DISFAGIA PERSISTENTE DESPUÉS DE LA UVULOPALATOPLASTÍA CON LÁSER. UN ESTUDIO VIDEORRADIOGRÁFICO DE LA FUNCIÓN FARÍNGEA.

PERSISTENT DYSPHAGIA AFTER LASER UVULOPALATOPLASTY. A VIDEORADIOGRAPHIC STUDY OF PHARYNGEAL FUNCTION

Isberg A, Levring-Jäghagen E, Dahlström M y Dahlqvist A.

Acta Otolaryngol (Stockh) 1998-118: 870-874

El objetivo del presente estudio fue evaluar la deglución videorradiográficamente en pacientes que manifestaron disfagia persistente después de una uvulopalatoplastía con láser (UPPL), para estudiar las secuelas del postoperatorio y determinar si el síntoma subjetivo de disfagia se correlacionaba con signos objetivos de alteración durante la deglución.

Para determinar lo anterior se operaron 91 pacientes mediante UPPL entre 1991 y 1993, con el diagnóstico de roncador habitual o síndrome de apnea obstructiva del sueño leve. A los 2 años del postoperatorio se les preguntó sobre la evolución del ronquido, la hipersomnia diurna y otras complicaciones, como la disfagia persistente, manifestada por 21 pacientes, que fueron los pertenecientes a este estudio.

En el estudio videorradiográfico se examinaron las fases oral y faríngea de la deglución. Previamente se les preguntó a los pacientes sobre los síntomas de disfagia, destacando que un 81% refirió ahogo con las comidas y un 29% la necesidad de concentrarse al comer. Ningún paciente tuvo neumonía recurrente. La mayoría de los pacientes reportaron que el efecto positivo en el ronquido y la hipersomnia diurna contrarrestaba la desventaja de presentar disfagia en el postoperatorio.

En relación a los hallazgos videorradiográficos, el 76% de los pacientes mostró un patrón de deglución anormal y el 38% mostró retención del bolo en la epiglotis. Dos pacientes mostraron aspiración directa bajo el nivel glótico.

Es así como este estudio reveló que la disfagia persistente después de la UPPL se correlacionaba con los signos radiográficos de disfunción de la deglución. Un 76% de los pacientes mostró una deglución faríngea anormal y un 10% mostró disfunción severa con aspiración. Un 38% de los pacientes tenía un riesgo importante de aspiración por presentar retención del bolo en la epiglotis.

El 29% de los pacientes estableció que tenían que concentrarse durante las comidas para evitar la aspiración, lo que puede explicar por qué sólo el 10% de los pacientes que manifestaron disfagia exhibían signos radiográficos de aspiración durante el examen.

La causa de la alta frecuencia postoperatoria de disfagia y de deglución faríngea anormal en pacientes tratados con UPPL no está clara, pudiendo deberse a una sensación faríngea alterada causada por la excisión del tejido del velo per se. Es posible que los roncadores sean vulnerables a desarrollar disfunción faríngea, ya que estudios recientes han demostrado lesión progresiva del nervio palatofaríngeo en estos pacientes.

En conclusión, los hallazgos videorradiográficos explican la mayoría de los síntomas del postoperatorio reportados por los pacientes. La mayoría de los pacientes opinaron que el efecto positivo de la operación contrarrestaba las secuelas de la disfagia, pero se sugiere informar a los pacientes sobre tal riesgo antes de realizar la UPP con láser.

Paola Neumann M.

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN EL SÍNDROME DE FREY: ESTUDIO PROSPECTIVO PRELIMINAR.

BOTULINUM TOXIN TYPE A FOR FREY'S SYNDROME: A PRELIMINARY PROSPECTIVE STUDY

Laccourreye O, Muscatelo L, Naude C, Bonan B, Brasnu D.

Ann Otol Rhinol Laryngol 1998-107:52-55

Existen varias teorías que buscan explicar la ocurrencia del Síndrome de Frey después de una parotidectomía. La más aceptada es la teoría de la regeneración aberrante, según la cual las fibras parasimpáticas postganglionares reinervadas desde el ganglio ótico alcanzan las fibras simpáticas que inervan las glándulas sudoríparas y vasos subcutáneos de la zona.

La toxina botulínica es capaz de bloquear la neurotransmisión en la unión neuromuscular y terminales nerviosas colinérgicas.

En el presente trabajo se evaluaron prospectivamente 14 pacientes con Sd. de Frey severo (postparotidectomía conservadora) manejados con inyecciones intracutáneas de toxina botulínica tipo A. De las parotidectomías, 11 fueron totales y 3, parciales. Ninguno recibió radioterapia de la región.

La toxina botulínica tipo A liofilizada fue reconstituida con solución salina hasta una concentración final de 25 UI/0.1 ml. Por cada cm^2 de piel, se inyectó 0.1 ml de solución en forma intracutánea y con aguja fina. Para el seguimiento, se hicieron visitas periódicas a los 1,3,6 y 9 meses. La efectividad de la inyección se determinó por medio del test de almidón yodado Minor. El promedio de seguimiento fue de 7 meses (3-9 meses).

La inyección fue efectiva en todos los casos dentro de los dos primeros días. Ningún paciente presentó recurrencia del cuadro durante el periodo de seguimiento (3-9 meses). La debilidad parcial, temporal y suave del labio superior (2 casos), recuperada dentro de los primeros 3 meses, fue el único efecto adverso encontrado. Estos dos pacientes fueron los únicos con compromiso de la piel a nivel del pliegue nasolabial.

Los resultados obtenidos confirman los hallazgos de trabajos previos que indican que la inyección intracutánea de toxina botulínica tipo A es un tratamiento real y altamente efectivo para el Síndrome de Frey.

Andrés Lanas V.

RESULTADO DE LA TERAPIA ANTIRREFLUJO PARA EL TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS CRÓNICA.

OUTCOMES OF ANTIREFLUX THERAPY FOR THE TREATMENT OF CHRONIC LARYNGITIS

Hanson DG, Kamel PL, Kahrilas PJ.

Ann-Otol-Rhinol-Laryngol 1995-104(7): 550-5

Este trabajo tiene por objetivo demostrar que los síntomas y signos de la laringitis crónica en sus distintos grados son consecuencia del reflujo ácido gastrofaríngeo y que esta patología es tratable con terapia antirreflujo.

Se realizó una selección de 233 casos de pacientes con laringitis crónica de más de 3 meses de evolución. Todos los pacientes fueron examinados por los autores y tratados para todas las otras causas de laringitis crónica, descartando del estudio a 51 de ellos. Los pacientes no fueron sometidos a estudio de reflujo gastroesofágico previo.

Los pacientes restantes fueron sometidos a un tratamiento progresivo para reflujo, evaluando la desaparición de los síntomas y la involución de los cambios en la laringoscopía. El tratamiento comenzó con medidas antirreflujo por 6 semanas (no comer ni beber 3 horas previas a acostarse, elevación de la cabecera de la cama de 14 a 25 cm.), 93/182 respondieron (51%). El resto se trató con famotidina 20 mg al acostarse, 48/89 respondieron luego de 6 semanas (54%). Los restantes se trataron con omeprazol 20 mg al día, manteniendo las medidas generales, 34/41 respondieron satisfactoriamente; los 7 pacientes que restaron requirieron tratamiento con altas dosis de omeprazol o cirugía (fundoplicatura), luego de lo cual hubo regresión de los síntomas y de los signos a la laringoscopía de laringitis crónica posterior.

En resumen, este trabajo aporta evidencia cierta de que el tratamiento antirreflujo es efectivo en la reducción o eliminación de los síntomas y signos de la laringitis crónica.

Erick Palacios G.

ESTUDIO COMPARATIVO PROSPECTIVO RANDOMIZADO ENTRE DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL ENDOSCÓPICA Y DACRIOCISTORRINOSTOMÍA EXTERNA.

PROSPECTIVE RANDOMIZED COMPARISON OF ENDONASAL ENDOSCOPIC DACRYOCYSTORHINOSTOMY AND EXTERNAL DACRYOCYSTORHINOSTOMY.

Hartikainen J, Antila J, Varpula M, Puukka P, Seppä H, Grénman R.
Laryngoscope 1998-108: 1861-1866

El tratamiento tradicional para la obstrucción del conducto nasolacrimal es la dacriocistorrinostomía externa (DCR-ext), desarrollada por los oftalmólogos. El desarrollo de la cirugía endoscópica funcional ha despertado el interés por la dacriocistorrinostomía endonasal endoscópica (DCR-ee). Las ventajas de la técnica están relacionadas con la ausencia de cicatriz cutánea y disrupción de la anatomía y función del canto interno.

El estudio compara la DCR-ee sin láser y la DCR-ext tradicional.

Se incluyeron 64 casos en 60 pacientes con obstrucción del saco nasolacrimal o del conducto. Se dividieron en 2 subgrupos según los síntomas: epífora o dacriocistitis crónica. Se randomizaron en 2 subgrupos de operación: 32 DCR-ee y 32 DCR-ext. Se describe la técnica quirúrgica en cada subgrupo.

La permeabilidad del conducto nasolacrimal se comprobó mediante irrigación y/o dacriocintigrafía, realizándose el seguimiento por un año. Algunos pacientes fueron reintervenidos.

El éxito de la DCR-ee fue de 75% y 91% para la DCR-ext, no siendo estadísticamente significativo. El éxito posterior a la cirugía secundaria fue de 97% para ambas técnicas.

El tiempo operatorio para la DCR-ee fue de 38 minutos y de 78 minutos para la DCR-ext con un P=0,001.

La DCR-ext tiene un éxito primario mayor con pocos riesgos en cuanto a la herida cutánea, mientras que la DCR-ee tiene un tiempo operatorio menor. El éxito secundario de ambas técnicas es igual, por lo que ambas son aceptables como alternativa.

María Milena Agurto V.