

Utilización de anapsos en niños con faringoamigdalitis

Valoración de la actividad de anapsos en niños con faringoamigdalitis mediante la reducción del número de amigdalectomías

Ignacio Arruti González*, Paloma Rodríguez García** y Paula Casallas Austin***

*Coordinador ORL SNS, **Facultativo Especialista, ***Residente MIR.
Servicio de ORL. Unidad ORL-Infantil, Complejo Hospitalario de Navarra.

Sumario

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	4
MATERIAL Y MÉTODOS	4
RESULTADOS Efectos secundarios	5
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	7
BIBLIOGRAFÍA	7

Resumen

■ **Objetivo:** Valorar la actividad de anapsos, un modificador de la respuesta biológica, en la disminución del número de recurrencias de faringoamigdalitis y de intervenciones quirúrgicas de amigdalectomía en niños.

■ **Material y método.** El estudio se llevó a cabo durante el período enero-diciembre de 2010 en una población de 67 niños de 2-16 años, con cuadros de faringoamigdalitis de repetición, y derivados a nuestro Servicio de ORL para valorar la necesidad de una amigdalectomía.

■ **Resultados.** La disminución del número de recidivas ha sido valorada como respuesta satisfactoria total en 38 niños, satisfactoria parcial en 18 niños y respuesta no satisfactoria en 11 niños. Al final del estudio el número de pacientes que requirió amigdalectomía fue de 16 niños, frente a los 51 niños que no necesitaron cirugía después del tratamiento con anapsos.

■ **Conclusiones.** El tratamiento con anapsos contribuye positivamente en la reducción del número de recidivas y de intervenciones quirúrgicas de amigdalectomía.

Palabras clave: faringoamigdalitis de repetición, amigdalectomía, anapsos.

■ INTRODUCCIÓN

La amigdalitis aguda es una patología infecciosa que afecta con más frecuencia a la población infantil, pero que causa un gran número de derivaciones desde las consultas de pediatría a la atención especializada para valorar la necesidad de una intervención quirúrgica¹. El cuadro clínico varía en función del agente causante (vírico o bacteriano), su virulencia y el estado físico e inmunocompetente del paciente. El tratamiento médico conservador a veces no es efectivo y ante la recurrencia del proceso se plantea la posibilidad de un tratamiento definitivo quirúrgico mediante una amigdalectomía. La amigdalectomía es una de las intervenciones quirúrgicas que con más frecuencia se han realizado en los últimos tiempos y, a pesar de que no se indica actualmente de una forma tan indiscriminada, sigue siendo la segunda cirugía más frecuente realizada en niños.

A pesar de ser técnicamente fácil no por ello es una cirugía exenta de riesgos²⁻⁴ y conlleva un alto gasto sanitario. Desde hace dos décadas se ha tomado conciencia de la problemática y existen unas indicaciones definidas. En nuestro servicio de ORL-infantil, en cuanto al número de procesos, seguimos las indicaciones definidas en la guía SIGN y que recientemente han sido publicadas

por la American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery⁵:

- Faringoamigdalitis aguda recurrente con más de 7 episodios en los últimos 12 meses.
- Faringoamigdalitis aguda recurrente con más de 5 episodios/año, en los últimos 2 años.
- Faringoamigdalitis aguda recurrente con más de 3 episodios/año, en los últimos 3 años.

Siguiendo la tendencia de los últimos años de utilizar inmunomoduladores (modificadores de la respuesta biológica^{6,7}) para el tratamiento de las enfermedades infecciosas nos planteamos el uso de anapsos, sustancia derivada del helecho *Polypodium leucotomos*, con propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras, para estudiar su efecto sobre la faringoamigdalitis recurrente en nuestra población infantil. La actividad estimuladora-activadora de los linfocitos T, de las células *natural killer* y de diferentes citoquinas confieren al producto una acción sobre la inmunidad celular, lo que se traduce en la práctica en una actividad inmunomoduladora⁸. Aunque la indicación de anapsos habitualmente es en paciente adultos, hay estudios referenciados, realizados en niños con dermatitis atópica y en infecciones víricas, en los que queda demostrado que el producto ha sido utilizado sin presentar efectos secundarios ni complicaciones en la edad pediátrica, con unos resultados favorables⁹⁻¹².

La amigdalitis aguda es una patología infecciosa que afecta con más frecuencia a la población infantil, pero que causa un gran número de derivaciones desde las consultas de pediatría a la atención especializada para valorar la necesidad de una intervención quirúrgica.

■ OBJETIVO

La finalidad de este estudio observacional es valorar la actividad de anapsos mediante:

- Cuantificación de la disminución del número de recurrencias de faringoamigdalitis a los 2 y a los 6 meses.
- Cuantificación del número de intervenciones quirúrgicas de amigdalectomía, tras el tratamiento con anapsos en una población infantil que sufre faringoamigdalitis de repetición y es remitida al servicio de ORL por su pediatra, para valorar la intervención quirúrgica.

En teoría la gran mayoría de niños remitidos por procesos infecciosos de repetición cumplen los criterios para indicar una amigdalectomía. Durante el tiempo de espera quirúrgica es cuando se realiza el tratamiento con anapsos.

■ MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se planteó en niños de 2-16 años, con cuadros de faringoamigdalitis de repetición derivados a nuestro Servicio de ORL-Infantil para valorar la necesidad de una amigdalectomía. Se incluyeron únicamente los casos en que la indicación se fundamentaba

en el número de procesos previos. La duración del seguimiento ha sido de 12 meses (de enero a diciembre de 2010), con una recogida de datos inicial de enero a junio (primera consulta en la que se exploraba al paciente y se instauraba el tratamiento) y unas revisiones posteriores de los pacientes a los 2 y a los 6 meses. Se han incluido 68 pacientes sin distinción de sexo con la siguiente distribución por edades (fig. 1):

- Edad entre 2-6 años: 44 pacientes.
- Edad entre 7-12 años: 19 pacientes.
- Edad entre 13-16 años: 5 pacientes.

La dosificación de anapsos administrada fue:

- Edad menor a 6 años: 2 cápsulas/día en dos tomas, mañana y noche.
- Edad de 6 a 12 años: 3 cápsulas/día en dos tomas, mañana y noche.
- Edad mayor de 12 años: 4 cápsulas/día en dos tomas, mañana y noche.

La duración media del tratamiento ha sido de un mes y medio y en ningún caso ha sido necesaria su suspensión. Cuando llegaron a nuestro servicio presentaban la recurrencia de episodios que se expone en la tabla 1.

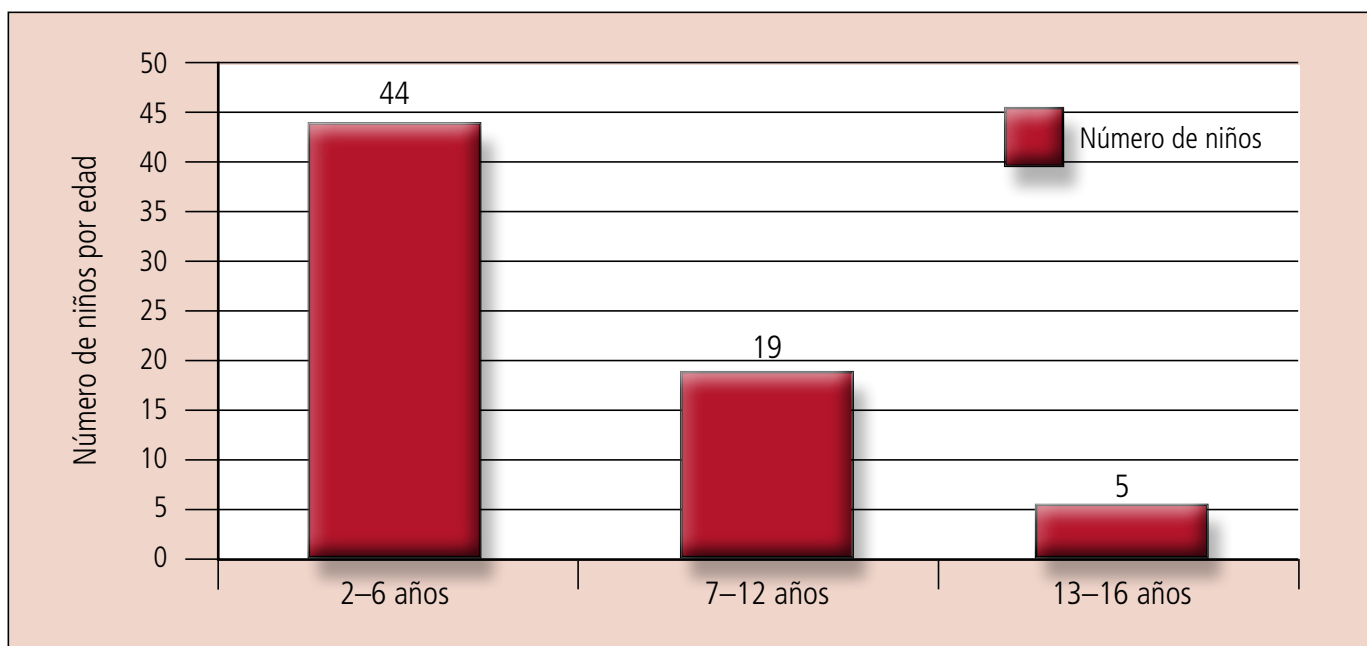


Figura 1. Distribución por edades.

Tabla 1. Recurrencia de episodios

> 3 episodios / 12 meses	16 niños
> 5 episodios / 12 meses	29 niños
> 7 episodios / 12 meses	22 niños

- En la exploración cervical se palparon adenopatías cervicales en la primera consulta en 36 pacientes, y en 31 pacientes, no. No existía registro de este dato en un paciente.

- Las determinaciones sanguíneas en la primera consulta de ASLO, proteína C, VSG y factor reumatoide revelaban que el 60% de los episodios previos eran de etiología vírica y el 40% bacteriana.

- Con el estudio analítico y la exploración clínica se descartaba proceso agudo en el momento del inicio del tratamiento.

■ RESULTADOS

Se decidió cuantificar las respuestas de la siguiente forma (fig. 2):

- Satisfactoria total (ST): aquella en que a los 6 meses el paciente presentaba una desaparición total de los episodios. Al final del estudio se obtuvieron 38 respuestas ST.

- Satisfactoria parcial (SP): aquella en la que había presentado de 1 o 2 episodios sobre la referencia inicial. Se obtuvieron 18 respuestas SP.

- No satisfactoria (NS): aquella en la que el paciente refería el mismo número de recurrencias que antes de iniciar el tratamiento con anapsos, o más de dos procesos durante el seguimiento. Se obtuvieron 11 respuestas NS.

En teoría la gran mayoría de niños remitidos por procesos infecciosos de repetición cumplen los criterios para indicar una amigdalectomía. Durante el tiempo de espera quirúrgica es cuando se realiza el tratamiento con anapsos.

El número de pacientes que requirió amigdalectomía fue de 16 sobre un total de 67 pacientes, dado que durante el seguimiento un paciente se perdió, porque no acudió a las revisiones. De estos pacientes 11 tuvieron respuesta NS y otros 5 respuesta SP (de los cuales 3 casos se asociaban con obstrucción de la vía aérea). El restante de los remitidos para amigdalectomía (a 51 pacien-

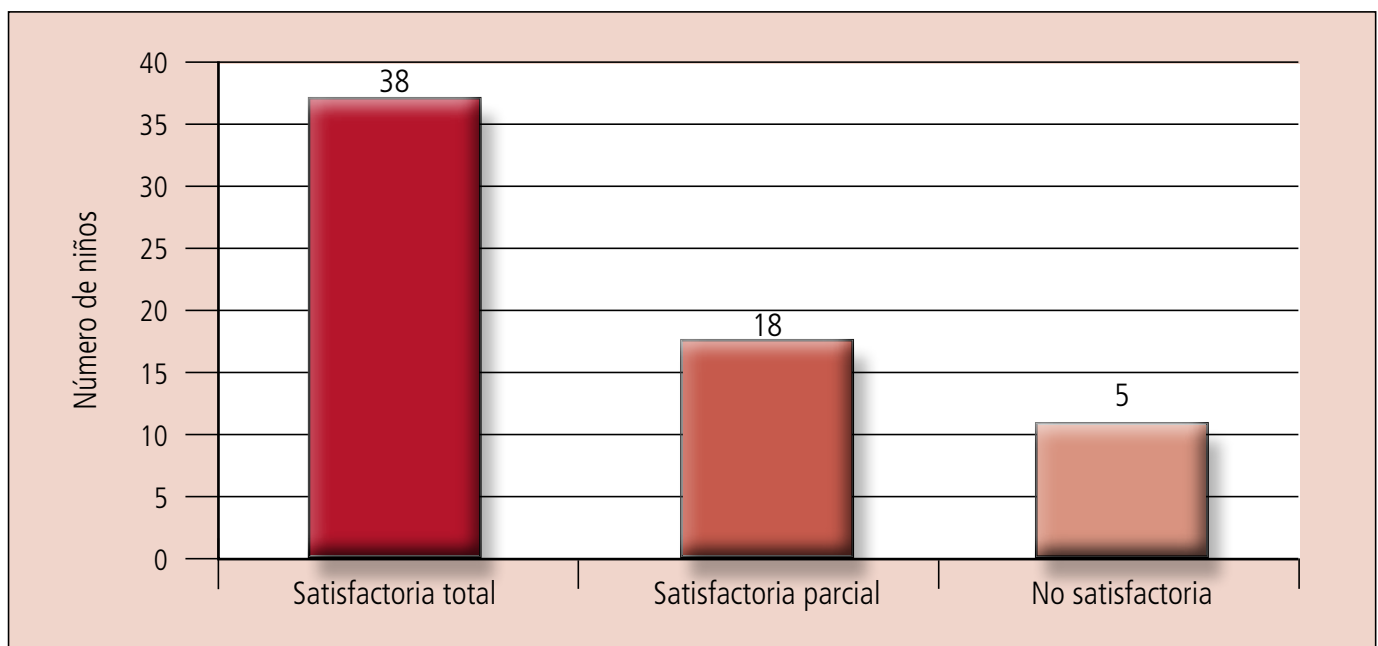


Figura 2. Cuantificación de las respuestas.

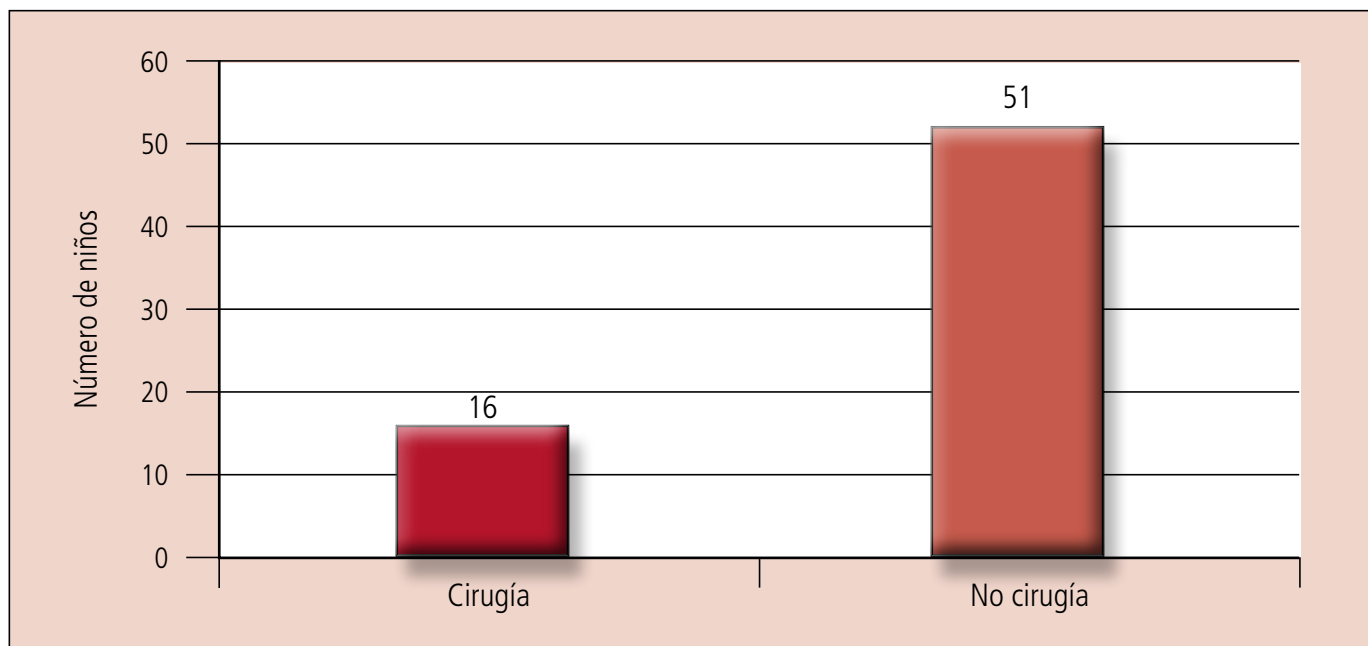


Figura 3. Resultados en los pacientes que requirieron o no cirugía.

tes) evolucionó satisfactoriamente sin cirugía después del tratamiento con anapsos (fig. 3).

Efectos secundarios

La medicación fue correctamente tolerada por la mayoría de los pacientes, dado que sólo en 4 de los 67 pacientes fue registrada alguna incidencia en este sentido, con una entidad insignificante.

Esto se comprobó a los 2 y a los 6 meses de haber comenzado el tratamiento.

Un paciente de 8 años afectado de púrpura de Schonlein-Henoch y que había sido remitido para amigdalectomía, debido a que las descompensaciones de su enfermedad de base siempre ocurrían tras procesos faringoamigdalares, refirió náuseas y dolor abdominal a los pocos días

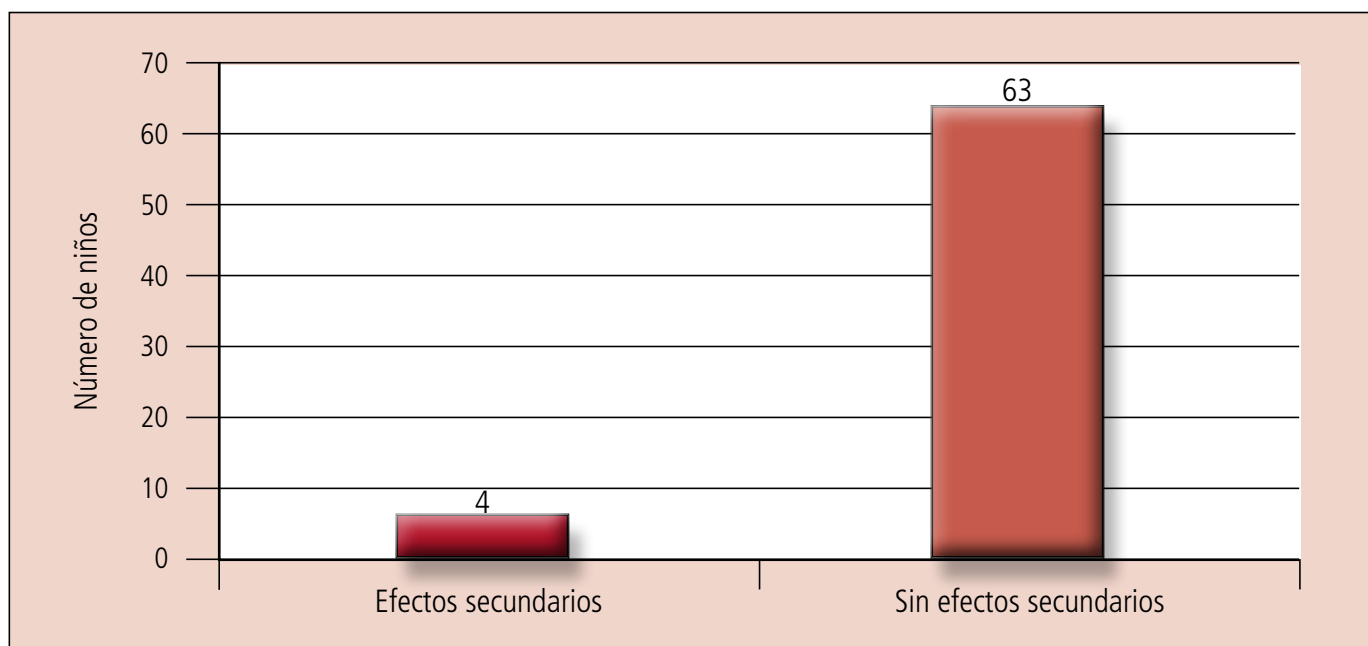


Figura 4. Resultados en cuanto a la aparición de efectos secundarios.

de empezar la medicación, pero sólo tras la dosis de la mañana.

Otro paciente de 4 años refirió la aparición de un episodio de aftas bucales al terminar el tratamiento con anapsos.

Un paciente de 4 años se quejó de que le producía cierta aerofagia. Un paciente de 9 años refirió aumento de apetito durante el período de la toma de anapsos. Ningún paciente precisó abandonar el tratamiento (fig. 4).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entre las respuestas cuantificadas como ST, destacan 2 casos por su especial relevancia.

Uno de ellos es el paciente afectado de púrpura de Schonlein-Henoch, que presentó un mejor control de su enfermedad de base después del tratamiento con anapsos, por lo que se planteó una dosis de recuerdo a los 6 meses del primer tratamiento.

El otro caso es el de un paciente de 13 años que refería 3 episodios agudos en el último año y dos de ellos habían requerido ingreso hospitalario por amigdalitis hemorrágica. Presentó una respuesta ST con ausencia de recaídas.

La población analizada por nosotros es representativa de los pacientes candidatos a una amigdalectomía derivados a una consulta de ORL especializada en población infantil.

Sólo 16 pacientes (23,8%) necesitaron cirugía. En total, 51 pacientes (76,2%) se beneficiaron del tratamiento, evitando la cirugía, con posibles efectos secundarios y produciendo un sensible ahorro económico para el sistema sanitario.

Por lo tanto, y sobre la base de nuestros resultados, podemos concluir que, tras haber analizado el seguimiento de 68 pacientes con amigdalitis recurrente derivados para amigdalectomía, el tratamiento con anapsos vía oral puede contribuir

positivamente a la reducción de intervenciones quirúrgicas (amigdalectomía). Además, su excelente tolerancia lo convierte en una alternativa muy a tener en cuenta antes de decidirse por el tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stuck BA, Götte K, Windfuhr JP, et al. Tonsillectomy in children. *Dtsch Arztebl Int.* 2008;105:852-60.
2. Oron Y, Marom T, Russo E, Ezri T, Roth Y. Don't overlook the complications of tonsillectomy. *J Fam Pract.* 2010;59:E4-9.
3. Statham MM, Myer CM. Complications of adenotonsillectomy. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;18:539-43.
4. Silva P, Varadarajan V, Loughran S. Tonsillectomy: a routine procedure? *Br J Hosp Med (Lond).* 2011;72:54.
5. Clinical Practice Guideline. Tonsillectomy in Children Otolaryngology - Head and Neck Surgery. 2011;144:S1.
6. Ortega del Alamo P, Rivera Rodríguez T, Sanz Fernández R. The effect of AM3 in the resolution of otitis media with effusion (OME) in paediatric patients. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2005;56:282-3.
7. Sempere JM, Campos A, Velasco RC, Marco F, Carrion MA. Inducción de linfocitos T y de células NK por anapsos. *Inmunología.* 1999;18:S1.
8. Sempere JM. Modificación de la respuesta inmune: fármacos inmunosupresores e inmunomoduladores. Editorial Alicante: A.S.A.C. Pharma Group, D.L. 2002.
9. Ordoñez Martínez F, Horna Rodríguez J. Tratamiento de la faringoamigdalitis no bacteriana del adulto. *News Letter Doyma.* 2004.
10. Ordoñez Martínez F. Seguimiento en pacientes con faringoamigdalitis no bacteriana tratados con anapsos. *News Letter Doyma.* 2007.
11. Ramírez A, Martínez A, González M, Gosálbez J, Ballesster J, Campos SJ. Reducción en el consumo de corticoides tópicos en pacientes con dermatitis atópica tratados con anapsos. *Doyma Update.* 2008.
12. Del Prado ME. Utilización de anapsos en verrugas vulgares recalcitrantes. *Doyma Update.* 2009.

