

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE DE MATANZAS "ELISEO NOEL CAAMAÑO"

## Nuestro criterio en la indicación de la amigdalectomía\*

Por los Dres.:

MANUEL DE BIEN FERNANDEZ\*\* y ELSA BOYERO PALENZUELA\*\*\*

de Bien Fernández, M.; Boyero Palenzuela, E. *Nuestro criterio en la indicación de la amigdalectomía*. Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

Se realiza una revisión bibliográfica sobre las indicaciones de la amigdalectomía, donde se destaca la diversidad de criterios que existen en cuanto a su indicación. Se describen las indicaciones absolutas y relativas en este tipo de operación, y se demuestra la disminución de las operaciones en el hospital pediátrico de Matanzas.

### INTRODUCCION

El anillo linfático de Waldeyer puede considerarse como la primera línea de defensa que establece la naturaleza contra las infecciones.<sup>1</sup> La producción de anticuerpos es una función adquirida en la vida extrauterina por el timo y el sistema linfático.

Las amígdalas, por su posición, expuestas en la faringe y por su frecuente

participación en las infecciones virales, hacen suponer que estas estructuras linfoides tienen la función de permanecer infectadas y ofrecer así al sistema formador de anticuerpos un constante estímulo antigénico.

Las amígdalas poseen criptas que están cubiertas por pliegues mucosos y en su superficie se alojan muchos gérmenes.

Se ha demostrado la presencia de virus en las amígdalas, como los adenovirus tipo 1, 2 y 5, casi sin efecto patógeno para el ser humano. Se considera que estos virus contribuirían a luchar contra los virus patógenos. Esto explicaría el por qué la poliomielitis es más frecuente en niños amigdalectomizados.

Hay autores que comparan las amígdalas con los fusibles, ya que son las primeras en presentar las infecciones.

\* Trabajo presentado en la IV Jornada Provincial de Pediatría, celebrada los días 30 de septiembre y 1 de octubre de 1977.

\*\* Especialista de I grado en ORL. Jefe del Grupo Provincial. Presidente de la Filial de Matanzas de la Sociedad Cubana de ORL.

\*\*\* Especialista de I grado en ORL. Hospital clínicoquirúrgico docente de Matanzas "Eliseo Noel Caamaño".

Existen estudios que señalan que en los niños amigdalectomizados ciertas infecciones producen graves lesiones de riñón, pulmón, hígado, etc.<sup>2</sup>

Todos los autores están de acuerdo con la extirpación de las amígdalas cuando éstas están actuando como foco séptico, pero se debe criticar quienes defienden la idea de extirpar todas aunque no se demuestre que estén infectadas.

Algunos recomiendan la extirpación rutinaria, mientras que otros insisten en que ninguna amígdala debe ser operada.

Ambas opiniones están erradas, ya que cada paciente debe recibir un estudio individual de las infecciones de sus amígdalas.

Existe diversidad de criterios referente a la efectividad de la amigdalectomía como una medida para prevenir la fiebre reumática. Unos dudan del valor de la amigdalectomía. Otros dicen que pueden activar un proceso inactivo.

La amigdalectomía no previene de un ataque de fiebre reumática.

Muchos autores están de acuerdo con la relación existente entre la aparición de la inflamación de la garganta y el desarrollo de la fiebre reumática.

Pero también coinciden en que una vez que han aparecido los signos de fiebre reumática la amigdalectomía no es efectiva.

#### *Nuestro criterio*

Existe divergencia de criterios sobre cuándo se debe operar las amígdalas palatinas o tonsilas. Nosotros, siguiendo el criterio de otros autores, dividimos las indicaciones en absolutas y relativas<sup>4</sup>.

#### *Indicaciones absolutas*

Todos los autores están de acuerdo en extirpar las amígdalas en las siguientes afecciones:

##### a) Amigdalitis aguda a repetición.

El niño presenta en la crisis: fiebre alta, dolor de garganta, dificultad al

tragar, adenopatías dolorosas y al realizarle examen físico de la orofaringe se constata mal aliento, amígdalas rojas, aumentadas de tamaño y con tapones de Dietrich en sus criptas.

A nuestra consulta diaria acuden niños con el diagnóstico de amigdalitis aguda hecho por el pediatra.

Estos niños ya se encuentran en una fase de regresión de su enfermedad cuando asisten a la consulta del ORL. Nosotros pedimos al familiar que cuando su niño presente una nueva crisis sea traído otra vez a nuestra consulta, para así poder hacer una mejor valoración de la amigdalectomía.

##### b) Abscesos periamigdalinos

Son poco frecuentes en los niños, debido a la constitución anatómica de las amígdalas.

Nosotros indicamos la amigdalectomía en estos casos, para evitar las recidivas.

Primero se incide el absceso y pasado el estado agudo que dura alrededor de tres semanas se indica la amigdalectomía.

##### c) Amigdalitis hipertróficas

La inmensa mayoría de los niños tienen las amígdalas aumentadas de tamaño. Está indicada su exéresis cuando el niño tiene dificultad a la deglución, fonación y respiración y el desarrollo pondero-estatural es anormal.

A nuestra consulta concurren madres deseando que le operemos al niño por presentar amígdalas grandes. Pero cuando realizamos el examen vemos que el niño no presenta ningún trastorno en sus funciones y su desarrollo es normal.

#### *Indicaciones relativas*

Hay autores que consideran que el campo de la indicación relativa es considerablemente amplio y que la misión del otorrinolaringólogo debe limitarse a

considerar si las amígdalas están afectadas y constituyen foco séptico y ejecutar la operación si lo cree necesario.

Se considera que las amígdalas como foco séptico puede ser fuente de infecciones en órganos alejados de la garganta. Esto ha llevado al extremo de indicarnos como causantes de un número considerable de enfermedades.<sup>5</sup>

Entre las indicaciones relativas podemos mencionar:

a) *Dolores articulares*

Muchos niños acuden a nuestra consulta por dolores articulares y son remitidos para buscarles foco séptico. Casi siempre traen un exudado faríngeo con estafilococo coagulasa positiva o un estreptococo beta hemolítico.

Nuestra conducta en estos casos es examinar distintos aspectos, como son interrogatorio a la madre, de la afección de las amígdalas de su niño; examen físico de la orofaringe realizando compresión de las amígdalas para conocer si éstas están infectadas; examen del cuello buscando posibles adenopatías; realizar análisis complementarios para conocer estado general del niño.

Con los datos obtenidos aún es difícil hacer el diagnóstico de la presencia de un foco séptico, ya que históricamente es posible hacer un diagnóstico de certeza.

b) *Infecciones renales*

La pielonefritis es producida en el 80% de los casos por colibacilos y algunos casos por grampositivos.

Después de descartar la infección ascendente o por estructura vecina se debe buscar la existencia de un foco séptico y en estos casos se seguirá la conducta expuesta para los dolores articulares.

c) *Glomerulonefritis difusa aguda*<sup>6</sup>

Se dice que el 85% de las glomerulonefritis difusas agudas son produ-

cidas por infecciones de las vías respiratorias altas, por cepas nefrotóxicas del estreptococo beta hemolítico del grupo A. En estos casos las amígdalas se pueden operar cuando la glomerulonefritis ha desaparecido.

d) *Glomerulonefritis difusa crónica*

Los autores mantienen que si existen antecedentes evidentes de infección respiratoria aguda no es difícil reconocer la nefritis y en éstos no recomiendo la amigdalectomía.

e) *Fiebre reumática*

Según algunos autores, la presencia de estreptococos beta hemolítico en las fauces del enfermo tiene poco valor diagnóstico, no por descubrirse en numerosos casos bien comprobados de enfermedad, sino por ser aislado con relativa frecuencia fuera de ninguna enfermedad.

Numerosas estadísticas de *Kaiser* y *Ash*, informan que apenas existió diferencia en la frecuencia de las recidivas en los niños reumáticos amigdalectomizados y los testigos no privados de las amígdalas.<sup>7</sup>

Nuestro criterio al respecto es que haber padecido de fiebre reumática no debe ser una indicación de amigdalectomía.

Cada caso debe ser estudiado individualmente y si el diagnóstico nuestro es la presencia de un foco séptico, se deben extirpar las amígdalas palatinas, al igual que las piezas dentales en mal estado se deben extraer.

f) *Asma y rinitis alérgica*

Hace varios años estuvo en boga operar todos los niños que presentaban asma o rinitis alérgica indicando la alergia bacteriana. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la amigdalectomía no resuelve ni modifica el estado alérgico.

Existen estadísticas de niños operados, que padecían asma, donde se demuestra que después de la inter-

vención las crisis se han hecho más frecuentes y en el caso de los niños con rinitis alérgica se desarrolló el asma después de la amigdalectomía.

La opinión general es que las amígdalas palatinas sólo se deben extirpar en los casos que teniendo asma o alguna afección alérgica presenten una infección crónica.<sup>9</sup>

#### COMENTARIOS

Después de realizar un estudio sobre los casos amigdalectomizados en el hospital pediátrico docente de Matanzas y comprobar la disminución del número de operados, nos interesó la idea de dar a conocer por qué se han ido disminuyendo progresivamente las operaciones.

En el año 1970 fueron amigdalectomizados 383 niños; en el año 1974 se operaron 165; en el año 1975 fueron 153 y en 1976 se intervinieron 139.

Esta disminución de las operaciones se debe a una mejor valoración y estudio de todos los niños que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Según estadísticas realizadas en las clínicas norteamericanas, en la década del 50 se extirpaban las amígdalas sistemáticamente al llegar a la adolescencia.

Estas estadísticas informan también que en las universidades neoyorkinas un 99% de los alumnos estaban amigdalectomizados.<sup>10</sup>

Algunos autores recomiendan la operación en portadores sanos de bacilos diftéricos, incluyendo este grupo dentro de las indicaciones absolutas.

Actualmente en Cuba, gracias a la vacunación masiva de todos los niños, podemos decir que la difteria ha desaparecido por lo que no se realiza el estudio en medio de Klebs Loeffler de rutina.

#### SUMMARY

de Bien Fernández, M.; Boyero Palenzuela, E. *Our criterion for amygdalectomy.* Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

A bibliographic review of the indications for amygdalectomy is made and different criteria are found. Absolute and relative indications for this type of operation are described, and a decrease of the number of operations performed in the Matanzas pediatric hospital is disclosed.

#### RÉSUMÉ

de bien Fernández, M.; Boyero Palenzuela, E. *Notre critère dans l'indication de l'amygdalectomie.* Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

Une revue bibliographique est réalisée concernant les indications de l'amygdalectomie, et il a été constaté une grande diversité de critères. Les indications absolues et relatives dans ce type d'intervention sont décrites. La diminution des interventions chirurgicales à l'hôpital pédiatrique de Matanzas est démontrée.

#### РЕЗЮМЕ

Де Бьен Фернандес, М.; Боуэро Паленсуэла, Е. Наш критерий при показании мигдалектомии. Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

Проводится библиографический обзор о показаниях мигдалектомии, где подчеркивается множество различных критериев в отнесении этого показания. Описываются абсолютные и относительные показания при этом типе операции и указывается на снижение количества этих операций в педиатрическом госпитале города Матансас.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Kirschner, Martin*. Tratado de Técnica Operatoria. Segunda Edición. V: 301-313. Editorial Labor, S.A., Barcelona. 1962.
2. Movimiento Biológico. Prensa Médica Argentina. 52: 1297. 1965.
3. *Parkison, R. H.* Tonsil and Allied Problems. Primera Edición. Pág. 324-325. The Macmillan Company. N. Y. 1951.
4. *Bablik, L.* La indicación de la amigdalectomía. Simposium Ciba. IV: 126. Oct., 1956.
5. *Hernández, G. O.R.L.* Práctica. Editorial Minerva. Pág. 225. La Habana. 1954.
6. *Merck, M.* Diagnóstico y terapéutica. Edición Revolucionaria. Pág. 131. La Habana. 1968.
7. *Pons, P.* Patología y Clínica Médica. IV: 204. Salvat Editores, España. 1969.
8. *Fernández de Castro, J.* Amigdalectomía en el asma y rinitis alérgica. Medicina Latina. Pág. 195. 3. 1965.
9. Normas de Pediatría. Pág. 315. Instituto del Libro. La Habana. 1971.
10. *Paternina, M.* Amigdalitis crónica. Pág. 116. Editorial Labor. Barcelona. 1948.

Recibido: diciembre 28. 1977.

Aprobado: febrero 6. 1978.