

Amigdalectomía en la Amigdalitis Recurrente: Sí o No?

*Francisco Giménez Sánchez y
Ellen Deutsch*

Francisco Gimenez Sánchez (Pediatra)

Trataré de darles el punto de vista del Pediatra en cuanto a la amigdalitis recurrente o faringitis recurrente.

La mayor parte de las amigdalitis tienen una etiología viral y solo de un 15 a 30% son producidos por el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (SGA). El diagnóstico microbiológico constituye el estándar o patrón de oro y actualmente tenemos a nuestra disposición exámenes de detección de antígenos que son muy útiles (QuickVue +®Strep A Test*). Estos tests tienen una alta especificidad y sensibilidad. Es necesario tomar en cuenta a el niño que es un portador crónico del SGA. Los niños en esta situación son frecuentes en nuestro país (España): 8.3% de los niños entre 5-7 años. Estos niños no tienen riesgo de fiebre reumática, no tienen complicaciones supurativas, no son contagiosos. Siempre recomendamos no tener “estreptofobia” que significa que los padres son completamente neuróticos con la idea de que el niño tiene infección por estreptococo.

Las amigdalectomías son de las cirugías más frecuentes llevadas a cabo en el mundo. Hay muchas diferencias regionales dependiendo de cada país y puede ser más o menos frecuente. Creo que todos conocen que hay falta de consenso entre los Otorrinos y los Médicos Generales y que las indicaciones más importantes son amigdalitis recurrente y obstrucción de la vía aérea.

Uno de los problemas a que nos enfrentamos es que no hay una definición clara de amigdalitis recurrente. Las indicaciones aceptadas y que se encuentran en el texto de Paradise son: siete episodios en el pasado, 5 episodios al año en los dos últimos años o tres al año en los últimos tres años. En otros textos hay referencia a tres o mas episodios en un periodo de un año de observación documentados por un Otorrinolaringólogo o un Pediatra. Así puesto, es difícil de entender para nosotros como Pediatras. Me pregunto: porque cinco y no seis episodios, por ejemplo.

Por tanto la definición de amigdalitis que es la aceptada y está publicada por Paradise sería un dolor de garganta asociado a uno de los siguientes síntomas o signos: temperatura en cavidad oral >38.3°C, exudado amigdalino o faríngeo, adenopatías cervicales y un frotis positivo para el SGA. Para estar seguros del diagnóstico

* Hay un kit comercial - QuickVue+® Strep A (Corporación Quidel, San Diego, California, EE.UU.)

unimos el test microbiológico con los hallazgos clínicos y epidemiológicos que ya hemos mencionado. Es muy importante para el Pediatra tratar correctamente cada episodio de amigdalitis y es lo que tratamos de hacer. Para el médico el número de episodios de amigdalitis se basa en lo que los padres informan. Los padres identifican la enfermedad por el dolor, la fiebre, dificultad para dormir, dificultad para respirar, pérdida del apetito y a veces vómito. Esto es lo que los padres identifican como amigdalitis en los niños. Lo que nos queda claro es que confunden una faringoamigdalitis con cuadros de resfriados, es lo que vemos en la práctica diaria. Lo que es claro y lo que las publicaciones aceptan es que hay una influencia de los padres al momento de hacer una indicación para amigdalectomía y en este sentido como mencioné anteriormente los padres no pueden definir entre dolor de garganta y amigdalitis. Hay un sobreestimado de casos.

Finalmente la recomendación que daría como Pediatra sobre la amigdalectomía sería de llevar un control de los pacientes, ofrecer tratamiento apropiado para los casos de amigdalitis aguda, siempre trabajar con una indicación individualizada a cada paciente basado en lo que observamos, re evaluar al paciente antes de la intervención porque a veces ocurre una remisión del cuadro de amigdalitis recurrente y lo que vemos en la literatura es que es conveniente llevar estudios epidemiológicos de seguimiento en los pacientes que van a ser operados.

Ellen Deutsch (Otorrinolaringóloga)

Hay varias complicaciones potenciales en la amigdalectomía que son causa de dolor en el postoperatorio y hay riesgo de sangramiento post quirúrgico. Pero debemos recordar que también hay complicaciones decurrentes por la enfermedad y por el tratamiento médico. Por tanto las decisiones deben basarse en el balance entre riesgo y beneficio. Por tanto por que preocuparse por la amigdalectomía, cual es el problema de tener amigdalitis?

Hay complicaciones potenciales en la amigdalitis aguda: malestar, deshidratación y si la infección es por el SGA entonces las posibles complicaciones incluyen otras patologías como fiebre escarlatiniforme, fiebre reumática, enfermedad cardíaca reumática, glomérulo nefritis post estreptocócica y corea de Sydenham. Los episodios agudos de amigdalitis pueden alterar el sueño y los niños frecuentemente tienen que perder clases; esto puede afectar su desempeño académico y faltas frecuentes pueden ser más dañinas que una sola ausencia larga. Hay un impacto en la familia, los padres se preocupan por la duración y la severidad de los episodios de amigdalitis, se preocupan por el número de los episodios, están preocupados por la pérdida de días escolares y por el tiempo que no pueden ir a trabajar. Estos son preocupaciones muy legítimas. Los episodios de amigdalitis también pueden tener repercusiones financieras en la familia, hay posibilidad de pérdida de ingresos de los padres y hay gastos por transporte asociados.

En cuanto al uso de antibióticos? Los antibióticos son maravillosos y han mejorado nuestra calidad de vida y han sido responsables por la disminución de la morbilidad de la amigdalitis. Y han tenido un papel importante en el tratamiento de episodios ocasionales de amigdalitis aguda particularmente la asociada al SGA. Pero también pueden dar complicaciones. Pueden causar diarrea, causan náuseas y vómito - algunas de estas complicaciones son tan comunes que ya no las vemos

como complicaciones/ pueden causar *rash* cutáneo, y a veces este *rash* hace que se catalogue al niño como alérgico a ese antibiótico. El niño puede realmente desarrollar una alergia al antibiótico y muy poco frecuentemente puede presentar enfermedad del suero, eritema multiforme o síndrome de Stevens Johnson como complicación de la terapia con antibióticos, adicionalmente la terapia con antibióticos puede llevar al desarrollo de gérmenes resistentes.

Los antibióticos profilácticos a veces se discuten. Pero parece haber poca evidencia de que sean efectivos en prevenir episodios recurrentes de amigdalitis. Su uso puede causar selección y promover la resistencia a antibióticos beta- lactámicos.

Entonces, qué puede hacer la cirugía? Para niños afectados severamente el famoso estudio de Paradise en Pittsburgh demostró que en cada grupo, sea randomizado o no randomizado, los resultados del grupo de amigdalectomía eran consistentemente más favorables que en el grupo control en un periodo de tres años. Hay muchos mitos sobre el tratamiento quirúrgico; **la amigdalectomía no aumenta el riesgo de asma**. Hay un mito de que hay aumento del riesgo de infección después de una amigdalectomía y que hay disminución en la síntesis de IgA. Sin embargo, la frecuencia de infecciones de garganta disminuye después de la amigdalectomía, y la de otras infecciones no aumenta. **La amigdalectomía no altera el sistema inmune humoral** y no hay aumento aparente de la frecuencia de infección post operatoria comparada con controles de la misma edad. De este mismo estudio, aunque hay resolución espontánea de la amigdalitis recurrente en niños, mientras esperan la cirugía, más del 81% de los niños en ese grupo tuvieron persistencia de los síntomas sugiriendo que la cirugía todavía estaba indicada.

Entonces para quien la amigdalectomía es razonable? De acuerdo a la Academia Americana de Pediatría, los niños que tienen muchos dolores de garganta severos cada año especialmente si son causados por el SGA, en mi opinión “muchos” es intencionalmente un termino vago. Además, los ganglios aumentados o dolorosos presentes por lo menos 6 meses como resultado de una amigdalitis crónica. La amigdalectomía también sería beneficiosa para los niños con enfermedades raras como poli arteritis nodosa con amigdalitis crónica, soriasis. Síndrome PFAPA (fiebre periódica, adenitis, faringitis, estomatitis aftosa). Otro grupo poco usual de pacientes son los niños que han tenido trasplante de médula ósea que pueden desarrollar Linfoma de Células Grandes en las amígdalas; una enfermedad linfoproliferativa se puede presentar como amigdalitis aguda en niños después de un trasplante de hígado. La amigdalectomía también debe considerarse si hay condiciones como diabetes mal controlada, enfermedad cardíaca valvular y *shunt* ventriculoperitoneal.

En resumen, los riesgos y beneficios de la cirugía así como los riesgos del tratamiento médico, los riesgos de la propia enfermedad y el impacto en el niño y su familia deben tomarse en consideración.

La amigdalectomía puede ser beneficiosa para el niño con amigdalitis recurrente.

Lecturas recomendadas

1. Gigante J. Tonsillectomy and adenoidectomy. *Pediatr Rev.* 2005 Jun;26(6):199-202.
2. McKerrow W. Tonsillitis. *Clin Evid.* 2004 Jun;(11):729-34. Review.
3. van Staaik BK, van den Akker EH, van der Heijden GJ, Schilder AG, Hoes AW. Adenotonsillectomy for upper respiratory infections: evidence based? *Arch Dis Child.* 2005 Jan;90(1):19-25. Review.
4. Fujihara K, Goto H, Hiraoka M, Hayashi M, Hotomi M, Tamura S, Kuki K, Yamanaka N, Koltai PJ. Tonsillitis index: An objective tool for quantifying the indications for tonsillectomy for recurrent acute tonsillitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005 Jun 23.
5. Erdag TK, Ecevit MC, Guneri EA, Dogan E, Ikiz AO, Sutay S. Pathologic evaluation of routine tonsillectomy and adenoidectomy specimens in the pediatric population: Is it really necessary? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005 Jun 14.
6. Yamine NV, Alherabi A, Gerin-Lajoie J. Post-tonsillectomy subcutaneous emphysema and pneumomediastinum. *J Otolaryngol.* 2004 Dec;33(6):403-4.