



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

**AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA:
REVISIÓN DE SUS INDICACIONES, TÉCNICAS
QUIRÚRGICAS Y CUIDADOS
POSTOPERATORIOS**

**TONSILLECTOMY AND ADENOIDECTOMY: A REVIEW OF
THEIR INDICATIONS, SURGICAL TECHNIQUES, AND
POSTOPERATIVE CARE**

Dra. Lady Maribel Andrade Rivas
Médico General

Dr. Francisco Javier Palma Pico
Especialista en Otorrinolaringología

Amigdalectomía y adenoidectomía: revisión de sus indicaciones, técnicas quirúrgicas y cuidados postoperatorios

Dra. Lady Maribel Andrade Rivas¹

Lady.andrader@gmail.com

Médico General

Investigador independiente

Dr. Francisco Javier Palma Pico

F-jpalma@hotmail.com

Especialista en Otorrinolaringología

Investigador independiente

RESUMEN

La amigdalectomía y la adenoidectomía son procedimientos quirúrgicos ampliamente utilizados en otorrinolaringología, especialmente en la población pediátrica. Estas intervenciones tienen como finalidad principal tratar patologías infecciosas recurrentes y cuadros obstructivos de la vía aérea superior, como el síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Las indicaciones deben fundamentarse en criterios clínicos bien establecidos, incluyendo el número de episodios infecciosos anuales, la presencia de obstrucción respiratoria, o complicaciones como abscesos periamigdalinos. Las contraindicaciones, tanto absolutas como relativas, deben ser evaluadas cuidadosamente para reducir el riesgo quirúrgico. Existen diversas técnicas quirúrgicas para ambas intervenciones, desde la disección fría hasta métodos más avanzados como la radiofrecuencia y el uso de cobrador, cada uno con ventajas específicas en cuanto a sangrado, dolor postoperatorio y tiempo de recuperación. El cuidado postoperatorio es esencial para prevenir complicaciones, y abarca el control del dolor, hidratación adecuada, dieta blanda y monitoreo de signos de alarma. Esta revisión bibliográfica proporciona una visión integral de los criterios actuales de manejo, abordando aspectos anatómicos, quirúrgicos y terapéuticos. Su objetivo es servir como herramienta de apoyo para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia, promoviendo una práctica segura y efectiva.

Palabras clave: amigdalectomía, adenoidectomía, indicaciones quirúrgicas, técnicas quirúrgicas, cuidados postoperatorios

¹ Autor principal

Correspondencia: Lady.andrader@gmail.com

Tonsillectomy and adenoidectomy: a review of their indications, surgical techniques, and postoperative care

ABSTRACT

Tonsillectomy and adenoidectomy are widely used surgical procedures in otorhinolaryngology, especially in the pediatric population. These interventions are primarily intended to treat recurrent infectious pathologies and upper airway obstruction; such as sleep apnea-hypopnea syndrome. Indications should be based on well-established clinical criteria, including the number of annual infectious episodes, the presence of respiratory obstruction, or complications such as peritonsillar abscesses. Contraindications, both absolute and relative, should be carefully evaluated to reduce surgical risk. Various surgical techniques exist for both interventions, from cold dissection to more advanced methods such as radiofrequency and the use of a coblator, each with specific advantages in terms of bleeding, postoperative pain, and recovery time. Postoperative care is essential to prevent complications and includes pain control, adequate hydration, a soft diet, and monitoring for warning signs. This literature review provides a comprehensive overview of current management criteria, addressing anatomical, surgical, and therapeutic aspects. Its objective is to serve as a tool to support evidence-based clinical decision-making, promoting safe and effective practice.

Keywords: tonsillectomy, adenoidectomy, surgical indications, surgical techniques, postoperative care

*Artículo recibido 07 mayo 2025
Aceptado para publicación: 11 junio 2025*



INTRODUCCIÓN

La amigdalectomía y la adenoidectomía son procedimientos quirúrgicos de uso frecuente en la especialidad de otorrinolaringología, particularmente en pacientes pediátricos, aunque también pueden ser indicados en adultos bajo ciertas circunstancias clínicas.

La amigdalectomía consiste en la extirpación de las amígdalas palatinas, mientras que la adenoidectomía implica la resección del tejido adenoideo localizado en la nasofaringe. Ambas estructuras forman parte del anillo de Waldeyer y cumplen una función inmunológica durante los primeros años de vida; sin embargo, en presencia de hipertrofia patológica o infecciones recurrentes, su eliminación puede ser necesaria para mejorar la calidad de vida del paciente.

Las indicaciones para realizar estos procedimientos han sido objeto de estudio y actualización constante, especialmente ante la necesidad de establecer criterios claros que eviten intervenciones innecesarias y al mismo tiempo aseguren una intervención oportuna en los casos que lo requieran.

Entre las principales indicaciones se encuentran la obstrucción de la vía aérea superior, el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), las infecciones recurrentes de amígdalas o adenoides, y las complicaciones supurativas como los abscesos periamigdalinos. Asimismo, existen contraindicaciones absolutas y relativas que deben ser cuidadosamente evaluadas antes de la intervención quirúrgica.

El abordaje quirúrgico ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, incorporando técnicas como la disección fría, la electrocauterización, la radiofrecuencia y el uso de dispositivos como el microdebridador y el coblator, cada uno con ventajas y limitaciones específicas. Del mismo modo, el manejo postoperatorio requiere un enfoque integral para el control del dolor, la prevención del sangrado y la promoción de una recuperación adecuada.

El presente artículo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre la amigdalectomía y la adenoidectomía, abordando sus indicaciones, contraindicaciones, técnicas quirúrgicas disponibles y consideraciones esenciales del cuidado postoperatorio. Este análisis busca proporcionar una herramienta de consulta útil para profesionales de la salud, contribuyendo a una toma de decisiones clínica más informada y basada en la evidencia.



METODOLOGÍA

Este estudio se realizó bajo una metodología de revisión bibliográfica narrativa, con el propósito de recopilar, analizar y sintetizar información actual y relevante sobre la amigdalectomía y la adenoidectomía. La búsqueda de literatura se llevó a cabo en bases de datos científicas reconocidas, incluyendo PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar, considerando artículos publicados entre los años 2010 y 2024.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: artículos en inglés y español, estudios originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y consensos de sociedades científicas relacionados con las indicaciones, contraindicaciones, técnicas quirúrgicas y cuidados postoperatorios de la amigdalectomía y la adenoidectomía. Se excluyeron estudios con bajo nivel de evidencia, duplicados, artículos de opinión no fundamentados, y publicaciones no revisadas por pares.

Se utilizaron combinaciones específicas de palabras claves como: tonsillectomy, adenoidectomy, indications, surgical techniques, postoperative care, amigdalectomía, adenoidectomía, cuidados postoperatorios, entre otras. La información fue organizada en categorías temáticas para facilitar su análisis: (1) indicaciones y contraindicaciones, (2) técnicas quirúrgicas, y (3) manejo postoperatorio.

Esta metodología permite presentar un panorama actualizado sobre los procedimientos analizados, sin pretender sustituir una revisión sistemática, pero sí aportando una visión crítica y comprensiva basada en la literatura disponible.

MARCO TEÓRICO

Recuento anatómico: amígdalas y adenoides.

Las amígdalas palatinas y los adenoides forman parte del sistema linfoide del anillo de Waldeyer, una estructura anatómica ubicada en la encrucijada aerodigestiva superior, cuya función principal es participar en la defensa inmunológica, particularmente en la infancia. Este anillo linfoide está compuesto por las amígdalas palatinas, faríngeas (adenoides), linguales y tubáricas.

Las amígdalas palatinas se encuentran localizadas entre los pilares anterior y posterior del velo del paladar, dentro de la fosa amigdalina. Son estructuras bilaterales que poseen una cápsula fibrosa externa y criptas profundas internas, las cuales pueden albergar detritos, bacterias y células



inmunitarias. Están ricamente vascularizadas, principalmente por ramas de la arteria carótida externa, lo cual explica el riesgo de sangrado durante su resección quirúrgica.

Los adenoides, también conocidas como amígdala faríngea, están situadas en el techo y la pared posterior de la nasofaringe. Su hipertrofia puede provocar obstrucción nasal, respiración bucal crónica, alteraciones del habla, otitis media recurrente y apnea del sueño, especialmente en la edad pediátrica. A diferencia de las amígdalas palatinas, los adenoides no son fácilmente visibles mediante inspección directa y suelen evaluarse mediante nasofibroscopía o estudios por imagen.

Durante los primeros años de vida, estas estructuras desempeñan un papel importante en la maduración del sistema inmunológico. Sin embargo, a partir de los 6 a 8 años, tienden a involucionar fisiológicamente. Cuando persisten en estado hipertrófico o presentan infecciones crónicas, pueden convertirse en un foco patológico que justifica su extirpación.

El conocimiento detallado de la anatomía y vascularización de estas estructuras es esencial para una correcta planificación quirúrgica, minimización de riesgos intraoperatorios y optimización de los resultados postoperatorios.

Indicaciones y contraindicaciones

Indicaciones de amigdalectomía

La amigdalectomía está indicada en diversas condiciones clínicas, tanto infecciosas como obstructivas.

Entre las principales se destacan:

1. Infecciones recurrentes:

Se considera indicación quirúrgica cuando el paciente presenta episodios frecuentes de amigdalitis, definidos según criterios modificados de Paradise como:

- ≥ 7 episodios en un año.
- ≥ 5 episodios por año en los últimos 2 años consecutivos.
- ≥ 3 episodios por año en los últimos 3 años (Mitchell et al., 2019).

Cada episodio debe estar documentado y acompañado de fiebre, exudado amigdalino, adenopatías cervicales dolorosas o prueba positiva para estreptococo.

2. Absceso periamigdalino de repetición:



Especialmente en pacientes con antecedentes de uno o más episodios, donde la amigdalectomía puede prevenir recurrencias.

3. Obstrucción de la vía aérea superior:

Incluye casos de hipertrofia amigdalina severa que genera ronquido crónico, respiración bucal, voz nasal y apnea del sueño (SAHS), diagnosticado clínicamente o mediante polisomnografía.

4. Fiebre periódica asociada a aftas, faringitis y adenitis (síndrome PFAPA):

En pacientes refractarios al tratamiento médico, la amigdalectomía puede ofrecer alivio sintomático.

Indicaciones de adenoidectomía

La adenoidectomía se indica principalmente en condiciones que afectan la vía respiratoria alta y el oído medio:

1. Hipertrofia adenoidea sintomática:

Causa obstrucción nasal crónica, respiración bucal, otitis media recurrente o serosa persistente, hipoacusia conductiva y rinosinusitis crónica.

2. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS):

En niños con hipertrofia adenoidea que afecta la calidad del sueño y el desarrollo neurológico.

3. Otitis media con efusión persistente:

Especialmente cuando se asocia a disfunción de la trompa de Eustaquio y no responde al tratamiento médico (Windfuhr et al., 2020).

4. Rinorrea crónica o sinusitis de repetición:

Cuando se identifica hipertrofia adenoidea como factor perpetuante.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones se dividen en absolutas y relativas:

Contraindicaciones absolutas:

- Trastornos de la coagulación no corregidos.
- Infección aguda activa en el sitio quirúrgico (riesgo de sangrado aumentado).
- Condiciones médicas graves descompensadas (como lo son las cardiopatías o insuficiencia respiratoria severa).



Contraindicaciones relativas:

- Paladar hendido submucoso (riesgo de insuficiencia velofaríngea postoperatoria).
- Trastornos hematológicos leves que requieren evaluación previa.
- Enfermedades neuromusculares en las que la cirugía puede agravar la disfagia.

La decisión de realizar una amigdalectomía o adenoidectomía debe individualizarse en cada paciente, considerando riesgos, beneficios y alternativas terapéuticas. Es fundamental y necesaria la evaluación multidisciplinaria en casos complejos.

Técnicas quirúrgicas

Las técnicas quirúrgicas para la amigdalectomía y adenoidectomía han evolucionado significativamente en las últimas décadas, con el objetivo de reducir el sangrado intraoperatorio, minimizar el dolor postoperatorio y acortar el tiempo de recuperación. La elección de la técnica depende de múltiples factores, incluyendo la experiencia del cirujano, la edad del paciente, la infraestructura disponible y las condiciones clínicas particulares.

Técnicas de amigdalectomía

Disección fría (técnica convencional)

Utiliza bisturí, tijeras y disectores sin empleo de energía térmica. Es una técnica efectiva y ampliamente utilizada, especialmente cuando se busca preservar los tejidos circundantes. Sin embargo, presenta mayor sangrado intraoperatorio en comparación con métodos térmicos, aunque puede asociarse a menor dolor postoperatorio.

Electrocauterio

Utiliza corriente eléctrica para cortar y coagular simultáneamente. Ofrece buena hemostasia, pero puede generar mayor lesión térmica en los tejidos, lo que puede traducirse en más dolor postoperatorio y una recuperación más prolongada (Mitchell et al., 2019).

Microdebridador

Emplea una cuchilla rotatoria con succión para eliminar el tejido amigdalár. Se asocia a menor sangrado y tiempos operatorios cortos, aunque requiere equipamiento especializado.



Coblador (ablación por radiofrecuencia bipolar)

Genera energía de radiofrecuencia en un medio salino para disolver el tejido a bajas temperaturas. Tiene la ventaja de menor daño térmico, menor dolor postoperatorio y recuperación más rápida, aunque es más costosa y menos accesible en algunos entornos.

Técnica intracapsular

En lugar de extirpar completamente la amígdala, se deja parte de su cápsula para reducir el riesgo de sangrado y dolor. Es cada vez más utilizada en pacientes pediátricos con indicaciones obstructivas puras.

Técnicas de adenoidectomía

Curetaje tradicional

Se realiza mediante el uso de una cureta adenoidea de La Force o similar, a ciegas o con visión indirecta. Aunque efectiva, puede dejar restos adenoideos si no se realiza con suficiente control visual.

Electrocauterio

Permite resecar y coagular simultáneamente. Ofrece buena hemostasia, aunque puede aumentar el riesgo de daño a estructuras cercanas si no se realiza con precisión.

Microdebridador y coblador

Al igual que en la amigdalectomía, estas técnicas permiten una resección precisa y controlada del tejido adenoideo bajo visión endoscópica. Son preferidas por muchos cirujanos en casos de hipertrofia severa o recurrencia.

Adenoidectomía endoscópica transnasal o transoral

Utiliza una óptica rígida o flexible para una visualización directa del campo quirúrgico. Mejora la precisión y permite resecar tejido residual en regiones difíciles de alcanzar, como la región peritubárica.

Cada técnica presenta ventajas y desventajas, y no existe un enfoque único aplicable a todos los pacientes. La selección debe basarse en una evaluación individualizada, teniendo en cuenta la seguridad, eficacia y los recursos disponibles.



Cuidados postoperatorios

El manejo postoperatorio de la amigdalectomía y la adenoidectomía es crucial para prevenir complicaciones y asegurar una recuperación óptima del paciente. La mayoría de los casos se manejan de forma ambulatoria, aunque algunos pacientes, especialmente los pediátricos menores de 3 años, con apnea del sueño grave o con comorbilidades, pueden requerir observación hospitalaria.

Control del dolor

El dolor es una de las principales molestias postoperatorias, especialmente en la amigdalectomía. Puede durar entre 7 y 10 días, siendo más intenso entre el tercer y quinto día postoperatorio. Se recomienda:

Administración regular de analgésicos como paracetamol (acetaminofén) y, si es necesario, ibuprofeno. Este último no aumenta significativamente el riesgo de sangrado según estudios recientes (Mitchell et al., 2019).

Evitar el uso rutinario de opioides en niños por riesgo de depresión respiratoria, especialmente en pacientes con SAHS.

Hidratación y alimentación

La hidratación adecuada es fundamental para prevenir la deshidratación, una causa frecuente de reingreso hospitalario.

Se aconseja una dieta blanda, fría o a temperatura ambiente durante los primeros días, evitando alimentos ásperos, ácidos o calientes.

El paciente debe intentar comer y beber regularmente, aunque presente dolor, para evitar complicaciones como costras secas o sangrado.

Actividad física

Se recomienda reposo relativo durante los primeros 7 a 10 días.

Evitar actividad física intensa, juegos rudos o deportes, ya que pueden aumentar el riesgo de sangrado secundario.

Hemorragia

La complicación más temida es el sangrado postoperatorio, que puede ser:



Temprano (dentro de las primeras 24 horas): asociado a la técnica quirúrgica o a un defecto en la hemostasia.

Tardío (entre el 5.º y 10.º día): relacionado con la caída de las costras.

Cualquier sangrado activo debe ser evaluado de inmediato en un centro médico.

Otras recomendaciones

En casos de adenoidectomía, puede haber halitosis, voz nasal o congestión por varios días, lo cual suele resolverse espontáneamente.

No se indican antibióticos de forma rutinaria postoperatoria, salvo que haya una indicación específica.

Educar al paciente y/o cuidadores sobre los signos de alarma: sangrado oral o nasal, fiebre persistente, vómito con sangre, dificultad respiratoria o rechazo absoluto de líquidos.

Un seguimiento médico adecuado en la primera semana es clave para valorar la evolución, reforzar las recomendaciones y detectar posibles complicaciones.

CONCLUSIONES

La amigdalectomía y la adenoidectomía siguen siendo procedimientos quirúrgicos fundamentales en el manejo de diversas patologías de la vía aérea superior, particularmente en la población pediátrica. Estas intervenciones, aunque consideradas de rutina, requieren una evaluación clínica cuidadosa para asegurar una indicación adecuada y evitar tratamientos innecesarios. La selección del paciente debe basarse en criterios clínicos claros, como infecciones recurrentes, obstrucción respiratoria, otitis media crónica o síndrome de apnea-hipopnea del sueño, considerando también las contraindicaciones absolutas y relativas.

La evolución de las técnicas quirúrgicas ha permitido un abordaje más preciso, seguro y con menores complicaciones postoperatorias. El uso de tecnologías como la coablación y el microdebridador ha demostrado ser eficaz para mejorar la recuperación y reducir el dolor y el sangrado, aunque su disponibilidad puede estar limitada por los recursos del centro hospitalario.

El cuidado postoperatorio representa un componente esencial en el éxito de la intervención. La adecuada hidratación, el control del dolor, la alimentación adaptada y el seguimiento médico son medidas clave para prevenir complicaciones, como la hemorragia tardía o la infección secundaria.



Finalmente, la actualización constante del profesional de salud, el trabajo interdisciplinario y la educación al paciente y su entorno son elementos indispensables para garantizar resultados óptimos, seguros y basados en la evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baugh, R. F., Archer, S. M., Mitchell, R. B., Rosenfeld, R. M., Amin, R., Burns, J. J., ... & Wallace, D. K. (2011). Clinical practice guideline: Tonsillectomy in children. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *144*(1_suppl), S1–S30. <https://doi.org/10.1177/0194599810389949>
- Mitchell, R. B., Archer, S. M., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Coles, S., Finestone, S. A., ... & Schwartz, R. H. (2019). Clinical practice guideline: Tonsillectomy in children (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *160*(1_suppl), S1–S42. <https://doi.org/10.1177/0194599818801757>
- Windfuhr, J. P., Toepfner, N., Steffen, G., Waldfahrer, F., & Berner, R. (2016). Clinical practice guideline: Tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *273*(4), 973–987. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3872-1>
- Randall, D. A., & Hoffer, M. E. (1998). Complications of tonsillectomy and adenoidectomy. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *118*(1), 61–68. [https://doi.org/10.1016/S0194-5998\(98\)70435-5](https://doi.org/10.1016/S0194-5998(98)70435-5)
- Sowerby, L. J., Leith, A., Schramm, D., & Manoukian, J. J. (2013). Coblation versus electrocautery tonsillectomy: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *147*(3), 371–379. <https://doi.org/10.1177/0194599813487301>
- Boss, E. F., Mehta, N., Nagarajan, N., Links, A., Benke, J. R., & Ishman, S. L. (2015). Adenoidectomy for otitis media with effusion in children: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *152*(5), 824–832. <https://doi.org/10.1177/0194599815575192>
- Myatt, H. M., & Beckenham, E. J. (1995). Submucous cleft palate and velopharyngeal insufficiency after adenoidectomy. *The Journal of Laryngology & Otology*, *109*(6), 534–537. <https://doi.org/10.1017/S0022215100129960>



- Yépez Pabón, D., & Narváez Black, M. (2015). Indicaciones y complicaciones de la adenoidectomía y tonsilectomía en el Hospital Carlos Andrade Marín. *Revista Médica Científica CAMbios*, 14(25). <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/239>
- Bohr, C., & Shermetaro, C. (2025). Tonsillectomy and adenoidectomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536942/>
- Alvo, V. A., Sauvalle, C. M., Sedano, M. C., & Gianini, V. R. (2016). Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. *Revista Otorrinolaringología Cirugía Cabeza y Cuello*, 76(1), 99–110. <https://revistaotorrino-sochiorl.cl/index.php/orl/article/view/1382>
- Martins Carvalho, C., Clodic, C., Rogez, F., Delahaye, L., & Marianowski, R. (2013). Adenoidectomía y amigdalectomía. *EMC - Cirugía General*, 13(1), 1–14.
- Consejería de Sanidad. (2011). *Amigdalectomía (extirpación de anginas) y adenoidectomía (extirpación de vegetaciones)*. Servicio Canario de la Salud. [Es posible que necesites completar esta referencia con la URL o ciudad editorial, si está disponible].
- Alvo, V. A., Sauvalle, C. M., Sedano, M. C., & Gianini, V. R. (2016). Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(1), 99–110.
- Quantin, L., De Bagge, M., Bernáldez, P. C., González Macchi, M. E., Morales, G., & Sommerfleck, P. (2018). Amigdaloadenoidectomía en pacientes con comorbilidades. *Medicina Infantil*, 111–116.
- García, B. F. M., Farinango, N. A. A., Cantos, L. C. M., & Ávila, M. V. E. (2024). Indicaciones de amigdalectomía y adenoidectomía. *Polo del Conocimiento*, 9(9), 824–836. <https://doi.org/10.23857/pc.v9i9.6123>

