

Procedimientos novedosos



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Revisiones

Recubrimiento del lecho amigdalino con cápsula fibrosa en amigdalectomía intracapsular total: experiencia clínica en una serie descriptiva de pacientes

Fibrous Capsule Flap for Tonsillar Bed Coverage in Total Intracapsular Tonsillectomy: Clinical Experience in a Descriptive Series of Patients

Ricardo Jaraba-Pérez*, Carolina Negrete-Spath**

* Otorrinolaringólogo. Hospital Ismael Darío Rincón, Policlínica de Ecopetrol. Barrancabermeja, Colombia. ORCID: 0000-0003-3464-2442.

** Especialista en Epidemiología. Universidad CES. Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0001-7866-7532.

Forma de citar: Jaraba Pérez R, Negrete Spath C. Recubrimiento del lecho amigdalino con cápsula fibrosa en amigdalectomía intracapsular total: experiencia clínica en una serie descriptiva de pacientes. Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2026;54(1):100-105. Doi: <https://doi.org/10.37076/acorl.v54i1.829>

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 18 de febrero de 2025

Evaluado: 09 de febrero de 2026

Aceptado: 26 de febrero de 2026

Palabras clave (DeCS):

Tonsilectomía, dolor postoperatorio, cicatrización de heridas, colgajos quirúrgicos.

RESUMEN

Introducción: este estudio presenta la experiencia clínica con una modificación técnica de la amigdalectomía intracapsular total, que consiste en la preservación y uso de la cápsula fibrosa amigdalina como colgajo para cubrir el lecho muscular expuesto. No se identificaron descripciones equivalentes de esta variante técnica en la literatura disponible. **Métodos:** se realizó una serie descriptiva de pacientes intervenidos con amigdalectomía intracapsular total y cobertura mediante colgajo capsular, con seguimiento posoperatorio temprano. Se incluyeron pacientes de todas las edades operados consecutivamente entre 2019 y 2024 por el mismo cirujano en un único centro clínico. La evolución posoperatoria se evaluó mediante un cuestionario estructurado aplicado entre el séptimo y el décimo día posterior a la cirugía, que incluyó variables como intensidad del dolor, tiempo hasta el retorno a la dieta habitual, reintegro a actividades cotidianas, requerimiento de analgesia adicional, episodios de sangrado y uso de antibióticos distintos al esquema profiláctico. Todos los pacientes otorgaron consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los

Correspondencia:

Ricardo Jaraba Pérez

Correo electrónico: ricardojarabaperez@gmail.com

Dirección: Carrera 25 # 47-60, piso 3, barrio El Recreo, Barrancabermeja, Santander, Colombia

Teléfono: (+57) 315 5603088

datos. *Resultados*: los pacientes presentaron adecuada tolerancia posoperatoria, bajo requerimiento de analgesia adicional y retorno progresivo a las actividades cotidianas en el período evaluado. No se registraron complicaciones quirúrgicas inmediatas ni tardías asociadas al colgajo capsular durante el seguimiento descrito. *Conclusión*: el uso de la cápsula amigdalina como colgajo protector en la amigdalectomía intracapsular total constituye una alternativa técnica que podría favorecer la recuperación posoperatoria temprana. Se requieren estudios prospectivos comparativos para evaluar con mayor precisión su eficacia y seguridad en distintos contextos clínicos.

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Tonsillectomy, postoperative pain, wound healing, surgical flaps.

Introduction: This study presents the clinical experience with a technical modification of total intracapsular tonsillectomy involving preservation and use of the fibrous tonsillar capsule as a flap to cover the exposed muscular bed. No equivalent descriptions of this specific technical variation were identified in the available literature. *Methods*: A descriptive case series was conducted, including patients who underwent total intracapsular tonsillectomy with capsular flap coverage and early postoperative follow-up. Patients of all ages operated consecutively between 2019 and 2024 by the same surgeon at a single clinical center were included. Postoperative outcomes were assessed using a structured questionnaire administered between postoperative days 7 and 10, evaluating pain intensity, time to return to regular diet, resumption of daily activities, additional analgesic requirements, bleeding events, and additional antibiotic use. Informed consent was obtained from all participants, and data confidentiality was ensured. *Results*: Patients demonstrated adequate postoperative tolerance, low additional analgesic requirements, and progressive return to daily activities within the evaluated period. No immediate or delayed surgical complications related to the capsular flap were observed during follow-up. *Conclusion*: The use of the tonsillar capsule as a protective flap in total intracapsular tonsillectomy represents a technical alternative that may support early postoperative recovery. Prospective comparative studies are needed to further evaluate its effectiveness and safety.

Introducción

La amigdalectomía es una de las cirugías más frecuentes en otorrinolaringología, especialmente en la edad pediátrica, y ha experimentado un cambio significativo tanto en sus indicaciones como en las técnicas empleadas. A nivel mundial, se estima que anualmente se realizan entre 250.000 y 500.000 procedimientos. La apnea obstructiva del sueño (AOS) constituye actualmente la principal indicación de amigdalectomía en niños entre los 3 y 12 años, y desplaza a la amigdalitis recurrente como causa predominante (1). Esta tendencia también se ha observado en América Latina: en países como Chile, más del 70% de las intervenciones se realizan para tratar la hipertrofia obstructiva, mientras que en Colombia el Ministerio de Salud estima entre 15.000 y 20.000 procedimientos anuales, con predominio de la indicación obstructiva en el régimen subsidiado y de las infecciones recurrentes en el régimen contributivo (2, 3).

En paralelo, se ha incrementado el interés por técnicas menos invasivas, como la amigdalectomía intracapsular, que consiste en reseca el parénquima amigdalino preservando la cápsula, lo que disminuye la exposición del plano muscular faríngeo. Esta técnica se ha asociado con menor dolor posoperatorio, menor sangrado y recuperación más rápida en comparación

con la amigdalectomía extracapsular tradicional (4). Estudios comparativos en población pediátrica con apnea del sueño han mostrado eficacia similar en la mejoría de los síntomas obstructivos, aunque con diferencias en el perfil de complicaciones (5). En el contexto latinoamericano, la literatura también ha descrito el debate sobre la incorporación de nuevas tecnologías frente a la técnica convencional, resaltando el equilibrio entre eficacia clínica y reducción de la morbilidad (6).

En este escenario, la búsqueda de estrategias que reduzcan el trauma quirúrgico sin comprometer la eficacia funcional ha favorecido el desarrollo de variantes técnicas. Entre ellas, el uso del colgajo de la cápsula amigdalina para recubrir el lecho quirúrgico se plantea como una alternativa orientada a optimizar la cicatrización y mejorar la tolerancia posoperatoria.

El objetivo principal del estudio fue evaluar la evolución posoperatoria temprana en pacientes sometidos a amigdalectomía intracapsular total con recubrimiento del lecho quirúrgico mediante colgajo capsular.

Materiales y métodos

Se realizó una serie descriptiva de pacientes con seguimiento posoperatorio temprano, cuyo objetivo fue evaluar la evolu-

ción posoperatoria en pacientes sometidos a amigdalectomía intracapsular total con recubrimiento del lecho quirúrgico mediante colgajo capsular.

Diseño y población

La población estuvo compuesta por pacientes adultos y pediátricos intervenidos consecutivamente por el mismo cirujano entre enero de 2019 y diciembre de 2024 en la Policlínica de Ecopetrol, Barrancabermeja, Santander. Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión durante el período de estudio, por lo que se realizó un muestreo consecutivo no probabilístico.

Criterios de inclusión

- Pacientes con indicación quirúrgica de amigdalectomía por amigdalitis recurrente o trastornos respiratorios del sueño.
- Pacientes intervenidos mediante la técnica intracapsular total con recubrimiento capsular descrita.
- Pacientes con al menos diez días de seguimiento posoperatorio documentado.

Criterios de exclusión

- Antecedentes de coagulopatías.
- Infección aguda activa al momento de la cirugía.
- Cirugías previas de amígdalas.
- Ausencia de seguimiento clínico posoperatorio.

Variables y recolección de datos

La evaluación posoperatoria se realizó mediante un cuestionario estructurado, aplicado entre los días 7 y 10 posteriores a la intervención, durante la consulta de control o mediante contacto telefónico (Figura 1).

Las variables incluidas en el estudio se describen en la Tabla 1.

El cuestionario fue diligenciado directamente por el paciente o su cuidador, según correspondiera.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el objetivo de describir el comportamiento de las variables evaluadas en el seguimiento posoperatorio. La distribución de las variables

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN POSOPERATORIA
Día 7 – 10 post amigdalectomía

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor (0) Poco Dolor (1-2) Dolor Moderado (3-4) Dolor Fuerte (5-6) Dolor Muy Fuerte (7-8) Dolor Extremo (9-10)

REGISTRO CLÍNICO POSOPERATORIO

VARIABLE	REGISTRO / OPCIONES
Dolor EVA en reposo (0-10)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → _____
Dolor EVA al deglutir (0-10)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → _____
Retorno a dieta habitual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No · Tipo actual: <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Mixta
Reintegración a actividades habituales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No · Limitación: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa
Necesidad de analgesia adicional	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí · Fármaco / dosis: _____
Sangrado posoperatorio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escaso / Moderado / Severo) Atención requerida: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Antibióticos adicionales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí · Fármaco / dosis: _____
Satisfacción global (0-10)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → _____
Observaciones	_____

Nota: EVA = escala visual análoga; 0 = sin dolor, 10 = peor dolor imaginable.

Figura 1. Instrumento de evaluación posoperatoria (día 7-10).

Figura 1. Instrumento de evaluación posoperatoria (días 7-10). [Elaboración propia de los autores]

Tabla 1. Variables evaluadas en el seguimiento posoperatorio

Variable	Tipo de variable	Instrumento/definición operacional
Intensidad del dolor	Cuantitativa continua	Escala visual análoga (EVA, 0-10)
Tiempo hasta retorno a dieta habitual	Cuantitativa continua	Número de días desde la cirugía hasta reinicio de dieta habitual
Tiempo hasta reintegro a actividades cotidianas	Cuantitativa continua	Número de días desde la cirugía hasta reintegro a actividades habituales
Necesidad de analgesia adicional	Cualitativa dicotómica	Sí/no según requerimiento posterior al esquema inicial
Sangrado posoperatorio	Cualitativa dicotómica	Presencia o ausencia de evento hemorrágico
Uso adicional de antibióticos	Cualitativa dicotómica	Sí/no fuera del esquema profiláctico

Elaboración propia.

cuantitativas fue evaluada mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Cuando no presentaron distribución normal, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión basadas en mediana y rango intercuartílico (RIC).

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software Jamovi, versión 2.6.44.0 (2025).

Técnica quirúrgica

Amigdalectomía intracapsular total con conservación capsular: descripción técnica

El autor ha empleado esta variante técnica durante más de 15 años en su práctica clínica, una variante técnica de la amigdalectomía intracapsular basada en la preservación de la cápsula amigdalina mediante disección con electrocauterio monopolar. Aunque la amigdalectomía intracapsular ha sido descrita ampliamente en la literatura, esta variante incorpora el reposicionamiento de la cápsula fibrosa como elemento de cobertura del lecho quirúrgico.

El principio técnico consiste en realizar la resección completa del parénquima amigdalino, preservando la mucosa capsular (vaina fibrosa), la cual se reposiciona posteriormente sobre el plano muscular faríngeo expuesto. La fijación se efectúa mediante sutura absorbible de catgut crómico 4-0.

La disección se inicia con una incisión en la mucosa del pilar anterior, adyacente a la inserción de la amígdala palatina, utilizando electrobisturí monopolar. Se identifica el plano capsular y se procede al despegamiento cuidadoso del parénquima amigdalino; se procura preservar la mayor proporción posible de cápsula fibrosa. La exéresis se realiza manteniendo íntegro el plano muscular subyacente y asegurando adecuada visualización anatómica.

La hemostasia de vasos de pequeño calibre se logra mediante cauterización superficial con electrobisturí monopolar y, cuando es necesario, con puntos transfixiantes de catgut crómico 4-0.

Una vez completada la resección, la cápsula amigdalina se repliega lateralmente y se fija al lecho quirúrgico con suturas absorbibles (cromado 4-0), ancladas hacia los extremos laterales y superiores permitidos por la longitud del colgajo. En algunos pacientes, el desarrollo anatómico de la cápsula

limita la cobertura completa y permite únicamente una fijación parcial del borde del pilar posterior.

Posteriormente, se infiltra 1 mL de lidocaína con epinefrina al 2% en cada lado, con el objetivo de favorecer el control local del dolor y la hemostasia. Se preserva la anatomía del arco del pilar posterior, especialmente en la región adyacente a la úvula, y se evitan zonas de tensión tisular que puedan comprometer la cicatrización o la simetría anatómica (**Figura 2**).



Figura 2. Vista intraoral al día 8 del posoperatorio tras amigdalectomía intracapsular total con recubrimiento capsular. Imagen propiedad de los autores, obtenida con consentimiento informado del paciente.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes ($n = 20$), de los cuales el 65% correspondió al sexo femenino. La mediana de edad fue de 16,5 años (rango intercuartílico [RIC]: 7,75–39,5). Dado que la mayoría de las variables cuantitativas no presentaron distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk, estas se describen mediante mediana y rango intercuartílico. El dolor al octavo día posoperatorio, medido mediante escala visual análoga, presentó una mediana de 5,8 puntos. La mediana del tiempo hasta el reintegro a la dieta habitual fue de 5,8 días (rango: 1-10 días). La mediana del tiempo hasta el retorno a las actividades cotidianas fue de 8,4 días (rango: 1-15 días). El 90% de los pacientes no requirió analgesia adicional al

esquema prescrito inicialmente. No se notificaron eventos de sangrado posoperatorio. El 90% de los pacientes no requirió antibioticoterapia adicional fuera del esquema de profilaxis quirúrgica establecido.

Discusión

En esta serie descriptiva, los pacientes sometidos a amigdalectomía intracapsular total con recubrimiento capsular presentaron una evolución posoperatoria caracterizada por niveles de dolor moderados al octavo día y tiempos de reintegro a dieta y actividades dentro de los rangos esperados para procedimientos intracapsulares. Estos hallazgos son concordantes con lo reportado en la literatura respecto a técnicas intracapsulares y parciales, las cuales han mostrado, en estudios comparativos, menor dolor y menor incidencia de hemorragia frente a la técnica extracapsular tradicional (1-4).

La tendencia hacia técnicas que preserven el tejido y reduzcan el trauma quirúrgico ha favorecido abordajes como la preservación capsular, la radiofrecuencia y la amigdalectomía asistida por energía, asociados a convalecencias más breves en diversos contextos clínicos (5-7). El principio de cobertura del lecho quirúrgico mediante tejido autólogo comparte fundamentos con estrategias previamente descritas, como el sellado mucoso o la sutura del pilar, que han sido relacionadas con mejor control del dolor y adecuada cicatrización (2, 8, 9).

La hemorragia posoperatoria continúa siendo la complicación de mayor interés en este tipo de procedimientos. En la presente cohorte no se registraron eventos hemorrágicos; no obstante, dado el tamaño muestral y la ausencia de grupo comparador, este hallazgo debe interpretarse con cautela. Estudios con mayor número de pacientes y diseños comparativos permitirán determinar si el recubrimiento capsular podría influir en la tasa de sangrado.

En conjunto, los resultados de esta serie sugieren que la amigdalectomía intracapsular con colgajo capsular es una técnica factible y reproducible en el contexto descrito. La valoración de posibles ventajas clínicas requerirá estudios prospectivos y comparativos que permitan establecer diferencias frente a otras modalidades quirúrgicas (9-14).

Conclusión

En esta serie descriptiva, la amigdalectomía intracapsular total con recubrimiento capsular se asoció con una evolución posoperatoria caracterizada por niveles de dolor moderados al octavo día, bajo requerimiento de analgesia adicional y ausencia de eventos hemorrágicos registrados en la cohorte evaluada. Los tiempos de reintegro a la dieta y a las actividades cotidianas se situaron dentro de los rangos descritos para abordajes intracapsulares en la literatura.

Estos hallazgos sugieren que la técnica mostró un perfil clínico favorable en esta cohorte en el contexto estudiado. No obstante, debido al tamaño muestral limitado, la ausencia

de grupo comparador y el diseño observacional, los resultados deben interpretarse con cautela. Estudios prospectivos con un mayor número de pacientes y diseños comparativos serán necesarios para establecer con mayor precisión su impacto clínico frente a otras técnicas quirúrgicas.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés económicos, académicos ni personales relacionados con la realización o publicación de este estudio.

Financiación

El estudio no recibió financiación externa. Los recursos utilizados hicieron parte de la práctica clínica habitual del autor.

Agradecimientos

Los autores agradecen al personal y al equipo quirúrgico del Hospital Ismael Darío Rincón y de la Policlínica de Ecopetrol, en Barrancabermeja, por su colaboración en el seguimiento de los pacientes. Asimismo, expresan su reconocimiento a los pacientes y sus familias por su disposición para participar y compartir su experiencia posoperatoria.

Declaración de autoría

Concepción y diseño del estudio, adquisición, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito y revisión crítica del contenido intelectual, aprobación de la versión final: RJP y CNS. Todos cumplen con los criterios de autoría establecidos por el ICMJE, asumiendo responsabilidad por la integridad del trabajo y la exactitud de los datos.

Los autores asumen responsabilidad por la veracidad de los datos primarios y la integridad del análisis presentado.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, el estudio se clasificó como de riesgo mínimo. Se obtuvo consentimiento informado de los pacientes o sus representantes legales, garantizando la confidencialidad conforme a la Declaración de Helsinki y la normativa colombiana vigente. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Ismael Darío Rincón (Acta No. 1-2025-077-OT0037173).

REFERENCIAS

1. Blackshaw H, Springford LR, Zhang LY, Wang B, Venekamp RP, Schilder AG. Tonsillectomy versus tonsillotomy for obstructive sleep-disordered breathing in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4(4):CD011365. doi: 10.1002/14651858.CD011365.pub2

2. Bohr C, Shermetaro C. Tonsillectomy and Adenoidectomy. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 2026 abril 17]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536942/>
3. Cohen MS, Getz AE, Isaacson G, Gaughan J, Szeremeta W. Intracapsular vs. extracapsular tonsillectomy: a comparison of pain. *Laryngoscope*. 2007;117(10):1855-8. doi: 10.1097/MLG.0b013e318123ee40
4. Soaper AL, Richardson ZL, Chen JL, Gerber ME. Pediatric tonsillectomy: A short-term and long-term comparison of intracapsular versus extracapsular techniques. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;133:109970. doi: 10.1016/j.ijporl.2020.109970
5. Godoy JM, Godoy A, Godoy JM, Nazar G. Técnicas quirúrgicas actuales en adenoamigdalectomía. *Rev Med Clin Condes*. 2009;20(4):491-499.
6. Bahamonde HS, Sepúlveda JC, Olavarría C, Arteaga PJ, Cruzat A. Estudio comparativo de amigdalectomía con radiofrecuencia versus técnica tradicional. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2004;64:113-118.
7. Lamadrid-Bautista E, González-Rull T, Azuara-Pliego E, Hernández-Orozco F, Lamadrid-Andrade P, Montalvo-Javé EE. Actualidades sobre la amigdalectomía. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2013;76(4):210-216.
8. Kim JS, Kim BG, Kim DH, Hwang SH. Efficacy of pillar suture for post-tonsillectomy morbidity in children: a meta-analysis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2021;87(5):583-590. doi: 10.1016/j.bjorl.2019.12.007
9. Genç E, Hanci D, Ergin NT, Dal T. Can mucosal sealing reduce tonsillectomy pain? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70(4):725-30. doi: 10.1016/j.ijporl.2005.12.005
10. Naidoo J, Schlemmer K. Intracapsular tonsillectomy versus extracapsular tonsillectomy: a safety comparison. *J Laryngol Otol*. 2022;136(8):720-725. doi: 10.1017/S0022215121002565
11. Nazar J. Amigdalectomía: nueva tecnología confrontada con la cirugía tradicional. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2004;64:252-261.
12. Olivares-Tirado P, Salazar E, Ibáñez C. Análisis de amigdalectomías en menores de 15 años del sistema Isapre: uso y gasto asociado, 2007-2017 [Internet]. Informe técnico. Superintendencia de Salud de Chile; 2019. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/ineficiencia-del-gasto-en-salud-analisis-de-amigdalectomias-en-menores-de-15-anos-de-edad-del-sistema-privado-de-salud/>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2775 de 2022: Procedimientos incluidos en el plan de beneficios en salud (CUPS) [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2022. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202775%20de%202022.pdf
14. Akcan FA, Dündar Y. Posterior pillar mucosal suspension technique for posttonsillectomy pain and wound healing: a prospective, randomized, controlled trial. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2018;275(11):2879-2887. doi: 10.1007/s00405-018-5148-4