

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Artículos valorados críticamente

La adenoidectomía no parece eficaz para disminuir la incidencia de infecciones del tracto respiratorio superior

Jullien S¹, Buñuel Álvarez JC²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Girona (España).

²Àrea Bàsica de Salut Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona (España).

Correspondencia: Sophie Jullien, sophjullien@gmail.com

Palabras clave en inglés: respiratory tract infections; adenoids; adenoidectomy.

Palabras clave en español: infecciones del tracto respiratorio; adenoides; adenoidectomía.

Fecha de recepción: 23 de octubre de 2011 • **Fecha de aceptación:** 31 de octubre de 2011

Fecha de publicación del artículo: 03 de noviembre de 2011

Evid Pediatr. 2011;7:90.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Jullien S, Buñuel Álvarez JC. La adenoidectomía no parece eficaz para disminuir la incidencia de infecciones del tracto respiratorio superior. Evid Pediatr. 2011;7:90.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2011;7:90>

©2005-11 • ISSN: 1885-7388

La adenoidectomía no parece eficaz para disminuir la incidencia de infecciones del tracto respiratorio superior

Jullien S¹, Buñuel Álvarez JC²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Girona (España).

²Área Básica de Salud Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona (España).

Correspondencia: Sophie Jullien, sophjullien@gmail.com

Referencia bibliográfica: Van den Aardweg MT, Boonacker CW, Rovers MM, Hoes AW, Schilder AG. Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections: open randomised controlled trial. *BMJ*. 2011;343:d5154.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: en niños con infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior, la adenoidectomía no ofrece beneficios en comparación con la actitud de vigilancia expectante para disminuir la incidencia de nuevos episodios.

Comentario de los revisores: los resultados del presente estudio desaconsejan la práctica de la adenoidectomía para reducir la incidencia de infecciones respiratorias altas. En esta situación hay que explicar a los padres que estas infecciones constituyen una fase del desarrollo inmunitario normal de cualquier niño.

Palabras clave: infecciones del tracto respiratorio; adenoides; adenoidectomía.

Adenoidectomy does not seem effective in reducing the incidence of upper respiratory tract infections

Abstract

Authors' conclusions: in children with recurrent upper respiratory tract, adenoidectomy offers no benefit compared with the attitude of watchful waiting in reducing the incidence of new episodes.

Reviewers' commentary: the results of this study discourage the practice of adenoidectomy for the indication of reducing the incidence of upper respiratory tract infections. In this situation it's necessary to explain to parents that these infections are a normal immune development phase of any child.

Keywords: respiratory tract infections; adenoids; adenoidectomy.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: evaluar la efectividad de la adenoidectomía en niños con infecciones del tracto respiratorio superior (ITRS) recurrentes.

Diseño: ensayo clínico aleatorizado (ECA) no enmascarado.

Emplazamiento: hospitalario. Once hospitales y dos centros académicos de los Países Bajos.

Población de estudio: pacientes entre uno y seis años de edad, seleccionados por otorrinolaringólogos, con indicación de adenoidectomía con o sin miringotomía, entre abril de 2007 y abril de 2009. Se incluyeron aquellos pacientes cuya indica-

ción quirúrgica fue la recurrencia de ITRS. Se excluyeron del estudio aquellos niños con adenoidectomía o amigdalectomía previa, drenajes timpánicos o indicación de colocación de estos últimos, síndrome de Down o malformaciones craneofaciales. Se seleccionaron 373 niños, de los cuales 111 cumplieron los criterios de inclusión.

Intervención: se asignaron de manera aleatoria a dos grupos: 54 sujetos para adenoidectomía con/sin miringotomía en las siguientes seis semanas (grupo A) y 57 para actitud expectante (grupo B).

Medición del resultado: la variable principal estudiada consiste en el número de ITRS por persona y año. Un episodio de ITRS se definió mediante dos o más de los criterios siguientes:

fiebre mayor de 38 °C medida con un termómetro timpánico, congestión nasal o respiración bucal, secreción nasal, odinofagia y tos. Se contemplaron las siguientes variables secundarias: días con ITRS por persona y año, incidencia de ITRS moderadas y graves, días y episodios de otalgia y fiebre, días con fiebre, días de ausencia escolar por ITRS, prevalencia semanal de ITRS y calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados principales: la edad media de los pacientes en los grupos A y B fue de 36 y 38 meses, respectivamente, con una media de episodios de ITRS en el año previo al estudio de diez y de nueve. La incidencia de ITRS durante los 24 meses de seguimiento fue de 7,91 por persona y año en el grupo A y de 7,84 en el grupo B (diferencia de tasas de incidencia: 0,07; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: -0,7 a 0,85). Se contabilizaron 66,1 y 67,36 días con ITRS por persona-año (diferencia de tasas de incidencia: -1,27; IC 95%: -3,52 a 0,99) en los grupos A y B, respectivamente. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a incidencia y días por persona y año de ITRS moderadas y graves, incidencia y días de otalgia con fiebre, días de ausencia escolar por ITRS y calidad de vida relacionada con la salud. Los niños del grupo A presentaron de manera significativa mayor número de días de fiebre que los del grupo B (diferencia: 3,51 días; IC 95%: 2,33 a 4,69). En ambos grupos hay una disminución similar de la prevalencia semanal de ITRS con el paso del tiempo. El 40% de los niños del grupo B fue sometido a tratamiento quirúrgico durante el periodo de seguimiento, sin presentar afectación más grave de ITRS respecto al 60% de niños restante, ni mejoría clínica postoperatoria. No se observaron diferencias significativas en los resultados ajustados por factor de confusión. Tampoco se observaron diferencias significativas en los análisis de sensibilidad, en los que los intervenidos del grupo B fueron excluidos o cambiados de grupo.

Conclusión: en niños seleccionados para la realización de adenoidectomía por ITRS recurrente, la adenoidectomía inmediata no reduce el número de ITRS respecto a una actitud expectante inicial.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: ZonMw (the Netherlands Organisation for Health Research and Development), healthcare research programme, subprogramme effects and costs 2007.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: la adenoidectomía (con o sin amigdalectomía y/o colocación de drenajes timpánicos) es, posiblemente, la intervención quirúrgica programada que se realiza con más frecuencia en niños¹. Los motivos de su indicación son diversos, siendo uno de ellos la reducción de la incidencia de las ITRS. Sin embargo, la eficacia de esta medida no había sido objeto de estudio hasta la actualidad. Por ello, la realización de este ECA está plenamente justificada.

Validez o rigor científico: se trata de un ECA en el que, por la propia naturaleza de las intervenciones comparadas, no era posible la presencia de enmascaramiento. El tamaño muestral se estimó para detectar diferencias importantes entre grupos, aunque la potencia del estudio parece escasa para detectar diferencias menores, para los ajustes multivariantes y especialmente para los análisis de sensibilidad. Las variables de intervención y de medición de los resultados estaban claramente definidas. Podría pensarse que la ausencia de enmascaramiento podría "motivar" a los padres cuyos hijos fueron operados a comunicar menos ITRS, pero no se constataron diferencias entre grupos en cuanto a incidencia de ITRS. Se realizó un análisis multivariante que tuvo en cuenta diversos factores que podían actuar como potenciales factores de confusión. El análisis de los resultados se hizo por intención de tratar, remediando de esta forma las condiciones de la práctica clínica habitual, tratando de controlar las consecuencias del hecho de que hasta un 40% de los niños asignados al grupo de vigilancia expectante se sometió más tarde a adenoidectomía. El estudio se completó con varios análisis de sensibilidad, en los que se cambió de grupo (análisis por protocolo) o se excluyó a esos niños.

Importancia clínica: no existieron diferencias en la tasa de incidencia de ITRS entre los grupos de intervención y de control durante los dos años de seguimiento (7,91 episodios/persona y año frente a 7,84 episodios/persona y año; diferencia de tasas de incidencia: 0,07; IC 95%: -0,7 a 0,85). La única diferencia significativa es desfavorable a la intervención (más días de fiebre). Considerando estos resultados, la adenoidectomía no parece eficaz para reducir las ITRS. Otros estudios realizados con objetivos similares también constataron ausencia de diferencias significativas, aunque adolecían de un tamaño de muestra pequeño^{2,3}. La relación beneficios-riesgos-costes es desfavorable a la intervención, al demostrarse esta ineficaz y estar asociada, además, a efectos adversos que deben tenerse en cuenta, como hemorragia postoperatoria (entre el 1,8⁴ y el 3,4%⁵ de los casos) y los costes de hospitalización, ocupación de quirófanos y costes indirectos en forma de horas de trabajo perdidas por los padres para permanecer al cuidado de su hijo.

Aplicabilidad en la práctica clínica: no debe recomendarse la adenoidectomía para el tratamiento de las ITRS. Existe actualmente una variabilidad injustificada en cuanto a la frecuencia con que esta intervención (y de la amigdalectomía, con la que en ocasiones se asocia) se practica y en cuanto a las indicaciones de la misma⁶. No existe en la actualidad una guía de práctica clínica de buena calidad metodológica que establezca claramente las indicaciones de esta intervención quirúrgica. En espera de la misma, se sugiere explicar pacientemente a los padres que las ITRS forman parte del desarrollo normal de los niños durante sus primeros años de vida.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Fernández C, Morales Sánchez R, Regueras Santos L, Mata Zubillaga D, Iglesias Blázquez C, Rodríguez Fernández LM. Actuaciones quirúrgicas en nuestro medio. *Bol Pediatr.* 2008;48:46-51.
2. Rynnel-Dagoo B, Ahlbom A, Schiratzki H. Effects of adenoidectomy: a controlled two-year follow-up. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1978;87:272-8.
3. Koivunen P, Uhari M, Luotonen J, Kristo A, Raski R, Pokka T et al. Adenoidectomy versus chemoprophylaxis and placebo for recurrent acute otitis media in children aged under 2 years: randomised controlled trial. *BMJ.* 2004;328:487.
4. Arnoldner C, Grasl MCh, Thurnher D, Hamzavi JS, Kaider A, Brunner M et al. Surgical revision of hemorrhage in 8388 patients after cold-steel adenotonsillectomies. *Wien Klin Wochenschr.* 2008;120:336-42.
5. Attner P, Haraldsson PO, Hemlin C, Hessén Soderman AC. A 4-year consecutive study of post-tonsillectomy haemorrhage. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2009;71:273-8.
6. Oterino de la Fuente D, Castaño Riera E. La amigdaloadenoidectomía infantil después de Glover. En: *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica* [en línea] [fecha de consulta: 13-X-2011]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=39>