

Adenoides y Amígdalas Palatinas: Cuándo se Deben Operar?

Renata C. Di Francesco

La adenoidectomía y la amigdalectomía son los procedimientos quirúrgicos más comunes en los niños pero todavía hoy sus indicaciones han sido controversiales, probablemente por su historia. En esa época, la gran mayoría de estos procedimientos se debían a amigdalitis de repetición, que son mucho menos frecuentes actualmente gracias al avance de la antibioticoterapia.

El ponerse de acuerdo sobre la indicación quirúrgica entre el Otorrinolaringólogo y el Pediatra es fundamental para la mejor información del paciente y una mejor evolución del niño en el post operatorio.

Los médicos de atención primaria deben conocer los problemas, los signos y síntomas que indican la cirugía, debido a que son muy frecuentes en el día a día. En muchos casos se debe interrogar a los padres o responsables del niño, aunque no hayan quejas.

El médico puede no indicar el tratamiento quirúrgico por desconocer las indicaciones formales. Un factor adicional que contribuye a la demora en el diagnóstico y consecuentemente al tratamiento es que los padres no reconocen la gravedad del cuadro y, a veces, no aceptan la indicación de referirlos al cirujano. Cuando se realiza de acuerdo con las indicaciones precisas, la remoción de las amígdalas y de las adenoides mejoran la calidad de vida ¹.

No hay duda de que la indicación más común de la adenoamigdalectomía es la hiperplasia (aumento) de las amígdalas y de las adenoides, siendo la amigdalitis recurrente la segunda.

A pesar de que muchos trabajos de la década de 70 definieron las indicaciones para la adenoamigdalectomía, muchos colegas todavía están poco familiarizados en usar estos criterios y acaban por recomendar la cirugía de una forma más tradicional dejando de lado las evidencias.

Hipertrofia de las amígdalas

El aumento del tejido linfóide es la primera causa de disturbio respiratorio del sueño en la infancia. Los síntomas nocturnos comprenden los roncacos, respiración oral, pausas en la respiración, ataramiento, enuresis y sueño sin descanso. Por otro lado, los pacientes pueden no correlacionar los síntomas diurnos con los nocturnos.

Generalmente los hallazgos son frecuentes en niños y no son tomados en cuenta por los padres. Durante el día, presentan problemas de comportamiento, cefalea matutina, dolor de cabeza, boca seca, halitosis, respiración ruidosa, postura de boca abierta, voz hiponasal y obstrucción nasal crónica con o sin otorrea.

Los niños con síntomas graves presentan síndrome de apnea o hipopnea obstructiva del sueño. Los pacientes mas afectados pueden desarrollar *cor pulmonale*, hipertrofia del ventrículo derecho, insuficiencia cardiaca congestiva, hipoventilación alveolar, edema pulmonar, hipertensión, déficit de crecimiento, riesgo aumentado para lesión neurológica y muerte súbita.

Los niños con apnea del sueño presentan mas problemas con el aprendizaje, atención y comportamiento. Un estudio amplio realizado en los EUA demostró apnea obstructiva del sueño en 18% de los niños con 10% de ellos presentando las peores notas en el primer año escolar (edad - cerca de seis años), con mejoría significativa despues de la adenoamigdalectomía. Otros estudios demostraron déficit específicos en el aprendizaje y procesos mentales en niños con apnea del sueño. Esta autora, (RF), encontró una alta prevalencia de niños con respiración bucal en niños pre escolares con alteración en el aprendizaje.

La mejoría en el comportamiento fueron demostradas en niños sometidos a adenoamigdalectomía por apnea. La gravedad de la apnea del sueño que puede interferir en el aprendizaje y en el comportamiento todavía no se ha establecido².

Las enfermedades respiratorias están exacerbadas y pueden aparecer solo durante el sueño. Evaluar el *status* respiratorio de estos niños solamente con el niño despierto puede subestimar la gravedad del cuadro durante el sueño por lo que debe hacerse una historia muy detallada.

La enuresis nocturna es común en los niños pequeños y también presenta una mejoría después de la cirugía, siendo mas frecuente en los niños varones.

El aumento de las amígdalas también está asociado a una presión inspiratoria deficiente y resulta en un aumento del esfuerzo respiratorio y del trabajo de los músculos. Esta condición puede limitar el ejercicio físico.

En muchos casos, la indicación quirúrgica no puede establecerse solo en base a la historia y el examen físico. A pesar de que la hiperplasia probablemente predispone a la obstrucción, la dinámica de la vía aérea durante el sueño no se puede evaluar por el examen estático en el consultorio.

El examen en el consultorio consiste en la evaluación de la orofaringe y la clasificación del tamaño de las amígdalas palatinas. La clasificación mas común es la de Brodsky, en la cual los grados III y IV se consideran obstructivos. La adenoide se evalúa por la radiografía de perfil (o de *cavum*), observándose el grado de obstrucción de la nasofaringe. Actualmente el endoscopio flexible es muy utilizado y puede sustituir a la radiografía. El examen es bien tolerado cuando realizado por un médico entrenado y con un equipo con calibre apropiado. Se sugiere que el nasofibroscoPIO sea de 1,9 a 3,2mm.

Entretanto, la polisomnografía se considera el estándar de oro para la evaluación objetiva del sueño y la correlación con anomalías ventilatorias del disturbio respiratorio del sueño, sin embargo su costo es muy elevado y requiere de disponibilidad de tiempo del paciente y de la familia. El estudio formal del sueño antes de la adenoamigdalectomía para los niños con obstrucción, sin historia de infección, deberá realizarse de rutina? La polisomnografía no debe realizarse de rutina en los niños.

El examen no debe estar enfocado solo en el tamaño de las amígdalas sino también

en la forma de la faringe, en los hábitos del niño, respiración sin alteraciones y presencia de ronquido.

Se debe analizar las características craneofaciales, dado que los niños con perfil alargado son más propensos a la apnea del sueño. Los niños obesos también necesitan perder peso.

1. Anormalidades craneofaciales

El aumento de las amígdalas puede predisponer a falta de armonía en el crecimiento craneofacial. En estos niños, el crecimiento inferior y posterior de la mandíbula y el reposicionamiento de la lengua pueden compensar la ausencia del flujo de aire nasal creando una vía aérea oral mayor, pero que resulta en un alargamiento de las dimensiones verticales de la cara y del ángulo goníaco, la tan conocida facies adenoideana.

La ausencia del contacto entre la lengua y el paladar resulta en un paladar ojival y una mordida cruzada. Las amígdalas palatinas aumentadas de tamaño pueden llevar a una protusión de los incisivos superiores, un menor arco dental y, en 91,33%, de los casos a mordida cruzada.

Aunque los investigadores muestran un mejor direccionamiento del crecimiento después de la adenoidectomía, todavía hay mucha controversia en este punto. Los otorrinolaringólogos cuando reciben pacientes de los ortodoncistas deben estudiar la indicación caso por caso.

Por otro lado, el diagnóstico y los tratamientos demorados resultan en un aumento en la gravedad de las alteraciones craneofaciales³.

2. Disfagia y distúrbios del habla

Las amígdalas obstructivas ocasionalmente interfieren en la fase faríngea de la deglución de forma que puede haber una dificultad en la deglución, peor para los sólidos que para los líquidos. Raramente, la hiperplasia interfiere en el cierre a nivel velofaríngeo causando disfagia para líquidos que se puede caracterizar como regurgitación. Generalmente la disfagia ocurre por incoordinación de la respiración con la deglución. En nuestra experiencia cerca de 78.1% de los niños con aumento de las amígdalas presentaban alteración de la deglución y 88,8% alteración de la masticación. Después de la cirugía hubo una mejoría significativa.

La hiponasalidad es la alteración más común del habla, debida a la disminución del flujo de aire en la nariz.

3. Faringoamigdalitis recurrente

La remoción de las amígdalas y de las adenoides, en virtud de cuadros infecciosos, fue común durante décadas. Muchos trabajos de los años 90 sugerían que la amigdalectomía disminuiría la frecuencia de las amigdalitis. Sin embargo, a muchos de ellos se les hicieron críticas en relación a la selección y randomización de los pacientes.

Las amigdalitis pueden caracterizarse según los criterios de Paradise⁴: temperatura >38,5°C, adenopatía cervical >2cm, presencia de exudado purulento en las amígdalas o positividad para el GAS (*Streptococcus pyogenes* del Grupo A). Los casos deben ser confirmados por el médico. La FT recurrente se caracteriza por por lo menos siete casos en un año, cinco por dos años consecutivos, o tres por año por tres años seguidos.

Los investigadores sugieren que para la decisión del tratamiento quirúrgico se deben tomar en cuenta los riesgos, preferencias y ansiedades de los pacientes, ausentismo escolar, costo y disponibilidad de la cirugía.

4. Asimetría de la amígdala y sospecha de malignidad

Frente a una asimetría amigdalina se debe sospechar de un linfoma. Sin embargo, las asimetrías también pueden ser benignas. En estos casos, aparecen en situaciones agudas, como cuadros inflamatorios, por ejemplo, causados por infecciones virales, generalmente asociados con una adenopatía cervical >3cm. En estos casos, decurrentes de infecciones virales, tanto la asimetría amigdalina, como la adenopatía cervical deben involucrar después de la resolución del proceso.

5. Sinusitis y otitis

En muchos pacientes las adenoides obstruyen la cavidad nasal y aumentan la estasis de las secreciones en las fosas nasales predisponiendo a infecciones nasosinusales. Hay evidencias de mejoría de estas infecciones con la adenoidectomía. Muchos favorecen la cirugía endoscópica de las cavidades paranasales. Una alteración en la fisiología semejante ocurre con la compresión de las adenoides en la trompa de Eustaquio. Muchos estudios sugieren realizar la adenoidectomía o la adenoamigdalectomía en el tratamiento de la otitis media ⁴.

Se ha indicado también la realización de adenoidectomía junto a la colocación de tubo de ventilación, sin embargo, estudios recientes sugieren que las evidencias no avalan esta conducta y además hay aumento de la morbilidad y de los costos del procedimiento.

6. Calidad de vida

La adenoamigdalectomía lleva a una mejora en la calidad de vida. Principalmente en los niños con disturbios respiratorios del sueño. Este procedimiento mejora la vida del niño en las siguientes áreas: sufrimiento físico, disturbio del sueño, problemas en el habla y la deglución, malestar emocional, limitación de las actividades físicas y preocupación de los padres ⁵.

Referencias bibliográficas

1. Darrow D Formal indications for adenotonsillectomy: Laryngoscope, 112:6–10, 2002.
2. Nixon G M, Brouillette R T. Sleep 8: Paediatric obstructive sleep apnoea. Thorax 2005;60:511–516.
3. DiFrancesco RC, Bregola EGP, Pereira LS, Lima RS. A obstrução nasal e o diagnóstico ortodôntico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2006; 11(1):107-113.
4. Paradise J. Effectiveness of tonsillectomy depends on stringency of indications. Arch Dis Child 2005;90:1318–1319.
5. DiFrancesco RC, Fortes FS, Komatsu, C. Improvement of Quality of Life in Children after Adenotonsillectomy. Otolaryngology– Head and Neck Surgery. 2004; 129; 078.