

## Revista de Revistas

### LA ESTRUCTURA DE COLÁGENO DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA

THE COLLAGEN STRUCTURE OF THE TYMPANIC MEMBRANE  
Karin Stenfeldt, Cathrine Johansson, Sten Hellström.  
*Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 132: 293-298.

El objetivo de este trabajo fue analizar la distribución de tres tipos de colágeno de la membrana timpánica, en tres situaciones: sana, durante la curación de una perforación y durante una otitis media aguda, mediante estudio inmunohistoquímico de colágenos tipos I, II y III, en la membrana timpánica de ratas sanas, durante la curación de una perforación y durante una infección por *Streptococcus pneumoniae*, en diferentes momentos.

Los investigadores observaron que el colágeno tipo II fue el principal constituyente de la lámina propia de la pars tensa, mientras que el colágeno tipo I se encontró principalmente en la pars flácida. Los colágenos tipo I y III fueron hallados en la inserción al mango del martillo y en el tejido conectivo laxo que rodea la capa de colágeno principal de la pars tensa. Después de la miringotomía, los colágenos tipo I y III fueron encontrados en el borde de la perforación y alrededor de vasos sanguíneos dilatados en la fase de curación temprana. También fue observado un engrosamiento de la capa de colágeno y tinción intensa para colágeno tipo II durante la infección. Colágeno tipo I y III fueron encontrados en el tejido conectivo edematoso alrededor de la capa de colágeno principal y de los vasos sanguíneos dilatados. A los tres meses de la perforación o de la infección, los tres tipos de colágeno estaban presentes en la lámina propia de la membrana timpánica. Cantidades abundantes de los tres tipos

de colágeno fueron identificadas en el tejido cicatrizal de la membrana timpánica de las ratas sometidas a miringotomía en el curso de una otitis media aguda.

Los autores concluyen que la lámina propia de la pars tensa está constituida principalmente por colágeno tipo II, mientras que la pars flácida lo está por colágeno tipo I. La estructura fibrosa de la pars tensa y flácida, está compuesta por distintos tipos de colágeno, lo que refleja las diferentes propiedades fisiológicas de estos tejidos. Los colágenos tipo I y III están presentes en la fase aguda de curación secundaria a una miringotomía y a infección. Además, se concluye que el contenido de colágeno de la membrana timpánica se modifica durante los procesos inflamatorios y curativos.

Dr. Pedro Badía V.

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

### INMUNOGLOBULINA G ANTISARAMPIÓN PARA DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE PÉRDIDA AUDITIVA POR OTOESCLEROSIS

ANTIMEASLES IMMUNOGLOBULIN G FOR SEROLOGIC DIAGNOSIS OF OTOSCLEROTIC HEARING LOSS

Karosi T, Konya J, Petko M, Szabo LZ, Pytel J, Jori J, Sziklai I.

*Laryngoscope* 2006; 116: 488-493.

La otoesclerosis es una patología que causa hipoacusia de conducción y sensorineural progresiva, con prevalencia de 0,3 a 0,4% en la población general.

En los últimos 15 a 20 años se ha atribuido un rol etiológico al virus sarampión (VS) en la otoesclerosis, ya que han sido detectados por

microscopia electrónica nucleótidos de Sarampión e IgG antiVS. Actualmente se ha detectado virus sarampión en la platina del estribo con técnica de PCR.

Los investigadores tratan de establecer que la otoesclerosis es una enfermedad inflamatoria, debido a la persistencia de infección del VS con bajos niveles de IgG antiVS en el plasma.

Se analizaron las platinas removidas de 213 pacientes, evaluando en éstas la histología y presencia de nucleoproteínas de VS, en conjunto con niveles de IgG antiVS en el plasma.

Actualmente el diagnóstico correcto de otoesclerosis se realiza por histología de la platina removida durante la cirugía, porque los métodos clínicos son inciertos.

De acuerdo a los hallazgos, la fijación de la platina se puede dividir en dos grupos: uno es debido a otoesclerosis, que se asocia a infección de la platina por virus sarampión en forma persistente, y el otro que es una pseudo-otoesclerosis la que se caracteriza por la degeneración de la platina sin infección del VS.

La hipoacusia de conducción en la cual no se detecta el VS, es por fijación de la platina de etiología distinta a la otoesclerosis, tales como calcificación secundaria a inflamación, timpanoesclerosis, acumulación de mucopolisacáridos en la submucosa del nicho de la ventana oval, fijación idiopática y otras.

Los bajos niveles de IgG antiVS pudieran ser los responsables de la replicación persistente del virus en la otoesclerosis. La vacunación contra el sarampión pudiera disminuir la incidencia de otoesclerosis en el futuro.

El diagnóstico preoperatorio exacto de las distintas causas de fijación de cadena, ayudan a elegir el tratamiento más apropiado para cada caso. La asociación de bajos niveles IgG antiVS plasmáticos (<12 UI/ml) con hipoacusia de conducción con gap en las frecuencias graves, tiene una alta especificidad (90%) y sensibilidad (96,2%) como método diagnóstico preoperatorio de otoesclerosis.

Dr. Freddy Martel V.

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

## HETEROGENEIDAD DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE EAGLE (SE)

HETEROGENEITY IN THE CLINICAL PRESENTATION OF EAGLE'S SYNDROME

Mendelsohn Ah, Berke GS, Chhetri DK.

*Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2006; 134: 389-93.

Se presentan tres casos clínicos de entre 38 y 45 años de edad con historia de entre 3 y 12 años de odinofagia e irradiación a cuello, hombro, oído, cefalea, globo ocular que se evocan con la rotación cervical. Previo al diagnóstico se someten a innumerables tratamientos incluyendo tubos de ventilación timpánica y amigdalectomías entre otros. En dos casos la palpación del lecho amigdalino revela la prominencia estiloidea que evoca el dolor. Se resecan las estiloides por vía oral en dos casos y por vía cervical en el otro, logrando la erradicación de los síntomas.

Revisión: La apófisis estiloides puede medir entre 1,5 y 5 cm. Clínicamente el estiloides mayor a 2,5 cm. puede considerarse anormal. La etiología se desconoce. La prevalencia es tres veces mayor en mujeres que en hombres. La prevalencia de estiloides largo es de 4% pero solo el 4% de éstos es sintomático, por lo que la incidencia del SE es 0,16%.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico exhaustivo. Las historias clásicas son dos.

- 1) Post-amigdalectomías: Síntomas de Globus faríngeo, otalgia refleja y se debería a la irritación de los pares craneanos: V, VII, IX y X.
- 2) En este, el estiloides se encuentra entre las carótidas y al desviarse a lateral el dolor se irradia al territorio de la carótida externa, por la cara hasta el ojo. Al desviarse a medial, el dolor se irradia por el territorio de la carótida interna y vasos oftálmicos. El diagnóstico diferencial es amplio incluyendo las neuralgias del V y IX par.

La palpación tonsilar del estiloides lo define como alargado. La evocación del dolor, irradiación al oído, cara o cabeza, dan el diagnóstico de SE. La radiografía simple de cráneo es suficiente para

confirmar estiloides largos. El tratamiento del SE es quirúrgico, describiéndose dos vías de abordaje. En el abordaje oral la incisión mucosa es en el sitio de la palpación estiloidea, liberación de inserciones musculares y resección de aprox. 1,5 cm. y cierre en dos planos. El abordaje cervical es horizontal, 3 cm. bajo el borde mandibular, flap subplatismal con protección de la rama mandibular del facial. Abordaje entre mandíbula y vientre posterior del digástrico. Resección del estiloides y cierre del plano con drenaje Penrose. Se sugiere monitorización del nervio facial.

Conclusión: La presentación clásica es frecuentemente enmascarada por patologías de alta prevalencia.

Dr. Horacio Faúndez Ahumada  
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

#### TRATAMIENTO DE LA COMISURITIS POSTERIOR CRÓNICA CON ESOMEPRAZOL

TREATMENT OF CHRONIC POSTERIOR LARYNGITIS WITH ESOMEPRAZOLE

Michael F Vaezi, Joel E Richter, C. Richard Stasney, Joseph R. Spiegel, Ralph A. Iannuzzi, Joseph A. Crawley, Clara Hwang, Mark B. Sostek, Reza Shaker. *Laryngoscope*, 2006; 116: 254-60.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la terapia de supresión ácida mediante el bloqueador de la bomba de protones esomeprazol, sobre los signos y síntomas de comisuritis posterior crónica en pacientes con sospecha de laringitis secundaria a reflujo.

Para ello se realizó un estudio prospectivo, multicéntrico, randomizado, con grupos en paralelo comparando el tratamiento de esomeprazol 40 mg dos veces al día con placebo, durante 16 semanas.

Se eligieron pacientes con historia de uno o más síntomas de comisuritis posterior (odinofagia, globus faríngeo, tos, etc.) y signos laringoscópicos de laringitis secundaria a reflujo basados en el índice de comisuritis posterior crónica (CPLI) medido durante screening laringoscópico.

La eficacia fue valorada mediante los cambios registrados por los pacientes y los investigadores

en relación a los síntomas y mediante cambios en el índice CPLI basado en la laringoscopia.

Durante la investigación se obtuvo como resultado que los síntomas primarios de comisuritis posterior crónica fueron resueltos en un 14,7% (14/95) y en un 16% (8/50) en los pacientes en tratamiento con esomeprazol y con placebo respectivamente ( $p=0,799$ ). Esomeprazol y placebo no tuvieron diferencias significativas en los cambios desde el basal hasta el final del tratamiento en promedio en el índice CPLI ( $-1,66\pm 2,13$  vs  $-2,0\pm 2,55$  respectivamente;  $p=,446$ ) o en alguna otra eficacia secundaria, basados en el registro de los pacientes o en lo observado por los investigadores.

Por lo tanto los autores concluyen que este estudio no es capaz de evidenciar un beneficio terapéutico en el tratamiento con esomeprazol 40 mg dos veces al día durante 16 semanas comparado con placebo para los signos y síntomas asociados a la comisuritis posterior crónica.

Dr. Marco Antonio Béjar Pinedo  
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica  
de Chile

#### CORTICOIDES PARA LA REDUCCIÓN DEL DOLOR POST-AMIGDALECTOMÍA: META-ANÁLISIS DE ESTUDIOS CONTROLADOS RANDOMIZADOS

STEROIDS FOR POST-TONSILLECTOMY PAIN REDUCTION: META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS.

Afman CE, Welge JA, Steward DL. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 134: 181-6.

Existen metaanálisis que indican que los corticoides reducen significativamente las náuseas post-amigdalectomía y permiten una realimentación más precoz. Sin embargo, no hay claridad con respecto al rol de los corticoides en la analgesia postamigdalectomía. Este metaanálisis intenta responder si el uso de corticoides intraoperatorios reduce el dolor durante las primeras 24 horas post-amigdalectomía en población pediátrica.

Incluyó sólo estudios prospectivos, randomizados, doble ciego, controlados con placebo, que utilizaron una escala visual análoga para evaluar el dolor las primeras 24 horas postamigdalectomía (o

adenomigdalectomía) y realizados sólo en población pediátrica (menores de 18 años). En todos se utilizó una dosis intraoperatoria de corticoide o placebo.

Para seleccionar los estudios se realizó una búsqueda amplia que incluyó Medline y la Cochrane Library database, se revisaron la referencias de los artículos seleccionados y se contactó a los expertos en el tema en busca de información relevante no publicada.

Finalmente se incluyeron en el análisis ocho estudios. El tamaño muestral de los estudios varió entre 35 y 219 pacientes. Todos utilizaron una dosis de dexametasona intraoperatoria entre 0,4 y 1 mg/Kg con una dosis máxima que varió entre 8 y 50 mg entre los diferentes estudios. Se encontró una reducción significativa del dolor durante las primeras 24 horas postamigdalectomía (en una escala de 0 a 10) de  $-0,97$   $P=0,01$   $IC95\%$   $[-1,74$  a  $-0,97]$  en el grupo que utilizó corticoides. En general pareciera que los resultados de los estudios incluidos en el metaanálisis son homogéneos, sin embargo, no se realizó un test estadístico para confirmarlo.

El estudio concluye que una dosis intraoperatoria de dexametasona reduce el dolor durante las primeras 24 horas postamigdalectomía en un punto en una escala de dolor de 0 a 10. Considerando que los efectos adversos de una sola dosis de corticoides son prácticamente despreciables y que, además, los corticoides disminuyen las náuseas y permiten una realimentación más precoz, parece razonable considerar el uso rutinario de ellos.

Si bien, en general éste es un buen metaanálisis realizado con estudios de calidad, hay dos aspectos que podrían inducir sesgo. En primer lugar, la obtención de los datos no fue realizada por dos revisores independientes que pudieran resolver las diferencias de interpretación en conjunto, lo que podría llevar a un sesgo de interpretación. Por otra parte, no se realizó un test estadístico para confirmar la homogeneidad de los resultados de los distintos estudios incluidos en el metaanálisis.

Dr. Claudio Callejas C.  
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

## SEGUNDO PRIMARIO MALIGNO DE TRACTO AERODIGESTIVO EN PACIENTES TRATADOS POR CÁNCER DE CAVIDAD ORAL Y LARINGE

SECOND PRIMARY MALIGNANCY OF THE AERODIGESTIVE TRACT IN PATIENTS TREATED FOR CANCER OF THE ORAL CAVITY AND LARYNX

Karen Lin, Snehal Patel.

*Head & Neck*, 2005; 27 (12): 1042-1048.

Pacientes con cáncer de cabeza y cuello tienen un riesgo constante y elevado de desarrollar un segundo primario maligno. Este riesgo elevado se ha atribuido a la exposición de carcinógenos, principalmente humo de tabaco y uso de alcohol.

Este estudio está basado en una reciente cohorte de pacientes con sitios bien definidos del tumor primario, tratados y seguidos con un criterio uniforme. El objetivo de este estudio fue identificar predictores y comparar la incidencia de patrones de segundos primarios (SPM) de tracto aerodigestivo (SPMTAD) en pacientes con carcinoma escamoso de cavidad oral (CECO) y laringe (CEL) tratados en un centro terciario.

La población estudiada fue de 1.257 pacientes provenientes de dos centros de datos. El periodo medio de seguimiento fue de 73 meses para CECO y de 60 meses para CEL, desde la fecha de tratamiento del tumor primario. La edad media del diagnóstico del tumor primario era de 61 años para CECO y 60 años para CEL. Una alta proporción de los CEL son fumadores comparados con CECO, así como el uso de alcohol fue reportado más frecuentemente en pacientes con CECO.

Segundo primario fue definido por criterios estándar: ambos tumores son histológicamente malignos, ambos cánceres están geográficamente y anatómicamente separados por mucosa normal y la posibilidad de que un tumor represente metástasis del otro fue excluido. Segundo primario sincrónico fue diagnosticado simultáneamente o dentro de los 6 meses siguientes. Segundo primario metacrónico fue diagnosticado 6 meses después del tumor primario. Este estudio comprende los SPM desarrollados en cabeza y cuello, esófago y pulmón.

La incidencia a cinco años de SPMTAD fue de 9% (8% para CEL y 10% para CECO), la media de

tiempo para el desarrollo fue de 24 vs 41 meses. Los fumadores tienen cinco veces mayor riesgo de SPM, mientras que los bebedores tienen dos veces. La sobrevida total a cinco años fue de 68% y la de los portadores de SPM fue 65%. Los pacientes con CECO tienden a desarrollar SPM en regiones de cabeza y cuello teniendo mejor pronóstico, de otra forma los pacientes con CEL tienden a hacer SPM en pulmón y tienen peor pronóstico. Estos patrones, factores de riesgos y seguimientos pueden ayudar en el diseño de screening e intervenciones preventivas de estos comunes carcinomas escamosos de cabeza y cuello.

Dr. José M. Maturana A.  
Hospital G. Grant Benavente

#### SEGUIMIENTO Y RESULTADOS DE DECANULACIÓN EN TRAQUEOTOMÍA PEDIÁTRICA

DECANNULATION AND OUTCOME FOLLOWING PEDIATRIC TRACHEOSTOMY

Randal Leung, Robert Berkowitz.

*Annals of otology, rinology & laryngology* 2005; 114 (10): 743-748.

En la población pediátrica la traqueotomía es requerida para aliviar vías aéreas obstruidas o inestables, ventilación a largo plazo o para aspiración de secreciones traqueobronquiales. Sabiendo que la presencia de traqueotomía ha mostrado ser causa de significativa morbilidad, así como de tener un impacto negativo en el lenguaje y desarrollo social del niño. Este trabajo investigó los resultados a largo plazo de traqueotomía pediátrica para identificar los factores predictivos de una temprana decanulación.

Para este trabajo se revisó en forma retrospectiva 65 pacientes traqueotomizados entre 1998 y 2003, con una media de edad de 7 meses. Las indicaciones de traqueotomía fueron obstrucción de la vía aérea en 36 pacientes, ventilación mecánica prolongada en 15 y necesidad de aspiración traqueobronquial o riesgo de aspiración en 14. Doce de los pacientes murieron y 30 de los 53 sobrevivientes fueron decanulados con una media de 123 días. Procedimientos adicionales de la vía

aérea fueron necesarios para la decanulación de los pacientes con obstrucción. De los pacientes que se realizó traqueotomía para aspiración de secreciones traqueobronquiales tuvieron un significativo menor período para su decanulación que las otras indicaciones de traqueotomía. El diagnóstico del paciente también fue un factor predictor de tiempo de decanulación. De las variables independientes, estadísticamente significativas para el tiempo de decanulación fueron los diagnósticos de admisión, condiciones neurológicas y trauma así como la necesidad de aspiración de secreciones traqueobronquiales. De las variables como edad, sexo y técnica de la traqueotomía, no tuvieron significancia estadística en el tiempo de decanulación.

En conclusión la indicación y el diagnóstico del paciente son variables que predecirán una decanulación temprana en pacientes que requirieron una traqueotomía.

Dr. José M. Maturana A.  
Hospital G. Grant Benavente

#### BAJA INCIDENCIA DEL REFLUJO GÁSTRICO EN OTORREA POSTIMPANOSTOMÍA

GASTRIC REFLUX IS UNCOMMON IN ACUTE POST-TYMPANOSTOMY OTORRHEA

Antonelli, Patrick J y cols.

*Otolaryngol Head and Neck Surg* 2005; 132(4): 523-26.

Recientes estudios han demostrado que el reflujo gástrico tiene un papel preponderante en la patogenia de la otitis media con efusión. En estos estudios se ha demostrado la presencia de pepsina y pep-sinógeno en el fluido de oído medio en concentraciones mil veces superiores a las séricas.

En el tratamiento de la otitis media con efusión se utiliza la colocación de tubos de ventilación, siendo muy frecuente (80% de los casos) la otorrea postimpantostomía, atribuida principalmente a infecciones de la vía respiratoria alta y a contaminación externa.

Los autores plantean que debido al rol que se le atribuye al reflujo gástrico en la otitis media con efusión, éste podría jugar un papel importante en la

otorrea postimpanostomía con colocación de tubos de ventilación, para lo cual proponen realizar un estudio prospectivo no ramdomizado sobre un total de 24 pacientes portadores de otorrea postimpanostomía, tomando un total de 26 muestras para determinar los niveles de pepsina como prueba de reflujo gástrico hacia el oído medio.

Para la obtención de las muestras se ocupó una aguja de aspiración estéril tipo Juhn Tym-Tap, obteniéndose la muestra a través del tubo de ventilación, la que luego era sometida a estudio mediante ELISA Kit, que contiene anticuerpo monoclonal humano IgG contra pepsinógeno. Todas las muestras fueron controladas, revisadas y testeadas en dos oportunidades.

Se encontró que de 26 muestras de 24 pacientes, cuyo rango de edad iba entre 2 y 16 años con una media de 5,8 años, la determinación de pepsinógeno se logró sólo en 8, y en valores no superiores a los que test consideró como mínimos.

Los autores concluyen que la determinación de pepsina o su precursor, pepsinógeno, en las muestras de oído medio son un buen marcador de reflujo gástrico. Explican la discrepancia de la alta concentración de pepsinógeno en la otitis media con efusión versus la otorrea postimpanostomía, atendiendo a que son dos estadios distintos de enfermedad, y que los altos niveles de enzimas proteolíticas en otorrea postimpanostomía serían responsables de los bajos niveles de pepsinógeno en la misma.

El no encontrar niveles de pepsinógeno en cantidad suficiente en las muestras obtenidas de los pacientes estudiados, sugiere que en la otorrea postimpanostomía con colocación de tubos de ventilación el reflujo no tendría un papel preponderante.

Dr. Cristián González G.  
Hospital Guillermo Grant Benavente