

Cirugía y Cirujanos

Volumen 72
Volume

Número 1
Number

Enero-Febrero 2004
January-February

Artículo:

Comentario al trabajo titulado:
Adenoidectomía endoscópica,
uso o abuso de la tecnología

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Comentario al trabajo titulado: Adenoidectomía endoscópica, ¿uso o abuso de la tecnología?

Acad. Dr. José A Gutiérrez-Marcos*

He leído con interés el trabajo de ingreso presentado por el Académico Dr. Daniel Bross Soriano. Agradezco a la Mesa Directiva de la Academia Mexicana de Cirugía, por otorgarme la distinción de realizar el comentario oficial.

La remoción del tejido adenoideo está indicada cuando se encuentra infectado en forma crónica o causa obstrucción de la vía aérea. La adenoiditis recurrente se define como aquella que se presenta en cuatro o más ocasiones a lo largo de un año; frecuentemente está asociada a otitis media serosa y a padecimientos sinusales de repetición. La obstrucción por hipertrfia puede causar roncopatía, rinolalia, respiración oral crónica e incluso apnea obstructiva del sueño; en la literatura sobre el tema se ha informado que en edad pediátrica puede causar *cor pulmonale*.

El procedimiento fue practicado incluso sin ningún tipo de anestesia y de manera totalmente “ciega” hasta los primeros 20 años del siglo XX. Ante la gran recurrencia o falla en la remoción total, gradualmente se fue realizando con anestesia general, buscando también una mejor visualización directa de la zona. Cualquiera que sea el método seleccionado, debe lograrse la resección completa del tejido adenoideo, sin lesionar las estructuras vecinas compuestas por el *torus tubario*, el paladar, la pared posterior faríngea y las coanas. El procedimiento puede realizarse de varias formas: la tradicional por legrado descrita por Jacob Gottenstein en los inicios del siglo XX, la resección por canastilla –con pinzas sacabocado de Claire-Thompson–, la resección apoyada por láser CO₂ o KTP, que ha sido abandonada por la alta incidencia de estenosis nasofaríngea en el postoperatorio, la realiza con el bisturí armónico (método que eleva sustancialmente el costo) y la endoscópica o

mejor llamada de abordaje endoscópico, con ayuda de los diferentes elementos tradicionales y de actualidad como el microdebridador.

La adenoidectomía puede ser uno de los abordajes más sencillos realizados por un cirujano, siempre y cuando sus indicaciones sean bien precisadas y esté fundamentada en el estudio previo adecuado del paciente. Cuando es llevada a cabo como un procedimiento “a ciegas”, bien sea con la canastilla de La Force o cureta de Beckman, tiene dos desventajas principales: la dificultad para inhibir la hemorragia con visualización directa de los vasos involucrados y la posibilidad de no hacer una resección total del tejido adenoideo.

La primera de ellas es de suma importancia si tomamos en cuenta que el procedimiento se efectúa en población en edad pediátrica y no considerar esto pone en serio peligro la evolución del paciente. Generalmente la hemostasia en el *cavum* es llevada a cabo con métodos que no permiten la completa visualización de la zona sangrante, sobre todo cuando se trata de la cercana a las coanas o a la trompa de Eustaquio, imposible de abordar sin la ayuda de un método de visualización directa, para lo cual es ideal el endoscópico.

La segunda posibilidad, aunque de menor gravedad, seguramente influirá en la presencia de patología derivada como la otitis media secundaria a la oclusión de la trompa de Eustaquio, o la obstrucción parcial o total de la vía aérea. La alteración de la fisiología respiratoria y la mayor tendencia a cuadros bacterianos secundarios obligarán a reintervención a mediano o largo plazo, con el incremento del riesgo quirúrgico y anestésico, además de la repercusión económica. En este caso en especial, el apoyo endoscópico es esencial para identificar restos ocupativos hacia la zona en cuestión.

El trabajo presentado por el Dr. Bross permite la evaluación de un número significativo de pacientes, 150 en total, y tuvo un seguimiento con método adecuado, desde la selección del tipo y edad del paciente con indicación del procedimiento quirúrgico. La visión endoscópica permitió al cirujano estar al pendiente de las dos dificultades ya mencionadas que pueden hacer fracasar el procedimiento, al estar supervisándolas en forma directa, lo cual se comprueba con la estadística presentada una vez que el procedimiento se complementó en forma endoscópica.

Llama la atención el alto porcentaje de ocupación de la trompa de Eustaquio (45.3%), y aunque existieron diferencias sustanciales entre las dimensiones de la masa extirpada

* Académico de Número de la Academia Mexicana de Cirugía.

Solicitud de sobretiros:
Acad. Dr. José A. Gutiérrez-Marcos.
Puente de Piedra 150-322,
Torre II, Col Toriello Guerra.
14050, México, D.F.
Tel. 5606-9660, 5606-1918.

Recibido para publicación: 30-07-2003.
Aceptado para publicación: 02-02-2004.



quirúrgicamente, de influencia principal en la obstrucción de la vía aérea, la seguridad de contar con una trompa de Eustaquio permeable permitió una mejor evolución del paciente.

Coincido con el Dr. Bross respecto a que la aplicación de la tecnología endoscópica en este tipo de procedimientos, lejos de constituir un abuso, nos permite disponer de un apoyo importantísimo para que el procedimiento sea un verdadero éxito. En la actualidad, la disponibilidad de endoscopios en los centros de atención privados e institucionales, permite su uso sistemático y debe aprovecharse de esa forma, además, posibilita la familiarización con su manejo en áreas de bajo riesgo como la que se menciona, sobre todo al médico especialista en formación.

Si bien no es el objetivo del presente estudio, sería interesante contar con el seguimiento de los pacientes portadores de patología obstructiva de nasofaringe y otitis medias serosas, tal como lo hicieron Becker y Stephen. En caso de obtener resultados favorables, como los de los autores señalados, se tendría un elemento más de apoyo para el uso de este tipo de procedimientos asistidos.

Considero que el presente trabajo es de utilidad en su difusión, ya que trata un procedimiento de uso muy común en

la práctica otorrinolaringológica, que apoya la necesidad de una certeza de resultados al ser realizado de manera tradicional, seguridad que puede ser proporcionada por la endoscopia.

El trabajo realizado por el Dr. Bross Soriano es original y cumple con los requisitos que requiere la revista Cirugía y Cirujanos: tiene resúmenes en español e inglés, en el método se indica tipo de estudio y criterios de inclusión, los resultados son adecuados y se refieren seis citas de bibliografía actualizada.

Dr. Daniel Bross Soriano, sea bienvenido al seno de nuestra Academia Mexicana de Cirugía y le deseo que continúe con su valioso apoyo académico para nuestra prestigiada institución.

Bibliografía

1. Weir N. Otolaryngology an illustrated history. Boston, MA, USA: Butterworths; 1990.
2. Giannoni C, et al. Acquired nasopharyngeal stenosis: a warning and review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998;124:163-167.
3. Parsons DS. Rhinologic uses of powered instrumentation in children beyond sinus surgery. Otolaryngol Clin North Am 1996;29:105-114.
4. Cannon CR. Endoscopic-assisted adenoidectomy. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;21:740-744.