

Revista de Revistas

UNA TÉCNICA DE DILATACIÓN CON BALÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES INTRAMAXILARES USANDO UNA SONDA FOLEY EN SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA

A BALLOON DILATATION TECHNIQUE FOR THE TREATMENT OF INTRAMAXILLARY LESIONS USING A FOLEY CATHETER IN CHRONIC MAXILLARY SINUSITIS

Park CH, Kim HS, Lee JH, Hong SM, Kim SK, Ko YG, Lee OJ, Kang TH.

Am J Otolaryngol 2011; 32(4): 304-7.

Introducción: La cirugía endoscópica funcional se ha convertido en el tratamiento estándar de las rinosinusitis crónicas que no responden a tratamiento médico. En la sinusitis maxilar crónica, la mucosa patológica localizada en las paredes anterior y lateral del seno maxilar son de difícil acceso y manejo. Para éstas, la inserción de un trocar en la fosa canina es el procedimiento más comúnmente utilizado. En este trabajo se presenta un método de tratamiento de lesiones intramaxilares utilizando una sonda Foley, y sus resultados.

Pacientes y método: Se realizó un registro retrospectivo de las fichas clínicas de 34 pacientes con diagnóstico de sinusitis maxilar crónica, que no respondieron a tratamiento médico. Se consideraron los síntomas referidos por el paciente y la imagen de la tomografía computarizada (TC) de cavidades paranasales previamente y al menos 6 meses después de la cirugía. Se calificó el TC con una puntuación desde 0 (sin evidencia de sinusitis) a 3 (opacificación total del seno maxilar). El procedimiento consistió en ampliar el ostium maxilar y

luego introducir una sonda Foley de 10F hacia el seno maxilar. La lesión intramaxilar fue eliminada inflando y desinflando el balón de la sonda Foley repetidamente, con 10 a 20 cc de solución salina. Los pacientes fueron seguidos por al menos 6 meses después de la cirugía.

Resultados: La edad promedio fue de 30,8 años y la relación hombre:mujer de 19:15. La sintomatología prequirúrgica principal fue la obstrucción nasal (82,3%), luego rinorrea (29,4%), descarga posterior (26,4%) y sensibilidad premaxilar (11,7%). A los 3 meses después de la cirugía, el único síntoma reportado fue obstrucción nasal (5,8%). La puntuación promedio del TC prequirúrgico fue de $2,3 \pm 0,1$ y la posquirúrgico de $1,2 \pm 0,2$; la diferencia fue estadísticamente significativa. No se registraron complicaciones intra o posquirúrgicas.

Conclusión: La técnica de dilatación con balón es una técnica mínimamente invasiva y efectiva que no se asocia a complicaciones mayores en casos de lesiones intramaxilares.

Comentario: A pesar de que este trabajo posee un pequeño tamaño de muestra y carece de un grupo control, la descripción de esta nueva técnica parece ser una adición al manejo endoscópico de lesiones del seno maxilar de una manera sencilla y barata, fácilmente reproducible, y permite abordar el problema del acceso endoscópico a lesiones anteriores y laterales del seno maxilar.

Andrés Alvo Vergara
Hospital Clínico Universidad de Chile

ERRADICANDO INFECCIONES CRÓNICAS DE OÍDO, NARIZ Y GARGANTA: REVISIÓN DE LITERATURA SISTEMÁTICA EN AVANCES EN TRATAMIENTO DE BIOFILMS

ERADICATING CHRONIC EAR, NOSE, AND THROAT INFECTIONS: A SYSTEMATICALLY CONDUCTED LITERATURE REVIEW OF ADVANCES IN BIOFILM TREATMENT

Angelia Smith, Farrel Joel Buchinsky, J. Christopher Post.

Otolaryngology- Head and Neck Surgery 2011; 144(3): 338-47.

Las bacterias pueden crecer como organismos individuales plantónicos o en biofilms como complejas comunidades con un glicocáliz extracelular protector, más resistentes a tratamiento. Se identifican estudios recientes sobre erradicación de biofilms en infecciones otorrinolaringológicas

(ORL), destacando avances promisorios en el tratamiento de biofilms.

Método: Se analizaron 30 artículos, *in vivo* e *in vitro*, incluyendo 5 con tratamiento en humanos, considerando como criterios de inclusión que se enfocaran en biofilms, fueran relevantes para infecciones ORL, con datos originales, y trataran infecciones preexistentes.

Resultados: Las bacterias más estudiadas fueron *H. influenzae* (biofilms relacionados con otitis media y tejido adenoideo y amigdalino en niños), *S. aureus* (asociado a rinosinusitis crónica), y *P. aeruginosa* (asociado a rinosinusitis crónica y prótesis).

En general, los antibióticos fueron relativamente inefectivos en erradicar biofilms. Se requirieron dosis sustancialmente elevadas para reducir la presencia de biofilms en comparación a las dosis necesarias para erradicar bacterias plantónicas, pudiendo detener su desarrollo pero sin matar las bacterias, aun en dosis cientos de veces superiores a la CIM.

Irrigación con mupirocina, violeta de genciana y thiamfenicol más acetilcisteína erradicaron biofilms con eficacia en humanos e *in vitro*.

Disrupción física, surfactantes (jabón de bebé) y prebióticos fueron beneficiosos en estudios en humanos y no humanos. El jabón de bebé no eliminó completamente los biofilms *in vitro* pero sí las bacterias plantónicas y se encuentra buena respuesta clínica en el 50% de los pacientes. Miel eliminó biofilms *in vitro* en 63% a 90%. Furosemida provoca desorganización de biofilms sin reducir la carga bacteriana. Otras terapias no mostraron efectividad (bebidas cola, suero de leche).

Conclusión: Erradicar los biofilms en ORL es difícil cuando se tratan infecciones monobacterianas o polimicrobianas. Los antibióticos son frecuentemente inefectivos contra biofilms, y el manejo clínico pudiera enfocarse en terapias no antibióticas que reduzcan, desorganicen o eliminen los biofilms en infecciones ORL.

Dr. Francisco Carrasco
Hospital Clínico Universidad de Chile

CANALOLITIASIS ANTERIOR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANTERIOR CANAL LITHIASIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Augusto Pietro Casani, Niccolò Cerchiai, Iacopo Dallan, and Stefano Sellari-Franceschini.

Otolaryngology-Head and Neck Surgery 144(3) 412-8, March 2011.

Dentro de las patologías del oído que causan vértigo, el vértigo paroxístico posicional benigno es lejos el más frecuente. En su forma más común se relaciona con un vértigo rotatorio asociado a nistagmo. Dentro de las hipótesis de sus causas se indica el compromiso del canal semicircular posterior en el cual partículas basofílicas se han encontrado en la ampolla (cúpulolitiasis) o se ven flotando dentro del canal (canalolitiasis).

La existencia de estas partículas en el canal semicircular anterior ha sido muy debatida. Esto es porque tiene una posición más alta en el oído

interno y hace muy poco probable que una partícula otolítica pueda penetrar dentro del canal.

En la literatura internacional se ha descrito una incidencia desde menos del 2%, hasta 12%-17% incluso 21% en algunos reportes.

Material y métodos: Se evaluaron los pacientes ambulatorios en un centro de referencia terciario. Desde enero 2008 hasta enero 2010. Fueron 462 pacientes que presentaron vértigo paroxístico posicional benigno, de ellos 379 (82%) tenían compromiso del canal posterior, 65 (14,1%) canal lateral y 18 (3,9%) compromiso del canal anterior. Todos fueron evaluados con: anamnesis y evaluación audiológica, test para nistagmo espontáneo y posicional y pruebas calóricas. Para evaluar el patrón del nistagmo se utilizó un videonistagmógrafo computacional. Los que tenían compromiso del canal anterior se les evaluó además con TC y RNM de cerebro. Los criterios de diagnóstico para compromiso del canal semicircular anterior fueron: vérti-

go rotatorio bajo maniobras asociado a una *downbeating* nistagmo con o sin componente torsional. Cuando se hacía el diagnóstico se le sometía a un tratamiento con maniobras basadas en una modificación de la técnica de Crevits.

Discusión y resultados: Solo aproximadamente el 4% de los pacientes presentó compromiso del canal semicircular anterior esto se explica por la posición más alta del canal lo que por las fuerzas gravitacionales sería más difícil que los detritus cayeran dentro del él. Dentro del análisis de las características del *downbeating* nistagmo como síntoma principal, se encontraron los siguientes aspectos: En el caso del compromiso del canal anterior se encontró un *downbeating* nistagmo con componente torsional en 6 de los 18 pacientes, la latencia es menor que en el caso del compromiso del canal posterior, con una duración variable de 4 segundos a 1 minuto y la fatigabilidad no es una constante como en el caso del canal posterior. Con el tratamiento con maniobras modificadas de la técnica de Crevits se obtuvieron buenos resultados. A los 30 días todos los pacientes excepto uno quedaron libres de síntomas.

Existen dos limitantes para el estudio. Por un lado la falta de un grupo de control y la dificultad para identificar la historia natural del compromiso

del canal anterior. Pero se podría indicar que una evolución más larga con pocas posibilidades de recuperación espontáneo indicaría patología del canal anterior. Esto se explicaría porque los residuos otolíticos probablemente están más cerca de ampolla y sólo con maniobras más específicas se pueden remover.

Conclusiones: El estudio de las características del vértigo paroxístico posicional que compromete el canal anterior ha dejado en evidencia que el nistagmo *downbeating* en muchos casos tiene un origen periférico. Una forma de comprobar este origen antes de iniciar el estudio de compromiso del SNC puede ser utilizar las maniobras de la técnica de Crevits y evaluar si cede la sintomatología del paciente. Las maniobras no necesitan determinar el lado afectado, facilitando el tratamiento inmediato. En este estudio hay un alto grado de buenos resultados. Se requirieron son 1.8 sesiones para obtener la recuperación total. Estos valores no son diferentes de lo que se requiere para la resolución del compromiso de los canales posterior y lateral.

Dr. Felipe Panussis
Hospital Clínico Universidad de Chile

TERAPIA CORTICOIDAL ORAL VS INTRATIMPÁNICA PARA SORDERA SÚBITA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RANDOMIZADO

Rauch S. *JAMA* 2011; 305(20): 2071-9.

La sordera súbita, una pérdida auditiva unilateral inexplicable que se instaura en menos de 72 horas, tiene una incidencia estimada de 5-20 por 100.000 habitantes por año. Grandes estudios epidemiológicos han mostrado que ocurre típicamente en adultos entre 43-53 años, sin distinción de género y que se acompañan entre 28% y 57% de las veces con síntomas vestibulares. El tratamiento actual se basa en un estudio con 67 pacientes en el que se mostró que habría el doble de recuperación

auditiva en el grupo de corticoides. En los últimos 15 años la inyección directa intratimpánica de corticoesteroides ha ganado mucha popularidad, ya que se sabe que habría una mayor concentración en el órgano objetivo, y a su vez evitar los posibles efectos adversos de la terapia oral aunque la inyección intratimpánica tampoco está exenta de riesgos.

Método: Se realizó un estudio randomizado multicéntrico, en pacientes mayores de 18 años, que presentasen un cuadro de sordera súbita con menos de 14 días de evolución y con pérdida auditiva mayor a 50dB en PTP, los que fueron seguidos hasta 6 meses tras el debut de la enfermedad. Se excluyeron aquellos pacientes con en-

fermedades sistémicas, ejemplo diabetes mellitus insulino requiriente, enfermedades reumatológicas, que pudieran hacer dudoso el diagnóstico o favorecer alguna complicación derivada del tratamiento, así como todos aquellos pacientes con algún antecedente o cirugía otológica.

El grupo prednisona tomó 60 mg por 14 días y luego 5 días en de-escalación 10 mg por día, completando 19 días de tratamiento, el grupo que fue inyectado se usó methylprednisolona 40 mg en un 1 ml cada 3-4 días por dos semanas, con 30 minutos de reposo tras cada inyección y se les instruyó a no mojarse el oído.

Se les realizó audiometría a la semana de finalizado el tratamiento, a las dos semanas, a los dos meses y a los 6 meses. Y los audiólogos fueron ciegos al tratamiento. Y se les realizaron exámenes clínicos y de rutina de orina y sangre en busca de posibles complicaciones.

Resultados: Se enrolaron pacientes desde 16 centros, entre diciembre de 2004 y octubre de 2009, se encontraron 2.443 pacientes, y se excluyeron 1.582 pacientes, en la mitad de los casos éstos fueron excluidos por haber pasado los 14 días desde el evento. Por tanto se randomizó a 250 pacientes, 121 en la rama de corticoides oral y 129 en la rama de corticoides intratimpánicos, no se encontraron diferencias demográficas estadísticamente significativas entre los grupos.

La edad media fue de 50 años, 3:2 en la relación de género hombre:mujer, y las pérdidas auditivas fueron en promedio de 86.7 y 86.4 dB, tampoco hubo diferencias en los promedios de discriminación a palabras, ni síntomas asociados.

Acerca de los resultados auditivos, en el grupo de prednisona oral los PTP mejoraron en promedio 56 dB y en el de methylprednisolona 57.6 dB promedio a los dos meses, y esta diferencia no fue estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%.

La frecuencia de recuperación completa fue de 20,7% en el grupo de tratamiento oral vs 24% en el

intratimpánico y de recuperación parcial de 66,9% en el grupo oral vs 62% en el intratimpánico, el porcentaje de no respondedores a la terapia fue de 15,7% en el grupo oral y de 23% en grupo intratimpánico, diferencias que tampoco fueron significativas en el análisis. Los efectos adversos fueron los esperados para cada tipo de tratamiento, en el grupo oral, predominan aquellos relacionados con el uso sistémico y en el grupo intratimpánico, el dolor en el momento de la punción, se destaca 3,9% de perforación secuelar a los 6 meses en el grupo de las punciones.

Comentario: Se concluye que los corticoides intratimpánicos no son inferiores a los orales en sordera súbita, y en el análisis de subgrupos sólo dos grupos mostraron una tendencia a mejor recuperación con corticoides orales, cuando los PTP son mayores a 90 dB y aquellos que presentaban mareos, no hubo diferencias significativas en los resultados auditivos, tampoco en la discriminación de palabras. La seguridad de ambos tratamientos fue comparable aunque se manifestaron de forma distinta debido a su naturaleza.

Se destaca en el estudio que sobresale el retardo en el diagnóstico de la patología que fue la gran causa de exclusión de pacientes en el estudio. Y que sí hay diferencias evidentes en el número de evaluaciones y costos entre ambas terapias, que por su forma requieren al menos de 4 visitas en el grupo de punción intratimpánica.

Debido a la farmacocinética y estudios recientes, los resultados de este estudio se hacen extensivos a la dexametasona.

Por lo que debido a costos, conveniencia, confort, se concluye que los corticoides intratimpánicos no son inferiores a los orales y son una alternativa cuando existan contraindicaciones a los corticoides orales.

Dr. Paul Boettiger Bonnefoy
Hospital Clínico Universidad de Chile