



## **La adenoamigdalectomía proporciona un escaso beneficio clínico en niños que padecen infecciones del tracto respiratorio superior**

### **Estudio:**

van Staaïj BK, van den Akker EH, van der Heijden GJMG, Schilder AG, Hoes AW. **Adenotonsillectomy for upper respiratory infections: evidence based?** Arch Dis Child 2005; 90: 19-25.

### **Diseño:**

Revisión sistemática/metaanálisis.

### **Objetivo:**

Determinar si la adenotonsilectomía (AT), en comparación con la no intervención o con la adenoidectomía aislada, produce una disminución de la incidencia de episodios de amigdalitis, una disminución de días de absentismo escolar debido a amigdalitis y una disminución de la incidencia de episodios de infección del tracto respiratorio superior (ITRS).

### **Fuentes de Datos:**

Medline (01/1966-06-2003), OldMedline (01/1963-12/1965), y base de datos Cochrane hasta junio de 2003. Se revisó la bibliografía de los artículos para recuperar trabajos anteriores a 1963. La búsqueda se restringió al inglés.

### **Selección de los estudios:**

1) Criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorios (ECA) o estudios controlados no aleatorios que investigaran la eficacia de la AT; 2) el grupo control no debía haber estado sometido a cirugía o haber recibido en todo caso solo adenoidectomía; 3) edad de los pacientes menor de 18 años; 4) los estudios debían comunicar resultados clínicamente relevantes; 4) los resultados debían haber sido publicados antes de junio de 2003.

Dos revisores evaluaron por separado los criterios de elegibilidad. Los resultados de los ECA y de los estudios no aleatorios se evaluaron por separado. Estos revisores evaluaron además la validez interna de los estudios mediante una escala de 10 puntos y la validez externa mediante una escala de 8 puntos.

### **Resultados principales:**

Se recuperaron 71 estudios, de los cuales 6 ECA y 7 estudios no controlados cumplieron los criterios de elegibilidad. Se analizarán exclusivamente los resultados de los seis ECA.

La validez interna de la mayoría de estudios fue escasa, alcanzando una mayor puntuación en los criterios de validez externa. Cinco de los seis grupos control no

recibieron ninguna intervención mientras que uno fue sometido a adenoidectomía. No se refiere en el estudio un análisis detallado de las pérdidas en cada uno de los ECA, ofreciendo únicamente un dato general de que éstas fueron numerosas, entre un 8% y un 39% durante el periodo de seguimiento, sin expresar tampoco cómo se repartieron entre el grupo de intervención y el grupo control.

Existió heterogeneidad entre los resultados de los estudios, por lo que se utilizó un modelo de efectos aleatorios para la estimación conjunta de los resultados.

Los resultados fueron valorados al año, dos y tres años de seguimiento. Los pacientes sometidos a AT padecieron 1,2 episodios de amigdalitis por persona-año menos que los controles-Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%: -1,3 a -1,1) (2483 personas-año valoradas). Los pacientes sometidos a AT presentaron menos días de absentismo escolar en comparación con los controles: -2,8 días por persona-año; IC 95%: -3,9 a -1,6 (1596 personas-año valoradas). Los pacientes sometidos a AT presentaron menos episodios de ITRS en comparación con los controles: -0,5 días por persona-año; IC 95%: -0,7% a -0,3%.

Los resultados de los estudios no aleatorios fueron similares.

### **Conclusiones de los autores:**

La AT proporciona una pequeña reducción de los episodios de amigdalitis, de los días de absentismo escolar por esta enfermedad y de los episodios de ITRS en comparación con la ausencia de intervención quirúrgica.

### **Conflicto de intereses:**

No consta.

### **Fuente de financiación:**

Dutch Health Care Insurance Board (OG-99-060).

---

### **Comentario Crítico:**

Los resultados de esta revisión sistemática han de ser interpretados con suma precaución. Las limitaciones metodológicas de cada uno de los ensayos individuales, así como el tipo de estrategia de búsqueda llevada a cabo, pueden haber repercutido en una sobreestimación de la efectividad de la intervención analizada. Los seis ECA se caracterizaron por alcanzar puntuaciones muy bajas en los criterios de validez interna y no consta que los resultados de los mismos se evaluaran de forma ciega (evaluación ciega por terceros), lo que hubiera sido preceptivo al tratarse de estudios que evalúan una intervención quirúrgica en comparación con una actitud expectante. El hecho de que los ECA alcancen mayores puntuaciones en la escala de validez externa no sirve de alivio, ya que sin validez interna no puede haber validez externa (1). La búsqueda bibliográfica sólo se restringió al idioma inglés, por lo que es probable que los ECA con resultados negativos quedaran excluidos como es bien conocido (2).

Es muy probable que, debido a las limitaciones metodológicas presentes, exista una sobreestimación del efecto de la AT. Pero aunque no existiera y el efecto fuera real, la disminución de un solo episodio de amigdalitis por niño y año es de dudosa relevancia clínica teniendo en cuenta el tipo de intervención, de tipo quirúrgico, con las molestias que conlleva para el niño y sus padres. Intervención, además, no exenta de complicaciones (3).

En resumen, parece recomendable la realización de un ECA bien diseñado, con evaluación ciega de sus resultados por investigadores ajenos a la intervención que haya recibido cada niño, asegurando un seguimiento adecuado y con un tamaño de muestra suficiente para poder resolver esta cuestión con la mayor precisión. Hasta entonces no parece aconsejable, a la luz de los conocimientos actuales sobre el tema, aconsejar la AT ante un niño con amigdalitis de repetición, máxime cuando además se trata de una enfermedad cuya incidencia espontáneamente disminuye con la edad tal y como los propios autores reconocen (4).

**Autor:**

José Cristóbal Buñuel Álvarez  
Pediatra  
ABS Girona- 4 (Institut Català de la Salut)

**Bibliografía:**

1. Argimón JM, Jiménez J. Plan general de una investigación. En: Argimón JM, Jiménez J editores. **Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud**. Barcelona: Ediciones Doyma, SA: 1991.p.7-16.
2. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Tratamiento. En: Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB editores. **Medicina Basada en la Evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE**. 2ªed. Madrid: Ediciones Harcourt, SA: 2001.p.91-134.
3. Pratt LW. **Tonsillectomy and adenoidectomy: mortality and morbidity**. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1970; 74: 1146-1154.
4. van Staaik BK, van den Akker EH, van der Heijden GJMG, Schilder AG, Hoes AW. **Adenotonsillectomy for upper respiratory infections: evidence based?** Arch Dis Child 2005; 90: 19-25.