

Controversias en las Enfermedades de las Tonsilas

James S. Reilly

Introducción

La importancia en la decisión para remover el tejido tonsilar por tonsilectomía requiere que el cirujano comprenda los beneficios y los riesgos de las diferentes técnicas quirúrgicas. Dos diferentes, pero a su vez, complementarios procedimientos quirúrgicos son evaluados ahora. Estos son 1) Tonsilectomía extracapsular ó Tonsilectomía total (TT), este fue descrito por primera vez por Sluder y Crowe a principios del siglo XX y 2) Tonsilectomía intracapsular (IT) más recientemente propuesta por Koltai y en la actualidad ampliamente adaptada para la hiperplasia tonsilar y el síndrome de resistencia de las vías aéreas superiores. Las diferencias entre estas técnicas son ilustradas por los siguientes casos:

Discusión

Caso Nro.1 involucra un niño de 7 años con abultamiento del lado izquierdo del cuello y cuatro semanas de fatiga y una pérdida de peso de 2 kilogramos. El niño y sus familiares niegan la presencia de fiebre o dolor en el cuello. El examen físico muestra que el niño no está febril y no tiene erupción cutánea o petequias en la mucosa de la cavidad oral. Sin embargo, existe un abultamiento unilateral del lado izquierdo tonsilar y la palpación del cuello evidencia un nódulo linfóide de 2 x 3 cm. en el nivel II cervical.

Francamente, la posibilidad de un linfoma involucrando la tonsila izquierda es sospechada. El tratamiento óptimo es biopsia escisional de la tonsila izquierda el cual necesita ser hecho por la técnica extracapsular ó TT. La técnica implica delimitar la cápsula por una pequeña incisión realizada dentro de la mucosa oral con un bisturí electrocauterio manual de punta ancha de 15 watts. El tejido tonsilar es removido hacia abajo, al pedículo inferior y enviado fresco al Departamento de Patología para preparación de la citometría de flujo para evaluar los anticuerpos mono-clonales. El proceder es rápido y completado este, el asunto del control del dolor postoperatorio y la posible hemorragia secundaria deben ser manejados de la forma acostumbrada.

No obstante, el escenario clínico más común para todos los pediatras y otolaringólogos es el **Caso Nro. 2**, cuando un niño de 4 años de edad tiene una hiperplasia bilateral de las tonsilas y la adenoides y asiste a la consulta del médico con una historia de ronquidos, retracción, respiración bucal crónica, pobre aceptación de los alimentos sólidos, etc. Esto es consistente con un síndrome de resistencia de las vías aéreas superiores que en ocasiones conduce a una apnea

obstructiva del sueño (AOS). Los síntomas han estado presente por 1 año y francamente empeorados con las infecciones virales o bacterianas de las vías aéreas superiores. El examen físico confirma un patrón de lenguaje hiponasal, adenoides aumentadas al igual que el tejido tonsilar que es simétrico y bilateral. La presencia de un tejido blando en una radiografía cervical lateral confirma estos hallazgos y demuestra la severidad del estrechamiento de las vías aéreas superiores.

¿Necesita ser removido todo el tejido tonsilar para mejorar los síntomas clínicos de estos niños?

Una abordaje más fácil para reducir el tejido tonsilar puede ser hecho de diferentes formas. La **tonsilectomía intracapsular** (TI) es una extensión del concepto de tonsilotomía pero este es mejorado dramáticamente con el empleo del microdebridador. El potente instrumento rasurador posee una cuchilla interna rotatoria la cual está pegada a una columna curvada de metal que está adosada a su vez a un vacuum de succión constante. El instrumento permite que el voluminoso tejido tonsilar sea removido de zona medial a lateral y ahueca la fosa palatina tonsilar con la preservación de la mayor parte de la cápsula y algún tejido tonsilar remanente. El tejido tonsilar remanente es entonces cauterizado para controlar el sangramiento y por electrodesecación se produce la fibrosis del tejido remanente tonsilar y su posterior cura. Esta simple modificación de la técnica tiene varios importantes beneficios. El objetivo quirúrgico es rápidamente conseguido por reducción de las tonsilas aumentadas desde un 4+ hasta menos de 1+ de tamaño. El tejido adenoideo es igualmente removido en su totalidad. Los remanentes fibrosos de la cápsula tonsilar palatina protege y cubre los músculos, vasos sanguíneos y fibras nerviosas subyacente. Koltai notó que esta “compresa biológica” disminuye el dolor y la necesidad de analgesia, mientras que por otro lado estimula una más rápida curación y regreso a las actividades normales tanto para los niños como para los familiares. **Lo más importante, el riesgo de sangramiento es dramáticamente reducido.** Múltiples estudios han mostrado que a seguidas de una **técnica extracapsular** (TT) la tasa de hemorragia postoperatoria esta entre 2 y 4% ó aún mayor. Estudios de la técnica TI tienen en ocasiones tasas de sangramiento de 4 a 8 veces menos.

Los beneficios del abordaje TI han sido confirmados en el hospital para niños Nemours-duPont, en varios estudios que fueron recientemente publicados. Nosotros estudiamos 2.943 niños quienes tuvieron cirugía de las tonsilas. La población incluyó alrededor de un 52% de varones con un promedio de edad de 6 años y el seguimiento fue de 21 meses. Se realizaron 1.732 tonsilectomías TI y 1.211 TT. Las indicaciones fueron ligeramente diferentes con mas niños con AOS (79% vs 56%) en el grupo intracapsular. Estas estadísticas de conjunto (hiperplasia tonsilar = 70%; tonsilitis crónica = 22%) son similares a otras clasificaciones publicadas en la literatura médica. Las tasas de hemorragia secundaria fueron como sigue: la TT tenía un global estadísticamente mayor de sangramiento post operatorio comparado a la TI (3.4% vs. 1.1%). Cuando los niños fueron más estudiados aún, por la necesidad de ser regresados al salón de operaciones, nuevamente la TT era más alto (2.1% vs. 0.5%).

Nosotros hicimos más aún, subdividiendo el porcentaje de la hemorragia secundaria por diagnóstico preoperatorio. Los beneficios del decrecimiento de la tasa de hemorragia postoperatoria favorecen siempre la TI, y no existió ninguna disminución en mejores resultados por categoría de diagnósticos pre-operatorios. De este modo queremos enfatizar que las diferencias de los porcentajes de la hemorragia post-operatoria entre ambas técnicas esta más estrechamente ligada a la profunda herida quirúrgica que se realiza en el transcurso de la técnica TT que de la habilidad quirúrgica individual del cirujano.

Nuestro estudio en el Hospital Nemours-duPont también observó estrechamente el manejo del dolor post-tonsilectomía para ambas técnicas en grupos de niños. La unidad de medida fue la visita al departamento de emergencia o la readmisión al hospital. Una vez más la técnica TT tenía 65 (5.4%) vs. 52 (3.0%) y se confirmó menos dolor en el grupo de la técnica TI a través de todas las categorías. Este estudio confirma el más reciente trabajo de Solares y sus colaboradores en 1.991 niños, publicado en una revista internacional de otorrinopediatría en el 2005. Solares notó mayor tasa de sangramiento para la TT (3.3% vs. 0.8%) y menos readmisiones por deshidratación con la técnica TI (3.6% vs. 1.1%).

Un cuidadoso examen de la cavidad oral se mantiene como un esencial componente de la observación médica de todos los pacientes aquejados, particularmente los niños muy pequeños. ¿Por que a pesar de todo, la cavidad oral es aún tan importante? La cavidad oral suministra la primera línea de defensa para el sistema inmune del paciente. Cuando miramos en el interior de la cavidad oral somos capaces de evaluar el sistema de tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT), el cuál comienza con el tejido adenoideo en la nasofaringe y se extiende inferiormente hacia las tonsilas palatinas y la tonsila lingual que conforma el anillo de Waldeyer. El sistema MALT es complejo y sirve para proteger el tracto digestivo desde la cavidad nasal bajando hasta el colon donde el apéndice es localizado.

Un beneficio adicional de la TI es que los remanentes del sistema MALT localizados en la fosa de las tonsilas palatinas pueden jugar un rol importante en el futuro desarrollo del sistema inmune de los infantes. Algunos médicos argumentan que la técnica extracapsular es la técnica quirúrgica favorita, particularmente para tonsilitis crónica. Estudios han mostrado que los biofilms, los cuales parecen jugar un rol importante en las infecciones crónicas, incluyendo tonsilitis crónica, se asientan primariamente en las criptas tonsilares. La TI remueve todas las criptas pero solamente deja los remanentes de la cápsula.

Estudiamos nuestra población de niños para probar la hipótesis de que la técnica TI es igualmente efectiva para el tratamiento de la tonsilitis crónica comparado con la TT como es evocada por algunos autores. Estuvieron 166 niños quienes reunían todos los criterios de inclusión de nuestro centro de cuidados terciarios: 117 recibieron TT y 49 recibieron TI. Diecisiete TT y 8 TI fueron tratados al menos una vez por faringitis ó tonsilitis estreptocócica en cada grupo. No existía una estadística significativa observable. Los resultados de la técnica intracapsular (TI) son iguales a la extracapsular (TT) en cuanto a eficacia y son superiores en lo que respecta a seguridad y confort.

Conclusiones

En resumen, para niños la técnica extracapsular (TT) es preferida para aislados escenarios como cuando el tejido biopsiado es esencial para evaluación patológica, especialmente cuando existe sospecha de malignidad.

No obstante, **la tonsilectomía intracapsular (TI) es actualmente la preferida y el más seguro método de remover tejido tonsilar en niños con ó sin apnea obstructiva del sueño ó por tonsilitis crónica. Existe como mínimo 3 veces menos complicaciones (hemorragia y deshidratación), las cuales otorgan la seguridad de que el proceder sea realizado para todos los niños con AOS y tonsilitis crónica.**

Lecturas recomendadas

1. Curtin JM, The History of Tonsil and Adenoid Surgery Otol Clinic of NA 20(2): 415-419, 1987.
2. Koltai PJ, Solares CA, Mascha EJ, Xu M Intracapsular Partial Tonsillectomy for tonsillar hypertrophy in children Laryng. 112:17-19, 2002.
3. Schmidt RJ Hertzog A, Cook SP, O'Reilly RC, Deutsch ES, Reilly JS Powered Intracapsular Tonsillectomy in the Management of Recurrent Tonsillitis Otol – Head & Neck Surgery 137(2): 338-340, 2007.
4. Koemple JA, Solares CA, Kotai PJ The evolution of tonsil surgery and rethinking the surgical approach to Obstructive Sleep-disordered breathing in children Jour of Laryngol & Otol 120: 993-1000, 2006.
5. Schmidt RJ Hertzog A, Cook SP, O'Reilly RC, Deutsch ES, Reilly JS Complications of Tonsillectomy: a comparison of techniques Arch. Otol – Head & Neck Surg. 133(9): 925-28, 2007.