

Revista de Revistas

TRAMADOL (CLORHIDRATO DE TRAMADOL) VS DICLOFENACO PARA ANALGESIA POST AMIGDALECTOMÍA

Tramadol vs Diclofenac for posttonsilectomy analgesia.

Courtney M, Cabraal D. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 127: 385-8

La amigdalectomía es la operación más frecuentemente realizada por los otorrinolaringólogos. El dolor es el principal obstáculo en la rehabilitación del paciente amigdalectomizado.

La analgesia estudiada en este trabajo se define como la del primer día post operatorio en adelante para diferenciarla de la analgesia utilizada el día de la cirugía.

El analgésico para el manejo del dolor post amigdalectomía debería estar disponible en forma oral, tener una alta potencia, no ser depresor de la vía respiratoria y no tener efectos adversos de importancia.

La intención de este estudio fue comparar la efectividad del clorhidrato de Tramadol vo y diclofenaco vo en el manejo del dolor post amigdalectomía en pacientes sobre 11 años de edad.

Pacientes y método. Pacientes con indicación de amigdalectomía de 11 años y más. Se excluyeron: pacientes de menos de 11 años, asmáticos, embarazadas, epilépticos y alérgicos a alguna de las drogas utilizadas.

Los pacientes ingresaron normalmente el día de la cirugía, en ese momento se les randomizó para el uso de uno de los dos analgésicos estudiados, formando dos grupos.

Un grupo recibió 14 días de clorhidrato de tramadol vía oral, 100-200 mg diarios según peso.

La amigdalectomía se realizó mediante disección con electrocauterio en todos los pacientes estudiados.

Los pacientes asignaron un puntaje de 1 a 100 a su dolor en una escala análoga visual diseñada para este estudio, desde el día 1 al día 14 post operatorio.

Resultados. Participaron 64 pacientes en el estudio; de éstos, 49 completaron los datos solicitados.

De éstos no existió diferencia estadísticamente significativa respecto a la composición de ambos grupos ni en las complicaciones post operatorias.

Ningún paciente requirió reoperación o transfusión.

Comentario. El estudio sugiere que otalgia referida y odinonofagia post amigdalectomía serían causadas por la inflamación y sus mediadores, por la alteración de la mucosa, por la irritación nerviosa y el espasmo de los músculos faríngeos expuestos. Este dolor podría llegar a ser muy intenso, especialmente en adultos y durar 10 días o más.

La analgesia post amigdalectomía no puede ser sedante ni depresor respiratorio, para que pueda ser utilizada en pacientes ambulatorios que requieren volver a sus actividades prontamente.

Los opiáceos no cumplen con estos requisitos.

Los anti-inflamatorios no esteroideos pueden ser utilizados en pacientes ambulatorios; sin embargo, por su mecanismo de acción poseen efectos secundarios importantes como úlcera péptica y falla renal.

Por lo anterior, existe la necesidad de contar con alternativas a los analgésicos no esteroideos y opiáceos en el tratamiento del dolor post amigdalectomía.

Este estudio demuestra que el clorhidrato de Tramadol es tan efectivo como el diclofenaco en el tratamiento del dolor post amigdalectomía.

César Gómez V-S

Becado 1º año
Hospital San Juan de Dios

INCIDENCIA DE CARCINOMA EN ASIMETRÍA DE AMÍGDALAS

Incidence of carcinoma in incidental tonsil asymmetry. *Syms M, Birkmire-Peters D, Holtel M. Laryngoscope 2000 110:1807-10*

Desde 1950 se han redefinido las indicaciones de amigdalectomía. Una de las indicaciones absolutas es la sospecha de tumor maligno. El carcinoma epidermoide a menudo se presenta con ulceración de la mucosa. Otros cánceres de amígdalas se presentan con mucosa normal y asimetría tonsilar.

El objetivo del trabajo es determinar la incidencia de malignización en pacientes con crecimiento tonsilar unilateral y resto de examen físico normal. Para ello se revisó las fichas de pacientes amigdalectomizados entre 1994 y 1998, excluyéndose los pacientes con enfermedad conocida de cuello, mucosa tonsilar anormal y pacientes con tumor primario desconocido. Para evaluar asimetría se utilizó estimación clínica.

De los 570 pacientes operados, 49 presentaron asimetría, con mucosa normal y examen de cuello negativo: 32 hombres y 17 mujeres, con un promedio de edad de 26 años. Dos de estos 49 pacientes presentaron malignización: 1 hombre de 41 años y 1 mujer de 27 años. En ambos casos se trató de Linfoma de células B. Además se encontró una correlación entre el tamaño estimado clínicamente y la medición que realizó el patólogo.

El trabajo pone en discusión la real necesidad de realizar tonsilectomía en los pacientes que presentan hiperplasia unilateral con mucosa sana y cuello negativo, debido a que la incidencia de malignización en este estudio fue de un 4,8%.

Se concluye que del total de amigdalectomías, un 8,6% presenta asimetría con mucosa normal y cuello negativo. De estos, en un 4,8% se evidenció malignidad.

Por lo tanto, la cirugía tiene un bajo rendimiento. Existe correlación entre la estimación clínica del tamaño amigdalino y la medición efectuada por el patólogo.

Viviana Vergara T.

Becado 2º año
Hospital San Juan de Dios

VALORACIÓN ESTROBOSCÓPICA DE LA QUERATOSIS DE LA CUERDA VOCAL Y DEL CANCER GLÓTICO

Stroboscopic assesment of vocal fold keratosis and glotic cancer.

Colden D, Jarboe J, Zeitels S, Bunting G, Hillman R, Spanou K. Ann Otol Rhinol Laringol 2001; 110: 293-98.

Se ha destacado a la estroboscopia laringea como un método diagnóstico que puede objetivar los estadios premalignos del cáncer glótico a través de la disminución de la onda mucosa y de la vibración de la cuerda vocal. Esto se explicaría porque se alteran las propiedades viscoelásticas de la lámina propia superficial de la cuerda vocal, resultando en una disminución de la flexibilidad de ésta.

El objetivo del presente trabajo es verificar si la estroboscopia es un método confiable para diferenciar al cáncer glótico invasivo de la atipia intraepitelial y determinar si la magnitud de la reducción de la onda mucosa y de la vibración de la cuerda vocal, guardan relación con la profundidad de la lesión del estudio histológico.

Para esto se realizó una valoración estroboscópica preoperatoria, a cargo de 4 examinadores expertos, de 52 pacientes, que tenían 62 lesiones queratósicas (5 pacientes tenían lesiones bilaterales).

Posteriormente se realizó la microcirugía laringea con estudio histopatológico intraoperatorio y diferido, comparando los hallazgos histológicos con los parámetros evaluados en la estroboscopia preoperatoria.

De las 62 lesiones, 45 correspondían a atipias intraepiteliales o hiperplasias y 17 a cáncer microinvasor. De los 17 cánceres, 6 invadían la lámina propia superficial, 9 el ligamento vocal y 2 el músculo vocal.

De las 45 lesiones intraepiteliales pesquizadas en el estudio histológico, se pudo evaluar en la estroboscopia preoperatoria sólo 28 lesiones en relación a la amplitud de la vibración y 30 lesiones respecto a la onda mucosa.

De las 28 lesiones intraepiteliales en que se analizó la amplitud, ésta se encontraba normal en 2, reducida en 24 y ausente en 2.

De las 30 lesiones intraepiteliales en que se evaluó la onda mucosa, ésta se encontraba normal en 2, reducida en 24 y ausente en 4.

La amplitud de la vibración de la cuerda vocal, al igual que la propagación de la onda, estaban ausentes en 2 de los 4 carcinomas en los cuales la invasión no llegaba hasta el ligamento vocal.

De acuerdo a este estudio, la estroboscopia laríngea no es un método adecuado para diferenciar las atipias intraepiteliales del cáncer invasor, y tampoco sus hallazgos se relacionan con la profundidad de la invasión. A pesar de esto, una onda mucosa relativamente normal, sugiere que la lesión no se extiende hasta el ligamento vocal.

*Rodolfo Nazar S.
Becado 1^{er} año
Hospital JJ Aguirre*

PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE

Recurrent respiratory papillomatosis.

Craig S, Derkay. Laryngoscope 2001; 111: 57-69.

La papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) causada por el virus papiloma humano (HPV) es la neoplasia benigna de la laringe más común en los niños. A pesar de su histología benigna tiene consecuencias potencialmente mórbidas por el compromiso de la vía aérea y el riesgo de malignización, además de ser difícil de tratar por su tendencia a la recurrencia y a diseminarse a lo largo del tracto aereodigestivo. El curso de la enfermedad es variable, desde una remisión espontánea hasta una transformación maligna.

En esta revisión clínica se discute lo que se conoce sobre su etiología: los más frecuentes son los HPV subtipos 6 y 11, los mismos responsables de las lesiones genitales (condilomas acuminados).

La PRR se diagnostica en los niños entre los 2 y 4 años de edad. Un 75% se diagnostica antes de los 5 años. En los adultos se diagnostica entre los 20 y 40 años. En los niños la forma juvenil es más agresiva: aquellos que se diagnostican antes de los 3 años de edad tienen más riesgo de requerir

más de 4 cirugías al año y de tener 2 o más sitios anatómicos comprometidos. En los adultos es menos agresiva. Un 50% de los adultos requieren menos de 5 cirugías en su vida. Un 17%, de niños y un 19% de adultos tienen PRR agresiva, definida por la necesidad de más de 40 cirugías a lo largo de la vida.

La transmisión de la enfermedad en los niños es a través de madres con infecciones genitales por HPV y en los adultos está asociada al contacto oro-genital.

Se destacan características clínicas, como la triada clásica de disfonía, estridor y distress respiratorio, el cual tiene una alta necesidad de traqueostomía (TQT), que lamentablemente ayuda a diseminar la enfermedad fuera de la laringe y hacia la tráquea distal. La TQT debe evitarse y la decanulación considerarse tan pronto como la enfermedad se maneje efectivamente. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran el asma, croup, alergia, nódulos vocales y bronquitis, parálisis de cuerdas vocales, quistes, hemangiomas y estenosis subglóticas. El reflujo gastroesofágico (RGE) es un factor de riesgo para la persistencia de la enfermedad. La diseminación extralaríngea de la PRR se ve en el 30% de los niños y 16% de los adultos. Los sitios más frecuentes son cavidad oral, tráquea y bronquios.

Se presenta una descripción detallada del manejo quirúrgico y anestésico.

El láser CO₂ vaporiza las lesiones con precisión, con mínimo sangrado, reduce considerablemente el daño a las cuerdas vocales y limita la cicatrización. Sin embargo, son necesarios múltiples procedimientos para evitar la TQT y permitir al niño desarrollar una buena fonación.

En algunos casos se ha complementado y hasta reemplazado el uso del láser CO₂ con el microdebridador endoscópico. Se puede disminuir la cicatrización laríngea usando hojas de rasurar pequeñas (< 2 mm).

Siempre se debe tener a mano una caja de TQT pediátrica. Se realiza una laringoscopia diagnóstica, que puede complementarse con una tráqueo y/o broncoscopia. Si no hay enfermedad distal puede intubarse la tráquea. Las lesiones son gradualmente vaporizadas hasta el

nivel de la mucosa, evitando entrar en el espacio de Reinke y el músculo vocalis profundo, evitando las lesiones térmicas al tejido circundante. Tener cuidado de no dañar la comisura anterior ni posterior, dejando al menos 1 mm de mucosa no tratada para que no se desarrolle una sinequia. Se inicia el procedimiento removiendo los papilomas de la laringe supraglótica, seguido de la mitad anterior de ambas cuerdas vocales. Si hay enfermedad en la mitad posterior de la glotis o en la subglotis y el tubo endotraqueal obstruye la exposición de estas áreas, se busca un método alternativo de anestesia, como la técnica en apnea, la ventilación espontánea o la ventilación jet y sevoflurano. Esta última elimina el riesgo potencial de incendio del tubo endotraqueal y permite una buena visualización de las cuerdas vocales. Sin embargo, esta técnica permite la posibilidad de transmitir partículas de HPV a la vía aérea distal. Es prudente aceptar cierta cantidad de papiloma residual, más que producir daño al tejido normal con una cicatrización excesiva. Aún con la remoción de todos los papilomas, puede haber virus latente en el tejido adyacente aparentemente normal, lo que puede explicar la naturaleza recurrente de la papilomatosis. Los objetivos del tratamiento, en casos extensos deben ser: disminuir el tumor, disminuir la diseminación de la enfermedad, crear una vía aérea segura y permanente, mejorar la calidad de la voz

y aumentar el tiempo de intervalo entre las cirugías. El uso inapropiado y agresivo del láser puede también causar lesiones de tejidos no afectados y crear un ambiente propicio para la implantación de partículas virales.

Se discuten las modalidades adyuvantes de la cirugía. Hasta un 10% de los pacientes requieren alguna forma de tratamiento adyuvante. La terapia más recomendada es el alfa interferón (IFN), que modula la respuesta inmune del huésped, aumentando la producción de proteína quinasas y endonucleasas, que inhiben la síntesis de proteínas virales. La terapia fotodinámica se basa en la transferencia de energía a drogas fotosensibles que se concentran en los papilomas y se fotoactivan con láser de argón. Se ha visto una pequeña disminución en el crecimiento de la PRR, pero los pacientes se vuelven demasiado fotosensibles por 2 a 8 semanas. Existe un suplemento dietético (indol-3-carbinol) en el repollo, brócoli y coliflor, que ha mostrado inhibir la formación de papilomas en los ratones. Se menciona el uso de drogas antivirales, como la rivabirina, el aciclovir y las inyecciones intralesionales de cidofovir. Un control óptimo del RGE puede mejorar el curso de los pacientes.

Paola Neumann M.
Becada 3^{er} año
Hospital JJ Aguirre