

PROCEDIMIENTO EN EVALUACIÓN:

Amigdalectomía con/sin adenoidectomía

1. DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Extirpación quirúrgica de una o varias amígdalas faríngeas acompañada o no por extirpación quirúrgica de las adenoides (término MeSH).

La amigdalectomía es un procedimiento quirúrgico que extrae la amígdala en bloque incluida la cápsula. Las técnicas más comunes utilizan la electrodissección con diatermia monopolar o bipolar, la disección en frío, por electrocauterio, la radiofrecuencia o el láser, y métodos hemostáticos como el ácido tánico, trombina tópica, bismuto, u oximetazolina (1).

Definición del indicador: Altas de niños menores de 20 años con un procedimiento de acompañada o no por adenoidectomía (códigos CIE-9: 28.2, 28.3). Se excluyen los casos con diagnósticos de apnea del sueño obstructiva y perturbaciones del sueño (códigos CIE-9: 327.23 y 780.5)

2. DEFINICIÓN DE LA INDICACIÓN NO ADECUADA PARA EL PROCEDIMIENTO

Se definen como amigdalitis de repetición o amigdalitis recurrentes las siguientes situaciones clínicas: 1) Siete o más episodios de amigdalitis aguda en el último año. 2) Cinco episodios al año en los últimos 2 años. 3) Tres episodios al año en los últimos 3 años. 4) Síntomas persistentes durante al menos 1 año. Además cada episodio debe cumplir, al menos, uno de los siguientes criterios: 1) Exudado purulento sobre las amígdalas. 2) Fiebre superior a 38°C. 3) Linfadenopatías cervicales anteriores. 4) Cultivo faríngeo positivo para estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (2).

3. TIPO DE PROCEDIMIENTO

Croydon list lo considera un procedimiento relativamente inefectivo (3).

4. PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO (EN CASO DE QUE LO HAYA)

5. INICIATIVAS/LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE APOYAN LA INADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Croydon list (3)

6. EVIDENCIA QUE APOYA LA NO RECOMENDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE FORMA TOTAL O EN INDICACIONES CONCRETAS

6.1. RAZONES DE EFICACIA/EFFECTIVIDAD

Una revisión Cochrane publicada en 2014 muestra que el beneficio de la amigdalectomía en el tratamiento de la amigdalitis aguda de repetición o recurrente es muy modesto. Los niños operados tuvieron 0,6 episodios de dolor de garganta menos (IC95% de -1 a -0,1) que el grupo control durante el primer año después de la amigdalectomía. En el subgrupo con dolor de garganta moderado/grave la reducción no fue significativa (0,1 episodios menos, IC95% de -0,6 a 0,4); mientras que en el subgrupo con afectación leve la cirugía se asoció con un aumento en el número de episodios (0,8 episodios más,

IC95% de 0,7 a 0,9). Según los autores de la revisión, la calidad de la evidencia es entre moderada y baja (4).

Una GPC sobre el manejo del dolor de garganta y las indicaciones de amigdalectomía elaborada por el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), y publicada en 2010, señala que no hay estudios que demuestren con certeza el beneficio clínico de la amigdalectomía en la amigdalitis recurrente infantil. La guía recomienda mantener una conducta expectante (watchful waiting) en los niños (4 a 16 años) con dolor de garganta moderado (según los criterios Paradise). La amigdalectomía se recomienda en los adultos con dolor de garganta grave. En ambos casos el grado de la recomendación es el más alto (Grado A). El término dolor de garganta hace referencia a la faringitis aguda, la amigdalitis y la amigdalitis exudativa. La GPC incluye una recomendación con el grado más bajo (Grado D) sobre las indicaciones de amigdalectomía: los dolores de garganta los causan amigdalitis recurrentes, los episodios impiden el desarrollo normal de las actividades del niño, siete o más episodios de dolor de garganta bien documentados y clínicamente relevantes en el último año o cinco de estos episodios por año en los últimos dos años o tres o más por año en los últimos tres años (5).

6.2. RAZONES DE SEGURIDAD

La amigdalectomía no está libre de riesgos y complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias. Una complicación frecuente es la hemorragia perioperatoria. La tasa de hemorragia primaria (en las primeras 24 horas) oscila, según diferentes estudios, entre el 0,2% y el 2,2% y la tasa de hemorragia secundaria (transcurridas 24 horas después de la cirugía) entre el 0,1% y el 3%. Otras complicaciones intraoperatorias de la amigdalectomía incluyen al trauma dental y de tejidos blandos en boca y faringe, laringoespasma, edema laríngeo, aspiración, compromiso respiratorio y paro cardiorrespiratorio. Además puede haber lesión de estructuras cercanas como ojos, labios y mandíbula o complicaciones postoperatorias como náusea, vómito, dolor intenso, deshidratación, otalgia, edema pulmonar postobstructivo, traqueobronquitis, edema facial, insuficiencia velofaríngea y estenosis nasofaríngea. Se han descrito otras complicaciones raras como el daño de grandes vasos cervicales, principalmente la carótida, así como el enfisema subcutáneo, trombosis de vena yugular, subluxación atlantoaxial (Síndrome de Grisel), alteraciones del gusto, dolor de cuello persistente e inclusive, la muerte (6).

Alrededor del 1,3% de los pacientes precisan prolongar la duración de la estancia hospitalaria, y hasta el 3,9% presentan complicaciones secundarias que requirieron ingreso hospitalario. Las causas más frecuentes son la presencia de dolor, vómitos, fiebre y hemorragia amigdalár (6).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Cardesín A, Escamilla Y, Martínez A, Cardelús S, Aguilà AF, Saiz JM, et al. Electrodissection tonsillectomy with laryngeal mask. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2013;64(3):204-10.
2. Cervera J, Del Castillo F, Gómez JA, Gras JR, Pérez B, Villafruela MA. Indicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía: Documento de consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006;57:59-65.
3. Croydon List: Reducing spending on low clinical value treatments. Audit Commission. Health briefing, April 2011. <http://archive.auditcommission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/Downloads/20110414reducingexpenditure.pdf>
4. Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 19;11:CD001802.

5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010 Apr. 44 p. (SIGN publication; no. 117).
6. Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, Rosenfeld RM, Amin R, Burns JJ, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Jan;144(1 Suppl):S1-30.