



M.I Hidalgo Vicario

Pediatra. Doctora en Medicina. Directora de Pediatría Integral.
Centro de Salud Barrio del Pilar. DAN. Madrid

“ El objetivo de esta GPC multidisciplinar es identificar oportunidades de mejora en la calidad del manejo de niños de 1-18 años, candidatos para realizar una amigdalectomía y ofrecer recomendaciones realizables para mejorar la práctica clínica. Específicamente, educar a los clínicos, pacientes y cuidadores. ”

Editorial

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: AMIGDALECTOMÍA EN NIÑOS

Recientemente, en junio de 2019, ha sido publicada por la Academia Americana de Otorrinolaringología y la Fundación de Cirugía de Cabeza y Cuello (*Head and Neck Surgery*) AAO-HNSF, la Guía de Práctica Clínica (GPC) con recomendaciones para el cuidado y tratamiento pre, intra y postoperatorio de los niños entre 1 y 18 años, candidatos a realizar una amigdalectomía⁽¹⁾.

La amigdalectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en EE.UU., con unas 289.000 intervenciones cada año en niños menores de 15 años y solo es superada por la miringotomía (inserción de drenajes transtimpánicos). En España, el Atlas de Variaciones de la Práctica Médica en 2006, dedicado a la Pediatría⁽²⁾, encontró áreas donde la tasa estandarizada de amigdalectomía en menores de 15 años era de 2,95 intervenciones por 10.000 niños, mientras que en otras, la tasa llegaba a 39,2 intervenciones por 10.000 niños. La variabilidad entre regiones y países es muy elevada, ya que algunos estudios incluyen niños y adultos y, en otros, extirpación de amígdalas con / sin adenoides.

Las amígdalas palatinas son órganos linfopiteliales localizados en la unión de la cavidad oral y orofaríngea, que están estratégicamente localizadas para servir como órganos linfoides que inician la respuesta inmune [linfocitos e inmunoglobulinas (Ig), siendo de gran importancia la Ig A] contra los antígenos que entran en el organismo a través de la boca y nariz. Su gran actividad se realiza entre 1-10 años, por eso son más prominentes en esta época y después involucionan.

Tras amigdalitis recurrentes, se altera la respuesta inmune y los linfocitos de las amígdalas pueden llegar a estar sobrecargados por la persistente estimulación antigénica y ser incapaces de responder de forma adecuada a los antígenos. Las amígdalas, en esta situación, no son capaces de realizar su función local de protección ni reforzar adecuadamente el sistema inmune de la vía respiratoria superior. De este modo, la amigdalectomía puede ser una ventaja terapéutica. Aunque algunos estudios hablan de alteraciones mínimas en la concentración de Ig en el suero y los tejidos adyacentes tras la amigdalectomía, no se ha demostrado un impacto clínico significativo en el sistema inmune.

Las indicaciones de la amigdalectomía incluyen: las infecciones recurrentes de garganta y el trastorno respiratorio obstructivo del sueño (TROS), ambos pueden afectar a la salud del niño y a su calidad de vida. Aunque hay beneficios tras la amigdalectomía, las complicaciones de la cirugía pueden incluir: dolor de garganta, náuseas y vómitos postoperatorios, deshidratación, retraso de la alimentación, trastorno del habla (p. ej.: incompetencia velo-faríngea), hemorragia y, raramente, la muerte.

Las definiciones usadas en la guía son:

- **Amigdalectomía.** Se define como el proceso quirúrgico realizado con o sin adenoidectomía en el que se elimina completamente la amígdala, incluyendo su cápsula, disecionando el espacio periamigdalár entre la cápsula de la amígdala y la pared muscular.

Los beneficios y riesgos de su realización deben comentarse con el paciente y los cuidadores, tanto de forma oral como escrita, con un dossier educativo y con referencias en la web.

- **Infección de garganta.** Se define como dolor de garganta causado por una infección bacteriana o vírica de la faringe, las amígdalas palatinas o ambos, donde puede o no aislarse un cultivo positivo para el estreptococo del grupo A. Esto incluye los términos: garganta estreptocócica, amigdalitis, faringitis, adenoamigdalitis o amigdalofaringitis.

Las infecciones, en general, son tratadas por el pediatra de Atención Primaria y deben registrarse las características clínicas de cada episodio (síntomas, exploración física, test de antígeno, resultado de cultivo si se realiza, ausencia escolar, extensión de la infección a la familia, historia familiar de cardiopatía reumática, glomerulonefritis postestreptocócica y calidad de vida del paciente). Así se podrá valorar el impacto. Dado que, con el tiempo, hay una tendencia a mejorar las infecciones, se recomienda un periodo de observación de 12 meses antes de recomendar la amigdalectomía.

- **Trastorno respiratorio obstructivo del sueño (TROS).** Es un diagnóstico clínico caracterizado por anomalías obstructivas con patrón respiratorio o de adecuada oxigenación/ventilación durante el sueño, lo cual incluye: roncar, respiración bucal y pausas en la respiración. El TROS engloba un espectro de trastornos obstructivos que aumenta en severidad, desde el ronquido primario hasta la apnea obstructiva del sueño (OSA).

Los síntomas durante el día, asociados al TROS, pueden incluir: falta de atención y concentración e hiperactividad o excesiva somnolencia que conducen a un fracaso escolar, además de conducta agresiva, ansiedad, depresión, enuresis secundaria o somatización.

El diagnóstico en la infancia se realiza tras: historia clínica, examen físico, videograbación nocturna, pulsioximetría y polisomnografía (PSG) nocturna.

La hipertrofia amigdalal y adenoidea, en general, se consideran la principal causa de TROS en la infancia, aunque no la única. La severidad, además, tiene relación con la combinación del grado de hipertrofia, anatomía craneofacial y tono muscular.

La apnea obstructiva del sueño (OSA) se diagnostica cuando el TROS se acompaña de una polisomnografía anormal, con un índice obstructivo de apnea-hipopnea (IAH) mayor o igual a 1. Es un trastorno respiratorio durante el sueño, caracterizado por una obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior y/o obstrucción completa intermitente (apnea obstructiva), que interrumpe la ventilación normal durante el sueño y el patrón normal del mismo. Se considera que la OSA es de grado leve, cuando el IAH es de 4,9; de grado moderado, cuando el IAH es de 5 a 9,9; y de grado grave cuando el IAH es mayor o igual a 10.

Esta Guía de Práctica Clínica realiza diferentes grados de recomendación, dirigidas a los médicos y profesionales que atienden a los niños. **Fuerte recomendación:** deben seguir esta recomendación a menos que esté presente una razón convincente y clara para un enfoque alternativo. **Recomendación:**

deben, generalmente, seguir la recomendación pero permanecer alertas a nueva información y ser sensibles a las preferencias del paciente. **Opcional:** deben ser flexibles en sus decisiones con una práctica adecuada, aunque pueden establecer límites en alternativas e influir en las preferencias del paciente.

Las actuaciones claves se exponen a continuación.

Infección recurrente de la garganta

- **Espera vigilante para la infección recurrente de garganta.** Los médicos deben recomendar una espera vigilante en la infección recurrente de garganta, si se han producido menos de siete episodios en el último año, menos de cinco episodios por año en los últimos 2 años, o menos de tres episodios por año en los últimos 3 años (**fuerte recomendación**).
- **Infección recurrente de garganta con documentación.** Pueden recomendar la amigdalectomía para la infección recurrente de garganta con una frecuencia de, al menos, siete episodios en el último año, al menos, cinco episodios por año durante 2 años o, al menos, tres episodios por año durante 3 años, con un adecuado registro en la historia clínica de cada episodio de dolor de garganta y, al menos, uno de los siguientes: temperatura superior a 38,3°C, adenopatía cervical, exudado de amígdalas o prueba positiva para el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (**opcional**).
- **Amigdalectomía para la infección recurrente de garganta con factores modificantes.** En un niño con infección recurrente de garganta que no cumple con los criterios de la declaración anterior, los médicos deben evaluar los factores modificadores que, sin embargo, pueden favorecer la amigdalectomía. Dichos factores pueden incluir, entre otros: alergias/intolerancia múltiples a antibióticos, PFAPA (fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis) o antecedentes de más de un absceso peritonsillar (**recomendación**).

Trastorno respiratorio obstructivo del sueño y apnea obstructiva del sueño

- **Amigdalectomía para el trastorno respiratorio obstructivo del sueño.** Los médicos deben preguntar a los cuidadores de los niños con TROS e hipertrofia amigdalal, sobre las condiciones comórbidas que pueden mejorar tras la amigdalectomía, como: retraso del crecimiento, bajo rendimiento escolar, enuresis, asma y problemas de conducta (**recomendación**).
- **Indicaciones de polisomnografía.** Antes de realizar una amigdalectomía, el médico debe derivar a los niños con TROS a realizar una polisomnografía (PSG) si son menores de 2 años o si presentan alguno de los siguientes síntomas: obesidad, síndrome de Down, anomalías craneofaciales, trastornos neuromusculares, enfermedad de células falciformes o mucopolisacaridosis (**recomendación**).

- **Recomendaciones adicionales para PSG.** El médico debe abogar por realizar una PSG, antes de la amigdalectomía por TROS, en niños sin ninguna de las comorbilidades enumeradas en la declaración anterior, cuando la necesidad de amigdalectomía es incierta o cuando hay discordancia entre el examen físico y la severidad informada del TROS (**recomendación**).
- **Amigdalectomía por apnea obstructiva del sueño.** Los médicos deben recomendar la amigdalectomía en niños con AOS documentada por PSG durante la noche (**recomendación**).
- **Educación sobre el trastorno respiratorio obstructivo del sueño.** Los médicos deben asesorar a los pacientes y cuidadores y explicar que el TROS puede persistir o recurrir después de una amigdalectomía y que puede requerir un tratamiento adicional (**recomendación**).
- **Ibuprofeno y paracetamol en el postoperatorio.** Se debe recomendar el ibuprofeno, el paracetamol o ambos para controlar el dolor después de una amigdalectomía (**fuerte recomendación**).
- **Codeína en el postoperatorio.** No se debe administrar ni recetar codeína ni ningún medicamento que contenga codeína después de una amigdalectomía en niños menores de 12 años (**fuerte recomendación**).

Cuidado perioperatorio

- **Consejo sobre el dolor peri operatorio.** El clínico debe asesorar a los pacientes y cuidadores sobre la importancia de manejar el dolor tras la amigdalectomía, como parte del proceso de educación peri operatoria, y debe reforzar este asesoramiento en el momento de la cirugía, con recordatorios sobre la necesidad de anticipar, reevaluar y tratar adecuadamente el dolor tras la cirugía (**recomendación**).
- **Antibióticos peri operatorio.** Los médicos **no** deben administrar ni prescribir antibióticos peri operatorios a los niños que se someten a una amigdalectomía (**fuerte recomendación**).
- **Esteroides intra operatorio.** Los médicos deben administrar una dosis intraoperatoria única de dexametasona por vía intravenosa a niños que se sometan a una amigdalectomía (**fuerte recomendación**).
- **Control de los niños ingresados tras una amigdalectomía.** Se debe organizar la monitorización nocturna de los niños después de una amigdalectomía si son menores de 3 años o tienen una AOS grave (IAH \geq 10 eventos obstructivos / hora, nivel de saturación de oxígeno $<$ 80%, o ambos) (**recomendación**).

Hemorragia postamigdalectomía

- **Evaluación del sangrado.** Se debe hacer un seguimiento con los pacientes y/o cuidadores después de una amigdalectomía y documentar en el registro médico la presencia o ausencia de sangrado dentro de las 24 horas de la cirugía (sangrado primario) y el sangrado que ocurre más tarde de las 24 horas (sangrado secundario) (**recomendación**).
- **Sangrado postamigdalectomía.** Se deben determinar las tasas de sangrado postamigdalectomía primaria y secundaria, al menos, una vez al año (**recomendación**).

En resumen, esta GPC pretende, además de educar a los médicos, pacientes y educadores: optimizar el tratamiento alrededor de la intervención, evaluar la intervención en poblaciones especiales, mejorar el consejo y educación de las familias, resaltar las opciones de tratamiento de pacientes con factores modificantes y reducir tratamientos inapropiados o innecesarios.

Bibliografía

1. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA, et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in children (Update). American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery 2019, Vol. 160 (IS) S1-S42.
2. Oterino de la Fuente D, Castaño E, Libero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, et al. Y grupo VPM-SNS Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por procedimientos quirúrgicos y diagnósticos seleccionados. Variaciones en Pediatría en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2006; 3: 99-114.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".