

M. Moya¹, T. Sacristán², A. Blanco³,
J. Cervera⁴, L.M^a Gil Carcedo⁵, J. González
Hachero⁶, C. Suárez⁷, L. Suárez Cortina⁸

An Esp Pediatr 1997;47:12-13.

Preámbulo

Uno de los problemas asistenciales quirúrgicos en el momento actual, es la ablación de amígdalas y adenoides; esta cirugía implica, en muchos casos, la hospitalización de niños y jóvenes. Nuestro país, así como los de nuestro entorno sociocultural, trata de ajustar las indicaciones quirúrgicas a las necesidades reales de adenoamigdalectomía.

Tanto los profesionales, como las autoridades sanitarias, estamos de acuerdo en que existen con frecuencia unos criterios laxos cuando no permisivos, en relación con la indicación de estas intervenciones.

Por lo anteriormente expuesto y a instancias de la Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD, la Sociedad Española de O.R.L. y la Asociación Española de Pediatría, han elaborado un documento de consenso con el fin de racionalizar las indicaciones de amigdalectomía y adenoidectomía.

Estas recomendaciones están inspiradas en bases científicas, apoyadas en la bibliografía internacional y consensuadas por la experiencia clínica de los profesionales del Grupo. No se ha pretendido establecer un marco rígido de indicación o no de la intervención, ya que la decisión final debe ser siempre individualizada para cada paciente y compartida por el pediatra y el otorrinolaringólogo.

Esperamos que este documento beneficie a una población que solamente será intervenida, cuando realmente lo requiera.

Indicaciones de amigdalectomía y adenoidectomía en el niño y el adolescente

Las amígdalas palatinas y vegetaciones adenoideas forman parte de los tejidos linfoides que rodean a la faringe y suponen una primera barrera para la infección. El tamaño de las amígdalas, visible por inspección, en muy pocas ocasiones se correlaciona con la obstrucción de la vía aérea.

La patología más frecuente está en relación con la infección y con su hipertrofia que puede disminuir el flujo aéreo nasal.

¹Presidente de la Asociación Española de Pediatría. ²Presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología. ³Catedrático de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. ⁴Servicio de Otorrinolaringología. Hospital del Niño Jesús. Madrid. ⁵Jefe del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Río Hortega. Valladolid. ⁶Catedrático de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. ⁷Jefe del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Central de Asturias. Oviedo. ⁸Consejera Técnica. Subdirección General de Atención Especializada. INSALUD.

Indicaciones de amigdalectomía y adenoidectomía en el niño y el adolescente

Ambas condiciones tienden a mejorar con el paso del tiempo (experiencia inmune e involución linfoide).

La extirpación mejora la obstrucción únicamente cuando ésta es debida a la hipertrofia del tejido extirpado.

Indicaciones de amigdalectomía

• Absolutas (muy frecuentes):

- Cáncer amigdalár
- Obstrucción grave de la vía aérea nivel de orofaringe, con desaturación o retención de CO₂

• Relativas:

- Episodios de infecciones recurrentes documentadas, con exudación, claramente diferente del resfriado común, en número de siete o más en el último año, o cinco episodios al año en los dos últimos años, o tres episodios al año en los tres últimos años.
- Absceso periamigdalino.

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

No indicaciones de amigdalectomía

• No existe beneficio demostrado de la amigdalectomía en la prevención o mejoría de:

- Otitis media, aguda o crónica
- Sinusitis aguda o crónica
- Sordera
- Infecciones del tracto respiratorio superior
- Infecciones del tracto respiratorio inferior
- Enfermedades sistémicas

• Los títulos elevados de ASLO y de otros reactantes de fase aguda, no son indicativos de amigdalectomía.

• El aumento de apetito y la ganancia de peso tras la amigdalectomía, no han podido ser demostrados con rigor estadístico.

Indicaciones de adenoidectomía

• Hipertrofia adenoidea que origina insuficiencia respiratoria nasal mantenida, documentada por radiografía lateral de cráneo, que confirma la masa adenoidea y hace patente una reducción marcada del calibre de la vía aérea.

Esta indicación quirúrgica debe establecerse con mayor énfasis cuando la hipertrofia adenoidea coexiste con:

- Malformación craneofacial.

- Otitis media aguda recidivante, otitis media crónica u otitis media secretoria persistente.
- Infección adenoidea, que aun sin dificultad respiratoria marcada, tenga repercusión ótica repetida o persistente.

Precauciones en las indicaciones de adenoidectomía

- En caso de malformación de paladar o de la úvula, la indicación debe evaluarse meticulosamente, ya que la intervención puede producir como secuela una rinolalia aperta.
- La adenoidectomía en niños menores de dos años, debe

siempre sustentarse en una situación clínica que la haga muy necesaria.

Bibliografía

- 1 Tonsillectomy and adenoidectomy. *Changing indications Pediatr Clin North Am* 1996; **43**:1318-1338.
- 2 The Scottish tonsillectomy audit. Audit Sub-Committee of the Scottish Otolaryngological Society. *J Laryngol Otol* 1996; **110** Suppl. 20:1-25.
- 3 Education, practice reviews needed to reduce surgical intervention, Quebec reprot says. *Can Med Assoc J* 1996; **155**:463-464