

## Pediatría Práctica

### INDICACIONES OPERATORIAS EN SINDROMES OTORRINOLARINGOLOGICOS EN PEDIATRIA

#### Otitis, obstrucción nasal, obstrucción laríngea aguda y amigdalitis crónica

Dr. HUMBERTO COOPER A.

Hospital Luis Calvo Mackenna

##### *Otitis*

El pediatra puede hoy día hacer el diagnóstico de otitis por el examen directo, ocular, con la ayuda del otoscopio de iluminación propia. También puede tratar y curar el 90% de las otitis, antes que supuren, con ayuda de antibióticos.

##### *Paracentesis*

Es la incisión de la membrana del tímpano para drenar el oído medio. Antes del uso de los antibióticos se hacía precozmente aún en las otitis congestivas, para evitar complicaciones de la mastoides o endocraneanas.

1) Actualmente se emplea en otitis tratadas tardíamente, cuando ya se formó pus en el oído medio.

2) En casos excepcionales que no responden a los antibióticos.

3) En las otitis latentes de niños distróficos con trastornos intestinales agudos, con toxicosis, que requieren una eliminación rápida de infecciones parenterales.

##### *Operación de mastoides*

También el criterio para indicar una operación de mastoides ha cambiado fundamentalmente con el uso de los antibióticos. Anteriormente al uso de éstos había indicación operatoria cuando, a pesar de tener una paracentesis correcta, persistía temperatura alta, dolor en la mastoides, edema retroauricular e imágenes radiográficas de destrucción de tabiques intercelulares.

Actualmente pueden existir todos estos síntomas, y aun signos de osteitis a radiografía y muchos enfermos mejoran con tra-

tamiento médico con antibióticos, persistente y bien llevado.

Cuanto antes se establezca el tratamiento en la otitis y mastoiditis, tanto más probabilidades de éxito se tiene.

Es inevitable la operación de mastoides cuando se forma absceso retroauricular o la sintomatología de mastoiditis, por tratamiento tardío, no regresa después de una semana de tratamiento. También ante la amenaza de complicaciones endocraneanas.

##### *Síndrome de obstrucción nasal*

El pediatra ve con frecuencia niños que tienen obstrucción nasal permanente. Como es lógico, piensa en primer término en vegetaciones adenoideas. Las vegetaciones adenoideas o amígdala faríngea es una formación linfática que se localiza en el techo del rinofarinx.

La indicación operatoria de vegetaciones adenoideas es la siguiente:

1) Por obstrucción respiratoria en el rinofarinx, que obliga a respirar por la boca. En este caso la respiración prolongada por la boca trae deformaciones del paladar, arcada dentaria y tórax.

2) La segunda indicación operatoria es cuando ellas producen infección. Pueden originar otitis o mantener una supuración del oído, producir infecciones bronquiales, trastornos gastrointestinales, sinusitis, etc.

El pediatra debe sospechar la existencia de vegetaciones adenoideas, cuando, además de la obstrucción nasal, hay hábito linfático, amígdalas hipertróficas o granulaciones faríngeas.

Es, pues, necesario asegurar, antes de la operación, que la existencia de vegetaciones es la única causa de la mala respiración y

así, una vez extirpadas, la respiración será normal.

Sin embargo, a veces, después de extirpadas las vegetaciones, es necesario hacer ejercicios de reeducación respiratoria nasal, para quitar el mal hábito de la respiración bucal.

*Edad.* No hay edad para operar de adenotomía. A veces nos vemos obligados a operar niños de 1 o 2 años, porque no pueden alimentarse ni respirar y lo hacemos aún con el riesgo de tener que practicar una nueva adenotomía a los 7 o 10 años.

### *Obstrucción laríngea aguda*

El pediatra es quien primero examina a los niños con croup.

Debe cumplir dos indicaciones:

1) Colocar antitoxina cuando exista sospecha de ser difteria.

2) Enviar al niño a un Servicio que disponga de medios para su tratamiento.

Al ingreso del niño al Servicio de croup, debe hacerse laringoscopia, en lo posible, por un especialista.

El examen laringoscópico permite hacer el diagnóstico topográfico y casi siempre etiológico de la infección.

El diagnóstico etiológico decide si se hace intubación o traqueotomía para restablecer la respiración.

Si la dificultad respiratoria es progresiva, si entran en juego todos los músculos de la respiración, es preciso hacer intubación o traqueotomía, antes que la musculatura se agote.

### *Intubación y traqueotomía*

Estas intervenciones de urgencia tienen por objeto restablecer la respiración cuando existe una obstrucción a nivel de la laringe.

La intubación es la colocación de un tubo en la laringe. Tiene su indicación precisa exclusiva en el croup diftérico. Tiene sus ventajas sobre la traqueotomía, porque no es una operación sino una maniobra.

Bien ejecutada en el croup diftérico no traumatiza y restablece la respiración mientras actúa la antitoxina y los antibióticos.

No deja cicatriz externa como la traqueotomía.

Traqueotomía es la abertura de la tráquea en la pared anterior del cuello cuando

existe obstrucción a nivel de la laringe.

Está indicada en todos los croup no diftéricos. También se usará en el croup diftérico cuando no existen centros especializados para practicar la intubación.

La traqueotomía, como toda operación, envuelve un riesgo durante su ejecución, ya que se efectúa en un niño intoxicado y extenuado por su lucha respiratoria.

A veces, en el momento mismo de abrir la tráquea, el niño deja de respirar.

Cuando hay estado asfíctico hoy se trata de restablecer la respiración antes de hacer la traqueotomía. Esto se consigue colocando un broncoscopio en la tráquea y luego se efectúa una traqueotomía bien reglada.

En provincias, si no hay servicios bien dotados, si no existen medios para hacer laringoscopia, aspiración de membranas y personal entrenado para practicar intubación, es preferible hacer siempre traqueotomía.

En todos los casos de duda se usará antitoxina diftérica, penicilina y estreptomicina.

Si el croup empeora, la dificultad respiratoria aumenta y entran en juego los músculos intercostales y abdominales; es preferible hacer una traqueotomía precozmente antes que el niño llegue a la cianosis y asfixia.

En la ejecución de la traqueotomía es bueno recordar que la incisión debe ser amplia, desde el cartilago tiroideo, que se tiene como punto de referencia. La tráquea se abre en el 2º y 3.er cartilago. Antes de retirar la cánula al 5º día, es conveniente tapar la cánula durante 24 horas, para asegurarnos que puede respirar a través de la laringe.

En Santiago el diagnóstico y tratamiento de la obstrucción aguda de la laringe está entregado a la guardia de los Hospitales de Niños. Su mortalidad alcanza al 5%.

El ideal sería concentrar estos enfermos de la ciudad en un solo centro, a fin de justificar la existencia de un endoscopista en cada turno, que se haga cargo del diagnóstico y tratamiento de estos enfermos. En las clínicas extranjeras donde así se procede, la mortalidad es del 1%.

### *Diagnóstico de amigdalitis crónica en el niño*

Mi experiencia me ha demostrado que el diagnóstico de amigdalitis crónica es bastan-

te difícil de hacer y que exige un fundamento sólido, basado tanto en antecedentes cuidadosamente tomados y analizados como en el examen local minucioso.

Entre los antecedentes deben considerarse todos los datos que se relacionan con los siguientes factores: 1) herencia; 2) edad; 3) medio ambiente; 4) frecuencia; 5) intensidad; 6) duración, y 7) ganglios.

1) *Herencia*. A pesar que la herencia no aparece en los textos como causa de amigdalitis crónica, en la práctica vemos que hay familias que sufren de amigdalitis y otras que ni siquiera saben dónde se encuentran en el cuerpo humano. El caso afirmativo será, pues, tal antecedente. Es posible que la constitución linfática influya en este sentido.

2) *Edad*. Rara vez se hace el diagnóstico de amigdalitis crónica antes de los 6 años. Sin embargo, todos conocen niños menores de 6 años, que han debido ser sometidos a amigdalectomía por inflamación casi permanente de las amígdalas, que impiden su alimentación y desarrollo.

Durante los primeros años las amígdalas son asediadas por los gérmenes habituales de la faringe. Cuando amigdalitis siguen presentándose con frecuencia después de los 6 años, ello es patológico.

3) *Clima*. El clima no sólo influye para producir amigdalitis, sino también se tomará como factor para indicar una operación cuando el enfermo tenga que radicarse en un clima frío y húmedo, como es el caso en el sur del país. En nuestro país influyen también las grandes variaciones de temperatura que hay entre el día y la noche por la vecindad de la Cordillera de los Andes.

4) *Frecuencia*. Se acepta que hasta dos amigdalitis en el año, tratándose de niños menores de 5 años, si bien no es del todo normal, porque en esta edad las amígdalas desempeñan un papel importante para combatir las infecciones, a la vez que contribuyen a la inmunidad del organismo.

5) *Intensidad*. Es importante si la amigdalitis evoluciona con alta temperatura y exudados pultáceos que semejan a la difteria, induciendo al uso de antitoxina diftérica y antibióticos. También es de interés averiguar si la amigdalitis ha producido alteración del estado general y comprometido en cada ocasión el desarrollo ponderal.

6) *Duración*. Es decir, si los exudados persisten muchos días y aun pasado el pe-

riodo agudo febril. A veces hay exudados sin temperatura ni dolor, síntomas clásicos de amigdalitis crónica.

7) *Ganglios*. Constituyen un antecedente importante cuando aparecen en el curso de una amigdalitis aguda y por su persistencia obligan a usar antibióticos durante muchos días para evitar supuraciones.

No es posible llegar al diagnóstico retrospectivo. A veces, a pesar de que los antecedentes son proporcionados por la familia, no se puede precisar si las inflamaciones que sufre el niño son de las amígdalas o de otros órganos vecinos. Se da el antecedente de dolores de garganta y no se hizo examen durante la inflamación aguda.

Las siguientes inflamaciones pueden hacer creer a los padres que se trata de amígdalas: rinofaringitis aguda, faringitis aguda, laringitis.

No es indiferente que se haga esta confusión. La faringitis granulosa empeora con la extirpación de las amígdalas, porque las granulaciones faríngeas aumentan como fenómeno de compensación. Las rinofaringitis no se modifican con la extirpación de las amígdalas. Los antecedentes deben ser, pues, perfectamente claros y seguros de que las inflamaciones que señala la familia son de las amígdalas. Si no hay seguridad es preferible diferir la operación y observar una o dos inflamaciones para cerciorarse que la infección corresponde a una amigdalitis. Rara vez hay urgencia operatoria que impida llegar a la certidumbre del diagnóstico de amigdalitis crónica.

Como puede apreciarse, el pediatra, por su mayor contacto con el niño que el otorrinólogo, está en mejores condiciones que éste de valorar los antecedentes de infección de las amígdalas y deberá dejarlos anotados en la ficha clínica para información del especialista. En clientela el informe del pediatra tiene también especial importancia, porque los padres tienden a deformar los antecedentes según sea su deseo de operar o no al niño.

#### *Examen local*

Como decíamos, el examen local de las amígdalas pocas veces permite por sí solo hacer el diagnóstico de amigdalitis crónica.

En el examen local hay que considerar los siguientes factores: 1) tamaño; 2) expresión; 3) adenitis, y 4) pruebas funcionales.

*Tamaño*. Las amígdalas pueden ser bas-

tante grandes para tocarse en la línea media y producir dificultad respiratoria y de la deglución. En este caso la gran hipertrofia obliga a la operación.

La hipertrofia predispone a la infección. En general, las amígdalas hipertróficas disminuyen espontáneamente de tamaño al llegar el niño a la pubertad.

*Expresión.* La compresión del pilar anterior da salida a secreción amarilla de las criptas o materia grasosa, secreción que no es pus sino descamación epitelial, mucus y bacterias saprófitas. Por sí sola esta secreción no indica infección. Se tomará en consideración si va acompañada de otros signos de infección de las amígdalas. Los tapones grasos pueden producir retención en las criptas y aumento de volumen de los ganglios submaxilares.

También es signo de infección el enrojecimiento de los pilares anteriores, cuando éstos cubren las amígdalas. Igualmente es patognomónica la persistencia de puntos blancos en las criptas sin temperatura ni dolor.

*Adenitis.* La adenitis que corresponde a la amigdalitis crónica está situada por detrás y debajo del ángulo del maxilar inferior, por delante del músculo esternocleidomastoideo. Si la adenitis está por detrás de este músculo, la infección tiene su origen en el rinofarinx o adenoides.

*Pruebas funcionales.* La más usada es la de Vigo-Schmidt, que es el masaje de la amígdala para provocar una leucocitosis. Si ésta es importante significa que existe foco de infección en las amígdalas.

En resumen, el diagnóstico de amigdalitis crónica debe basarse en antecedentes y síntomas objetivos suficientemente claros que pueden ser comprobados por cualquier médico.

Las amígdalas deben operarse cuando la infección les impide cumplir su papel de defensa del organismo. En otras palabras, las amígdalas deben ser extirpadas en todos aquellos casos en que hayan dejado de contribuir a la inmunidad para convertirse en fuente permanente de infección.

\* \* \*