

## Tratamiento de la adenoamigdalitis crónica en el niño

### Treatment of chronic adenoamygdalitis in the child

Ramón Marzo Matos,<sup>1</sup> Ana Isis Rodríguez Rodríguez <sup>11</sup>

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler». La Habana, Cuba.

<sup>11</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Principal de Urgencia «Efraín Mayor», Cotorro. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Sin duda, el tratamiento quirúrgico de la adenoamigdalitis crónica ha sido, históricamente y en todo el mundo, una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en la infancia. Hasta fechas recientes se ha practicado sin criterios valorables y hasta de forma indiscriminada, lo que la convierte en una de las cirugías más controvertidas en pediatría y otorrinolaringología. En las últimas décadas se han realizado foros en diversas partes del mundo para poder llegar a un consenso entre clínicos y cirujanos, encaminado a unificar criterios diagnósticos y de indicaciones quirúrgicas. En el presente trabajo se revisan las indicaciones más actuales de estas intervenciones y se exponen criterios que ayudan a sentar bases comunes para pediatras, médicos de atención primaria y otorrinolaringólogos, que es el objetivo principal.

**Palabras clave:** Adenoamigdalitis, adenoamigdalectomía.

---

#### ABSTRACT

Doubtless, surgical treatment of the chronic adenoamygdalitis historically has been and at world level one of the more frequent surgical interventions in childhood. Until past years it has been carried out without valuated criteria and in an indiscriminate way becoming it in one of the most polemic surgeries in Pediatrics

---

and in Otorhinolaryngology. In past decades in many world areas forums have been held to arrive to a consensus among clinicians and surgeons, aimed to unify the diagnostic criteria and of surgical indications. In present paper the more updated indications of these interventions are reviewed and the presentation of criteria helping to establish common basis to pediatricians, primary care physicians and otorhinolaryngologists that is the leading objective.

**Key words:** Adenoamygdalitis, adenoamigdalectomy.

---

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico, la decisión del tratamiento y de la intervención quirúrgica de las enfermedades de adenoides y amígdalas constituyen uno de los problemas más comunes a los que se enfrentan médicos de familia, pediatras y otorrinolaringólogos dedicados a la pediatría en la práctica diaria, y se basan fundamentalmente en la historia clínica y en la exploración física. Los procesos con los que se presentan (generalmente imbricadas adenoides y amígdalas) son de carácter infeccioso/inflamatorio o bien hipertrófico/obstructivo.<sup>1</sup>

La adenoamigdalectomía, sea en un mismo tiempo quirúrgico o por separado, permanece como la principal cirugía realizada en niños en todo el mundo y en todos los tiempos, y tiene el potencial, cuando se realiza de acuerdo con las indicaciones correctas, de mejorar la calidad de vida de los pequeños pacientes. Sin embargo, no ha contado con criterios de indicación claros hasta fechas muy recientes, aunque en principio las indicaciones en general se han basado en criterios relacionados con infecciones u obstrucciones, como se ha comentado anteriormente.

Es nuestro interés principal sentar bases comunes para médicos de familia, pediatras y otorrinolaringólogos con criterios actualizados, para la certera identificación de las enfermedades crónicas de adenoides y amígdalas, la correcta indicación quirúrgica y el proceder quirúrgico, teniendo en cuenta que esta cirugía se realiza siempre con base en el caso individual y el médico debe considerar muchos factores antes de decidir la intervención.<sup>2</sup>

Las consideraciones reseñadas en este trabajo están basadas en nuestras experiencias y en consensos internacionales que tratan de actualizar y esclarecer las indicaciones de la amigdalectomía y adenoidectomía.

## ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE LA FAMILIA Y EL PEDIATRA

Los médicos de la atención primaria y los pediatras deben conocer los problemas, síntomas y signos que indican la cirugía de las adenoides y amígdalas, debido a que son muy frecuentes en el día a día, y el ponerse de acuerdo sobre la indicación quirúrgica con el otorrinolaringólogo es fundamental para la mejor información a los padres del niño y una mejor evolución en el posoperatorio.

Es determinante la notificación en una historia clínica de la fecha, anamnesis, hallazgos en el examen físico, tratamiento, evolución y seguimiento de cada crisis de adenoiditis, faringoamigdalitis o cuadro obstructivo persistente en la vía respiratoria superior.

Se debe tener bien definido el comportamiento clínico ante la adenoiditis aguda, faringoamigdalitis aguda bacteriana y faringoamigdalitis virales, teniendo en cuenta que estas últimas representan entre el 50 % y el 80 % de este tipo de afecciones en la infancia<sup>2-4</sup> y muchas veces están condicionadas por factores tales como la alergia, el hacinamiento, deficiencias inmunológicas, supresión precoz de la lactancia materna, etc., que de ser bien tratados pueden prevenir episodios de adenoiditis o de faringoamigdalitis. Es por ello que antes de plantear criterios quirúrgicos a los padres hay que hacer una evaluación integral del niño, que incluya interconsultas con inmunólogos, alergistas, pediatras y neumólogos, según el caso particular.

La remisión a la consulta de otorrinolaringología se hace cuando el paciente cumple con alguno de los criterios quirúrgicos y cuando se haya controlado o erradicado cualquier enfermedad general concomitante y los factores asociados.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La faringoamigdalitis se define como la inflamación de la faringe o las amígdalas palatinas (casi siempre toda la orofaringe), causada generalmente por agentes infecciosos, y es de presentación aguda.

En el [cuadro](#) se exponen los síntomas y signos que diferencian los cuadros amigdalinos producidos por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA), que constituye la bacteria más común en estos procesos (20 % aproximadamente)<sup>4-6</sup> de los cuadros virales, que son mucho más frecuentes en la infancia.

**Cuadro.** Diferencias entre faringitis estreptocócicas y no estreptocócicas

Agente causal	Estreptococo beta hemolítico del grupo A	Virus y bacterias
Edad más frecuente	3-11 años	Menor de 4 años
Comienzo	Brusco	Gradual
Odinofagia	Intensa	Moderada a leve
Signos y síntomas	Adenopatías cervicales anteriores	Adenitis latero y retrocervicales
	Dificultad para la deglución	Afectación de múltiples mucosas
	Dolor de garganta de al menos 3 días	Conjuntivitis
	Afectación del estado general	Rinitis
	Exudado purulento	Puede presentar exudado amigdalario,

	amigdalar	faríngeo, en el paladar y retrofaríngeo
	Cefalea	---
	Ausencia de tos	Tos
	Dolor abdominal	---
	Fiebre > 38 °C	---
	Cultivo faríngeo (+) de EBHGA	---
Exantema	Escarlatiforme	Múltiples

Tomado (y modificado por el autor) de: Cervera Escario J, Del Castillo Martín F, Gómez Campderá JA, *et al.* Indicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía: documento de consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006; 57:59-65.<sup>7</sup>

Las adenoides son pequeñas estructuras linfoides que se localizan en la pared posterosuperior de la nasofaringe, lo que hace que sean muy difíciles de observar con un simple examen físico a través de la nariz o la boca. Su hipertrofia está en relación con infecciones a este nivel o de las estructuras paranasales, y resulta en obstrucción de la respiración nasal que, si es grave, causa el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).<sup>7,8</sup> Cuando su hipertrofia es menor puede producir una gran variedad de síntomas,<sup>7</sup> como respiración bucal con riesgo de deformidad facial, ronquidos durante el sueño, secreciones purulentas que se observan en la orofaringe descendiendo desde arriba o a través de la nariz, tos, halitosis y propensión a sinusitis crónicas, y catarros recurrentes.

### Exámenes complementarios

No existe ninguna prueba exploratoria que pueda considerarse imprescindible. Se recurre a la analítica, a la radiografía lateral y en hiperextensión del cuello, la fibroscopia y polisomnografía en los casos en que los datos de la anamnesis y el examen físico no concuerden. Puede ser de utilidad la nasofibroscopia para visualizar las adenoides pero se necesita de la cooperación del paciente, la cual se logra en dependencia de la edad del niño. Una oximetría normal no niega la existencia de apnea durante el sueño. El cultivo de frotis faríngeo suele ser negativo hasta en un 50 % de los casos. El cultivo de aspirado con aguja en el centro de la amígdala brinda mejores tasas de acierto, aunque su

indicación es muy limitada según la edad del niño.<sup>1,3</sup> La resonancia magnética y la tomografía axial computarizada son pruebas eficaces para diagnosticar hipertrofia adenoidea, pero resultan muy costosas y brindan un elevado índice de radiación.

### OPCIONES DE TRATAMIENTO MÉDICO

Tenemos la experiencia de que muchos de los niños que sufren de adenoiditis o faringoamigdalitis de repetición, así como de dificultad respiratoria nasal, mejoran o se curan cuando tienen un adecuado tratamiento de las enfermedades generales y

factores asociados. El pilar fundamental para conseguirlo es un seguimiento estricto a largo plazo, el cumplimiento de las indicaciones del alergista, inmunólogo, etc., y el cumplimiento de los criterios quirúrgicos.

La penicilina continúa siendo el antibiótico de elección en estas infecciones. Los EBHGA son altamente susceptibles también a las cefalosporinas y macrólidos, cuyo uso se reserva como segunda opción. Inyecciones de penicilina benzatínica dan un nivel de bactericida contra el EBHGA por 21 a 28 días y se indica en las recurrencias.

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

### **Indicaciones de la amigdalectomía**

La mayoría de los autores consideran que existen pocas indicaciones «absolutas» para la amigdalectomía. No obstante y en general estamos de acuerdo en indicar esta cirugía en las situaciones clínicas siguientes:<sup>2-5</sup>

1. Faringoamigdalitis de repetición, es decir:

- 7 o más crisis de faringoamigdalitis aguda en el último año, o
- 5 crisis al año en los últimos dos años, o
- 3 crisis al año en los últimos 3 años, o
- síntomas persistentes durante al menos un año.

En cada crisis deben presentarse, al menos, dos de estos criterios:

- Exudado purulento sobre las amígdalas.
- Fiebre superior a 38 °C.
- Adenopatías cervicales anteriores.
- Cultivo faríngeo con estreptococo betahemolítico del grupo A.

Es muy importante, además, tener en cuenta para confirmar el patrón clínico y poder considerar la indicación quirúrgica que:

- Hasta el momento el paciente haya sido correctamente tratado en cada crisis.
- Los episodios estén bien documentados en la historia clínica del niño según los criterios clínicos mencionados.

- Haya repercusión en la curva de crecimiento de los niños sin otra razón que lo explique.

- Los episodios de faringoamigdalitis sean incapacitantes e impidan el desarrollo normal de las actividades del niño, trastornen la vida familiar y laboral de los padres.

2. Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS): Es una alteración de la respiración durante el sueño, caracterizada por obstrucción parcial y prolongada de la vía respiratoria superior, o una obstrucción completa intermitente que irrumpe la ventilación normal durante el sueño y altera los patrones del sueño normal. Deben reconocerse las manifestaciones siguientes:<sup>3,6-9</sup>

- Síntomas nocturnos: ronquido, sueño intranquilo o fragmentado, esfuerzos respiratorios ineficaces con despertares, pausas de más de 5 s sin flujo aéreo (apnea/hipopnea), desaturaciones de oxígeno o enuresis.

- Síntomas diurnos: dificultad respiratoria, rinolalia cerrada, voz gangosa, problemas de rendimiento escolar, de comportamiento, hiperactividad, hipersomnia, retraso pondoestatural, deformidad facial.

3. Absceso periamigdalino cuando se presentan al menos 2 episodios de tórpida evolución, a pesar del adecuado tratamiento médico y drenaje quirúrgico.<sup>2, 3, 7</sup>

4. Maloclusión dentaria secundaria a mantener la boca abierta debido a hipertrofia amigdalina.

5. Sospecha de malignidad amigdalina, en particular, de linfoma. Se trata de una hipertrofia unilateral que suele ser progresiva y no estar relacionada con procesos infecciosos.

6. Convulsiones febriles por amigdalitis recurrentes.

7. Otitis medias recurrentes, serosas o purulentas y otitis medias crónicas.

Entre las contraindicaciones para la amigdalectomía se encuentran:<sup>2,3, 9,10</sup>

- Alteraciones de la función del paladar o la faringe, tales como la fisura palatina completa o submucosa.

- Enfermedad neurológica o neuromuscular que curse con afectación velopalatofaríngea.

- También deben excluirse aquellos pacientes cuyos episodios de amigdalitis no hayan sido claramente documentados, para los que se recomienda un seguimiento clínico por 6 meses antes de decidir la cirugía.

Situaciones que aconsejan diferir o preparar específicamente a los pacientes para la amigdalectomía:<sup>2, 3, 11</sup>

- Infección respiratoria en las 3 semanas previas al procedimiento quirúrgico.

- Presencia de asma bronquial o alergia inadecuadamente tratadas o controladas.

- Discrasias sanguíneas que puedan conllevar un incremento del riesgo de hemorragia trans o posoperatoria.

#### *Preoperatorio*

- Estudio preoperatorio rutinario: hemograma completo, coagulograma completo y grupo y factor sanguíneos.
- Consulta preanestésica.
- Se definirá si el paciente puede ser operado ambulatoriamente, esto es si se presume que tendrá una evolución favorable, con ausencia de enfermedades generales, que resida cerca del centro hospitalario o que tenga disponible un transporte para traslado al hospital en un tiempo prudencial en caso de tener alguna complicación.

Se aconseja que los que no cumplan estas condiciones y los menores de 3 años con SAOS, permanezcan ingresados al menos un día tras la intervención.<sup>2, 3, 9</sup>

#### *Técnica quirúrgica<sup>2, 7</sup>*

La amigdalectomía en el niño se practica en un quirófano correctamente equipado, bajo anestesia general con intubación endotraqueal, y en condiciones de asepsia.

- En decúbito supino, se introduce el abre bocas de tipo Russel-Davis, con una pala depresora de lengua del mayor tamaño posible. La disección subcapsular clásica se realiza mediante una disección roma, bien con tijera o ayudado con una torunda o el disector de amígdalas, de tal manera que la amígdala es despegada suavemente del lecho muscular evitando la lesión de los pilares.
- Seguidamente se realiza hemostasia del lecho, mediante presión con una gasa impregnada en alguna sustancia hemostática, mediante coagulación o aplicando ligaduras con material reabsorbible. A continuación se procede a la extirpación de la otra amígdala.
- Finalmente se aspiran con delicadeza los restos hemáticos o las secreciones presentes en la hipofaringe, se cierra el abre bocas y se retira con precaución.

Variantes actuales de la técnica quirúrgica:<sup>5, 8, 9</sup>

- Utilización de un bisturí eléctrico monopolar o bipolar ultrasónico.
- Uso de las tijeras con posibilidad de coagulación en la punta, o de pinzas bipolares.
- Uso de terminales de radiofrecuencia, de ablación o de coablación.
- Utilización de láseres, etc.

En general todas estas variantes permiten una extirpación más rápida y satisfactoria, pues permiten realizar la disección y la hemostasia simultáneamente.

#### **Indicaciones de la adenoidectomía**

---

La mayoría de los autores consideran que no existen indicaciones «absolutas» para la adenoidectomía, sino más bien situaciones clínicas de «recomendación prioritaria»: <sup>2-4, 7</sup>

1. Hipertrofia adenoidea: insuficiencia respiratoria nasal mantenida, con evidencia de una reducción marcada del calibre de la vía respiratoria superior secundaria a la hipertrofia adenoidea, documentada mediante radiografía lateral de cuello o por vía endoscópica, y que coexista con un cuadro clínico de SAOS grave.

Esta indicación puede ser especialmente recomendada en el caso de coexistencia de determinados tipos de malformaciones craneofaciales, otitis medias agudas (OMA) recidivantes, otitis medias cerosas (OMC) persistentes u otitis medias crónicas.

Existe controversia sobre el papel de la adenoidectomía en los pacientes con disarmonía dentofacial, pues no existen estudios que avalen esta indicación y no se produce una mejoría clara del crecimiento dentofacial tras la adenoidectomía. Por esta razón la adenoidectomía solo estaría justificada en caso de que coexistieran disarmonía dentofacial con otras alteraciones, como la insuficiencia respiratoria nasal crónica, SAOS, repercusión ótica significativa, etc.

2. Adenoiditis recurrente o crónica: se recomienda la adenoidectomía en los niños, que aun sin padecer obstrucción nasal significativa, presentan un cuadro caracterizado por OMA recidivante, OMS persistente, rinosinusitis agudas recidivantes o catarros frecuentes.

Las contraindicaciones y situaciones que aconsejan diferir o preparar específicamente a los pacientes para la adenoidectomía son las mismas que para la amigdalectomía.

#### *Técnica quirúrgica*<sup>2, 7</sup>

- Los pasos iniciales son similares a los de la amigdalectomía, hasta la colocación del abre bocas.
- Con el fin de exponer el cavum se tensa el velo mediante ganchos. El disector de amígdalas o sonda que se pasa a través de la fosa nasal. Generalmente la adenoidectomía se realiza a ciegas, usando legras de distintos tamaños, con movimientos suaves, tratando de evitar lesionar los rodetes tubáricos y la mucosa de la nasofaringe.
- La hemostasia se puede realizar colocando gasa impregnada en agentes hemostáticos, mediante la electrocoagulación del lecho cruento (aplicando el bisturi monopolar sobre un aspirador) o directamente con pinza bipolar. En caso de desgarros de la mucosa se pueden aplicar puntos con material reabsorbible.

Variantes actuales de la técnica quirúrgica: <sup>5, 8, 9</sup>

- Se ha popularizado el uso de endoscopios para la adenoidectomía, en combinación con instrumentos para la extirpación (microdesbridadores o terminales de ablación o coablación), sea por vía transnasal o transoral. Los estudios publicados al respecto no muestran mejoras significativas sobre el método tradicional.

#### *Otras consideraciones en la adenoamigdalectomía*



- Se descarta como indicación de adenoidectomía el intento de mejorar el desarrollo ponderal del niño, su apetito o la halitosis.
- En cuanto a la deformidad dentofacial por sí misma no es una indicación de adenoamigdalectomía si no coexiste con una hipertrofia adenoidea o amigdalina con síntomas clínicos de obstrucción nasal, pues ésta se presenta con cualquier causa persistente de obstrucción nasal con respiración bucal, como por ejemplo la alergia rinofaríngea.
- Los beneficios de la adenoidectomía se observan en niños de 2 años, pero son más claros en niños de 3 años o más.

## EVOLUCIÓN Y CUIDADOS POSOPERATORIOS

Cuando no se suturan los pilares faríngeos tras la amigdalectomía, o en herida de la adenoidectomía, la cicatrización se realiza por segunda intención: el lecho cruento se cubre por una membrana fibrosa blanquecina, bajo la cual aparece progresivamente un tejido de granulación; sobre éste, crece la mucosa, hasta cubrir completamente el lecho. Este proceso dura entre 15 y 21 días. Mientras tanto es frecuente la presencia de una halitosis. Al inicio puede haber febrícula, dolor faríngeo y dolor ótico. Debe advertirse que el dolor suele ir disminuyendo a partir del tercer al quinto día antes de desaparecer por completo.<sup>2,4</sup> La membrana blanquecina que cubre las zonas cruentas suele desaparecer entre el séptimo y décimo días; si se desprende bruscamente puede aparecer una hemorragia que debe ser revisada por el otorrinolaringólogo.

En los primeros 7 a 10 días debe emplearse algún tratamiento analgésico. La amigdalectomía necesitará una analgesia más importante que la adenoidectomía. El fármaco más recomendado es el paracetamol, por vía oral o rectal, cada 6 h, sólo o en combinación con el ibuprofeno (en pacientes que necesitan una mayor analgesia). En este caso se indicaría el paracetamol cada 8 h, antes de las comidas principales, y el ibuprofeno cada 12 h, a mitad de la mañana y de la tarde. Son muchos los autores que emplean, además, esteroides. Es menos frecuente la necesidad del uso de opioides (tramadol o codona).<sup>2,7</sup>

Muchas publicaciones sugieren que el tratamiento antibiótico reduce las complicaciones locales, alivia el dolor posoperatorio, disminuye los riesgos de la bacteriemia transitoria perioperatoria (fiebre), y se asocia con una disminución del riesgo de hemorragias posoperatorias. El antibiótico de elección es la amoxicilina o el augmentine en dosis de 80 mg/kg de peso corporal, durante 7 días.<sup>2,7</sup>

Para conseguir un adecuado aporte calórico y evitar una deshidratación, se aconseja ingerir abundantes líquidos (batidos, jugos, yogurt, etc.) y alimentos blandos ricos en líquidos (puré, caldos, helados, etc.) desde las primeras 3 a 4 h después de la intervención quirúrgica. No se deben realizar esfuerzos físicos importantes durante los 7 a 10 días del posoperatorio y se debe evitar la exposición del niño a los humos, fundamentalmente del cigarro.<sup>2,7,9</sup>

## INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

A todos los padres se les debe informar sobre el tratamiento médico, el proceder quirúrgico que se propone realizar, la posibilidad evolutiva posquirúrgica así como los cuidados que debe tener antes y después de la cirugía, y algo que debiéramos instaurar y generalizar en nuestro país es el consentimiento informado que se debe entregar por escrito a los padres para que lo firmen y que se adjuntará a la historia clínica del niño.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marco Garrido A, Ruiz Franco M. Patología adenoamigdalár. En: Til Pérez G, Tomás Barberán M, Bernal Sprekelsen M, Vallés Varela H. Protocolos en ORL. Barcelona: Grupo Ars Medica XXI de Comunicación, S.L.; 2007. Pp. 328-9.
2. Cervera Paz FJ, Rey Martínez JA. Amigdalectomía y adenoidectomía: indicaciones y contraindicaciones, técnica y cuidados postoperatorios. Curso de Actualización en Cirugía ORL. Adalia Farma, S. L. 2007;3:27-33.
3. Paradise JL. Amigdalectomía y adenoidectomía. En: Chinski A, Sih T, Eavery R (ed.). II Manual de Otorrinolaringología Pediátrica de la IAPO/IFOS. São Paulo: Ateliê; 1999. Discolo Ch, Darrow D, Koltai P. Indicaciones de amigdalectomía por causas infecciosas. En: Sih T, Chinski A, Eavery R. III Manual de Otorrinolaringología Pediátrica de la IAPO. 2003. Pp. 122-35. Disponible en línea en: <http://www.iapo.org.br/novo/ListaSecao.asp?s=20>
4. di Francesco R. Adenoides y Amígdalas palatinas: ¿Cuándo deben ser operadas? En: Sih T, Chinski A, Eavery R, Godinho R. VI Manual de Otorrinolaringología Pediátrica de la IAPO. 2008. Pp. 87-90. Disponible en línea en: <http://www.iapo.org.br/novo/ListaSecao.asp?s=20>
5. Szeremeta W, Isaacson G. Otorrinolaringología pediátrica. Amígdalas y Adenoides. En: Lee KJ. Otorrinolaringología. Cirugía de cabeza y cuello. 7ma ed. Mexico: McGraw Hill Interamericana editores; 2002. Pp. 974-6.
6. Cervera Escario J, Del Castillo Martín F, Gómez Campderá JA, *et al.* Indicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía: documento de consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;57:59-65.
7. Maltrana-García JA, El Uali-Abeida M, *et al.* Síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños. Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60:202-7.
8. Guilleminault C, Lee JH, Chan A. Pediatric obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:775-85.
9. Burton MJ, Towler B, Glasziou P. Amigdalectomía versus tratamiento no quirúrgico para la amigdalitis crónica/aguda recurrente (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2009 número 2. Oxford: Update Software Ltd; 2005. Disponible en: <http://www.update-software.com>
10. Melchor Díaz MA. Amigdalitis agudas. Criterios de amigdalectomía. *An Pediatr, Monogr* 2003;1(1)67:62-8.

Recibido: 9 de diciembre de 2009.  
Aprobado: 16 de abril de 2010.

*Ramón Marzo Matos*. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler». Calle 100 y Perla. Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba. CP 10800.  
Correo electrónico: [ramon.marzo@infomed.sld.cu](mailto:ramon.marzo@infomed.sld.cu)