REVISTA DE REVISTAS

TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA SÚBITA. I. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

TREATMENT OF SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS. I. A SYSTEMATIC REVIEW

Anne Elizabeth Conlin, BA&Sc, MD; Lorne S. Parnes, MD, FRCSC. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007; 133: 573-581

Introducción: Uno de los tópicos más controvertidos en la otorrinolaringología es el tratamiento de la Hipoacusia Súbita (HS). El Instituto Nacional de los EE.UU. para la Sordera y Trastornos de la Comunicación (NICDC) la define como una pérdida auditiva sensorioneural aguda, unilateral, de más de 30 dB, en tres frecuencias vecinas, y de evolución no superior a tres días (72 horas). Se estima una incidencia global de 5 a 20/100.000 habitantes por año.

Su tratamiento es ampliamente variable, tanto en la forma y en la dosificación; es más, algunos especialistas optan por no tratar a algunos pacientes, dado que se reportan tasas de recuperación espontánea de 32% a 70%. Sin embargo, el tratamiento más utilizado en norteamérica son los esteroides sistémicos, usados por algunos autores como *gold standard*, pese a que la evidencia es de discutible calidad metodológica.

Objetivo: Identificar, evaluar y revisar estudios clínicos randomizados, en el tratamiento de la HS.

Métodos: Búsqueda manual y en MEDLINE en idioma inglés, de estudios clínicos randomizados (ECR), en el tratamiento de la HS, publicados entre enero de 1966 y febrero de 2006. Los términos de búsqueda fueron hearing loss, sensorineural (término MeSH), sensorineural hearing loss y sudden deafness.

Se seleccionaron ECR prospectivos en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de HS. Los datos fueron extraídos por un observador independiente; la validez fue evaluada utilizando criterios estándar. Características y resultados fueron revisados sistemáticamente.

Resultados: Se encontraron 21 ECR, referentes a diversos tratamientos como esteroides sistémicos e intratimpánicos, terapias vasoactivas y de hemodilución (pentoxifilina, dextrán, *Ginkgo biloba*, y nifedipino), antivirales, minerales, vitaminas, preparaciones a base de hierbas, batroxobina, carbógeno y oxígeno hiperbárico. Todos los estudios utilizaron como outcome mediciones audiométricas.

Sólo 2 estudios utilizaron criterios idénticos para definir HS. El método de randomización fue descrito en 2 estudios. Los puntajes de validez estuvieron entre 2 y 8 puntos, de un máximo de 9. Se reportaron resultados favorables con el uso de esteroides sistémicos, intratimpánicos, batroxobina, magnesio, vitamina E, y con oxígeno hiperbárico, aunque existían serias limitaciones metodológicas en todos estos estudios.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los resultados audiométricos obtenidos en los estudios que usaron antivirales y terapias vasoactivas y de hemodilución, como tampoco en uno de los 2 estudios que compararon esteroides sistémicos versus placebo (*Cinamon U, Bendet E, Kronenberg J. Steroids, carbogen or placebo for sudden hearing loss: a prospective double-blind study. Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001; 258(9): 477-80).

Conclusiones: Existen muy pocos ECR válidos, y ninguno concluyente que nos permita dilucidar la terapia más apropiada y eficaz para el tratamiento de la HS. A la luz de tan sólo 2 estudios que evalúan con una metodología aceptable a los esteroides sistémicos versus placebo, y con resultados disímiles, éstos no deberían ser considerados como *gold standard* para el tratamiento de la HS. Sin embargo, dado que no existen terapias más efectivas, es recomendable continuar su uso en el tratamiento de la HS.

Dra. Carolina Aranís J. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

RESULTADOS A LARGO PLAZO EN DACRIOCIS-TORRINOSTOMÍA ENDOSCÓPICA: ¿ES LA INTUBACIÓN NECESARIA?

LONG-TERM RESULTS IN ENDOSCOPIC DACRYOCYSTORHINOSTOMY: IS INTUBATION REALLY REQUIRED?

Otolaryngology - Head & Neck Surgery 140(4): 589-595, April 2009.

En este estudio compararon los resultados a largo plazo de pacientes sometidos a dacriocistorrinostomía endoscópica, en donde la variable fue el uso de cánulas de silicona para la intubación de la vía lagrimal.

El diseño es prospectivo en donde realizaron un seguimiento a 38 pacientes sometidos a esta cirugía por estenosis postsacular de la vía lagrimal. En 19 de estos pacientes no se colocó una sonda de silicona en la vía lagrimal, en la otra mitad sí fue usada. Los grupos fueron randomizados y eran equivalentes. En los que usaron sonda ésta se deió por ocho semanas.

La técnica quirúrgica usada en ambos grupos fue bisturí frío para flap de mucosa y para la apertura de saco, para el hueso se usó cincel y martillo.

El seguimiento promedio de los pacientes fue de 8,1 años, el mínimo fue de 7 años.

El éxito quirúrgico anatómico y funcional fue evaluado subjetiva y objetivamente. El 84,4% de los pacientes del grupo que usó la sonda presentaron mejoría de sus molestias, mientras que 94,7% del grupo que no usó sonda presentó mejoría. Se les solicitó que valoraran la epifora dándole un puntaje de 1 a 5. En donde 1 es sin epifora, 2 mejoría significativa, 3 mejoría parcial, 4 sin cambios y 5 deterioro de la epifora. De 1 a 3 se consideró mejoría de sus molestias.

La evaluación endoscópica mostró que la apertura del saco lagrimal fue visible en 89,5% de los que usaron sonda y 94,7% de los que no usaron sonda.

Concluyen que los resultados de éxito son similares en los dos grupos. Colocar una sonda en la vía lagrimal tiene algunas desventajas: formación de tejido de granulación, incomodidad para el paciente y gastos asociados a la cánula.

Recomiendan no dejar sonda en la vía lagrimal a los pacientes sometidos a dacriocistorrinostomía endoscópica por obstrucción postsacular.

Dr. Santiago Cornejo Sch. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

ROL DE LA VITAMINA A EN LA EVOLUCIÓN DEL COLESTEATOMA

Role of Vitamin A in the evolution of cholesteatoma U.S. Vishal Rao, D.R. Srinivas, Rajendra S. Humbarwadi, Bharat Kumar Malhotra *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2009: 61: 150-2.

A pesar de la gran cantidad de estudios realizados, el colesteatoma sigue siendo una entidad no completamente comprendida. Existen muchas teorías para explicar el origen y la evolución de esta enfermedad pero ninguna explica con exactitud como esto ocurre.

Existen varios estudios que demuestran la importancia de la vitamina A en la integridad epitelial, así como la deficiencia de esta vitamina es un conocido factor de riesgo para el desarrollo de la otitis media.

Estudios en animales y cultivos celulares demuestran que la deficiencia de vitamina A induce la metaplasia del epitelio del oído medio hacia un epitelio escamoso queratinizante, como una forma de adaptación del epitelio a un ambiente desfavorable. En estos estudios, se ha demostrado la existencia de un marcador genético (cornifin- α) que actúa como regulador en la diferenciación hacia este epitelio escamoso, y su posterior desaparición al recibir tratamiento con vitamina A.

En el presente estudio, los autores presentan cinco casos de pacientes con colesteatomas primarios adquiridos, los cuales fueron tratados solamente con suplementos orales de vitamina A (25,000 UI diarias por 14 días), sin otro tratamiento tópico ni sistémico; encontrando una resolución significativa de la enfermedad en cuatro pacientes, con la completa resolución del colesteatoma y la persistencia del bolsillo de retracción en estos cuatro casos.

Aunque la deficiencia de vitamina A no permite explicar completamente la patogénesis del colesteatoma, este estudio muestra que existe un subgrupo de pacientes que se podría ver beneficiado con esta simple indicación médica.

Finalmente, los autores extrapolan que la deficiencia materna de vitamina A podría tener algún rol en el desarrollo del colesteatoma congénito.

Dr. Rodrigo Cabezón A. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

¿UNA TEORÍA UNIFICADA PARA LA DISFUNCIÓN VESTIBULAR?

A UNIFIED HYPOTHESIS FOR VESTIBULAR DYSFUNCTION? Phillips JS, Prinsley PR Otolaryngol Head Neck Surg 2009; 140: 477-9.

La etiopatogenia subyacente a distintas enfermedades que asocian disfunción vestibular (como enfermedad de Ménière, parálisis vestibular súbita, neuronitis vestibular) aún no está completamente dilucidada. Tradicionalmente se ha considerado la etiología de cada una de estas patologías como distintas o independientes.

Los autores presentan en este trabajo una nueva teoría única para explicar las distintas patologías vestibulares, basados en el concepto de partículas libres flotantes (PLFs). Estas han ganado aceptación como el mecanismo tras el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).

Las PLFs serían el resultado de la condensación y precipitación de detritos originados por otoconias en degeneración y otros fragmentos celulares. En la teoría de canalolitiasis en el VPPB, estas partículas generan movimientos endolinfáticos por arrastre provocando el vértigo postural. Las PLFs han sido observadas intraoperatoriamente.

Existe gran acuerdo en que la enfermedad de Ménière es secundaria a un hidrops endolinfático. Sin embargo se ha demostrado hidrops endolinfático en pacientes sin síntomas de Ménière.

Los autores proponen que PLFs podrían viajar más allá del laberinto vestibular, hacia el aparato coclear. Dependiendo del tamaño, cantidad, solvencia, precipitabilidad y lugar de depósito dentro del laberinto vestíbulo-coclear de las PLFs, estas podrían explicar la obstrucción del saco endolinfático (con el subsecuente hidrops), el daño de la membrana de Reissner y propiciar corrientes iónicas endolinfáticas (con la subsecuente crisis vértigo e hipoacusia). El predominio de tonalidades bajas en la hipoacusia y tinnitus del Ménière se corresponderían con la disminución del diatro del conducto coclear y la mayor facilidad de impactación de PLFs en esta zona. Además existe evidencia de una correlación fuerte entre enfermedad de Ménière y la posibilidad de desarrollar VPPB.

Fenómenos semejantes de compresión, obstrucción y daño mecánico reversible o irreversible

podría explicar (considerando la existencia de PLFs de mayor tamaño) la sintomatología de una parálisis vestibular súbita o neuronitis vestibular. Los autores enfatizan cómo esta hipótesis explica el inicio súbito de los síntomas tras una supuesta impactación de las PLFs, mientras que una causa viral (siendo la más aceptada tradicionalmente) debiese expresarse con un inicio algo más gradual.

Tratamientos como la osilación mastoidea y la modulación de presión de oído medio pudiesen ser efectivos mediante un efecto "litotriptor" disolviendo por vibración las PLFs. En cuanto al efecto de la disminución de ingesta de sal, este mineral podría estar implicado en la cristalización y precipitabilidad de las PLFs.

Finalmente los autores reconocen la dificultad de probar esta teoría, especialmente por la transitoriedad de la precipitación de estas partículas. Esperan que el avance de técnicas imagenológicas permita en el futuro descubrir PLFs en crisis de enfermedad de Ménière, neuronitis vestibular, o parálisis vestibular súbita.

Dr. Hayo Breinbauer K. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

ROL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PA-CIENTES CON SOSPECHA DE NEURINOMA DEL ACÚSTICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA COSTO-EFECTIVIDAD CLÍNICA Y LA HISTORIA NATURAL

THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE IDENTIFICATION OF SUSPECTED ACOUSTIC NEUROMA: A SYSTEMATIC REVIEW OF CLINICAL AND COST-EFFECTIVENESS AND NATURAL HISTORY

H Fortnum,C O'Neill, R Taylor, R Lenthall, T Nikolopoulos, G Lightfoot, G O'Donoghue, S Mason, D Baguley, H Jones and C Mulvaney. Health Technology Assessment 2009; Vol. 13: No. 18; pp 1-176

El programa de la *Health Technology Assessment* (HTA) es parte del Instituto Nacional para la Investigación en Salud (NIHR), cuya función es generar investigación de alta calidad con respecto a la efectividad, costos e impacto de diversas interven-

ciones en salud, dirigida a aquellos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud de Reino Unido. En este contexto se desarrolló el presente trabajo con el objetivo de evaluar la efectividad clínica y costo-efectividad de distintos métodos diagnósticos para el estudio de pacientes con hipoacusia sensorioneural unilateral y/o tinnitus con sospecha de neurinoma del acústico, y además describir la historia natural de esta enfermedad. Se buscaron trabajos en bases de datos electrónicas entre enero de 1980 y agosto de 2008. Se evaluó la calidad de los estudios encontrados y se extrajeron los datos para su análisis siguiendo las normas vigentes de medicina basada en evidencias. Se excluyeron aquellos casos de neurofibromatosis tipo 2.

La sensibilidad del PEAT es alta al compararla con la RM pero sólo para los tumores de más de 1 cm. Al comparar la sensibilidad de los estudios de RM sin uso de gadolineo (estudiando las secuencias T2) versus los estudios de RM con gadolineo (con estudio de las secuencias T2 y T1, tomando este último como patrón de referencia) se encontró que los estudios sin gadolineo tienen una sensibilidad de 98% (intervalo de confianza 94%-99%) y una especificidad de 90% a 100% con respecto a los estudios con gadolineo.

Respecto a los estudios de costo-efectividad, se encontró que es más costo-efectivo el uso de la RM de forma inmediata o junto con el PEAT, sin la realización de exámenes previos como la tomografía computada y la electronistagmografía. Al comparar la costo-efectividad de solicitar RM sin contraste versus RM con contraste se encontró que es mejor pedir estudios de RM sin contraste.

Respecto a la incidencia y prevalencia de la enfermedad se encontró que ha aumentado su frecuencia de 5 por millón de habitantes en 1976 a 20 por millón de habitantes en el 2001, sin cambios en la edad promedio de diagnóstico (55 años), y con aumento de los tumores pequeños y medianos y reducción de los tumores grandes. Esto probablemente se relaciona con las mejoras en los métodos diagnósticos.

La sintomatología no se reporta claramente en la literatura, pero en general tienen hipoacusia unilateral, tinnitus y/o vértigo de instalación insidiosa.

Los estudios respecto al crecimiento del tumor tienen varias fallas metodológicas. El patrón de

crecimiento es altamente variable y actualmente impredecible. Al menos 50% no crece por unos años desde el diagnóstico. El crecimiento promedio es de 1-2 mm/año, pero si se toman sólo aquellos que crecen se encuentran valores de 2-4 mm/año (pero puede llegar a 18 mm/año). La regresión ocurre en 5%.

La RM sin gadolineo puede permitir una adecuada visualización del VII y VIII par en el ángulo pontocerebeloso y CAI, además visualizar bien la cóclea y el laberinto. Cuando todas estas estructuras se logran identificar en forma segura, es muy poco probable que la adición de las secuencias con gadolineo aporten información que altere el manejo de los pacientes. Sin embargo esto será altamente dependiente de la calidad y confiabilidad del resonador, tecnólogos que tomen el examen y experiencia el radiólogo que lo informe, por lo que se debe analizar cuidadosamente la aplicabilidad de los hallazgos de este estudio a la realidad nacional. Las mejoras en los métodos diagnósticos permitirán diagnosticar tumores cada vez más pequeños. que pueden plantear nuevos desafíos en términos del mejor manejo para estos pacientes.

> Dr. Rubén González E. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

¿ES LA HIPERTROFIA AMIGDALINA UNILATERAL POR SÍ SOLA UNA INDICACIÓN DE AMIGDALEC-TOMÍA?

Is unilateral tonsillar enlargement alone an indication for tonsillectomy?

Sunkaraneni VS, Jones SE, Prasai A, Fish BM. J Laryngol Otol 2006 Jul;120(7):E21.

Department of Ear, Nose and Throat, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK.

Introducción: Actualmente existe controversia en la literatura respecto del examen histopatológico de rutina de las amígdalas extirpadas. El aumento amigdalino unilateral (AAU) es visto con cierta frecuencia en la práctica diaria, emergiendo el dilema si representa o no una neoplasia subyacente. Existen ciertas características clínicas que au-

mentan el grado de sospecha al respecto. Sin embargo, la dificultad aparece cuando sólo existe una hipertrofia unilateral, sin otros hallazgos al examen físico. ¿Es correcto someter a estos pacientes a una cirugía con los riesgos inherentes al procedimiento (Ej: hemorragia) y a la anestesia general? El objetivo de este estudio es clarificar este dilema, determinando la prevalencia de malignidad en pacientes con AAU con y sin otras características clínicas.

Método: Se analizaron los registros de todos los pacientes de este centro sometidos a amigdalectomía v enviados a estudio histopatológico, desde el 1º de junio de 1998 hasta 30 de mayo de 2003. Los criterios de exclusión fueron: pacientes sin antecedentes preoperatorios en ficha clínica, muestras de tejido amigdalino derivadas desde otros hospitales, pacientes ya diagnosticados de neoplasia y los casos en que la amigdalectomía fue efectuada por otras especialidades. Luego del total se seleccionaron todos los pacientes con antecedente previo de AAU como hallazgo clínico y aquellos con ciertas características (historia de dolor crónico, disfagia, mucosa amigdalina v periamigdalina anormal v adenopatías cervicales). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (v. 11.0.2 para Mac).

Resultados: Durante este periodo se realizaron 1.475 amigdalectomías, de las cuales 181 fueron enviadas a anatomía patológica. Luego de aplicar los criterios de exclusión quedó un total de 105 pacientes. De estos últimos, sólo 53 tenían AAU. Todos los pacientes fueron sometidos a amigdalectomía bilateral. De los 53, 33 casos (edad promedio =25 años) tenían sólo AAU v 20 (edad promedio =49,5 años) presentaban los hallazgos clínicos descritos previamente. No hubo diferencias por género. Ninguno de los 33 pacientes con sólo AAU tuvo diagnóstico de malignidad. En el otro grupo de 20 pacientes, hubo confirmación histológica de neoplasia en el 45% (edad promedio =65 años). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa (p <0,001). Cabe destacar que en el segundo grupo, las características clínicas relacionadas con el diagnóstico de malignidad incluyeron: mucosa ulcerada, adenopatías cervicales, antecedente de hábito tabáquico y alcohólico, linfoma testicular previo, masa o nódulo cervical, quiste o papiloma amigdalino y odinofagia crónica.

Discusión: El AAU puede ser causado por tumores primarios como linfoma (generalmente no Hodgkin de células B) o carcinoma celular escamoso, más raramente producto de metástasis. Los hallazgos relevantes de este estudio aparte del hecho que no se encontró signos de malignidad en pacientes que sólo tenían AAU, es que el 45% de los casos de neoplasia pertenecientes al segundo grupo con ciertas características clínicas, muestra que dichos hallazgos al examen físico constituyen un indicador más sensible de malignidad respecto al AAU por sí solo. Según otros estudios la diferencia de tamaño amigdalino, tanto en adultos como en niños, es a menudo debido a asimetría de los pilares o variaciones en la profundidad de las fosas amigdalinas. Lo que sugiere que la impresión clínica muchas veces es errónea. Además, de acuerdo a varios autores el estudio histológico de rutina de las amígdalas extirpadas no es costoefectiva. Finalmente, podemos concluir que en muchas ocasiones es la clínica lo que nos puede sugerir malignidad. Asimismo, los autores concuerdan con la literatura, que la conducta de observar y esperar por un periodo de 6 semanas en casos de AAU es más apropiado. Sin embargo, según los resultados del presente estudio el índice de sospecha debiera ser enfocado al grupo de 65 ó más años sobretodo cuando existen signos clínicos que orientan a malignidad.

> Dr. Marcelo Raín H. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

TERAPIA TÓPICA EN ANOSMIA: PERTINENCIA DE RESPUESTA DE LOS ESTEROIDES

TOPICAL THERAPY IN ANOSMIA: RELEVANCE OF STEROID-RESPONSIVENESS

Laryngoscope 118: 1681-1686, sept. 2008.

Se sabe que 5,8% de la población sufre de anosmia y 19,1% sufre de alguna disfunción olfatoria en general. Lo cual afecta seriamente la calidad de vida de estos pacientes. El uso de los corticoides ya sea por vía sistémica o tópica es conocido como una terapia común en estos pacientes, sin embar-

go las investigaciones que prueben el beneficio de la terapia tópica son muy escasas, además no se conocen los factores pronósticos. En este estudio se busca evaluar el efecto adicional de la terapia tópica no sólo con corticoides sino además asociado a antibióticos después del uso del tratamiento convencional con corticoides orales, además de establecer la pertinencia de la respuesta a corticoides como un factor pronóstico.

Para lograr lo anterior se evaluaron 299 pacientes con disfunción olfatoria. En 89 pacientes en que se indicó inicialmente tratamiento con corticoides sistémicos se logró tener suficientes datos como para realizar un seguimiento en el tiempo. En un segundo paso todos estos pacientes recibieron tratamiento tópico, siendo entrenados en la correcta forma de aplicación nasal, ya sea sólo con budesonida o en combinación de esta con neomicina. Como parámetro principal de resultado se utilizó el resultado de umbral de identificación y discriminación olfatoria (TDI).

En los resultados en la respuesta a la terapia inicial con corticoides orales el cambio en el TDI fue de 15,5 a 18,7 en promedio (p <.001). Ahora dividiendo a los pacientes en aquellos que tuvieron una buena respuesta con la terapia oral (SRA); y los que no mostraron beneficio (no-SRA), en este último grupo el beneficio del tratamiento tópico resultó ser estadísticamente significativo (p <.001); además en este grupo se encontró mejores resultados en la asociación de corticoides más antibióticos tópicos (neomicina), con una elevación del TDI +2,1 puntos, por sobre los corticoides solos con una elevación de sólo +1,0 puntos.

En conclusión la respuesta a corticoides sistémicos en anosmia demostró ser un factor pronóstico indicador relevante del beneficio de la terapia tópica en general. En todos los pacientes los efectos de una terapia inicial corticoidal sistémica debería ser mantenida con la suma de la terapia tópica, la cual es aún más efectiva en los pacientes con baja respuesta a los primeros, más aún la adición de antibióticos tópicos. En este último grupo se demostró un efecto adicional en la mejora de su resultado de olfato. Diferentes razones se han discutido para explicar este efecto, ya sea la resistencia a los esteroides por la suma del efecto antiinflamatorio de los antibióticos o la inhibición de la apoptosis podría jugar un rol importante, por lo cual se hacen necesarios estudios

a nivel molecular que determinen el rol de los antibióticos como la neomicina en el tratamiento de la disfunción olfatoria.

Dr. Ricardo Valdés S. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

SINUPLASTÍA CON BALÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RINOSINUSITIS AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS Y/O INMUNOCOMPROMETIDOS BALLOON SINUPLASTY FOR THE SURGICAL MANAGEMENT OF IMMUNOCOMPROMISED AND CRITICALLY ILL PATIENTS WITH ACUTE RHINOSINUSITIS

Maria L. Wittkopf, MD, Samuel S. Becker, MD, James A. Duncavage, MD and Paul T. Russell, MD, Nashville. TN

Otolaryngology–Head and Neck Surgery (2009) 140, 596-598.

Introducción: La sinuplastía con balón se define por la técnica endoscópica de dilatación del seno paranasal y la conservación relativa de su mucosa. Consecuentemente la pérdida sanguínea puede ser frecuentemente minimizada. Esta disminución en la pérdida sanguínea convierte a la sinuplastía en una buena opción para el tratamiento de rinosinusitis aguda en pacientes críticos y/o inmunocomprometidos. Estos tienen frecuentemente alteraciones pacientes hematológicas y tienen una pequeña reserva de sangre en caso de pérdidas en una cirugía endoscópica nasal clásica para tratar una sinusitis aguda. Desafortunadamente, en estos pacientes, una sinusitis aguda puede evolucionar a una enfermedad crítica sin una intervención quirúrgica. Es así que está clara la necesidad de encontrar una intervención quirúrgica con una mínima morbilidad asociada. El propósito de este estudio fue revisar la experiencia del grupo de Nashville de 6 meses usando la sinuplastía con balón para el tratamiento de sinusitis aguda en pacientes críticos y/o inmunocomprometidos.

Métodos: Se identificaron los pacientes a quienes se les realizó sinuplastía con balón entre octubre de 2007 y marzo de 2008. Se revisaron y analizaron las fichas del subgrupo de pacientes críticos y/o inmunocomprometidos. Resultados: Treinta y un pacientes fueron sometidos a sinuplastía con balón en la institución entre octubre de 2007 y marzo de 2008. Se identificaron cinco pacientes críticamente enfermos con sinusitis aguda de este grupo. Las edades de los pacientes oscilaban entre los 15 a 51 años, sin preponderancia por sexo. Todos los pacientes tenían hallazgos focales en una tomografía computarizada del seno. En todos los casos, se observó drenaje purulento intraoperatoriamente. Todos los pacientes regresaron a su estado basal de salud, obteniendo criterios de alta médica después del tratamiento.

Conclusión: Los pacientes críticos y/o inmunocomprometidos con sinusitis aguda están expuestos a complicaciones potencialmente mórbidas. Estos pacientes, en quienes falla el tratamiento médico y requieren cirugía, a menudo son pobres candidatos quirúrgicos. La sinuplastía con balón representa potencialmente una técnica quirúrgica menos invasiva a la opción estándar de cirugía endoscópica nasal clásica y debe considerarse en enfermos críticos y/o inmunocomprometidos.

> Dr. Francisco De la Paz P. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS RESIDUALES DES-PUÉS DEL TRATAMIENTO DEL VÉRTIGO POSTURAL PAROXÍSTICO BENIGNO UTILIZANDO UN CUESTIONARIO

Analysis of residual symptoms after treatment in benign paroxysmal positional vertigo using questionnaire No Hee Lee, Hee Jun Kwon, Jae Ho Ban. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 141(2): 232-6.

Introducción: El Vértigo Postural Paroxístico Benigno (VPPB) es una de las alteraciones vestibulares más frecuentes, presentando vértigo y nistagmus en respuesta a los cambios de posición de la cabeza.

Fisiopatológicamente, se produciría por un desplazamiento de otoconias utriculares hacia los canales semicirculares, lo cual produciría un flujo de endolinfa que explicaría la sintomatología.

Dependiendo de canal semicircular afectado, existen diferentes maniobras de reposicionamiento de partículas que pueden ser utilizadas para su tratamiento, las cuales han probado ser útiles mediante metaanálisis.

Sin embargo, existe 22%-38% de pacientes que presentan molestias residuales posteriores a las maniobras de reposicionamiento, como disconfort y ansiedad, las cuales son difíciles de objetivar con los métodos clásicos de evaluación vestibular. Es así como se han desarrollado cuestionarios para poder objetivar dichas molestias, dentro de los cuales se encuentra el DHI (*Dizziness Handicap Inventory*), introducido en 1990 para evaluar la autopercepción del impedimento que producen las enfermedades vestibulares. Consiste en 25 ítemes divididos en 3 grupos, que evalúan el impacto en las áreas funcionales, emocionales y físicas de los pacientes.

Objetivos: Evaluar los síntomas residuales después de las maniobras de reposicionamiento de partículas en pacientes con VPPB, mediante el uso de un cuestionario.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio prospectivo, controlado. Se seleccionaron 328 pacientes con VPPB que consultaron entre septiembre 2004 y abril 2006, a los cuales se le aplicó el DHI. Un total de 193 pacientes fueron excluidos por: asociación a otras patologías vestibulares, compromiso de más de 1 canal semicircular, falta de resolución de síntomas en 2 semanas a pesar de múltiples maniobras de reposicionamiento, y cuestionario incompleto.

De este modo, 135 pacientes fueron reclutados en forma definitiva, a los cuales se aplicó el DHI antes de las maniobras de reposicionamiento, y 5 a 7 días posterior a éstas. Se utilizó la maniobra de Epley para los VPPB del canal semicircular posterior y la maniobra de Barbacoa para los del canal lateral, las cuales se aplicaron en forma diaria hasta la resolución del vértigo y el nistagmus.

Luego se reclutaron 135 pacientes controles voluntarios sin enfermedad vestibular, con características demográficas similares, a los cuales también se les aplicó el DHI.

Se compararon los valores obtenidos por el DHI antes y después de las maniobras de reposicionamiento, y con el grupo control. Se utilizó t-test pareado, definiendo significancia estadística con p <0,05.

Resultados: La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 5,2±12,7 años. La mayoría de los pacientes tuvieron VPPB generado en los canales posteriores (60,7%), correspondiendo el resto a los canales laterales.

No existió diferencia en los puntajes de DHI entre los pacientes mayores y menores de 65 años con VPPB, tanto previo como posterior a las maniobras de reposicionamiento.

Existió una mejoría significativa de los puntajes del DHI al comparar el grupo estudiado antes y después de las maniobras de reposicionamiento. Sin embargo, hubo 6 ítemes en los cuales no hubo mejoría, de los cuales 5 estaban destinados a evaluar el área emocional de los pacientes. Por otra parte, los puntajes posterior a las maniobras fueron significativamente mayores que los del grupo control, lo cual estuvo dado por diferencias en 5 ítemes, de los cuales 4 también pertenecieron al área emocional.

Discusión: A pesar de un rol aceptado del desplazamiento de otoconias en la génesis del VPPB, existen autores que plantean que otros mecanismos fisiopatológicos complementarios, como degeneración neuronal, neurolaberintitis viral u otras alteraciones vestibulares concurrentes. Esto se manifestaría clínicamente como la presencia de algunos síntomas subjetivos a pesar de la resolución del vértigo y nistagmus. Es por

esto que se diseñó el presente estudio, para así poder objetivar dichas molestias.

Al analizar el DHI previo y posterior a las maniobras de reposicionamiento, se aprecia una disminución significativa de la discapacidad de los pacientes, pero que no alcanza la normalidad del grupo control, lo cual se ve reflejado predominantemente en el área emocional de los pacientes. Esto se explica por la falta de predictibilidad de las crisis, lo cual generaría una ansiedad importante en los pacientes. Debido a esto se debería considerar algún tipo de apoyo emocional en este grupo de pacientes.

Por otra parte, en este estudio la edad de los pacientes no tuvo relación con la incapacidad percibida tanto previo como posterior a las maniobras de reposicionamiento.

Conclusiones: Las maniobras de reposicionamiento de partículas son útiles para el tratamiento de pacientes con VPPB, pero no siempre logran resolver la totalidad de los síntomas, particularmente los emocionales. Es por esto que se debe considerar rehabilitación vestibular y seguimiento en este grupo de pacientes.

Dr. Andrés Finkelstein K. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile