

REVISTA DE REVISTAS

HELICOBACTER PYLORI Y REFLUJO LARINGO-FARÍNGEO EN RINOSINUSITIS CRÓNICA

Helicobacter pylori and laryngopharyngeal reflux in chronic rhinosinusitis

Dinis PB, Subtil J.

Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 134(1): 67-72.

Pacientes con reflujo laringofaríngeo, que han sido monitorizados con pH, se ha documentado reflujo presente en su faringe y hasta en la nasofaringe. Hay una hipotética relación entre reflujo laringofaríngeo (RLF) e inflamación crónica de la nariz y las cavidades perinasales, sustentado por el hecho de que niños que tienen terapia antirreflujo mejoran de su sinusitis crónica. El hecho de que el *Helicobacter pylori* es prevalente en el contenido gástrico, jugaría un rol potencial en el daño de la mucosa supraesofágica.

Materiales y métodos: 15 pacientes que requirieron cirugía endoscópica sinusal, debido a rinosinusitis crónica refractaria a tratamiento, que fueron confirmados posteriormente por estudio histopatológico (Grupo Estudio). 5 pacientes que requirieron cirugía endoscópica sinusal, debido a variaciones anatómicas endonasales (Grupo Control). Muestra sanguíneas fueron tomadas antes de la anestesia para medir concentraciones de pepsina y pepsinógeno I al igual que concentraciones en los tejidos nasosinusales.

Resultados: La razón tejido/sangre para pepsina y pepsinógeno I fue 0,17, lo que no mostró diferencia estadísticamente significativa entre el grupo control y de estudio. Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa en la colonización de *Helicobacter pilory* en el grupo control y estudio.

Discusión: Este estudio mostró que *Helicobacter pylori* está presente en la mucosa sinusal de muchos pacientes con rinosinusitis crónica y quizás la prevalencia de este microorganismo sea aún mayor, ya que se excluyó a los pacientes con profilaxis antibiótica y que estaban consumiendo antagonistas de receptores H2 o inhibidores de la bomba de protones.

Además este estudio mostró que no hay un patrón de colonización particular del microorganismo dentro de las cavidades paranasales. Se sugiere que quizás el *Helicobacter pylori* no provenga con el reflujo gastroesofágico sino que existe una infección local de la nasofaringe y la actividad ácido péptica provoque una inflamación de la misma, por lo tanto el rol del *Helicobacter pylori* en mucosa extragástrica aún permanece desconocido pero se piensa que podría actuar, en el caso de la nasofaringe, como reservorio para reinfecciones gástricas. Por lo tanto, el posible rol benéfico de la terapia antirreflujo estaría dado más por el hecho de suprimir la actividad ácido péptica de la mucosa respiratoria superior que la colonización por *Helicobacter pylori*.

Conclusión: El rol de la infección por *H pylori* en la mucosa gastroduodenal es incuestionable pero aún se desconoce la vía de transmisión de este microorganismo. Se cree que es transmisión oral-oral o fecal-oral aunque se piensa también que podría ser nasal-oral. El hecho de encontrar este microorganismo en la mucosa nasosinusal sólo hace especular su estadía allí, la que sería sólo de reservorio y no patogénica.

Dr. Patricio Tabilo Castillo
Residente Otorrinolaringología,
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

PARÁMETROS HISTOPATOLÓGICOS DE RECURRENCIA Y TRANSFORMACIÓN MALIGNA EN PAPILOMA INVERTIDO NASOSINUSAL

HISTOPATHOLOGICAL PARAMETERS OF RECURRENCE AND MALIGNANT TRANSFORMATION IN SINONASAL INVERTED PAPILLOMA

Katori H, Nozawa A, Tsukuda M.

Acta Otolaryngol 2006; 126(2): 214-8.

Los papilomas nasosinusales son tumores benignos derivados del epitelio y con un grado variable de

diferenciación escamosa. El papiloma invertido se caracteriza por un epitelio hiperplásico, patrón de crecimiento endofítico y mantener una membrana basal de morfología conservada. Tiene una incidencia de 0,74 a 1,5 casos por diez mil habitantes, siendo más frecuente en el género masculino, en la cuarta y quinta décadas de la vida. Se caracteriza por su capacidad de recurrir (aproximadamente en un 25%), capacidad de destrucción, asociación con poliposis nasosinusal y relación con malignidad (en un 5 a 10%). Esta última resulta de la progresión de displasia hacia carcinoma *in situ* y posteriormente invasor, pero los mecanismos de desarrollo no se encuentran completamente establecidos. El presente estudio se basa en el análisis histopatológico de casos de papiloma invertido nasosinusal, con el objetivo de determinar factores asociados con recurrencia y malignización.

Desde el año 1995 a 2005 se incluyeron 39 pacientes con papiloma invertido nasosinusal. Se analizaron diez parámetros: sitio de origen, invasión ósea, asociación con pólipos, relación crecimiento endofítico/exofítico, relación grosor epitelio/estroma, hiperqueratosis, hiperplasia epitelial escamosa, índice mitótico, número glóbulos de mucina y número de eosinófilos.

En la muestra 25 pacientes eran de género masculino, la edad promedio fue de 53 años, con un rango de 24 a 78 años. De ellos, 14 se resolvieron de forma endoscópica, 12 con maxilectomía medial y 13 por rinotomía lateral, con una recurrencia cercana al 20% en cada grupo, sin diferencias significativas. La muestra se dividió en tres grupos para el análisis de los factores: enfermedad benigna (sin o una recurrencia), recurrente (2 o más recurrencias sin malignización) y maligna (con criterios de malignidad). El primer grupo fue de 28, mientras 7 pacientes presentaron enfermedad recurrente y 4 progresaron a carcinoma.

La enfermedad benigna se relacionó a pólipos y ausencia de hiperqueratosis. Las recurrencias a origen en el seno frontal, hiperqueratosis, hiperplasia epitelial escamosa y un índice mitótico aumentado. La malignidad se relacionó a invasión ósea, ausencia de pólipos inflamatorios, una alta relación de epitelio/estroma, hiperqueratosis, hiperplasia epitelial escamosa, índice mitótico elevado y bajo número de eosinófilos. Según estos

resultados la hiperqueratosis, la hiperplasia epitelial escamosa y un índice mitótico elevado serían indicadores negativos para esta enfermedad.

Este estudio realiza interesantes aportes con relación al estudio histológico de los papilomas invertidos. Por una parte, revisa factores nombrados en investigaciones previas, cuya utilidad no se encuentra establecida, mientras explora nuevos parámetros, algunos de los cuales resultan útiles en predecir recurrencia o malignidad. Esto apoya que la histología no sólo certifica el diagnóstico, sino que sería útil para predecir la evolución clínica. Debe considerarse, de todas formas, que el confirmar estos hallazgos requiere un seguimiento a largo plazo, el que aún no se ha establecido en estos estudios.

Dr. Michel Royer F.

Residente Otorrinolaringología,
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

EFFECTOS DE LA MITOMYCINA-C EN FIBROBLASTOS DÉRMICOS NORMALES

EFFECTS OF MITOMYCIN-C ON NORMAL DERMAL FIBROBLASTS

Chen T, Kunnavatana SS, Koch RJ.

Laryngoscope 2006; 116(4): 514-7.

La mitomicina-C es un antibiótico con propiedades antineoplásicas y antiproliferativas. Tópicamente funciona inhibiendo la actividad de los fibroblastos, sin embargo su mecanismo de acción no está bien dilucidado.

El objetivo de este trabajo fue evaluar los efectos de la mitomicina-C en el crecimiento y en la producción autocrina de factor de crecimiento básico de fibroblastos (bFGF) y de factor de crecimiento transformante (TGF)- β 1 de fibroblastos dérmicos humanos.

Se realizó un estudio *in vitro* utilizando líneas celulares de fibroblastos humanos normales adultos en un modelo libre de suero. Los cultivos celulares fueron expuestos a 4 mg/mL, 0,4 mg/mL, 0,04 mg/mL y 0,0004 mg/mL de mitomicina-C. Se contaron las células y se recolectaron los sobrenadantes libres de células a los días 0, 1, 3 y 5 después de la exposición original. Se calculó la velocidad de duplicación de la población y se

cuantificó mediante colorimetría la presencia de bFGF y TGF- β 1 en los sobrenadantes.

La exposición continua a la mitomicina-C a 4 mg/mL causó la muerte de los fibroblastos al día 7 a todas las concentraciones utilizadas. Una exposición de 4 minutos a la mitomicina-C a 4 mg/mL produjo una rápida muerte de células, mientras la exposición a 4 minutos de mitomicina-C tanto a 0,4 mg/mL como a 0,04 mg/mL resultó en una disminución de la proliferación celular. Los fibroblastos expuestos a 4 minutos de mitomicina-C a una concentración de 0,4 mg/mL mostraron un marcado incremento en la producción de los factores de crecimiento bFGF y TGF- β 1.

Los autores concluyen que la concentración *in vitro* de mitomicina-C de 0,4 mg/mL por 4 minutos inhibe la proliferación de fibroblastos sin causar muerte y aumenta la producción de factores de crecimiento, lo que permitiría montar una adecuada respuesta de reparación de heridas, aunque se requieren más estudios para determinar la concentración ideal de mitomicina-C para su uso *in vivo*.

Dr. Juan Pablo Gormaz B.

Residente de Otorrinolaringología,
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

PREVALENCIA DE ADN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN ÚLCERAS AFTOSAS RECURRENTES EN TEJIDOS LINFOIDES ASOCIADOS A MUCOSAS DE LA FARINGE

PREVALENCE OF *HELICOBACTER PYLORI* DNA IN RECURRENT APHTHOUS ULCERATIONS IN MUCOSA-ASSOCIATED LYMPHOID TISSUES OF THE PHARYNX.

Elsheikh MN, Mahfouz ME.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 131(9): 804-8.

La estomatitis aftosa recurrente es la condición ulcerativa inflamatoria de la mucosa más común. Su etiopatogenia no se conoce exactamente. La bacteria *Helicobacter pylori* es la responsable de úlcera gastroduodenal, con una marcada afinidad por los tejidos linfáticos asociados a mucosas (MALT), dentro de los cuales se encuentran amígdalas palatinas, adenoides y tejidos linfáticos de la faringe.

Objetivos: Determinar la presencia de *Helicobacter pylori* y, si se detectara, su potencial prevalencia causando úlceras aftosas recurrentes confinadas a mucosa asociada a tejidos linfoides de la faringe.

Diseño: Prospectivo, ensayo clínico controlado.

Pacientes: Un total de 146 pacientes con úlceras aftosas recurrentes de la cavidad oral y faringe y control con 46 sujetos.

Intervenciones: Pacientes fueron asignados a grupo 1 (n=58), en el cual las úlceras fueron estrictamente limitadas a tejidos linfoides, o grupo 2 (n=88), en el cual las úlceras se ubicaban aleatoriamente en cavidad oral y faringe. ADN de *Helicobacter pylori* fue extraído de muestras de 3 mm de diámetro y PCR fueron llevadas a cabo para el gen ARN ribosomal 16S.

Resultados: Grupo 1 39/58 67% fueron ADN positivo para *H pylori*, mientras el grupo 2 9/88 pacientes 10% fueron positivos. No hubo detección en ninguna muestra del grupo control.

Conclusión: Los resultados soportan un rol posible como causal a *H pylori* en la úlceras aftosas recurrentes con una distribución característica y afinidad por tejido linfoide asociado a mucosas de la faringe, sin embargo, son necesarios otros estudios para establecer su rol causal.

Dra. Carolina Bustamante

Residente de Otorrinolaringología,
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

ANTIBIÓTICOS PARA MEJORAR LA RECUPERACIÓN POSAMIGDALECTOMÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANTIBIOTICS TO IMPROVE RECOVERY FOLLOWING TONSILLECTOMY: A SYSTEMATIC REVIEW

Dhiwakar M, Eng CY, Selvaraj S, McKerrow WS.
Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 134(3): 357-64.
Review

La amigdalectomía continúa siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en niños y adultos. A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, la morbilidad posoperatoria sigue siendo un problema clínico significativo. Los problemas más comúnmente en-

contrados en el posoperatorio incluyen: el dolor y la consecuente necesidad de uso de analgésicos, la incapacidad para reasumir la dieta y la actividad diaria y la hemorragia posoperatoria (1,3%-3,3%).

Varios autores argumentan que la contaminación del lecho amigdalino postcirugía predispone a reacciones inflamatorias e infección contribuyendo a la morbilidad.

Dado el alto volumen y lo importante que es la amigdalectomía en la práctica del ORL, y el énfasis actual de la medicina basada en evidencia, es necesario evaluar la eficacia de los antibióticos en el mejoramiento de la recuperación posamigdalectomía mediante una revisión sistemática.

Los ensayos se obtuvieron de bases de datos electrónicas como Medline, Embase, Cochrane Controlled Trials Register mediante el uso de términos afines, además se investigaron las referencias de todos los ensayos identificados, reviews, correspondencias, editoriales y conferencias. No se aplicó restricción de lenguaje en la investigación. Se realizó un metaanálisis de los trabajos en los cuales fueron administrados antibióticos como un estudio de tratamiento intra y/o posoperatorio, en niños o adultos sometidos a amigdalectomía o adenoamigdalectomía. Sólo fueron incluidos trabajos aleatorios, placebo-controlado, doble ciego y que alcanzaran scores de calidad (3 puntos o más), de acuerdo a los criterios propuestos por Jadad et al y Consort statment. Los resultados analizados fueron: 1) dolor, necesidad de analgesia, fiebre, halitosis, y retorno a dieta normal y actividades; 2) Hemorragia secundaria (después de 24 horas de la cirugía) usando dos parámetros: hemorragia significativa (rehospitalización, transfusión, reintervención para hemostasia) y hemorragia total; y 3) efectos adversos.

Resultados. Sólo 5 trabajos cumplieron con los criterios de elección. Los antibióticos redujeron significativamente el número de sujetos que presentó fiebre en los primeros 7 días y la duración de días con halitosis. Redujeron ligeramente el dolor y la necesidad de analgesia. No hubo una diferencia significativa en el tiempo para retomar una dieta normal, y en el sangrado posquirúrgico (significativo y total), aunque los datos fueron subvalorados no permitiendo detectar diferencias para estos resultados, y en la disminución de síntomas misceláneos como otalgia, trismos y formación de esca-

ra en la fosa amigdalina tampoco hubo resultado significativo.

Discusión. La revisión sugiere que los antibióticos reducen la fiebre y la halitosis, y ligeramente el tiempo para retomar la actividad diaria. La reducción de la fiebre es debido a la disminución de la bacteremia, lo cual ocurre durante e inmediatamente después de la cirugía. Así mismo, la severidad de la halitosis disminuye al reducir la cantidad de bacterias que contaminan el lecho amigdalino.

Los antibióticos parecen no tener efecto significativo en reducir el dolor o necesidad de analgesia y tuvieron un erróneo efecto en reducir el tiempo, para retomar la dieta y hemorragia secundaria. Esto desafía la base existente para la prescripción rutinaria de antibióticos. La relación entre inflamación bacteriana de la fosa amigdalina posamigdalectomía (tales como: dolor, analgesia, incapacidad para tragar normal) y la hemorragia secundaria aún no está probada. La dificultad de establecer tal correlación es complicada por la variedad de comensales de la mucosa orofaríngea, además no es sabido si la dosis y el espectro antibacteriano de antibióticos usados han sido adecuados o si allí existe un efecto dosis-respuesta.

Dentro de las limitaciones de este estudio destaca la falta de estudios de buena calidad estadística, donde sólo un ensayo cumplía con los requisitos sólidos del proceso de randomización. Así mismo, a pesar de la búsqueda es muy probable que existan trabajos no publicados donde sus resultados nulos o no significativos a favor del uso de antibióticos se hayan perdido.

Conclusiones. El uso de antibióticos reduce sólo la fiebre y la halitosis poscirugía, existiendo un erróneo rol en reducir el tiempo en retomar la dieta normal y sobre la hemorragia secundaria, pudiendo incrementar los efectos adversos.

Estos hallazgos son importantes pues permiten reevaluar la práctica actual, tomando decisiones informadas con respecto a la terapia adyuvante a la amigdalectomía y calcular costo-beneficio. El beneficio debe ser sopesado con la aparición de bacterias multirresistentes, colonización micótica y otros efectos adversos al medicamento. Es de incumbencia del clínico informar correctamente al paciente de los beneficios potenciales, de los riesgos, y del costo, así como los vacíos en el conoci-

miento de esta área, antes de embarcarse en un tratamiento. Es necesario el diseño adecuado de los ensayos para confirmar y clarificar las conclusiones de este metaanálisis.

Dr. Cristián Aedo B.
Residente Otorrinolaringología,
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

GUÍA CLÍNICA PRÁCTICA: OTITIS EXTERNA AGUDA
CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: ACUTE OTITIS EXTERNA
Rosenfeld RM, Brown L, Cannon CR, Dolor RJ, Ganiats TG, Hannley M, Kokemueller P, Marcy SM, Roland PS, Shiffman RN, Stinnett SS, Witsell DL; American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation.
Otolaryngol Head Neck Surg. 2006; 134(4 Suppl): S4-23.

Esta guía clínica provee de recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la otitis externa difusa (OED). Tiene como propósito principal el difundir el uso adecuado de la antibiотicoterapia oral y tópica en la OED además de dar énfasis en alivio del dolor con punto crucial en el tratamiento de esta patología.

Este artículo analiza la evidencia actual sobre el tratamiento de esta patología y su enfoque global. Se revisan una serie de estrategias a seguir desde el punto de vista diagnóstico, de tratamiento y prevención.

Es una guía clínica realizada por un grupo multidisciplinario: otorrinolaringólogos, pediatras, infectólogos, médicos familiares, de urgencias, bioestadísticos y médicos-informáticos.

A través de una búsqueda desarrollada en MEDLINE entre los años 1966 y julio de 2005 y algunos artículos de Cochrane Database se desarrolló un metaanálisis de la información. Se clasificó en distintos estratos esta evidencia separándola en: 1) Fuerte recomendación; 2) Recomendación; 3) Opcional; 4) No recomendable.

Se ahonda en su totalidad este tema dando, para cada uno de los tópicos, la calidad de la evidencia, costos versus beneficios, juicio valorico,

rol del paciente y el poder de la conclusión. Los tópicos desarrollados son:

- Diagnóstico diferencial: se debe distinguir entre un OED de otras causas de otalgia, otorrea e inflamación del conducto auditivo externo (recomendación).
- Factores modificables: se debe evaluar los diferentes factores que pueden modificar el tratamiento (membrana timpánica no intacta, tubo de ventilación, diabetes, inmunocompetencia y radioterapia previa) (recomendación).
- Manejo del dolor: el manejo de la OED debe incluir el alivio adecuado del dolor. Este debe estar de acuerdo a la gravedad del dolor (fuerte recomendación).
- Terapia inicial: se deben usar preparaciones tópicas en el tratamiento inicial de la OED no complicada. La terapia antibiótica sistémica no debe ser usada a menos que exista una extensión de la enfermedad fuera del CAE o la presencia de factores específicos del huésped (recomendación).
- Terapia tópica: es de elección en los casos de OED basado en su eficacia, baja incidencia de efectos adversos, buena adherencia y costo (recomendación).
- Colación del fármaco: se debe informar al paciente cómo administrarse las gotas tópicas. Cuando el CAE está obstruido debe realizarse aseo aural, colocación de un espaciador ("mecha") o ambos (recomendación).
- Membrana timpánica no intacta: cuando existen tubos de ventilación o perforación se deben prescribir preparaciones tópicas no tóxicas.
- Evaluación del tratamiento: si el tratamiento inicial falla dentro de las 48 a 72 horas el paciente debe ser reevaluado para confirmar el diagnóstico de OE difusa y excluir otras causas de enfermedad.

Esta guía clínica permite tener una visión completa respecto a este tema, dejando claro el valor de la evidencia para cada uno de los puntos desarrollados.

Dr. César Toro
Residente de Otorrinolaringología,
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

HELICOBACTER PYLORI: UNA POSIBLE ASOCIACIÓN CON OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN

HELICOBACTER PYLORI: A POSSIBLE ASSOCIATION WITH OTITIS MEDIA WITH EFFUSION

Taner Yılmaz, MD, Mehmet Ceylan, MD, Yakut Akyön, PhD, Olcay Özçaky'r, MD, and Bülent Gürsel, MD, Ankara, Turkey

Otolaryngology-Head and Neck Surgery 2006; 134: 772-777.

La OME es una enfermedad común en los niños y pero su patogenia aún es incierta. Tasker et al en 2002, demostraron pepsina y pepsinógeno en eflujo de oído medio de pacientes con OME, indicando que el reflujo gástrico podría estar relacionado con la OME. Si el *H pylori* causa enfermedades a nivel gástrico podría estar presente en pacientes con OME, a pesar que ningún estudio lo haya demostrado a la fecha. Este estudio está dirigido a evaluar una posible asociación de *H pylori* con niños con OME. Se obtuvo un grupo de estudio compuesto por 22 pacientes, edad promedio de 5 años con el diagnóstico de OME resistente a tratamiento médico, que fueron sometidos a colocación de tubos timpánicos bilaterales más adenoamigdalectomía. Además se conformó un grupo control de 20 niños, edad promedio 6 años, con diagnóstico de hipertrofia adenoidea, amigdalitis crónica y examen otológico normal, a los que se les realizó adenoamigdalectomía. Se excluyeron niños con enfermedad sistémica y que hubiesen recibido antiácidos o antibióticos en el mes anterior. En ambos grupos durante el procedimiento quirúrgico bajo anestesia general, se realizó lavado gástrico, se recolectó contenido gástrico y se obtuvieron muestras de amígdalas y adenoides. Se realizó miringotomía, en el grupo estudio, se aspiró el líquido de oído medio y en ambos grupos se tomó una muestra de mucosa del promontorio con pinza forceps cup. Las muestras se procesaron para: 1) cultivo para *H pylori* agar BHI (técnica gold standard para *H pylori*) y 2) extracción de ADN cromosomal y técnica PCR anidada en gen 16S rARN. Los microbiólogos eran ciegos para la patología y el status de los pacientes. Se usó $P = 0,05$.

Se encontró en aspirado gástrico sólo PCR positivas en grupo estudio en 8 pacientes, mientras que hubo cultivos positivos en ambos grupos sin diferencia significativa pero al considerar estas dos

técnicas se aislaron significativamente más *H pylori* en grupo estudio (41% versus 10%). Con respecto al líquido de oído medio se obtuvieron 2 cultivos positivos y 7 PCR positivas para *H pylori*. En las muestras de mucosa de oído medio sólo hubo 1 cultivo positivo en grupo estudio, mientras que no hubo diferencias significativas en los resultados de la PCR pero al considerar las dos técnicas se aislaron significativamente más *H pylori* en grupo estudio (45% versus 10%). Tanto en el tejido adenoideo como en tejido amigdalino, al considerar cultivos y PCR en conjunto se aislaron *H pylori* en 64% en grupo estudio versus 30% en grupo control ($P=0,029$). Al combinar los resultados de tejido adenoideo y amigdalino, 73% de los pacientes del grupo estudio y 45% del grupo control eran *H pylori* positivos y esta diferencia no era significativa.

En esta investigación se obtuvo el primer aislamiento de *H pylori* del oído medio de pacientes con OME y en el grupo estudio se aislaron significativamente más *H pylori* en todas las muestras tomadas, esto indica que *H pylori* está fuertemente asociado con OME. Siete (70%) de 10 pacientes con *H pylori* positivo en oído medio también tenían bacterias en el aspirado gástrico. El hallazgo de *H pylori* en el oído medio indica que el contenido gástrico llega por reflujo faríngeo y apoya a que este reflujo y *H pylori* estén involucrados con la OME resistente a tratamiento médico. *H pylori* podría causar hiperplasia secretoria en el oído medio igual como lo hace en la mucosa gástrica. Además, el contenido ácido conduciría a inflamación de la mucosa nasofaríngea y de la trompa de eustaquio, causando que las bacterias nasofaríngeas, *H pylori* incluida, entren al oído medio. Esto se basa en la significativa mayor colonización de *H pylori* en las adenoides de los pacientes con OME comparado con los pacientes portadores de hipertrofia adenoidea. Finalmente dos antibióticos (claritromicina y amoxicilina) utilizados dentro del tratamiento de *H pylori* también son usados en OME, obteniendo cura en algunos casos. Se propone que en los pacientes con OME resistentes a tratamiento médico puede ser útil evaluar el reflujo gastroesofágico y *H pylori*.

Dra Carola Korenblit
Hospital Barros Luco

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE LA HIPERTROFIA DEL CORNETE INFERIOR: ¿UN NUEVO ESTÁNDAR DE MANEJO?

LONG-TERM RESULTS OF INFERIOR TURBINATE HYPERTROPHY WITH RADIOFREQUENCY TREATMENT: A NEW STANDARD OF CARE?

Matthew W. Porter, BS; Nathan W. Hales, MD; Carey J. Nease, MD; Greg A. Kreml, MD
Laryngoscope 2006; 116: 554-557.

Los pacientes con obstrucción nasal crónica por hipertrofia de cornetes inferiores, que no responden a terapia médica habitualmente se benefician de su reducción quirúrgica. La técnica quirúrgica de elección aún no se ha definido. Recientemente se está utilizando la reducción volumétrica de tejido por radiofrecuencia (RVTRF) pero su eficacia a largo plazo es incierta. El objetivo de este trabajo es evaluar a largo plazo la eficacia de RVTRF en el tratamiento de la hipertrofia de cornetes inferiores y comparar su resultado con otras técnicas quirúrgicas. Su diseño es prospectivo, ciego y controlado con placebo con opción de cruzado.

Se incluyeron pacientes con obstrucción nasal bilateral y con 6 meses de tratamiento antialérgico y se excluyeron los fumadores, con antecedentes de cirugía nasal previa o septodesviación. Los pacientes completaron 3 escalas visuales análogas (EVA) sobre severidad de la obstrucción, frecuencia de la obstrucción y capacidad total de respiración. Cada EVA tenía una distribución (tipo regla) con no síntomas en 0 cm, y 10 cm correspondiente al máximo síntoma. Se reclutaron 32 pacientes, todos con puntaje de EVA de 6 cm y se randomizaron en grupo tratamiento y grupo placebo, con 16 pacientes, respectivamente. En ambos grupos se aplicó con la misma técnica la sonda del RVTRF en el cornete inferior bajo anestesia tópica y local. En el grupo tratamiento pasó la energía a la pieza manual. A la 8ª semana posprocedimiento se les informó de su estatus a los pacientes placebo y se les dio la opción de recibir el tratamiento RVTRF cruzado, elegido por 12 de ellos, con un total de 28 pacientes tratados con RTVF. Se realizó un tratamiento cruzado idéntico en el grupo tratamiento. Los pacientes completaron las EVAs a las 8 semanas, 6

meses, 1 y 2 años. Los puntajes de las EVAs pre y posprocedimiento se compararon utilizando el *test t* pareado ($P < 0,05$).

Un 68% del total de tratados con RTVF completaron 2 años de seguimiento. De ellos 12% presentaron dolor leve a moderado y 7% refirió tendencia a la lipotimia durante el procedimiento. Los pacientes no presentaron daño de la mucosa nasal.

Se encontró que el promedio de puntaje de EVA postratamiento versus pretratamiento disminuyó significativamente para los tres síntomas evaluados. La frecuencia de la obstrucción nasal se mantuvo hasta los 2 años de seguimiento con una mejoría promedio de 47% ($P = 0,001$). La severidad de la obstrucción tuvo una mejoría del 46,8% al año y de 36,4% a los 2 años de seguimiento ($P < 0,05$). La capacidad total para respirar tuvo una mejoría de un 46,7% y 44% al 1 y 2 años de seguimiento, respectivamente ($P < 0,05$).

Estos buenos resultados pueden deberse a que RVTRF disminuye el volumen del cornete inferior sin afectar la función mucociliar. Se ha descrito resultados similares o peores con otras técnicas quirúrgicas como la turbinectomía inferior, tratamiento con láser, electrocauterización. Estas técnicas presentan complicaciones como sangrado, costras, infección, sinequias, con frecuencias descritas entre 62 a 75% según la literatura. De estas técnicas la resección submucosa con microdebridador es la más segura y efectiva, pero puede presentar sangrado en un 14% de los casos. Otros estudios describen otros efectos adversos transitorios de la RVTRF, además de los descritos en este estudio, como obstrucción nasal, adormecimiento de los dientes maxilares.

Se reconoce un sesgo en este estudio por no haber logrado un seguimiento de todos los pacientes que no invalida los resultados. Los puntajes EVA se han usado con éxito previamente para evaluar RVTRF a diferencia de la rinomanometría que es poco fiable y reproducible por lo que no se utilizó en este estudio. Se concluye que la RVTRF del cornete inferior es una técnica similar a otras o más efectiva en reducir la sintomatología a largo plazo y con menos complicaciones.

Dra Carola Korenblit
Hospital Barros Luco