

ADENOAMIGDALECTOMÍA Y DESARROLLO DE SOBREPESO

ADENOTONSILLECTOMY AND THE DEVELOPMENT OF OVERWEIGHT
Wijga A, Scholtens S, Wieringa M, Kerkhof M, Gerritsen J, Brunekreef B, Smit H.
Pediatrics 2009; 123; 1095-101.

Muchos estudios demuestran la ganancia de peso acelerada después de una amigdalectomía y/o adenoidectomía en los pacientes pediátricos. Esto ha sido atribuido a la mejoría del apetito, aumento de ingreso calórico y disminución del gasto energético, y a la elevación de los niveles de *insulin-like growth factor 1* o a su proteína de transporte (IBP-3) después de la cirugía. Este efecto es visto como beneficioso en muchos niños con bajo peso antes de la cirugía, sin embargo, también ocurre en pacientes con peso normal y sobrepeso, pudiendo tener un rol en el desarrollo de sobrepeso en el futuro. Hasta el momento, el antecedente de (adeno) amigdalectomía no ha sido estudiado como un factor de riesgo para sobrepeso en la población general.

En el presente estudio, se utiliza una cohorte pediátrica holandesa (*Dutch Prevention and Incidence of Asthma and Mite Allergy Birth Cohort*). Se consideran los datos de peso, talla, antecedente de amigdalectomía y/o adenoidectomía, género, peso al nacer y antecedentes maternos (sobrepeso, tabaquismo, nivel educacional, lactancia materna), que se obtienen desde cuestionarios anuales que se realizan a los padres. El peso y la talla fueron medidos por los investigadores a todos los pacientes cuando cumplían 8 años.

En el estudio participan 4.146 niños nacidos entre 1996 y 1997 en 3 regiones de Holanda, teniendo 5% de pérdida de seguimiento (N final =3.963), y 2.214 (63%) participan en el registro antropométrico a los 8 años. La incidencia total de adenoidectomía fue de 12%, y de (adeno)

amigdalectomía, 15%; mayoritariamente entre los 2 y 5 años de vida, siendo discretamente más frecuente en el género masculino. Se excluye del estudio a los pacientes operados después de los 7 años, por tener menos de un año de seguimiento posquirúrgico. Se realiza ajuste estadístico por las demás variables mencionadas.

La prevalencia de sobrepeso en el grupo control (no operado) fue de 11,9%, en el grupo adenoidectomizado de 14,8%, OR 1.26 IC 95% (0.91-1.74); y en el grupo (adeno) amigdalectomizado, 19%, OR 1.61 IC 95% (1.23-2.10). La prevalencia de obesidad fue de 1,9%; 4,5% (OR 1.94 (1.02-3.70)) y 5,8% (OR 2.36 (1.41-3.97)), respectivamente (p <.01). Se analizó también la asociación del estado nutricional a los 2 años, y la incidencia posterior de (adeno) amigdalectomía, sin encontrar diferencias entre los grupos estudiados (OR ajustado 0.98 IC 95% (0.68-1.41), sugiriendo que la asociación entre cirugía y sobrepeso no se explica por la preexistencia de sobrepeso.

Los datos longitudinales anuales del peso y la talla registrados antes y después de la cirugía sugieren que la (adeno) amigdalectomía forma un punto de inflexión entre un período de bajo crecimiento pondo-estatural, y una rápida recuperación posterior, que podría explicar el riesgo de desarrollo de sobrepeso en el posoperatorio alejado.

Este estudio concluye que los niños operados de (adeno) amigdalectomía tienen mayor riesgo de desarrollar sobrepeso en el largo plazo. La consejería permanente en la dieta y los estilos de vida saludables, así como el control periódico del peso y la talla permitirían mantener las curvas de crecimiento dentro de los límites normales.

Dr. Rodrigo Cabezón A.
Hospital Clínico
Pontificia Universidad Católica de Chile