

ATLAS DE ACCESO ABIERTO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO



TÉCNICA QUIRÚRGICA DE ADENOIDECTOMÍA PEDIÁTRICA

Nico Jonas

La adenoidectomía se puede realizar de forma aislada o combinada con una amigdalectomía. Así mismo, la adenoidectomía puede ser *total* o *parcial*. La *adenoidectomía parcial* implica dejar un resto adenoideo inferior, en el *área del rodete de Passavant*, para permitir el contacto del paladar blando con la pared posterior faríngea durante la deglución; esto está indicado cuando hay riesgo de causar insuficiencia velopalatina, por ejemplo, cuando existe una fisura palatina submucosa.

Indicaciones

La adenoidectomía se realiza con mayor frecuencia en combinación con amigdalectomía y/o inserción de tubos de drenaje. Otras indicaciones incluyen:

- Apnea obstructiva del sueño
- Obstrucción nasal
- Rinorrea importante
- Infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior
- Otitis medias agudas recurrentes
- Otitis medias serosas recurrentes
- Para estudio histopatológico

Historia clínica y exploración física

La *hipertrofia adenoidea* se presenta con obstrucción nasal, respiración bucal, rinorrea, ronquido y apnea del sueño. La *adenoiditis recurrente* se puede manifestar con otitis media serosa con o sin hipoacusia, otitis medias agudas recurrentes, rinorrea e infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior.

En la práctica clínica, el grado de hipertrofia adenoidea sólo puede ser determinado de forma precisa con el paciente despierto y mediante endoscopia nasal. Ocasionalmente la hipertrofia adenoidea puede verse si se extiende caudalmente por debajo del

paladar blando, o en la parte posterior de las fosas nasales. El flujo nasal puede determinarse colocando un espéculo metálico ante la fosa nasal, observando cómo se “empaña” con la espiración nasal; la hipertrofia adenoidea se asocia con reducción del mismo.

Antes de la programación quirúrgica, deben obtenerse los siguientes puntos de la historia y exploración:

- Enfermedades (diátesis) hemorrágicas
- Apnea obstructiva del sueño: evitar sedación perioperatoria y monitorizar cuidadosamente la apnea postoperatoria
- Reparación previa de paladar hendido: la adenoidectomía total puede causar insuficiencia velopalatina

Anatomía quirúrgica

Las adenoides se sitúan en la línea media de la pared posterior de la nasofaringe, inmediatamente bajo el suelo del esfenoides. Constituyen la porción superior del tejido linfóide faríngeo denominado *anillo de Waldeyer*. La nasofaringe se comunica con la cavidad nasal a través de las coanas. Las adenoides pueden llegar a obstruir la coana provocando obstrucción nasal y rinorrea (*Figura 1*).

El espacio lateral a las adenoides y postero-medial al orificio de la trompa de Eustaquio se denomina *fosita de Rosenmüller*. La *amígdala de Gerlach* se refiere a un conjunto de tejido linfóide localizado en la *fosita de Rosenmüller*, el cual puede extenderse dentro de la trompa de Eustaquio. Inferiormente, las adenoides se apoyan en el borde superior del constrictor superior, o *área del rodete de Passavant* (*Figura 2*).



Figura 1: Hipertrofia de adenoides obstruyendo la coana

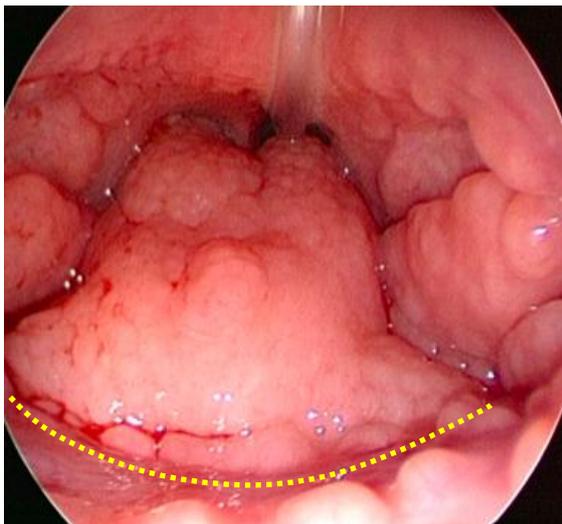


Figura 2: Visión inferior de los adenoides, extendiéndose superiormente desde el área del rodete Passavant (línea amarilla discontinua)

El **aporte arterial** de las adenoides depende de ramas de la arteria carótida externa, como la faríngea ascendente, palatina ascendente, esfenopalatina, ramas faríngeas de la arteria maxilar y arterias del canal pterigoideo. El **retorno venoso** se realiza al sistema facial y de la vena yugular interna. La **inervación sensitiva** depende de los nervios glossofaríngeo (IX) y vago (X); esto explica el dolor referido al oído o garganta

experimentado por los pacientes con adenoiditis y tras adenoidectomía.

Clasificación de la hipertrofia adenoidea

El porcentaje de obstrucción coanal es utilizado para clasificar el tamaño adenoideo (Tabla 1). Esto se puede valorar en el paciente despierto mediante endoscopia nasal (si es posible), o en paciente anestesiado mediante un espejo colocado en el espacio postnasal.

Grado	Obstrucción coanal
1	< 1/3
2	1/3 - 2/3
3	2/3 - 3/3

Tabla 1: Sistema de clasificación del tamaño adenoideo

Instrumental quirúrgico

El adenotomo y/o la diatermia con succión se utilizan para realizar la adenoidectomía. Las ventajas de la diatermia con succión incluyen la resección dirigida de las adenoides evitando el daño a estructuras adyacentes, la eliminación del tejido adenoideo coanal y la hemostasia. Las figuras 3 a 5 ilustran el instrumental requerido para realizar la adenoidectomía con adenotomo y con diatermia con succión.

Pasos preliminares

- Anestesia general con intubación endotraqueal utilizando tubo anillado o mascarilla laríngea
- Posición del paciente en decúbito supino, colocando un rollo bajo los hombros para favorecer la extensión cervical
- Se introduce el *abrebocas de Boyle-Davis*; asegurar que el tubo de ventilación y la lengua estén en la línea media (Figuras 3, 4, 5)



Figura 3: Instrumentos utilizados para realizar adenoidectomía por legrado: adenotomo, abre bocas de Boyle-Davis e hisopos de amígdalas



Figura 4: Instrumentos utilizados para realizar adenoidectomía por diatermia: diatermia monopolar con succión, abre bocas de Boyle-Davis, espejillo, pinzas rectas de Burkitt y sonda de aspiración



Figura 5: Las barras de Drafton se utilizan para suspender el abre bocas de Boyle-Davis y estabilizar la cabeza

- Abrir el abre bocas para exponer la oro-faringe
- Estabilizar la cabeza del paciente en la posición deseada insertando las *barras de suspensión de Drafton* (Figura 6)
- Para mejorar la visualización de la nasofaringe, insertar una sonda en una o ambas fosas nasales y sacarla a través de la boca; asegurar ambos extremos con un clip arterial para retraer anteriormente el paladar blando (Figura 7)



Figura 6: Abre bocas de Boyle Davis suspendido y fijado con las barras de Drafton

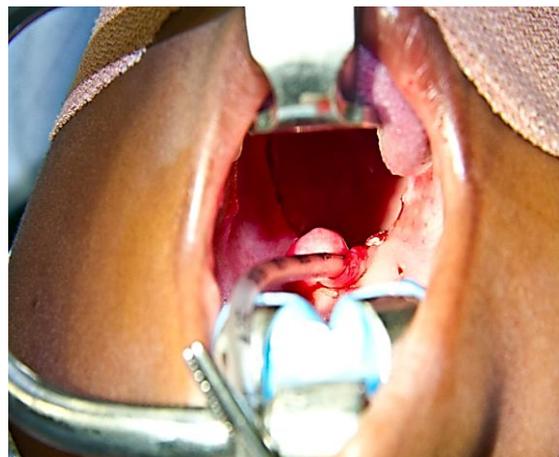


Figura 7: Obsérvese la retracción anterior del paladar blando con la sonda nasal

- Comprobar el tamaño de las adenoides y excluir una arteria carótida interna aberrante o dehiscente examinando la

nasofaringe con un espejillo y/o palpación digital

- Palpación del paladar para excluir una fisura palatina submucosa; realizar con la adenoidectomía en estos casos podría provocar una *rinolalia abierta*

Adenoidectomía por legrado

- Utilizar el adenotomo de mayor tamaño posible
- Usar un espejillo permite al cirujano localizar el adenotomo bajo visión directa
- Estabilizar la cabeza con la mano no dominante
- Retirar las adenoides con movimientos únicos de raspado firme de superior a inferior
- Inspeccionar el lecho adenoideo para asegurar si la resección es completa; si no lo es, repetir el proceso hasta asegurar la resección completa
- Colocar hisopos/esponjas/gasas en el espacio retranasal y continuar con la amigdalectomía si está indicada
- Retirar los hisopos tras unos minutos
- Confirmar la hemostasia mediante inspección de la nasofaringe con un espejillo
- La hemostasia se puede lograr utilizando la diatermia monopolar con succión; una completa hemostasia es absolutamente esencial
- Retirar todos los coágulos nasales y de la nasofaringe introduciendo una sonda de aspiración a través de la nariz
- Documentar en la nota quirúrgica que la hemostasia ha sido completa y los coágulos retirados

Adenoidectomía mediante diatermia con succión

- Doblar el extremo del dispositivo 90 grados con el introductor todavía en su lugar para evitar la torsión y oclusión de la luz (Figura 8)

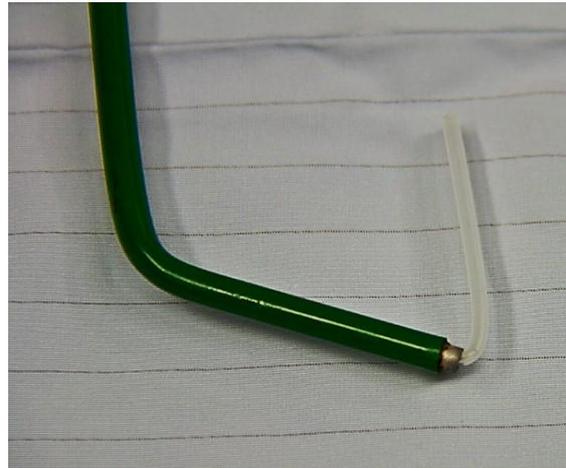


Figura 8: El extremo de la diatermia con succión es doblado 90 grados con el introductor dentro para prevenir la completa oclusión de la luz en la curva

- Retirar el introductor y conectar la succión continua
- Programar la diatermia monopolar a 38 Watos
- Con un espejillo en la mano no dominante, pasar el instrumento por detrás del paladar
- Utilizando una combinación de movimientos de barrido y cauterización, retirar o reducir las adenoides bajo visión directa hasta obtener una visión clara de las coanas (Figura 9)

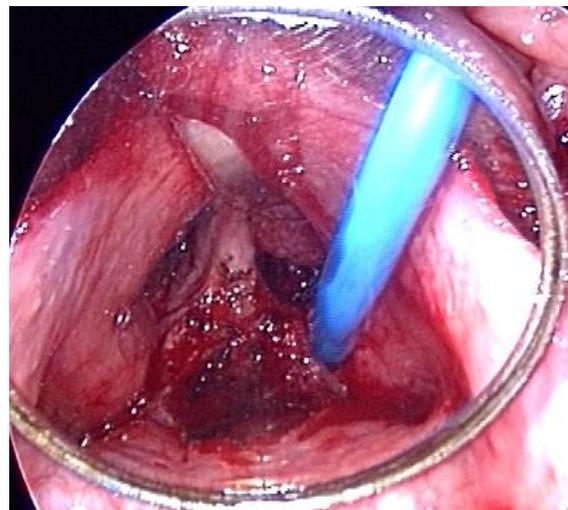


Figura 9: Adenoidectomía con diatermia de succión bajo visión directa utilizando un espejillo en el espacio postnasal

Cuidados postquirúrgicos

La adenoidectomía es comúnmente realizada como un procedimiento ambulatorio. El paracetamol suele ser suficiente para controlar el dolor postoperatorio. Si se utiliza la diatermia con succión, se administran antibióticos de amplio espectro (amoxicilina-clavulánico) en el postoperatorio durante una semana, para tratar la rinorrea resultante. Se aconseja a los pacientes que no acudan a la escuela durante 5 días y generalmente se recuperan en una semana.

Complicaciones post adenoidectomía

Tempranas

- Sangrado (más frecuente tras adenoidectomía por legrado)
- Aspiración de sangre retenida provocando obstrucción aguda de la vía aérea (*coágulo de Coronor*)

Tardías

- Rinorrea (diatermia con succión)
- *Síndrome de Grissel* (inestabilidad atlanto-axoidea)
- Cicatrices en la apertura de la trompa de Eustaquio, causando disfunción de oído medio
- Estenosis nasofaríngea
- Insuficiencia velofaríngea
- Reproducción del tejido adenoideo

Cómo citar este capítulo

Jonas N. (2013). Paediatric adenoidectomy. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Paediatric%20Adenoidectomy.pdf>

Traducción

Dra. Marta Menéndez del Castro
Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias
Oviedo, España
marmdc210@gmail.com

Dr. Fernando López
Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo
Profesor Asociado de Otorrinolaringología.
Universidad de Oviedo
Asturias, España

Coordinador de las traducciones al castellano

Dr J. Alexander Sistiaga Suárez MD
FEBEORL-HNS, GOLF IFHNOS Unidad de Oncología de Cabeza y Cuello –
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Universitario Donostia
San Sebastian, España
jasistiaga@osakidetza.eus

Autor y Editor de Sección Pediátrica

Nico Jonas MBChB, FCORL, MMed
Paediatric Otolaryngologist
Addenbrooke's Hospital
Cambridge
United Kingdom
nico.jonas@gmail.com

Autor y editor

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed
Emeritus Professor and Past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town
South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

