

Amigdalectomía total o parcial

► Los doctores Jaime Carbonell y Diego Cánovas, otorrinolaringólogos del Hospital QuirónSalud Palmaplanas, responden dudas que surgen en torno a las amígdalas

REDACCIÓN PALMA

■ La amigdalectomía es la extirpación total o parcial de las amígdalas.

¿Por qué hay que quitarlas?

En un paciente con más de seis infecciones al año, o cinco dos años seguidos, la agresión que sufre el organismo por las infecciones y su tratamiento (consideramos de 7 a 10 días de antibiótico por episodio, por seis episodios en un año, son dos meses al año de antibiótico), es mayor que la que supone quitar las amígdalas. Cuando se produce una amigdalitis pueden pasar bacterias a la sangre que pueden ocasionar infecciones en otros órganos (corazón, riñones, huesos); en pacientes con enfermedades cardíacas o renales puede ser recomendable quitar las amígdalas para que no empeoren el problema. Cuando su tamaño es excesivo, obstaculizan la respiración, provocando apneas del sueño, y la alimentación, provocando retraso en el crecimiento y bajo peso.

¿Qué técnicas hay?

Hasta hace poco tiempo, la única opción disponible era la extirpación completa de las amígdalas. Actualmente existen otras opciones como la amigdalectomía parcial con laser (se corta un trozo) o la reducción amigdalar con radiofrecuencia.

¿Cuándo se hacen?

Se pueden producir por infecciones de repetición, infecciones que no responden a antibióticos, apnea obstructiva del sueño, o por hipertrofia severa simple (foto hipertrofia amigdalar).

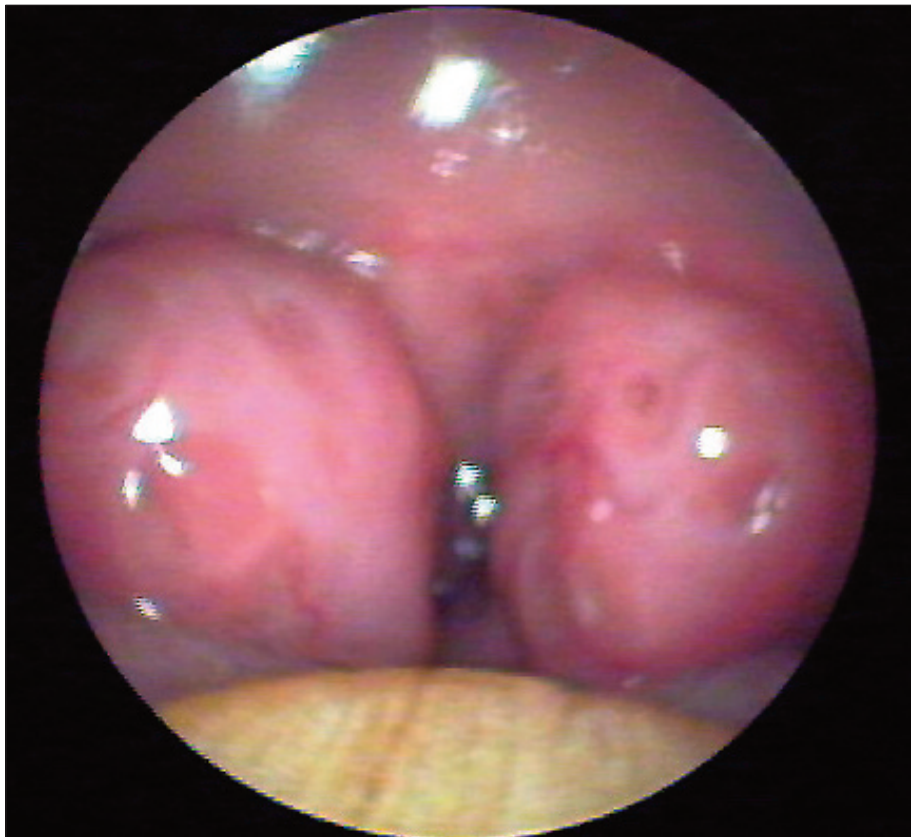


Imagen de una hipertrofia amigdalar, considerada hipertrofia severa simple. ORL

¿Puede ser perjudicial quitar las amígdalas?

El riesgo de quitar las amígdalas está en la cirugía en sí (se hace una herida que puede sangrar o infectarse y se hace con anestesia general), no en las supuestas secuelas posteriores (disminución de defensas, faringitis crónica, etc), que son vox populi, pero no son reales.

¿Cirugía total o parcial?

Durante muchos años, la extirpación completa de las amígdalas ha sido la única opción quirúrgica y sus mayores inconvenientes están en la propia cirugía (la herida puede sangrar o infectarse).

• **Amigdalectomía clásica:** Se quitan las amígdalas en su totalidad. Requiere

anestesia general e intubación; el postoperatorio es bastante doloroso y existe el riesgo de hemorragia.

• **Amigdalotomía laser:** Se corta un trozo de cada amígdala con laser. Requiere anestesia general e intubación; el postoperatorio es menos doloroso y el riesgo de hemorragia también es menor.

• **Tunelización amigdalar con radiofrecuencia:** Se hacen unos túneles en cada amígdala que, al cicatrizar, la encogen y hacen que sufra menos infecciones. Puede hacerse con sedación en niños y anestesia local en adultos. El dolor es mínimo y el riesgo de hemorragia es prácticamente nulo. En el postoperatorio inmediato, las amígdalas aparecen con placas (fotos serie b rf amígdalas); el resultado final se ve entre cuatro y seis semanas (serie a RF amígdalas).

Dado el menor riesgo quirúrgico y anestésico, es recomendable plantearse inicialmente una reducción amigdalar, que reducirá el número de infecciones y el tamaño de las amígdalas en la gran mayoría de casos. Sólo en casos muy concretos (sospecha de un tumor, amígdalas masivas) o en los escasos casos en los que la reducción no haya funcionado, se realizará la amigdalectomía.

En el caso de la tunelización, al ser una técnica mucho menos agresiva, podemos plantearnos hacerla en casos en los que no nos plantearíamos una amigdalectomía, como en pacientes con menos de seis infecciones la año, niños sanos con amígdalas grandes que no les dejan tragar bien, adultos con amígdalas que retienen comida y provocan mal aliento, etc.

MÁS INFORMACIÓN

Dr. Jaime Carbonell
y Dr. Diego Cánovas

Servicio ORL
Hospital Quirón Palmaplanas
☎ 971 908 999 ☎ 971 918 000