

REVISTA DE REVISTAS

COMPARACIÓN METAANÁLISIS DE TRAQUEOSTOMÍA ABIERTA VERSUS PERCUTÁNEA

META-ANALYSIS COMPARISON OF OPEN VERSUS PERCUTANEOUS TRACHEOSTOMY

Kevin M. Higgins, MD, FRCSC; Xerxes Punthakee, MD
Laryngoscope 117: March 2007.

Se han realizado múltiples estudios para caracterizar diferencias entre traqueostomía (TQT) abierta y percutánea, en cuanto a complicaciones y relación costo efectividad. Sin embargo, por el tamaño de estos no se ha determinado cual método es claramente superior. El objetivo primario de este metaanálisis es comparar tasas de complicación en prospectiva de traqueostomía abierta versus percutánea. Como objetivo secundario evaluar costo efectividad y tiempo del procedimiento.

Se incluyeron 973 pacientes a los que se les realizó 490 TQT percutáneas y 483 TQT abiertas. Se analizan diversas variables entre las que destacan duración del procedimiento, lugar donde fue realizado, resultados primarios y secundarios, descripción de anatomía del cuello, técnica percutánea empleada, técnica quirúrgica empleada, tipo de personal implicado, método de monitoreo, porcentaje que perdió seguimiento, evaluación económica, y complicaciones.

Hubo diferencias estadísticamente significativas para las variables: decanulación/obstrucción en contra

de la traqueostomía percutánea. Y significativamente menos infección de herida operatoria y cicatriz desfavorable para traqueostomía percutánea.

No hubo diferencias en: falsa vía, hemorragia mayor o menor, estenosis subglótica, y muerte.

Hubo tendencia a menos complicaciones totales a favor de traqueostomía percutánea.

En cuanto a la variable costo efectividad, hubo ahorro en dinero y tiempo a favor de la TQT percutánea, además de una persona menos, pero la comparación es menos válida por las diferencias de los trabajos analizados (Tabla 1).

Este metaanálisis muestra que la técnica percutánea tiene una tendencia a presentar menos complicaciones, y parece más costo efectiva que la técnica abierta (libera pabellones y personal), proporciona mayor viabilidad de capacidad de camas, y permite que no cirujanos realicen el procedimiento con seguridad. Futuros trabajos deberían incluir una comparación entre traqueostomía abierta y percutánea en "cabecera" detallando análisis de costo efectividad.

Cabe señalar como crítica que quien realice una TQT percutánea debe ser capaz de revertirla a técnica abierta en caso de una complicación inmanejable.

Dr. Carlos Namoncura
Hospital San Juan de Dios

Tabla 1. Resumen de resultados

A favor de técnica percutánea	A favor de técnica abierta
- Infección de herida (P =0,0002)	- Decanulación/obstrucción (P =0,009)
- Cicatriz desfavorable (P =0,01)	- Falsa vía (P =0,08)
- Costo efectividad (P <0,0001)	- Hemorragia menor (P =0,77)
- Tiempo (P <0,0001)	
- Complicaciones totales (P =0,05)	
- Hemorragia mayor (P =0,17)	
- Estenosis subglótica (P =0,19)	
- Muerte (P =0,50)	

UN ENSAYO DE RESPUESTA A LA PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS DURANTE DOS SEMANAS IDENTIFICÓ CON PRECISIÓN A LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Senn O, Brack T, Russi EW, et al.
Chest 2006; 129: 67-75.

Introducción: En pacientes con sospecha de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) ¿Una respuesta positiva descrita por el paciente en un ensayo de presión positiva continua en las vías respiratorias (PCAP) durante dos semanas y más de 2 horas por noche, identifica con precisión a los pacientes SAOS?

Diseño: Comparación enmascarada de la respuesta a este ensayo con el método diagnóstico estándar, la polisomnografía PSM.

Ámbito: Un centro de trastornos del sueño de Zurich, Suiza.

Pacientes: 76 pacientes (edad media de 76 años, 80% hombres) con sospecha de SAOS (ronquidos, somnolencia diurna y puntuación escala de somnolencia de Epworth >8). Los criterios de exclusión fueron obstrucción nasal importante, antecedentes previos de uso de CPAP, diagnóstico de enfermedad metabólica, neurológica o psiquiátrica que explicara algunos de los síntomas y contraindicación para PCAP (insuficiencia cardíaca congestiva inestable, enfermedad pulmonar grave, o hipoventilación por obesidad),

Descripción de la prueba: Los pacientes fueron sometidos a PSM. Luego equipados con una máscara nasal y se sometieron a 30-60 minutos de entrenamiento sobre el uso de la PCAP. Se les recomendó la utilización de CPAP con una presión de máscara ajustada automáticamente de 4 - 15 cm H₂O cada noche durante dos semanas y tenía acceso a consejo telefónico si lo necesitaban. Después de un ensayo de dos semanas con CPAP, una respuesta positiva a dos preguntas ("¿desea continuar con el tratamiento de CPAP?" y "¿usó en promedio la PCAP más de dos horas por noche?") se consideró indicativa de SAOS.

Resultados: La PSM identificó a 44 pacientes (58%) con SAOS. Las características diagnósticas de una respuesta positiva en este ensayo son de

80% de sensibilidad y de 97% de especificidad con IC 95% para la identificación de SAOS.

Conclusión: Una respuesta positiva según el paciente en un ensayo de presión positiva continua en las vía respiratorias durante dos semanas, identificó con precisión el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Discusión: El estándar óptimo actual para el diagnóstico de SAOS es la polisomnografía en laboratorio. Esta última proporciona información acerca del diagnóstico, gravedad de la enfermedad y otros datos que no son evidentes por los antecedentes y la exploración clínica. Sin embargo la PSM no puede predecir de manera fiable que los pacientes con SAOS mejorarán con el tratamiento de CPAP. En función del incremento de la demanda y de la capacidad limitada, se están desarrollando estrategias alternativas para diagnosticar la apnea del sueño.

Dr. Ariel Cisternas
Hospital San Juan de Dios

COMPLICACIONES CERVICALES SECUNDARIAS A AMIGDALECTOMÍAS Y ADENOIDECTOMÍAS RUTINARIAS

CERVICAL COMPLICATIONS FOLLOWING ROUTINE TONSILLECTOMY AND ADENOIDECTOMY

Richter, Gresham T., Bower, Charles M.
Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck. 14 (6), Dec 2006; 375-80.

A pesar de la alta frecuencia en la realización de adenoidectomías y amigdalectomías, estas cirugías presentan escasas complicaciones perioperatorias. Dentro de ellas, la hemorragia es reportada en uno de cada cincuenta pacientes, seguida en incidencia por edema pulmonar agudo. Afortunadamente, es mucho más frecuente tener molestias posoperatorias que complicaciones, como odinofagia, otalgia referida, disfagia y dolor cervical. Sin embargo, estos síntomas pueden ser la evidencia temprana de complicaciones poco frecuentes, como son las cervicales. Dentro de ellas, se reportan: síndrome de Grisel, Osteomielitis cervical, Fasciitis necrotizante cervical y Enfisema cervical.

El síndrome de Grisel es una subluxación de la articulación atlantoaxoidea no traumática, se caracteriza por dolor cervical persistente, torticolis y dificultad en la rotación cervical. Aún se especulan diversas teorías en cuanto a su origen, actualmente se acepta que existiría una diseminación hematogena de la microbiota faríngea superior hacia la zona cervical alta a través de venas faringovertebrales al plexo vascular periodontal. La hiperemia, inflamación y anormal laxitud de los ligamentos (transverso y alar) que algunos pacientes tendrían (como los niños con síndrome de Down), llevarían a la subluxación. Fielding ha propuesto una escala de graduación, que guía el manejo y pronóstico: Tipo I es la fijación en la rotación o deformidad articular, no una verdadera subluxación; se trata con antibióticos de amplio espectro, relajantes musculares, reposo, antiinflamatorios no esteroideos y collar cervical blando. Tipo II implica desplazamiento del atlas de un proceso lateral en 3-5 milímetros (mm), requiere reducción y tracción cervical por 6-12 semanas. Tipo III incluye deslizamiento anterior y bilateral de más de 5 mm y Tipo IV se produce cuando existe desplazamiento posterior. Estas últimas dos situaciones son graves, requieren tracción cervical seguida de inmovilización y reposo en cama, si no hay respuesta requerirán artrodesis quirúrgica. La evaluación en todos los casos debe ser con tomografía axial computada (TAC) y resonancia nuclear magnética (RNM). Recientemente, Tschopp ha reportado un aumento de esta complicación en los casos de uso de electrocauterio en el lecho adenoideo, situación que está siendo estudiada.

La Fasciitis necrotizante cervical se produce por diseminación de bacterias agresivas aeróbicas y anaeróbicas por los planos de fascia cervical. Hay pocos casos publicados en la literatura secundarios a adenoamigdalectomías, siendo en niños infrecuente encontrar factores de riesgo conocidos. Se caracteriza por fiebre persistente, dolor cervical, disfagia y odinofagia severas, torticolis y presencia de gas en las imágenes. La patogénesis no está del todo dilucidada, se supone sería por la propagación de microorganismos mixtos agresivos a través de la fascia cervical profunda durante la amigdalectomía. El tratamiento de esta entidad es médico-quirúrgico, con antimicrobianos de am-

plio espectro y drenaje de las zonas comprometidas.

El Enfisema Cervicofacial es otra rara complicación, cuyos síntomas ocurren dentro de las primeras 3-8 horas del posoperatorio, incluyen aumento de volumen, disconfort en la cara, cuello y pared anterior torácica, odinofonia y odinofagia, con enfisema subcutáneo a la palpación. La mayoría de los autores sugieren que el ingreso de aire sería por el daño al constrictor superior durante la amigdalectomía, siendo predisponente la falta de visualización del polo inferior durante el procedimiento así como también la utilización de anestesia tópica al lecho amigdalino. El diagnóstico y la monitorización óptima se realizan con TAC de cabeza, cuello y tórax. El tratamiento debe considerar antibióticos de amplio espectro, oxigenoterapia, observación estricta y en caso de complicaciones, cirugía.

Se concluye que el diagnóstico temprano de estas complicaciones puede prevenir secuelas graves e incluso la muerte, por lo que es indispensable reconocerlas y tratarlas oportuna y adecuadamente.

Dra. Carolina Castillo T.
Hospital San Juan de Dios

TUBOPLASTÍA DE EUSTAQUIO CON LASER: RESULTADOS EN 2 AÑOS

LASER EUSTACHIAN TUBOPLASTY: TWO YEARS RESULTS
Dennis S. Poe, MD; J. Fredrick Grimmer, MD;
Ralph Metson, MD.
Laryngoscope 2007; 117231-237

La disfunción tubaria (DT) es un problema común en la infancia, que puede persistir en la vida adulta. Entre sus causas están infecciones, alergias, reflujo faringo-laríngeo (RFL), y exceso de mucosa tubaria; que interferirían en el proceso de dilatación, dificultando la ventilación del oído medio y originando Otitis Media con Efusión (OME).

Se seleccionaron 12 pacientes masculinos y 1 femenino, con promedio de edad de 44 años, con a lo menos 5 años de historia de OME documentada con otomicroscopia y que se les colocó 2 o más veces tubos de ventilación, con repetición de la

efusión cuando estos se retiraron. Se les realizó un análisis con videocámara endoscópica transnasal y se registró en su historia médica si presentaban rinitis alérgica o RFL. En los casos de enfermedad alérgica (77% de los pacientes) o de RFL (69%), se realizó tratamiento standard pre y poscirugía. La falta de mejoría después del manejo médico fue el criterio final de inclusión.

La cirugía fue unilateral; en pacientes con ambos oídos afectados solo el más perjudicado se seleccionó para la cirugía y se ofreció tratamiento médico y tubos de ventilación para el oído contralateral. Hubo controles pre y posoperado con audiometría y timpanograma y seguimiento a los 6, 12 y 24 meses. Se tomó biopsia intraoperatoria y a los 5 meses posoperado. La cirugía se realizó con anestesia general, una vez identificado el rodete mucoso posterior, con láser de argón, se vaporizó la mucosa y submucosa hasta exponer el cartilago subyacente. El fracaso en el tratamiento quirúrgico se determinó cuando reaparecía la OME al examen por otomicroscopia.

Los resultados muestran que la cirugía con láser eliminó la OME en 36% de los pacientes a los 6 meses, en 40% en 1 año y en el 38% a los 2 años, pero finalizó el control con sólo 8 de ellos. Los pacientes con buena evolución posoperatoria tuvieron una mejoría significativa en sus PTP pre y

posquirúrgicos a los 1 y 2 años de seguimiento. En la histología, la biopsia intraoperatoria mostraba inflamación severa, cambios hemorrágicos, mucosa hipertrófica y cilios no reconocibles. A los 5 meses poscirugía hubo moderada inflamación, hipertrofia mucosa y epitelio ciliar reconocible.

El estudio señala que la reducción de la mucosa posteromedial tubaria facilitaría la acción dilatadora del músculo de tensor del velo del paladar, junto a otros efectos beneficiosos como reemplazo de mucosa enferma por epitelio funcional o extirpación del biofilm adherente. Se plantea la utilidad del láser en la trompa de Eustaquio para el manejo de la OME en pacientes no respondedores a tratamiento, sin embargo, hay defectos en el seguimiento de ellos, reduciéndose de 13 a 8 pacientes en 24 meses, por lo que sus resultados serían menos válidos. Habría además una relación probable entre la falla al tratamiento con láser y el mal resultado al manejo de enfermedades como alergias y RFL. Se concluye que son necesarios mayores estudios para identificar a los individuos que más se benefician con este procedimiento.

Dr. Mauricio Salgado Rozas
Hospital San Juan de Dios