar.

En este tipo de faringitis observamos un engrosamiento de la mucosa de forma difusa que disminuye el calibre de la cavidad faríngea o en forma de folículos linfoides aislados, sobre todo en la pared posterior de la faringe (faringitis granulosa).

3.3 Faringitis crónica seca o atrófica

La mucosa de la pared posterior de la faringe aparece adelgazada y con aspecto de sequedad, brillante y en ocasiones con costras mucosas. En contraste con las formas hipertroficas, la cavidad faríngea es amplia y el reflejo nauseoso prácticamente no existe. Los adultos y ancianos son los más afectados y frecuentemente se relaciona con los cambios climáticos o de temperatura, mejorando las molestias en la orilla del mar y aumentando con los ambientes secos o calientes.

4.7 Faringitis crónica amigdalopriva

Dentro de las faringitis crónicas hipertroficas existe una entidad muy común que cursa con el agrandamiento de la amígdala lingual para compensar la ausencia de las amígdalas palatinas extirpadas en la amigdalectomía (faringitis amigdalopriva). Puede cursar sin síntomas clínicos concomitantes o bien con molestias vagas como irritaciones locales, sensación de estorbo al deglutir con sensación de que la saliva queda retenida en la orofaringe y de «bulto» en la garganta, no existiendo disfonía para sólidos. A veces hay tos improductiva recurrente y carraspeo frecuente. En otras ocasiones el paciente refiere sensaciones constrictivas de ahogo. Todo ello se acompaña de una carga de angustia a menudo con cancerofobia, agravada por los acontecimientos del entorno (familiar afectado por un cáncer de laringe) o imágenes que el paciente observa como preocupantes (la «V» lingual, conglomerados linfoides, etc.). Por tanto, la magnitud de los síntomas varía enormemente de unos pacientes a otros, admitiéndose la existencia de un componente psicossomático, y así no es raro que encontremos signos de faringitis crónica hipertrofica en un enfermo que no tiene la más mínima sintomatología. Esto quiere decir que el diagnóstico de faringitis crónica se refiere a un enfermo que describe molestias de garganta, sin indicios de otra patología.

Al examinar la base de la lengua con un tacto digital y visualización indirecta con el espejo se comprueba con facilidad el agrandamiento de la amígdala lingual.

D. Cuadro clínico de Amigdalitis:

Es posible esquematizar la multiplicidad de síntomas en estas manifestaciones:

- a) Odinofagia, generalmente matutina, casi exclusiva de la deglución en vacío, que mejora durante la comida.
- b) Sensaciones dolorosas espontáneas, en forma de prurito, quemazón, sequedad o irritación, que empeoran al hablar.
- c) Rinorrea posterior, con mucosidades pegajosas y difíciles de arrancar, carraspeo e incluso tos. A veces, existe una sialorrea que el paciente escupe continuamente por temor a tragar secreciones sépticas.
- d) Sensaciones constrictivas, de ahogo, con el "bolo hístico" como manifestación más característica.

Todo ello se acompaña de una carga de angustia, a menudo con cancerofobia, agravada por los acontecimientos del entorno (familiar afectado por un cáncer de laringe) o imágenes que el paciente observa como preocupantes (la "V" lingual, conglomerados linfoides, etc.). Existe pues, una mezcla de dolor (siempre poco intenso), mucosidad, espasmo y miedo a sufrir una enfermedad grave.

La exploración puede ser negativa por completo (se habla, entonces, de "parestias faríngeas sin base orgánica") o pueden observarse los signos que configuran las distintas formas clínicas.

E. Cuadro clínico de Adenoiditis:

El paciente acude a la consulta por presentar:

- a) Insuficiencia respiratoria nasal, que puede ser permanente o sólo nocturna. En ocasiones el niño presenta una voz gangosa o de ocupación nasal. Se debe observar el aspecto de la típica cara adenoides: boca entreabierta y con un perfil que se asemeja al de un pájaro.

- b) Signos inflamatorios de vecindad: i. rinitis de repetición con rinorrea anterior y posterior. La mayoría de las veces, la adenoiditis es la responsable de una otitis media aguda, cuadro que nos indicará la conveniencia de practicar una adenoidectomía; ii. procesos patológicos en la trompa de Eustaquio, que incluyen desde una simple obstrucción tubárica hasta una otitis serosa. La inhalación de secreciones rinofaríngeas puede provocar una laringotraqueobronquitis, y iii. adenitis cervicales de la cadena espinal, incluso con formación de adenoflemones.
- c) Tos de predominio nocturno, que se agrava por la presencia de abundantes mucosidades, que resbalan hacia la faringe, irritando dicho órgano y produciendo más tos. En el lactante, una adenoiditis de evolución prolongada puede causar un cuadro tóxico importante, con una pérdida brusca de peso, con alteraciones digestivas e incluso neurológicas. En ocasiones, en niños mayores, pueden presentarse formas graves, con espasmos de glotis, fiebre alta que incluso provoca convulsiones.

Este proceso, aunque benigno, es muy recidivante, por lo que conduce a una frecuente ausencia escolar, lo que repercute en el rendimiento de los niños que la presentan.

F. Examen clínico

Adenoides

En primer lugar se valora el aspecto típico del niño adenoides, con su facies adenoides característica.

La otoscopia que muestra una congestión timpánica, la visualización de niveles hidroaéreos y la movilización de burbujas con el espéculo de Siegle nos indicará una mala permeabilidad de la trompa de Eustaquio.

La rinoscopia posterior es el examen que permite valorar el aspecto de la rinofaringe. Es una exploración difícil de realizar, sobre todo en el niño, aunque con los sistemas ópticos actuales de luz fría se facilita la exploración. La rinoscopia anterior es poco valorable. La palpación del cavum es una prueba muy fiable y prácticamente sin secuelas. Debe realizarse colocándose el especialista por detrás del paciente: con la mano izquierda se mantiene la cabeza del niño apoyada contra el tórax, con un dedo se deprime la mejilla, entre las arcadas dentarias, y con el índice de la mano derecha, por detrás de la úvula, se procede a la palpación del cavum (maniobra de Lemairey).

G. Estudio radiográfico.

Se practica un estudio radiográfico de perfil de la cabeza, centrado en el *cavum*; es difícil de interpretar puesto que en ocasiones se observan falsas imágenes adenoideas.

La altura de un *cavum* normal en un niño de 10 años es de 1 cm. Cuando existen adenoides se observa una imagen radiológica en forma de lente biconcava o en forma de cinta, que disminuye el espacio aéreo de la rinofaringe.

H. Tratamiento

En la actualidad, el abordaje de la hipertrofia de amígdalas palatinas y/o faríngeas (vegetación adenoideas) despierta muchas controversias en foros, congresos y publicaciones científicas en el ámbito de la pediatría, la otorrinolaringología y la medicina familiar.

La extirpación de adenoides y amígdalas palatinas se ha restringido de manera importante en los últimos años; se han dejado atrás aquellos tiempos en que la amigdalectomía era prácticamente una vacuna más. En nuestro medio, la adenoidectomía continúa siendo el acto quirúrgico otorrinolaringológico más frecuente, dado que la amigdalectomía ha disminuido de forma notable.

1. Indicaciones de la Amigdalectomía.

La actitud más extendida es de expectación, pues cada vez se reconoce más el papel inmunológico fundamental que desempeñan las amígdalas palatinas en el desarrollo del niño. Además, el control de las infecciones amigdalares con la antibioterapia moderna ha contribuido a disminuir el número de indicaciones, aunque existen dos a tener presentes: las infecciones recurrentes amigdalares y la hipertrofia amigdalare que provoca clínica obstructiva de las vías respiratorias altas.

a) Infecciones recurrentes amigdalares

En un estudio aleatorizado¹⁵ de niños que presentaban al menos 7 episodios de infección faríngea en un año, 5 episodios al año durante 2 años o 3 episodios al año durante otros tantos años, se observó un menor riesgo de presentar faringitis moderadas o graves durante el año siguiente a la cirugía (8%) en el grupo que fue sometido a amigdalectomía en comparación con los controles (66%).

Hoy día también se valora la calidad de los procesos infecciosos a la hora de tomar la decisión (fiebre alta con crisis convulsivas, ingresos por disfagia...).

Dentro del grupo de las infecciones, debemos señalar a los *abscesos periamigdalinos*, cuya recidiva es indicación de cirugía diferida.

b) Obstrucción severa de la vía aérea por hipertrofia amigdalare

Debemos ser cuidadosos al definir el crecimiento amigdalare, pues el reflejo nauseoso hace que los pilares anteriores se dirijan a la línea media, favoreciendo la falsa imagen de aumento tonsilar. En la exploración, la lengua debe permanecer en el interior de la cavidad oral, haciendo hincapié en la visualización del polo inferior de las amígdalas, pues puede corresponder a la porción más grande de las mismas y pasar así desapercibida.

Cuando el aumento es considerable y provoca una limitación al paso de la vía aérea, se puede escuchar un estridor respiratorio que junto con la hiperextensión del cuello que adopta el niño para favorecer la entrada del aire, nos plantea la duda del signo de rigidez de nuca en la exploración.

Dentro de este apartado, es fundamental hablar del *síndrome de apnea obstructiva del sueño* (SAOS) en la infancia, donde el tamaño amigdalare y/o adenoideo cobra un importante protagonismo. La definición de SAOS es menos precisa en la infancia que en la edad adulta, pero en general para confirmar su diagnóstico la mayoría de los autores aceptan la presencia de más de 10 episodios de apnea por hora de sueño o más de 30 en un período de 7 horas.

Desde el punto de vista clínico, son muy orientativos los procesos obstructivos de vías aéreas superiores, la presencia de ronquido nocturno que refieren los padres y la respiración bucal que el médico puede evidenciar en su consulta.

Una indicación absoluta de amigdalectomía son los *procesos amigdalares malignos*, siendo destacables en la infancia los linfomas y los rabdomiosarcomas. En algunas de estas actuaciones, el fin es diagnóstico.

Por último, cabe decir que no se tiene establecido límite de edad, si la amigdalectomía es necesaria, desterrando la obsoleta idea de que está contraindicada en menores de 5 años y en mayores de 60.

2. Indicaciones de la Adenoidectomía.

No debemos separar la clínica que provocan las adenoides de las amígdalas palatinas, ya que muchas veces ambas se superponen. La hipertrofia de las amígdalas nasofaríngeas (vegetaciones), además, ser un cuadro común, sobre todo en lactantes, son fuente de múltiples problemas.

Existen dos grandes indicaciones a resaltar en esta intervención: la *hipertrofia adenoides*, que produce obstrucción nasal permanente, y la *infección adenoides recurrente*, con repercusión ótica importante.

Se ha comprobado que el aumento del tamaño adenoides genera una presión negativa en el oído medio que lo hace susceptible a infecciones de repetición, produciendo hipoacusia, siendo muchas veces necesario recurrir a los drenajes transtimpánicos hasta llevar a cabo la adenoidectomía.

Las sinusitis de repetición también pueden explicarse por esta enfermedad. Los niños con historia larga evolución pueden presentar una típica facies definida como adenoides y que el clínico experimentado reconoce a primera vista, pues destaca la boca entreabierta, labio superior corto, grueso, elevado, aberturas nasales hacia delante, pómulos poco prominentes, que le confiere un aspecto característico.

Son muchos los autores que afirman que una buena evolución clínica puede servir como valoración final de la obstrucción de la vía aérea en nasofaringe. Se sugiere que las radiografías laterales de *cavum* se deben reservar cuando, en los trastornos nasales, el origen de la sintomatología obstructiva sea dudosa.

3. Técnica de la Amigdalectomía.

Existen 2 tipos de técnicas principales: la clásica de guillotina (Sluder) y de disección. Ambas pueden utilizarse bajo anestesia local o general.

En nuestro medio se emplea desde hace unos años la técnica de disección con anestesia general.

La intervención se practica con anestesia general e intubación endotraqueal o mascarilla laríngea colocando al paciente en hiperextensión cervical (posición de Rose), aplicándose un abreboque y depresor lingual mantenidos por un soporte metálico. Se tracciona del polo superior de la amígdala hacia la línea media, realizando incisión en borde libre del pilar anterior, respetando éste al máximo.

Se diseña el polo superior hasta encontrar la cápsula amigdalina, realizando disección extracapsular hasta llegar al pilar inferior, que se cauteriza con bipolar.

Se hará una revisión cuidadosa de los lechos quirúrgicos, evitando el mínimo sangrado. El postoperatorio suele requerir un ingreso de 24 horas con tratamiento analgésico y antibiótico.

Complicaciones

- Hemorragia inmediata. Puede ser fatal, por rotura de vasos aberrantes cervicales.
- Hemorragia tardía. Suele presentarse a los 6-10 días postintervención, por desprendimiento de la placa de fibrina que cubre el lecho amigdalario intervenido. Es mucho más frecuente que la anterior.
- Disfagia-odinofagia. Es la complicación más frecuente en nuestro medio, y a veces requiere el ingreso del niño y mantener la sueroterapia hasta reanudar su alimentación oral.
- Cuadro febril.
- Halitosis.
- Muerte. Variable entre 1:3.000 a 1:100.000, según distintas series.

4. Técnica de la Adenoidectomía.

Naturalmente, al igual que ocurre con la amigdalectomía, se realizará un estudio preoperatorio, haciendo hincapié en la valoración de la coagulación.

Se utiliza anestesia general, sin intubación endotraqueal, que se reserva para adultos o niños mayores de difícil movilización.

Se realiza sujeto el paciente por un ayudante, el anestesta a la cabecera del niño y el cirujano enfrente, mediante luz direccional en su cabeza. Se coloca el abreboque y con el depresor lingual se observa el *cavum*; ayudados de la regla de Beckman en la mano derecha, se hace un movimiento de arriba abajo desde el techo de *cavum*, logrando así el material adenoides, que se recoge con el depresor, protegiendo de su caída en la vía aérea. Otro ayudante debe mantener la aspiración continua sobre la pared posterior de faringe. A continuación se coloca al paciente en decúbito prono, realizando hemostasia y revisión del lecho. Dura breves minutos y en esa rapidez radica el éxito, exigiendo gran coordinación entre cirujano, ayudantes y anestestistas. Se ingresa durante 24 horas al niño.

5. Complicaciones

- a) Desaturaciones.
- b) Hemorragias inmediatas o tardías.
- c) Otagias, disfagia, cuadros infecciosos cervicales (abscesos retrofaríngeos, bacteriemia...).
- d) Secuelas funcionales: rinolalia abierta, insuficiencia velopalatina, pérdidas dentarias...

6. Adenoidectomía mas amigdalectomía

Se realiza siempre bajo anestesia general e intubación endotraqueal, realizando ablación del tejido adenoideo previamente a la amigdalectomía, dejando taponamiento posterior mientras dura ésta.

En un estudio realizado¹⁰ para observar la eficacia de amigdalectomía o adenoamigdalectomía, en 187 niños, 91 fueron aleatoriamente asignados para tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, y 96 fueron asignados de acuerdo a la preferencia de sus padres. En ambos grupos los efectos fueron similares durante los dos años siguientes, y en el tercer año algunos de los casos igualmente similares, pero se favorecieron más los grupos sometidos a cirugía.

De los 95 niños sometidos a cirugía, 13 (14%) tuvo complicaciones relacionadas con la cirugía, los cuales resolvieron con un manejo adecuado. Estos resultados garantizan la elección de cirugía, pero también proveen soporte para el manejo conservador. El tratamiento para estos niños siempre debe ser individualizado.

5. Hipótesis y Objetivos

5.1 Hipótesis

Hipótesis nula: La proporción de niños con recurrencia de faringitis cuando se realiza amigdalectomía, es igual que cuando se realiza adenoamigdalectomía.

Hipótesis alterna: La proporción de niños con recurrencia de faringitis cuando se realiza amigdalectomía, NO es igual que cuando se realiza adenoamigdalectomía.

5.2 Objetivos

A. Generales:

- 5.1.- Comparar la recurrencia de faringitis en niños sometidos a amigdalectomía vs. adenoamigdalectomía.
- 5.2.- Evaluar el seguimiento de los pacientes hasta un año después del procedimiento quirúrgico.

B. Específicos:

- 1.- Cuantificar la recurrencia de faringitis de Amigdalectomía vs Adenoamigdalectomía.
- 2.- Describir las complicaciones post-operatorias inmediatas más frecuentes.
- 3.- Identificar causas probables del problema obstructivo en cada paciente.
- 4.- Determinar si se realizó cultivo faríngeo antes de cumplir un año de haber sido operado, y sus resultados.
- 5.- Identificar el tratamiento post-operatorio inmediato más frecuente.

6. Materiales y Métodos

1. Tipo de estudio: Descriptivo.
2. Objeto y muestra del estudio: Expedientes de niños entre 3 y 12 años del área rural sometidos a Amigdalectomía o Adenoamigdalectomía entre 2000 y diciembre del 2004. (cuyas únicas indicaciones de cirugía hayan sido por infección amigdalar recurrente, obstrucción severa de las vías aéreas por hipertrofia amigdalar, hipertrofia adenoidea e infección adenoidea recurrente.)
3. Criterios de inclusión y exclusión de sujetos al estudio: Fueron revisados los expedientes de niños y niñas entre 3 y 12 años cumplidos que refirieron haber sido operados de amígdalas y adenoides entre 2,000 y diciembre del 2004, que reconsultaron por alguna complicación quirúrgica o por faringitis recurrente en un periodo de un año posterior a la cirugía.

Se excluyeron los expedientes de los niños únicamente adenoidectomizados, también los que reconsultaron posteriormente al año de la cirugía.
4. Variables a estudiar:

	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Amigdalectomía	Intervención quirúrgica en la cual se extirpan las amígdalas palatinas por medio de diferentes técnicas.	Intervención quirúrgica en la cual se hayan extirpado las amígdalas en niños de 3 a 12 años en área rurales entre 2,000 y diciembre de 2004	Nominal, procedimiento quirúrgico realizado, visto en el expediente.
Adenoamigdalectomía	Intervención quirúrgica en la cual se extirpan las amígdalas y adenoides.	Intervención quirúrgica en la cual se hayan extirpado las amígdalas y adenoides en niños de 3 a 12 años en áreas rurales entre 2000 y diciembre de 2004.	Nominal, procedimiento quirúrgico realizado, visto en el expediente.
Recurrencia de Faringitis	Proceso infeccioso que afecta la mucosa faríngea, aún después de haber extirpado amígdalas y/o Adenoides	Proceso infeccioso que afecte la mucosa faríngea, únicamente después de haber sido amigdalectomizado o adenoamigdalectomizado.	Nominal, diagnóstico médico observado en el expediente del paciente.

5. Instrumentos de recolección y medición de las variables:

Se elaboró un instrumento para recabar los datos de cada paciente, el cual está dividido en tres partes. La primera parte consta de los datos generales de cada paciente. La segunda parte está dedicada únicamente a los datos de la cirugía, y la tercera parte a las complicaciones y consultas.

Un ejemplo del instrumento se encuentra en el apartado de anexos.

6. Ejecución de la investigación:

El estudio se realizó básicamente recabando la información necesaria, de cada expediente, anotando los datos de cada paciente en el instrumento. Se utilizaron los expedientes que se encontraron en el archivo del Centro de Salud de la cabecera municipal. Además se tuvo la posibilidad de realizar entrevistas a los padres de familia de los pacientes que no tuvieron historial posterior a la cirugía, para así tener una prueba fidedigna de su estado de salud.

7. Presentación de resultados y tratamiento estadístico:

Para la presentación de los resultados se utilizaron cuadros. Se realizó la prueba de Chi cuadrado para encontrar si existía diferencia significativa entre la recurrencia de faringitis post amigdalectomía que cuando se realiza adenoamigdalectomía, para lo que se utilizó la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrado, considerando la diferencia significativa, cuando el valor encontrado fue mayor o igual a 3.84, con 1 grado de libertad y 0.05 de error.

7. Presentación de Resultados

La información del total de procedimientos realizados fue de 1,102, de los cuales 961 fueron adenoamigdalectomías (87%) y 141 fueron amigdalectomías (13%). De los cuales 1 y 15% respectivamente fueron recurrentes.

Los resultados que a continuación se presentarán, están divididos en varias partes, por lo que se presenta a continuación la prueba de "Chi cuadrado" para la significancia estadística.

	Recurrentes	No recurrentes	Total
Amigdalectomías	21 (15%)	120 (85%)	141
Adenoamigdalectomías	1 (1%)	960 (99%)	961
Total	22 (2%)	1,080 (98%)	1,102

$$\text{Chi cuadrado} = \frac{(ad - bc)^2 N}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)} = \frac{2,776,950}{343,629} = 8.1$$

Utilizando el nivel de significancia 0.05, 3.84 se puede decir que si existe diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de niños que se les realizó adenoamigdalectomía y los que solamente se les realizó amigdalectomía.

A continuación se presentan los datos que muestran la recurrencia de faringitis tanto después de adenoamigdalectomía como de amigdalectomía.

Cuadro 1

Adenoamigdalectomías reportadas en Centros de Salud de las cabeceras municipales de los Departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Huehuetenango y Chimaltenango 2000 - 2004, por edades y sexo.

EDADES

	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 a 13	Total
Masculino	197 (41)	173 (36)	87 (18)	23 (4,5)	480
Femenino	192 (40)	159 (33)	106 (22)	24 (5)	481
Total	389 (40)	332 (35)	193 (20)	47 (5)	961

Cuadro 2

Amigdalectomías realizadas según información de los Centros de Salud de la cabecera municipal de los Departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Huehuetenango, Chimaltenango, 2000 y 2004, por edades y sexo.

Eduades					
	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 a 13	Total
Masculino	10 14	10 14	20 29	30 43	70
Femenino	0	12 17	23 33	36 50	71
Total	10 (7)	22 (16)	43 (30)	66 (47)	141

Cuadro 3

Adenoamigdalectomías realizadas por año y sexo.

	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Masculino	31 23				13 22	
Femenino						
Total	54				35	961

Cuadro 4

Amigdalectomías realizadas por año y sexo.

	2003	2004	Total
Masculino	4	3	7
Femenino	4	2	6
Total	8	5	13

Cuadro 5

Indicaciones quirúrgicas para adenoamigdalectomía.

	Hipertrofia de Amígdalas	Amigdalitis recurrente	Hipertrofia de Adenoides	Adenoiditis Recurrente
Adenoamigdalectomía	49	28	9	3

Cuadro 6

Indicaciones quirúrgicas para amigdalectomía.

	Hipertrofia de Amígdalas	Amigdalitis recurrente
Amigdalectomía	6	7

Cuadro 7

Complicaciones post-operatorias.

Complicación	casos
Hemorragia	6
Vómitos	3
Cefalea	1
Recuperación lenta por anestesia	1
Total	11

8. Análisis y Discusión de Resultados

Es interesante observar, la diferencia que existe entre la cantidad de adenoamigdalectomías realizadas durante 5 años, y de amigdalectomías. Esto quizás es debido a que actualmente las indicaciones de la cirugía se hacen de una manera más integral, por lo que es más conveniente realizar ambas cirugías en el mismo procedimiento quirúrgico, dependiendo de cada caso en particular.

De los 1,102 pacientes operados en este período de 5 años, no existe diferencia significativa entre sexos, ya que el 50% fue de sexo masculino (ver cuadro) En total fueron realizadas 961 adenoamigdalectomías (87.25%) y 13 amigdalectomías (12.75%), como muestra la gráfica 3. Los cuadros y gráficas 1 y 2 muestran la distribución de cada procedimiento por grupos de edades y separados por sexo. Al analizar el cuadro 1 y observar la gráfica 1 se puede apreciar como predominan las adenoamigdalectomías en los grupos etáreos más bajos, a diferencia del cuadro 2 y gráfica 2, en donde predominan las amigdalectomías en los grupos etáreos altos. Esto tiene su respuesta en la misma anatomía y crecimiento normal tanto de amígdalas como de adenoides, pues se observa un aumento de su tamaño del 1er al 3er años de vida y alcanzan el máximo tamaño entre el 3ro y 7mo años, observando un regreso a su tamaño normal durante la pubertad y adolescencia. No se observa una diferencia significativa entre sexos, pues se observa en las gráficas 1.1 y 2.1 que los porcentajes con respecto al sexo, son casi idénticos.

Un dato que llama mucho la atención es el que se observa en el cuadro y gráfica 4 respectivamente, en donde las adenoamigdalectomías han ido disminuyendo marcadamente en un período corto de tiempo. Esto podría tener muchas explicaciones, por ejemplo, una menor consulta al hospital de pacientes con este tipo de problema, o bien, el hecho de que los cirujanos hayan disminuido la cantidad de cirugías por alguna razón.

El cuadro 5 muestra que durante los tres primeros años las amigdalectomías se realizaron en un promedio de 3, pero en el último solo hubo una de estas, lo cual podría explicarse de la misma manera que en el párrafo anterior.

El seguimiento de los pacientes fue evaluado de acuerdo a las consultas y tratamiento administrado. El cuadro 6 y la gráfica 6 presentan las consultas hechas por los pacientes ya operados, ya sea por pendientes o por consultas propiamente dichas, en donde la tendencia se observa que disminuyendo con el tiempo. Un factor que influye mucho aquí es que los pacientes se citan la mayoría de veces una semana, dos semanas o un mes después de la operación, y aún así, como se observa en la gráfica 6.1, de los 89 pacientes adenoamigdalectomizados, 57 de ellos (64%) sí consultaron, y 32 de ellos (36%) no lo hicieron nunca.

En lo que respecta a amigdalectomías, de las trece en total, 6 pacientes (46%) consultaron o acudieron a su(s) cita(s), y 7 pacientes (54%) no regresaron. Es importante hacer notar que las cifras del cuadro pueden sumar más pacientes, pero esto se debe a que cada paciente pudo haber consultado en más de una ocasión, lo cual generalmente ocurrió.

El seguimiento de los pacientes no es el óptimo, pues son muchos los pacientes de los que no se sabe nada acerca de ellos, y quizá la más importante, que muchas de estas personas son residentes en el interior del país, sumado a la falta de recursos económicos que la gran mayoría de estas familias tienen es muy difícil, sino imposible, conseguir un medio de transporte y viajar por cada cita a la ciudad capital. Además se puede mencionar también la educación de la gente, pues al ver que su hijo/a es mejor, entonces deciden no regresar.

En el cuadro 7 se observa cual fue el tratamiento post-operatorio administrado en la totalidad de los pacientes, y es de destacar que la gran mayoría (87 pacientes) fue tratada con algún antibiótico (85%), diferencia de un 15% (15 pacientes) que solo fue tratado con algún tipo de analgésico o antipirético como diclofenaco, ibuprofeno, neomelubrina o acetaminofén. El antibiótico o tratamiento post-operatorio más utilizado fue Amoxicilina, pues un total de 52 pacientes (51%) recibió este antibiótico; un total de 14 pacientes (32%) recibió Cefadroxilo; 14 pacientes (14%) recibieron únicamente un analgésico; y 3 pacientes (3%) recibieron otro tratamiento (Trimetoprim-Sulfametoxazol, Amoxicilina-Clavulanato, Clindamicina) debido a patologías asociadas. El promedio del tiempo del tratamiento es de 10 días. Aquí que llama mucho la atención es que la mayoría de los casos en los que se dejó Amoxicilina fue en los años 1998 y 1999, la mayoría de los casos en que se dejó Cefadroxilo fue en los años 2000 y 2001. Esto es debido al juicio del médico cirujano, pues dependiendo de la experiencia de cada uno, prescribiendo el tratamiento que él crea, sea el mejor; o bien debido a mayor disponibilidad del Cefadroxilo en el hospital, por escasez de Amoxicilina u otras causas.

La causa más común del problema obstructivo fue la hipertrofia de amígdalas, y como se observa en el cuadro y gráfica 8, la hipertrofia de amígdalas fue la indicación quirúrgica más común para la realización de adenoamigdalectomía, seguida por Amigdalitis recurrente; siendo al contrario en las amigdalectomías pues la indicación quirúrgica más frecuente fue la Amigdalitis recurrente, como se ve en la gráfica 9.

Después de los 102 procedimientos quirúrgicos hubo una recurrencia de faringitis total de 3%. Regresando a lo que la literatura dice, en donde hay un aproximado de 20% de recurrencia, aquí en el Hospital General "San Juan de Dios" esta cantidad es considerablemente menor, y esto no es debido a que haya menos recurrencia, sino al menor número de casos reportados, debido a su seguimiento. Dividiéndolos por procedimiento se puede observar que de las 89 adenoamigdalectomías realizadas solamente un paciente (1.12%) volvió con el mismo problema de faringitis, al cual se tuvo que tratar con antibiótico. Y de las 13 amigdalectomías, 2 pacientes (15.4%) volvieron con este problema. Con esto se puede deducir que existe más recurrencia de faringitis con la amigdalectomía comparada con la adenoamigdalectomía, pero, aún así, este porcentaje es bajo, y podría deberse a un mal diagnóstico de parte del médico, a la falta de un buen plan educacional para cada paciente, entre otras. Esto trae como solución al problema el examinar y diagnosticar adecuadamente a cada paciente, implementar algún método de seguimiento más efectivo para los pacientes, y solo así disminuirán al mínimo las recurrencias de este problema. No hubo ningún paciente al que se le haya realizado cultivo faríngeo antes de cumplir un año post-operatorio, incluidos aquí los 3 pacientes que fueron diagnosticados con faringitis recurrente después de la operación.

Dentro de las complicaciones post-operatorias, que fueron 11 en total, se observó la hemorragia, náusea y vómitos, cefalea y recuperación lenta de la anestesia, siendo la más común la hemorragia, la cual fue resuelta en 3 pacientes transoperatoriamente, y 3 veces se tuvo que colocar puntos de sutura después de la cirugía. Tanto los vómitos como la cefalea pueden incluirse como complicaciones de la anestesia, por lo que la única complicación propiamente quirúrgica es la hemorragia.

Hubo una adenoamigdalectomía que se realizó junto con Septoplastia por obstrucción de las vías aéreas superiores, y en esta ocasión, 2 meses después el paciente consultó por persistencia de la obstrucción de las vías respiratorias superiores, lo cual fue atribuido a la Septoplastia. En tres cirugías más se colocaron tubos de ventilación en los tímpanos.

9. Conclusiones

1.- En el estudio realizado, la recurrencia de faringitis es mayor con Amigdalectomía (15.4%) que con Adenoamigdalectomía (1.12%).

2.- La adenoamigdalectomía se realiza en la mayoría de los casos en niños entre 3 y 8 años de edad.

3.- La amigdalectomía se realiza en la mayoría de los casos en niños entre 9 y 13 años de edad.

4.- La causa más común del problema obstructivo, así como la indicación quirúrgica más común en la Adenoamigdalectomía es la hipertrofia de amígdalas y adenoides.

5.- La indicación quirúrgica más común en la Amigdalectomía es la Amigdalitis recurrente..

6.- El tratamiento post-operatorio más utilizado es la Amoxicilina.

7.- Las complicaciones post-operatorias encontradas son: la hemorragia, náuseas y vómitos, cefalea y recuperación lenta de la anestesia.

8.- En el presente estudio se encontró que después de 1 año post-operatorio, no se realizó ningún cultivo faríngeo durante este período.

- 1.- A los pacientes que se les hizo cultivo faríngeo pre-operatorio, y éste fue positivo, sería recomendable realizarles cultivos faríngeos cada 3 meses en el post-operatorio, durante 4 veces, para llevar un mejor control de ellos, y tener una estadística fundamentada.
- 2.- Implementar métodos para dar un seguimiento más constante a los pacientes por medio de un buen plan educacional, en el que se le brinde al paciente post-operado una lista de los cuidados que debe tener, la importancia que tiene para él que regrese a sus citas, etc.
- 3.- En el caso de los pacientes que se les dificulta regresar al hospital, en especial los que viven en el interior de la república, tener la posibilidad de comunicarse con el Centro de Salud más cercano a cada paciente para que sea citado y evaluado más fácilmente allí.
- 4.- Es recomendable realizar un estudio en el que se analice la disminución de cirugías hechas en los últimos años, comparadas con los años anteriores.
- 5.- Para el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General "San Juan de Dios", sería recomendable tener una estadística de morbi-mortalidad con las patologías que maneja el servicio, y así año con año poder comparar la eficiencia del servicio.

12. Referencias Bibliográficas

- Abelló, P. y J. Traseria, et al. Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma, 1992. 734 p.
- Bailey, B.J., et al. Head and Neck Surgery. Otolaryngology. Philadelphia: Lippincott Company, 1993. Volume 1. 1248 p.
- Becker W., HH Naumann, CR Pfaltz. Otorrinolaringología. Manual ilustrado. Barcelona: Doyma, 1990. 532 p.
- Bertrán, JM. Faringitis. Otorrinolaringología básica. Madrid: Ergón, 1994. 648 p.
- Byron J., Bailey. Tonsils and adenoids: Snapshots from the laryngoscope scrapbook. Chicago, 1997. 384 p.
- Davidson, TM. Manual of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Orlando, Florida Grune & Stratten, 1991. 237 p.
- Fortes Alvarez, J.L., et al. Amigdalectomía y adenoidectomía. Cómo y cuándo. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?>
- Karmody, CS. Textbook of Otolaryngology. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990. 842 p.
- Kornblut AD, et al. Non neoplastic diseases of the tonsils and adenoids. Philadelphia: W.B. Saunders company, 1996. Volume 2. 2362 p.
- Paradise, J.L. Clinical trials of tonsillectomy and adenoidectomy: limitations of existing studies and current effort to evaluate efficacy. South Med J. 1976, Aug: 69 (8). 1049-1053.
- Paradise, J.L., et al. Efficacy of Tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. N Engl J Med, 1984, March 15: vol 310 (11) 674-683.
- Perrin PH., D. Mayot, MC. Bené. Pharyngites chroniques et amygdalites. Encycl Méd Chir ORL. Paris, 1993. 716 p.

13. Pillsbury, HC y MM. Goldsmith. Operative Challenges in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Littleton, Massachussets: Year Book Medical Publishers, 1992. 972 p.

14. Rouviere, H. Y A. Delmas. Anatomía Humana: Descriptiva, topográfica y funcional. 9 ed. Barcelona: Masson, 1994. Tomo 1. 616 p.

15. Una faringitis crónica amigdalopriva.

<http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista/fulltext?piden=15355>

13. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
Tesis

INSTRUMENTO 1

Datos Generales

Nombre: _____ Edad: _____
Procedencia o Residencia: _____ Sexo: _____
Enfermedades de interés padecidas: _____ No. exp. _____
Teléfono: _____

Datos de Cirugía

Fecha de la cirugía: _____
Indicación de la cirugía: _____
Cirugía realizada: _____
Complicaciones durante la cirugía: _____
Tratamiento instituido: _____

Complicaciones y Reconsultas

Complicaciones postoperatorias inmediatas: _____

Complicaciones postoperatorias tardías: _____

Reconsultas: (fecha, motivo y tratamiento instituido)

Recurrencia de faringitis

SI

NO

☐
☐