

Estudio número 6

Tratamiento médico frente a quirúrgico de la mastoiditis aguda pediátrica: una revisión sistemática.

Artículo publicado en la revista "The Laryngoscope".

El objetivo de esta revisión sistemática, realizada en hospitales de Cleveland, Seattle y Boston, fue evaluar la eficacia de las opciones de tratamiento de la mastoiditis aguda pediátrica. En la actualidad no existe consenso sobre su tratamiento.

Tras una revisión sistemática de la bibliografía disponible buscando en varias bases de datos se identificaron 310 artículos; 55 de ellos cumplieron con los criterios de inclusión. Treinta y tres evaluaron las opciones quirúrgicas e incluyeron 2.930 pacientes (edad media = 2,8 años), incluidos aquellos con miringotomía con o sin colocación de drenaje (n = 920); 140 necesitaron drenaje de absceso subperióstico (n = 42) con o sin miringotomía o colocación de tubos de drenaje, y 29 pacientes necesitaron mastoidectomía con o sin miringotomía o colocación de tubos (n = 612). Con el tratamiento quirúrgico, la tasa de curación varía entre el 94% y 99,7%.

Diecinueve estudios evaluaron el tratamiento médico (n = 990 pacientes). La tasa de curación promedio fue del 71,7% (mediana = 70%; rango, 26,3-100%), y el éxito estimado fue del 72,9%.

La miringotomía con o sin colocación de tubo y la mastoidectomía tienen las tasas de curación más altas en la mastoiditis aguda pediátrica. En presencia de un absceso subperióstico, se puede considerar la incisión y el drenaje con miringotomía con o sin colocación de tubo de drenaje. El tratamiento médico curó a casi el 72% de los niños. En última instancia, el manejo debe basarse en la experiencia y el juicio de los cirujanos, las características del paciente y la gravedad de la enfermedad.

Medical versus surgical treatment of pediatric acute mastoiditis: A systematic review..

Objective: There is no standard of care for treatment of pediatric acute mastoiditis (PAM). We systematically reviewed the English literature to evaluate the efficacy of PAM treatment options.

Methods: PubMed, Embase, MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, and the Cochrane Library were searched from inception to January 2016, along with manual bibliography searches, for studies describing surgical or medical therapy. Two independent evaluators reviewed each abstract and article.

Results: We identified 310 articles, and 55 met inclusion criteria. Thirty-three evaluated surgical options and included 2,930 patients (mean age=2.8 years) including those with myringotomy ± tube placement (n=920); 140 needed additional surgery, drainage of subperiosteal abscess (SPA) (n=142) ± myringotomy or tube placement, 29 patients needed additional surgery and mastoidectomy ± myringotomy or tube placement (n=612), with 611 reporting resolution. Using a random effects model, the estimated success probability with 95% confidence intervals (CI) are myringotomy ± tube placement 94% (95% CI: 84.5%-97.8%), and drainage of subperiosteal abscess with concurrent myringotomy ±

tube placement was 86.5% (95% CI: 66.4%-95.4%). Using a random effects model, mastoidectomy success was 99.7% (95% CI: 77.5%-100%). Nineteen studies evaluated medical therapy (n = 990 patients). The average cure rate was 71.7% (median = 70%; range, 26.3%-100%), and estimated success was 72.9% (95% CI: 60.5%-82.5%) by meta-analysis.

Conclusions: Myringotomy with or without tube placement and mastoidectomy have the highest cure rates for PAM. With SPA, incision and drainage with myringotomy with or without tube can be considered. Medical treatment cured nearly 72% of children. Ultimately, management should be based on surgeons' experience and judgment, patient characteristics, and severity of disease. Laryngoscope, 129:754-760, 2019.

© 2018 The American Laryngological, Rhinological and Otological Society, Inc.

Keywords: Antibiotics; mastoidectomy; mastoiditis; medical management; meta-analysis; outcomes; subperiosteal abscess; surgical management; systematic review

PMID: 30284265

Anne, S.; Schwartz, S.; Ishman, S.L.; Cohen, M.; Hopkins, B.