

eISSN 2444-7986

DOI: <https://doi.org/10.14201/orl.17231>

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTER DEL XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA. 1, 2 Y 3 DE JUNIO DE 2017, SALAMANCA (ESPAÑA)

Abstracts of oral communications and poster of the XXV Congress of the Otorhinolaryngological Society of Castilla y León, Cantabria and La Rioja. 1, 2 and 3 June 2017, Salamanca (Spain)

Fecha de publicación del fascículo: 20 de noviembre de 2017

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor



Índice	página
Comunicaciones orales	2-20
Comunicaciones póster	21-51

Nota del editor: los textos no han sido revisados y figuran según la versión final de los autores.

Comunicaciones orales

Título: Correlación entre el diagnóstico preoperatorio, la localización intraoperatoria y la tasa de cierre de fistulas de líquido cefalorraquídeo nasosinuales

Autores: VIVIANA ANDREA CIFUENTES-NAVA; JAIME SANTOS-PÉREZ; MARTA ALONSO-MESONERO; GUILLERMO CRIADO-ALBILLOS; FÉLIX SÁNCHEZ-BERNALDO; DARIÓ MORAIS-PÉREZ.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción: Las fistulas de líquido cefalorraquídeo (LCR), son una solución de continuidad entre la aracnoides y la duramadre. Si esta solución se produce en la región nasosinusal, se denomina rinolicuorrea. El protocolo diagnóstico de las fistulas LCR nasales, incluye tres puntos fundamentales, confirmar la rinolicuorrea, localizar el defecto de la base del cráneo y realizar un diagnóstico etiológico que identifique las posibles causas que la producen. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante el estudio bioquímico de la secreción nasal, fundamentalmente mediante dos marcadores, la proteína β 2-transferina y la proteína β -traza.

El diagnóstico de localización, puede hacerse mediante endoscopia nasosinusal, por la visión del denominado signo de Nowotny, reflejo luminoso pulsátil en la zona de la fístula o por observación directa del defecto de la base del cráneo o de una masa sospechosa de meningocele o meningoencefalocele, sin embargo, en muchas ocasiones la exploración suele ser totalmente normal, por lo que se precisan pruebas de imagen para la localización de la fístula de LCR. Las pruebas de imagen habitualmente utilizadas, son la TAC, RMN y más raramente la cisternografía, bien combinada con TAC, RMN o la gammagrafía con isótopos. Cada una de ellas, presenta una serie de características, ventajas e inconvenientes. La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), se ha convertido en las últimas décadas, en el método de elección para la reparación de fistulas de LCR nasosinuales. Sin embargo, aun siendo muy segura y eficaz, no está exenta de riesgos, que pueden aumentar su morbilidad. Por este motivo, un diagnóstico preoperatorio exacto de las fistulas de LCR, podría mejorar la eficacia y disminuir la morbilidad en el cierre endoscópico de las fistulas de LCR nasosinuales. Por último, la utilización intraoperatoria de fluoresceína intratecal, es aconsejada por numerosos Autores: como un método fiable para mejorar la localización y tasa de sellado de dichas fistulas.

De esta manera, nos planteamos un estudio de los métodos diagnósticos utilizados, las imágenes diagnósticas más útiles para la localización del defecto de la base de cráneo, la etiología de dichas fistulas, su localización y si la correlación entre el diagnóstico preoperatorio e intraoperatorio, podría mejorar el porcentaje de cierre de fistulas LCR.

Material y Método: Se realiza un estudio de serie de casos recogidos de forma retrospectiva de las fistulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) nasales, tratadas en nuestro servicio en el periodo 2003-2017. Se excluyen aquellas fistulas iatrogénicas cerradas intraoperatoriamente, que no precisaron estudio diagnóstico preoperatorio. Se analizan los métodos diagnósticos preoperatorios utilizados: bioquímico (Proteína beta-trace, β 2-transferina), radiológico (TAC, RMN y otros), uso de fluoresceína intratecal, su correlación con la localización intraoperatoria del defecto de la base de cráneo durante el abordaje quirúrgico utilizado y la tasa de éxito de cierre de fístula tras éste.

Resultados: Se estudian 30 fistulas LCR nasales registradas y tratadas en nuestro Servicio durante el periodo 2003-2017, tratadas en 27 pacientes, 11 varones y 16 mujeres, con edades comprendidas entre los 14 y los 76 años.

De las fistulas analizadas, 10 fueron espontáneas (33,33%), 12 iatrogénicas (41,37%), 5 postraumáticas (16,66%), 2 tumorales (6,66%) y en el caso de un meningocele gigante, no se pudo determinar la causa (3,33%).

Las fistulas iatrogénicas fueron producidas, tras una septoplastia, un taponamiento neumático por epistaxis, dos (etmoides y selar) en una misma paciente tras una cirugía de hipófisis realizada en otro centro y el resto tras procedimientos neuroquirúrgicos no endoscópicos. Las tumorales por un osteoma frontal y un macroadenoma hipofisario.

El diagnóstico bioquímico mediante proteína beta-trace se pudo realizar en 26 de los 27 pacientes (96,29%), siendo imposible recoger líquido para diagnóstico solamente en un paciente (3,70%).

El estudio topográfico se realizó mediante TAC en los 27 pacientes (100%), mientras que la RMN fue utilizada en 16 pacientes (59,17%). Dos pacientes (7,4%) fueron estudiados también mediante gammagrafía con isótopos.

La localización preoperatoria del defecto fue posible, mediante el estudio de técnicas de imagen, en 26 fístulas (86,6%). En los cuatro pacientes restantes, la localización en dos casos, no fue posible al tratarse de roturas en el diafragma sellar y en los otros dos no se localizó defecto alguno. La TAC localizó el defecto en 26 fístulas (89,65%). La imagen más frecuentemente encontrada fue la aparición de un defecto óseo en la base del cráneo (23/30, 76,66%), la presencia de un meningocele (8/30, 26,66%), la ocupación de celdillas etmoidales contiguas (2/30, 6,66%) y en un paciente la presencia de un osteoma. Se observó neumoencéfalo en 8 casos (26,66%).

La RMN localizó el defecto en 10 casos de los 16 realizados (62,5%). La hiperintensidad en T2 en el área de la fístula fue el hallazgo más frecuente (8/16, 50%) y se observó un meningocele en otros dos casos (12,5%).

La gammagrafía con isótopos no fue útil en ninguno de los dos casos referidos.

El defecto fue localizado intraoperatoriamente en 29 de las 30 fístulas estudiadas (96,66%), no siendo encontrado, en solamente 1 paciente (3,33%). En este caso la rinolicuorrea había cedido antes de la intervención quirúrgica.

La correlación entre la localización preoperatoria y el hallazgo intraoperatorio durante el cierre mediante CENS, fue del 86,66%. La fístula fue localizada preoperatoriamente en 26 de los 30 casos. La localización de las fístulas detectada intraoperatoriamente durante el abordaje endoscópico fue la siguiente: Lámina cribosa 30% (9/30), Etmoides y lámina cribosa 20% (6/30), Frontal 20% (6/30), Esfenoides 13,3% (4/30), etmoides 6,66% (2/30), Diafragma sellar 6,66% (2/30), no encontrada 3,33% (1/30). Las fístulas espontáneas se localizaron en la lámina cribosa en el 90 % de los pacientes (9/10) y en etmoides en el 10% (1/10). Las fístulas iatrogénicas se situaron en etmoides y lámina cribosa 33,33% (4/12), frontal 25% (3/12), diafragma sellar 16,6% (2/12), etmoides 8,3% (1/12) y esfenoides 8,3% (1/12). En un paciente tras fístula iatrogénica no se pudo localizar el defecto. Las fístulas traumáticas se localizaron en esfenoides 60% (3/5) y frontal 40% (2/5). Las fístulas de origen tumoral se situaron en frontal (1/2) y en diafragma sellar (1/2). En un paciente con fístula situada en etmoides-cribosa, no se pudo determinar la causa. La fístula LCR pudo ser sellada con éxito en el primer intento en un 86,66% de los casos (26/30). En los 3 casos fallidos, la rinolicuorrea apareció en dos pacientes en los primeros 5 días postquirúrgicos y un año después en el tercer paciente. En un segundo intento se logró el cierre de 2 de las tres fístulas restantes, lo que representa un porcentaje del 93,33% (28/30). En un caso, la rinolicuorrea cedió espontáneamente con drenaje lumbar y en el caso en que no se localizó la fístula y la licuorrea había cedido espontáneamente antes de la cirugía. Descartando al paciente cuya fístula no fue encontrada, la tasa final de cierre tras CENS fue del 89,65% (26/29) en el primer intento y de 96,55% (28/29) en el segundo intento. La tasa global de cierre final, incluyendo otras medidas terapéuticas fue del 100%. La tasa de sellado en el caso de las fístulas espontáneas fue del 100% en el primer intento. Las fístulas iatrogénicas se cerraron en un 75% (9/12) en un primer intento y en un 83,33% (10/12) en el segundo intento. Como se ha indicado, un caso cerró espontáneamente con drenaje lumbar. En el último caso, no fue encontrado el defecto intraoperatoriamente, cesando espontáneamente la rinolicuorrea sin ninguna medida. El porcentaje de cierre de las cinco fístulas postraumáticas, fue del 100% en el primer intento. Las fístulas de origen tumoral cerraron en un 50% (1/2) en el primer intento y el 100% (2/2) en el segundo. La fluoresceína intratecal fue utilizada en tres pacientes (10%). Solamente fue útil para la localización intraoperatoria en un caso (33,3%).

El porcentaje de sellado de las fístulas LCR en las que hubo correlación entre el diagnóstico preoperatorio y la localización postoperatoria, fue del 96,29% (26/27) en el primer intento y del 100% en el segundo intento. En los pacientes en los que no se encontró el defecto preoperatoriamente, en uno no se consiguió el cierre de la fístula, en otro fue necesario un segundo intento y en otro no fue localizado el defecto, lo que representa un porcentaje de cierre del 25% en un primer tiempo y del 50% en un segundo tiempo.

Conclusiones: Las fístulas LCR nasosinusales más frecuentemente encontradas son las iatrogénicas, fundamentalmente derivadas de procedimientos neuroquirúrgicos no endoscópicos, seguidas de cerca por las espontáneas, siendo éstas últimas, las más frecuentes en grandes series. El diagnóstico bioquímico, realizado con proteína β -traza, fue posible en el 96,29% de los pacientes. En el caso en que no fue posible conseguir una muestra, ante la alta sospecha de fístula de LCR nasal, con estudio de imagen positivo, seguimos nuestro protocolo habitual, localizando y cerrando la fístula mediante CENS.TAC y RMN, se muestran como las técnicas diagnósticas más útiles, confirmando además que la presencia de un defecto óseo u opacidad en seno contiguo en TAC, con o sin meningocele, coincidente con una hiperintensidad en T2 en RMN, parece la imagen diagnóstica más fiable para el diagnóstico topográfico de fístulas LCR. Aunque la TAC ha sido la técnica más empleada, hemos ido incorporando el uso de RMN en los últimos años, estando incluida ya hace tiempo, en nuestro protocolo diagnóstico de fístulas de LCR. La gammagrafía con isótopos no ha tenido ninguna utilidad en nuestra serie y la cisternografía TAC o RMN, si bien no han sido utilizadas por nosotros, podría tener alguna indicación en fístulas múltiples o no detectables con TAC/RMN, siempre que se trate de fístulas activas, no estando además indicada en meningitis o cuadros de hipertensión intracraneal. De esta manera el uso de TAC/RMN ha podido localizar preoperatoriamente el 86,6% de las fístulas, confirmándose intraoperatoriamente esta localización. Los casos en que fue imposible el diagnóstico preoperatorio, fueron los dos defectos en el diafragma selar, una fístula iatrogénica, en etmoides posterior-esfenoides, tras una intervención neuroquirúrgica y otra tras un taponamiento neumático por epistaxis. En este último paciente, la rinolicuorrea con β -traza positiva, había cedido los días previos a la intervención, siendo además las pruebas de imagen negativa, lo que nos llevó a incorporar a nuestro protocolo la posibilidad de actitud expectante en estos casos. El área más frecuente de fístulas de LCR nasosinusales, ha sido la lámina cribosa (30%), motivado, porque es en esta zona, donde se han localizado el 90% de las fístulas espontáneas. Si sumamos los defectos situados en etmoides-lámina cribosa (20%), la localización del defecto en nuestra serie coincidiría con los resultados de otros trabajos, que unen los casos de etmoides y cribosa en un solo grupo. Mientras que las fístulas espontáneas, como hemos señalado, se sitúan mayoritariamente en la lámina cribosa, las iatrogénicas y traumáticas se distribuyen entre etmoides-cribosa, frontal y esfenoides fundamentalmente. Por otro lado, el porcentaje de cierre de fístulas de LCR de la serie presentada, es similar a otras publicadas, cercano al 90% en un primer intento y al 96% en el segundo intento. La tasa de éxito más alta correspondió a las fístulas espontáneas, seguida de las traumáticas, las iatrogénicas y por último las de origen tumoral. Para lograr esta tasa de sellado, no ha sido necesario el uso sistemático de fluoresceína intratecal, utilizado solamente en tres casos (10%) y que reservamos para sospecha de fístulas múltiples, en caso de no localizar el defecto intraoperatoriamente o ante dudas diagnósticas. Se incorporó así a nuestro protocolo, tras el caso de una paciente intervenida en otro centro de un macroadenoma de hipófisis, al que se selló una fístula en etmoides posterior y días después comenzó nuevamente con rinolicuorrea, esta vez por un defecto en diafragma selar. Aunque no fue visualizada esta fuga en la primera cirugía, es posible que el uso de fluoresceína intratecal, hubiera evitado una segunda intervención. Por último, analizando la influencia en la tasa de cierre de la correlación entre el diagnóstico preoperatorio y la localización intraoperatoria de las fístulas LCR, observamos que dicha tasa de cierre, es muy superior en los casos en que hubo un diagnóstico preoperatorio exacto, 96,29% vs 25% en el primer intento y 100% vs 50% en el segundo. Afortunadamente, al tratarse de una tasa muy baja de fracasos, creemos necesario confirmar esta posibilidad con series más amplias. En definitiva, la cirugía endoscópica nasosinusal ha demostrado, también en nuestra serie, ser la técnica de elección para el cierre de fístulas de líquido cefalorraquídeo nasosinusales, por su alta eficacia y su baja tasa de complicaciones. No obstante, un diagnóstico preoperatorio exhaustivo, mediante el uso de β -traza, TAC, RMN, ocasionalmente de fluoresceína intratecal y el manejo de un protocolo adecuado, permiten una mejor y más exacta localización del defecto de la base del cráneo, durante el tratamiento endoscópico de fístulas de LCR, aumentando la eficacia y disminuyendo la morbilidad de los pacientes.

Persona de contacto: Jaime Santos Pérez
e-mail: jsp002@gmail.com

Título: Adenopatía cervical en pacientes con VIH. Evaluación y aproximación diagnóstica

Autores: S OMEDES-SANCHO; M.A MICHELENA-TRECU; A CARRERAS-ALCARAZ; A.N ORTIZ-RIVERA; P DÍAZ-DE-CERIO-CANDUELA.

Centro de trabajo: Hospital San Pedro (Logroño)

Introducción y objetivo: La aparición de adenopatías cervicales en pacientes con VIH es muy frecuente(54% de los casos).Constituye la manifestación más común en el cuello y la segunda en el área de cabeza y cuello tras la candidiasis orofaríngea. Existen causas infecciosas, tumorales e idiopáticas.El objetivo de este trabajo es revisar las principales causas, así como presentar las pruebas complementarias diagnósticas.

Material y Método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Pubmed utilizando como palabras clave HIV y cervical adenopathy o HIV y neck mass.Se seleccionaron los artículos publicados en los últimos 10 años. Se obtuvieron 57 resultados, seleccionando 12 artículos.

Resultados: La causa más importante(40% de los casos)es la hiperplasia linfoidea reactiva . La segunda causa es la infecciosa.Dentro de este grupo,la linfadenitis tuberculosa es la más habitual(20-30%). Otras causas (15%) son: la infección orofaríngea, la enfermedad del arañazo de gato, Toxoplasma gondii,virus(CMV y VEB) y quistes parotídeos. La causa tumoral constituye la tercera causa(15%). Los tumores más frecuentes asociados son los linfomas no Hodgkin, linfoma Hodgkin y carcinoma escamoso.Se sospecha causa tumoral si adenopatía más de 2 cm, unilateral, inicio paralelo a disminución de CD4, asimetría, síntomas constitucionales y adenopatía mediastínica.

El diagnóstico se basa en la PAAF. Hay que solicitar citología, citometría de flujo y cultivo. Se pide biopsia si sospecha de tumor o sospecha de infección con resultado de PAAF no concluyente o negativo.

Conclusiones:La aparición de adenopatías cervicales es una manifestación corriente en los pacientes con VIH. La hiperplasia reactiva benigna es la causa más común. La PAAF es la prueba principal que permite llegar al diagnóstico etiológico reservando la biopsia en caso de sospecha de tumor o resultado no concluyente o negativo de PAAF

Persona de contacto: Sara Omedes Sancho

e-mail: sara.omedes@gmail.com

Título: Comportamiento de la audición posterior a la instilación de gentamicina intratimpánica como tratamiento de la Enfermedad de Ménière refractaria

Autores: JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE-MARTINI; ROSALYN CHAVES-ARAUJO; AURYMAR FRAINO; MARÍA MARCO-CARMONA; ÁNGEL BATUECAS-CALETRIO.

Centro de trabajo: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Hospital Clínico.

Introducción y objetivo: La enfermedad de Menière (EM) es un trastorno multifactorial que se inicia probablemente por la combinación de factores genéticos y medioambientales. La prevalencia es aproximadamente 34-190 casos/100.000. La edad de inicio se sitúa entre la tercera y la séptima década de la vida con un ligero predominio en mujeres. El riesgo de EM es mayor en individuos mayores (OR ajustada por cada 10 años de incremento de edad: 1,5), raza blanca (OR 1,7) y obesidad severa (OR 1,7). En los estudios histopatológicos, se asocia con la acumulación de endolinfa en el conducto coclear y los órganos vestibulares, aunque el hídrops endolinfático (HE) no explica todas las características clínicas de la enfermedad, incluyendo la progresión de la hipoacusia o la frecuencia de las crisis de vértigo. Se caracteriza por episodios de vértigo espontáneo que habitualmente se presenta con hipoacusia neurosensorial unilateral (HNS) fluctuante, acúfenos y plenitud ótica. Los síntomas cocleares pueden ocurrir también entre los episodios de vértigo. Los criterios que actualmente la definen son: Dos o más episodios de vértigo espontáneo, con una duración entre 20 min y 12 H, hipoacusia neurosensorial de frecuencias bajas y medias documentada con audiometría en un oído, definiendo el oído afectado en al menos una ocasión antes, durante o después de uno de los episodios de vértigo, síntomas auditivos fluctuantes (hipoacusia, acúfenos o plenitud) en el oído afectado y por ultimo no existe otro diagnóstico vestibular que explique mejor los síntomas. En la mayoría de los

pacientes con EM, el tratamiento médico es suficiente para controlar los síntomas, sin embargo, en un pequeño porcentaje, la intensidad y la frecuencia de las crisis hacen necesario adoptar medidas más agresivas, entre ellas la administración de aminoglucósidos por vía local o sistémica, o bien procedimientos quirúrgicos.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo durante el periodo comprendido entre 1993-2016, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de EM definitiva que fueron tratados con gentamicina intratimpánica para el control de crisis vestibulares agudas que no presentaban remisión con tratamiento médico. Se obtuvieron datos referentes a sexo, edad, años de evolución de la enfermedad, afectación unilateral o bilateral, selectividad de afectación (oído derecho o izquierdo), número de inyecciones intratimpánicas hasta lograr control de crisis vestibulares, Promedio Tonal Auditivo (PTA) antes de la primo-inyección y posteriormente a los seis meses, al año y a los dos años.

Resultados: De los 21 pacientes incluidos en el estudio 38.09 % fueron mujeres y 61.91% fueron hombres, con un media de edad 65.52 años, +/- 11.2 DE. La media de años de evolución de la enfermedad fue de 11,38 años, +/- 4.84 DE. El 90.47 % de los pacientes presentaron EM unilateral, mientras que el 9.52 % fue bilateral, predominando en los pacientes con enfermedad unilateral, la afectación del oído izquierdo con un 52.63 %, a diferencia del derecho con un 47.36%. La media del número de inyecciones necesarias para el control de las crisis vestibulares fue 3.04, +/- 1.96 DE. En el presente estudio se obtuvo que el 39.13 % de los pacientes tratados, presentaron un descenso de la PTA con respecto a su PTA previa a la instilación, tomando como criterio de alteración de la audición, los cambios en la Audiometría Tonal Liminar mayores o menores a 10 dB. El 60,57 % restante no presentó cambios audiométricos o incluso mejoró su audición al controlar las crisis vestibulares.

Conclusiones: La intención del tratamiento mediante la instilación intratimpánica de gentamicina en pacientes con enfermedad de Meniere refractaria es detener o reducir la frecuencia y gravedad de los ataques de vértigo alterando la fisiopatología del órgano vestibular, intentando a su vez, preservar la audición basal del paciente. Existe una amplia variedad de métodos de administración y estos difieren en la técnica de administración, dosis, frecuencia y cuando decidir poner punto final al tratamiento. La elección de un sistema de instilación se basa generalmente en la frecuencia, siendo inyección transtimpánica la más apropiada para los pacientes que reciben tratamiento una vez por semana. En vista de los resultados obtenidos podemos concluir que el tratamiento con gentamicina intratimpánica presenta una importante selectividad por las células ciliadas vestibulares obteniendo un buen control de las crisis vertiginosas y genera un porcentaje menos considerable de daño en las células cocleares, por lo que la audición en un 60.57 % de los pacientes tratados no presentó empeoramiento con respecto a su audición previa. Persona de contacto: Intraprendente Martini JF.

e-mail: Jefraima@yahoo.es

Título: amigdalectomías parciales como tratamiento del SAHOS infantil en el Hospital Universitario de Salamanca

Autores: ROSALYN CHAVES-ARAUJO; SARA SANTOS-PÉREZ; JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE-MARTINI; ENRIQUE GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; FERNANDO BENITO-GONZÁLEZ.

Centro de trabajo: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: La hipertrófia de las amígdalas palatinas es la causa más frecuente de síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHOS) en niños, resolviéndose esta tras la intervención quirúrgica en la mayoría de los casos. En un inicio la técnica habitual era la amigdalectomía total asociada o no a adenoidectomía; sin embargo, habitualmente no es necesario la exéresis total de las amígdalas para el flujo aéreo, por lo que se inició la realización de amigdalectomías parciales en el tratamiento del SAHOS, convirtiéndose en la actualidad, en muchos centros, la técnica de elección ante este diagnóstico, ya que permite un abordaje menos agresivo, lo que llevó a la realización de múltiples estudios destinados a comparar la efectividad de las amigdalectomía parciales, frente a las totales, que han demostrado que ambas son igual de efectivas en el tratamiento del SAHOS infantil, sin embargo, la amigdalectomía parcial se ha asociado a una recuperación más rápida, menor dolor postoperatorio y reducción de las

comorbilidades, aunque hay estudios que sugieren que la recidiva puede ser más frecuente debido al crecimiento del tejido amigdalino. El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia de recidivas y crecimiento amigdalino posterior a una amigdalectomía parcial como tratamiento del SAHOS infantil, así como los factores asociados a una mayor comorbilidad en el Hospital Universitario de Salamanca.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de los pacientes a los que se llevo a cabo amigdalectomía parcial por SAHOS pediátrico desde el 2005 hasta abril de 2016, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Salamanca, incluyéndose 118 pacientes en edades comprendidas entre 1 y 14 años en el momento de la intervención, la realización de polisomnografía no fue un requisito indispensable para establecer el diagnóstico. Los datos fueron recogidos entre marzo y Abril de 2017. Se realizó un seguimiento de al menos 1 año después de la cirugía. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 23, utilizando t-student y chi-cuadrado con tablas de contingencia para la estadística analítica.

Resultados: De los 118 pacientes intervenidos, 32,2% eran mujeres y 67,8% eran hombres, a todos se les realizó adenoidectomía y amigdalectomía parcial con bisturí eléctrico, siendo la edad media de los pacientes en el momento de la intervención de 4,4 años. Durante el seguimiento, 22 pacientes (18,6%) refirieron persistencia o reaparición de al menos uno de los siguientes síntomas: crecimiento amigdalino, roncopatía, SAHOS, hipoacusia o insuficiencia ventilatoria nasal, tan solo 6 de ellos precisaron reintervención quirúrgica. La recidiva más frecuente fue la hipoacusia, 10 pacientes (8,5%), el crecimiento amigdalino se produjo en 6 pacientes intervenidos (5,1%), la reaparición de SAHOS se produjo en 3 pacientes (2,5%), la roncopatía en 2 (1,7%), y la insuficiencia ventilatoria nasal en 1 (0,8%). Se encontró una relación significativa entre la aparición de recidiva y los antecedentes médicos del paciente, siendo esta más frecuente en aquellos con enfermedades sindrómicas y enfermedades no sindrómicas relacionadas como asma y bronquiolitis. Con respecto al grupo de pacientes en los que se observó crecimiento amigdalino, se encontró relación estadísticamente significativa con los antecedentes personales de alergia y de padres alérgicos. En cuanto a los pacientes reintervenidos (5 por hipoacusia y 1 por crecimiento amigdalino), se encontró relación significativa con el diagnóstico previo objetivo de hipoacusia y con los antecedentes personales de alergia.

Conclusiones: La amigdalectomía parcial ha demostrado ser una técnica efectiva como tratamiento definitivo del SAHOS en los pacientes pediátricos. La mayoría de las recidivas se relacionan con el crecimiento de las amígdalas adenoideas, mientras que las recidivas por el crecimiento de las amígdalas palatinas son poco frecuentes y no suelen tener repercusión clínica. En este estudio, la regeneración de las amígdalas palatinas se ha relacionado con los antecedentes personales y familiares de alergia

Persona de contacto: Rosalyn Chaves Araujo

e-mail: rosalyn104@gmail.com

Título: RMN de difusión en el diagnóstico del colesteatoma

Autores: CRISTINA CORDERO-CIVANTOS; JUDITH PÉREZ-SÁEZ; CARLOS MARTÍN-GÓMEZ*; JESÚS VENEGAS-GÓMEZ*; ARTURO RIVAS-SALAS; ANA ISABEL NAVAZO-EGUÍA.

Centro de trabajo: Servicio ORL Hospital Universitario de Burgos

*Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Burgos.

Introducción y objetivo: El colesteatoma es una lesión pseudo tumoral compuesta por una matriz activa que forma acúmulos de epitelio estratificado, queratinizado en su interior, sin vascularización significativa, con capacidad de crecimiento concéntrico en forma de capas de cebolla, que en su desarrollo remodela y destruye las estructuras óseas vecinas. En los últimos años la resonancia magnética de difusión ha ayudado al diagnóstico por imágenes en los casos en los que la tomografía computada no es concluyente y, en el escenario posquirúrgico, cuando la TC no logra discriminar entre el tejido inflamatorio y la enfermedad residual o recidivante.

Material y Método: La RM de difusión permite diferenciar al colesteatoma del tejido de granulación, tejido fibroso, granuloma de colesterol o líquido seroso, en aquellos casos en los que el TC es inespecífico. Presentamos una serie de 20 casos de nuestro hospital, a los que se les ha realizado un RM en los que el TC no podía especificar si había colesteatoma.

La secuencia básica para el estudio del colesteatoma se denomina DWI PROPELLER que es una secuencia no EPI, multishot Turbo SE T2. 18 de los pacientes habían sido intervenidos anteriormente de colesteatoma, y en 2 de ellos el TC no podía especificar si era tejido de granulación o colesteatoma. De los 18 pacientes intervenidos con anterioridad 8 presentaban recidiva de colesteatoma y 10 era tejido inflamatorio. En los otros 2 casos uno se pudo objetivar colesteatoma milimétrico y en otro solo se objetivó tejido de granulación. Al realizar esta prueba en estos pacientes pudimos decidir con más seguridad intervenir en 9 de los casos, y en los otros 11 realizar seguimiento.

Conclusiones: La RM de difusión es una prueba útil en aquellos casos de colesteatoma congénito o adquirido, en los que el TC no es concluyente. Y también para realizar controles en pacientes intervenidos previamente, para poder discriminar entre tejido inflamatorio crónico y recidivas o persistencias; evitando así en muchas ocasiones intervenciones que no son necesarias.

Persona de contacto: Cristina Cordero Civantos

e-mail: cris.corciv@gmail.com

Título: Beca Sociedad ORL CLCR 2015. Fundación Fisch, Luzern, Suiza.

Autores: EDUARDO ANTONIO MENA-DOMÍNGUEZ

Centro de trabajo: Hospital de Santa Bárbara, Puertollano

Memoria de estancia de la beca de la sociedad ORL CLCR, obtenida en 2015. Rotación con el Dr. Linder, que dirige el programa de fellowship de otología y base de cráneo de la fundación de microcirugía Fisch, en Luzern, Suiza (junio-julio 2016). Asistencia a sesiones clínicas, cursos de fresados, consultas, quirófanos, acceso a material docente, etc

Persona de contacto: Eduardo Mena

e-mail: edumen2@gmail.com

Título: Utilidad de PET -TAC en Tumores de cabeza y cuello

Autores: GABRIEL AGUILERA-AGUILERA; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; PEDRO BLANCO-PÉREZ; JUAN CARLOS DEL-POZO-DE-DIOS; JOSÉ MANUEL SERRADILLA-LÓPEZ.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: Durante décadas la TC ha sido la prueba de elección en el paciente oncológico, proporcionando información morfológica de las alteraciones que conlleva la enfermedad tumoral. La aparición del PET aportó una gran mejoría para la valoración del estado metabólico de la enfermedad pero con escasa resolución anatómica. Nace así entonces una tecnología híbrida PET-TAC que permitía obtener en una sola exploración imágenes de fusión anatómicas (TC) y metabólicas (PET) del mismo paciente con una gran precisión. Según la Sociedad Americana de Cáncer, los tumores malignos de cabeza y cuello, corresponden entre el 3% al 5% de todos los tumores malignos diagnosticados en Estados Unidos, siendo el 90% de estos Carcinoma epidermoide.

Material y Método: Se presenta un estudio retrospectivo descriptivo de 76 pacientes seguidos en consulta de oncología ORL entre los años 2014-2016. A cada uno de ellos se le realiza exploración física, realización PET TAC inicial de estadiaje y posteriormente de control (3-4 meses después de tratamiento recibido), para valorar el rendimiento de esta prueba: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, detección de tumor de origen desconocido, metástasis (cambio de decisión terapéutica) y segundos tumores (sincrónicos).

Resultados: De los 76 pacientes estudiados, 68 corresponden a sexo masculino y 8 al femenino, el rango de edad se encuentra entre 26-87 con una media de 63,32. En cuanto a tabaco 57 eran fumadores vs 18 no fumadores. En relación al alcohol, 51 pacientes eran bebedores y 25 no bebedores. Las 3 localizaciones tumorales más frecuentes fueron supraglóticas con 17 pacientes, orofaringe con 13 y laringe glótica con 12 pacientes. En cuanto al estudio de adenopatías comparando PET TAC y el gold estándar (anatomía patológica) se obtuvo los siguientes resultados: sensibilidad 0.87, especificidad 0.80, valor predictivo positivo: 0.87, valor predictivo negativo 0.81. En relación al cambio de estadificación entre la exploración física vs

PET TAC se evidenció cambios en T en un 14,5% y N en 27,6 lo que en algunos casos conllevó a cambios en el tratamiento planteado. El número de pacientes con segundos tumores al momento de la estadificación con PET-TAC fue de 3, siendo 2 de colon y 1 de esófago; El número de pacientes con metástasis en el estadiaje inicial con PET-TAC fue: 3 en pulmón y 1 en hígado. El número de pacientes con tumores de origen desconocido clínico fue de 9, de los cuales tras PET-TAC en 5 se evidencia el T primario, lo que corresponde una mejoría en el estadiaje de estos pacientes en un 55,5 %. En cuanto al tratamiento planteado solo con exploración física vs el planteado post PET-TAC se obtuvo lo siguiente: NO cambio 64 pacientes y 12 pacientes con cambio en tratamiento de los cuales el 50 % corresponden a pacientes que se había planteado inicialmente tratamiento quirúrgico y que posterior al PET-TAC se complementa con tratamiento médico.

Conclusiones: El estudio Híbrido PET-TAC es una herramienta con rendimiento ya avalado por la literatura para la estadificación y control de los tumores de cabeza y cuello.

Gracias a la unificación con TAC, tiene una buena definición anatómica asociado a una buena valoración metabólica que nos permite establecer con mayor claridad los tumores primarios, con especial hincapié en los tumores de origen desconocido, permitiendo mejorar así el tratamiento focalizado en este tipo de pacientes, conllevando a un tratamiento más óptimo

En el control post tratamiento de los pacientes, debido a su alto valor predictivo negativo, es una excelente herramienta ante las dudas ocasionadas por tejido fibrótico que puedan confundirse con recidiva tumoral. Si el resultado es negativo, la probabilidad de recidiva tumoral es muy baja.

Persona de contacto: Gabriel Aguilera

e-mail: gaguileraa@gmail.com

Título: Diastema laríngeo: Nuestra experiencia, Reporte de 5 casos.

Autores: GABRIEL AGUILERA-AGUILERA; HAYDEE EXPÓSITO-DE-MENA; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; DIEGO HERNANDO MACÍAS-RODRIGUEZ; FERNANDO BENITO-GONZÁLEZ.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: Se define como el defecto originado por la fusión incompleta de las dos láminas laterales del cartílago cricoides lo que origina una hendidura posterior en la laringe, defecto que puede prolongarse hasta la tráquea. Por tanto esta malformación consiste, en una comunicación de la laringe o laringe- tráquea, con la hipofaringe- esófago. La hendidura laríngea representa el 0,5% al 1,5% de las malformaciones laríngeas congénitas, con una incidencia reportada clásicamente de un caso por cada 10.000-20.000 nacidos vivos. Se han descrito numerosas clasificaciones siendo la más utilizada la versión modificada de Sandu y Monnier: tipo 0: hendidura submucosa; tipo I: hendidura interaritenoides; tipo II: defecto compromete cuerdas vocales y parcialmente el cartílago cricoides; tipo IIIa: todo el cartílago cricoides sin comprometer tráquea; tipo IIIb: cartílago cricoides y tráquea cervical; tipo IV: tráquea torácica y puede bajar hasta la carina.

Material y Método: Se revisan 5 casos de pacientes diagnosticados de diastema laríngeo en distintos grados, mediante técnica endoscópica rígida y palpación instrumental. Se establece mediante un análisis descriptivo las características más relevantes de cada paciente, finalmente se expondrá la técnica quirúrgica mediante medios audiovisuales.

Resultados: En cuanto al análisis descriptivo el rango de edad se presenta entre los 0,7 y los 6 años con una media de 5 años, en relación al sexo existe un 60 % de predominancia en el sexo femenino vs 40% masculino, La sintomatología más preponderante fue de Falsas vías y baja de peso, representando un 80% .El número de pacientes que presentó durante la evolución de la enfermedad, infección de vía aérea inferior fue de 4 (80%), En cuanto a la clasificación del diastema el grupo se divide en 40% grado I, 40% grado II y un 20% para grado III. El número de pacientes con malformaciones asociadas fue de 2 , asociándose a atresia esofágica y estenosis coanal respectivamente. En relación al tratamiento un 80% recibió tratamiento quirúrgico y 20 % recibe tratamiento médico.

Conclusiones :La baja incidencia convierte esta patología en un reto diagnóstico haciendo necesaria una alta sospecha clínica y una exploración instrumental sistemática que incluya la

palpación del muro laríngeo posterior. Esto permite clasificar la lesión y seleccionar un tratamiento adecuado

Persona de contacto: Gabriel Aguilera
e-mail: gaguileraa@gmail.com

Título: análisis del programa de detección precoz de hipoacusia infantil en la provincia de Salamanca (AÑOS 2005-2014)

Autores: HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ*; GABRIEL ALEJANDRO AGUILERA-AGUILERA*; JAVIER MARTÍN-VALLEJO**, ÁNGEL BATUECAS-CALETRÍO*; FERNANDO BENITO-GONZÁLEZ*.

Centro de trabajo: * Servicio de ORL y CCC. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

** Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca.

Introducción y objetivo: La hipoacusia es una de las alteraciones sensoriales más frecuentes en el ser humano. Cuando se produce en los niños se trata de un problema que compromete de forma importante la adquisición del lenguaje, el aprendizaje y su posterior integración escolar, social y laboral. Actualmente su incidencia es de 3 a 5 casos por cada 1000 recién nacidos vivos, siendo 1 por cada 1000 recién nacidos en el caso de hipoacusia severa y profunda, pero es entre 10 y 20 veces superior en recién nacidos con factores de riesgo de hipoacusia. En Castilla y León se editó en abril del 2004 el documento que recoge el "Programa de Detección Precoz y Atención Integral de la Hipoacusia Infantil en Castilla y León", que se inició ese mismo año en los 14 hospitales públicos de nuestra Comunidad. La experiencia de 10 años de un Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal permite realizar estudios estadísticos para determinar cuáles han sido sus resultados en la provincia de Salamanca y compararlos con los obtenidos en los recién nacidos previos a la instauración de dicho programa, en el que se estudiaron sólo a los neonatos con factor de riesgo (no universal). Además, no sólo permite presentar resultados en el campo del cribado sino también en el campo diagnóstico y terapéutico, analizando el grupo de niños con hipoacusia en función de diversas variables como son las pruebas realizadas y la actitud terapéutica tomada en cada grupo. También permite determinar cuáles de los factores de riesgo recogidos en el programa influyen realmente en la aparición de hipoacusia y cuáles no. Finalmente se trata de analizar nuestro propio programa y poder identificar determinados factores que puedan proporcionar un desarrollo más eficaz y eficiente del Programa.

Material y Método: Se realiza un análisis retrospectivo descriptivo de todos los recién nacidos sometidos al cribado universal de hipoacusia en la provincia de Salamanca entre los años 2005 y 2014, ambos inclusive; analizando cada una de las fases del programa.

Además se analizan todos los niños sometidos al cribaje de hipoacusia nacidos hasta el 31 de diciembre de 2003, cuando sólo se realizaba el estudio en los niños que presentaban factores de riesgo para hipoacusia; en la que a su vez existen dos subgrupos:

- Uno formado por los niños sometidos a las pruebas de cribado de hipoacusia, ya que presentaban factores de riesgo de la misma.

- El otro grupo son niños que no presentan dichos factores de riesgo por ello no se sometieron a las pruebas de cribado y sin embargo posteriormente se detecta que presentan hipoacusia.

Para esta investigación hemos recogido todos los datos clínicos de los niños que pertenecen a la población de estudio. Los parámetros estudiados en el análisis pertenecen a la historia clínica del recién nacido, teniendo los diversos permisos hospitalarios que proceden y los criterios de confidencialidad garantizados.

Los datos de los niños previos a la implementación del programa de cribado universal fueron registrados en una base de datos informatizada en Microsoft Excel 2010 y exportados para su tratamiento estadístico a una base SPSS. Por otra parte, los datos de los niños nacidos a partir del año 2005 sometidos a un cribado universal fueron incorporados en un programa informático de red propia dentro del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil, creado por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla y León y que han sido proporcionados por la misma. Dicha base de datos fue exportada a otra creada en Microsoft Excel 2010 y posteriormente en una base SPSS.

Resultados: Se analizan todos los niños nacidos desde 2005 a 2014, ambos inclusive en la provincia de Salamanca (26.080 recién nacidos vivos) y se obtienen los datos en porcentaje de

los niños por grupos en función de la fase del programa (cribado, diagnóstico y tratamiento): los que pasan y los que no pasan el cribado; de los que no lo pasan se procede a hacer el estudio del diagnóstico y el tratamiento recibido. Se objetiva que hay niños que habiendo pasado el cribado auditivo neonatal y siendo dados de alta, posteriormente se les detecta de forma tardía hipoacusia, con lo que supone de retraso en el tratamiento y repercusión sobre el desarrollo del niño. Se analiza por subgrupos diferentes variables, como la edad de consulta y diagnóstico, la presencia de factores de riesgo, la actitud terapéutica... Por otra parte, se analiza el grupo de niños nacidos hasta el 31 de diciembre de 2003, previos a la instauración del programa; y se comparan con los niños del programa (2005-2014) en cuanto a la edad de diagnóstico, actitud terapéutica,... Se obtiene un estudio de los diferentes factores de riesgo del programa.

Se muestran los resultados de si el programa en nuestra provincia cumple con los criterios de calidad exigidos por la CODEPEH (Comisión para la Detección Precoz de la Sordera).

Conclusiones: La aplicación del programa de detección precoz de la sordera ha mostrado eficacia, con una mejora en la repercusión sobre la calidad de vida de los niños que nacen con deficiencias auditivas. Además se muestran factores para la mejora del desarrollo del programa.

Persona de contacto: Hortensia Sánchez Gómez

e-mail: hortensiasanchez1@hotmail.com

Título: Implante coclear en la enfermedad de Menière: nuestra experiencia

Autores: MARÍA MARCO-CARMONA; MARTA SANTACRUZ-GONZÁLEZ; ERWIN ALEJANDRO RACINES-ÁLAVA; ROSANA VILLOSLADA-FUENTES; RAMÓN MARTÍNEZ-CARRANZA; ÁNGEL BATUECAS-CALETRÍO.

Centro de trabajo: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Se presenta una serie de 5 casos de pacientes portadores de implante coclear con enfermedad de Menière definitiva. Se trata de 3 pacientes mujeres y 2 varones, de edades comprendidas entre 64 y 81 años, que se intervinieron entre el año 2012 y 2017. Se recogen datos de los PTA y logaudiometría pre y post implante coclear y se comparan los resultados con un grupo de pacientes portadores de implante coclear con hipoacusias de otro origen intervenidos también durante este período de tiempo. La enfermedad de Menière se define como un síndrome caracterizado por (a) la presencia de dos o más episodios espontáneos de vértigo de entre 20 minutos y 12 horas de duración, (b) con disminución de audición caracterizada por caída neurosensorial en frecuencias graves y medias en un oído, definiéndose éste como el afecto, antes, después o durante el episodio de vértigo, (c) acúfeno o sensación de plenitud en el oído afecto y la exclusión de cualquier otra patología vestibular que explique mejor los síntomas. En algunos casos, el debut de la enfermedad presenta, además de la pérdida de la función vestibular, hipoacusia neurosensorial severa y/o profunda, por lo que la implantación coclear se convierte en una opción terapéutica importante; sin embargo, existen diversidad de opiniones sobre este tema.

Persona de contacto: María Marco Carmona

e-mail: maria.marco13@gmail.com

Título: Incidencia de carcinomas tiroideos en bmn. Servicio de otorrinolaringología, hospital del Bierzo.

Autores: MARÍA DE LOURDES HERNÁNDEZ; CRISTINA MARTIN-VILLARES; JUAN JOSE TAVAREZ-RODRÍGUEZ*; NURIA RODRÍGUEZ-PRADO; JESÚS SAN-RÓMAN; DIANA LOURIDO; MANUEL TAPIA-RISUEÑO.

Centro de trabajo: Servicio de Otorrinolaringología, Hospital del Bierzo. Ponferrada, León.

Servicio Otorrinolaringología, Hospital de Medina del Campo *.

Introducción y objetivo:: El Bocio Multinodular (BMN) es una hipertrofia difusa del tejido tiroideo asociado a lesiones nodulares únicas o múltiples. La prevalencia de carcinomas ocultos en BMN se estima de 5-20 % aproximadamente o incluso tasas más alta. Generalmente el tratamiento quirúrgico está indicado en los casos de crecimiento o sospecha de malignidad, componente endotorácico, síndrome compresivo o estética. Actualmente no existe un consenso claro sobre el procedimiento quirúrgico óptimo para tratar el BMN, principalmente en los casos en los que no

se sospecha malignidad. El Objetivo de nuestra revisión fue cuantificar la prevalencia de malignidades ocultas en BMN intervenidos en nuestro servicio durante el periodo comprendido entre enero 2008 y enero 2017.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de 125 casos de tiroidectomías totales y subtotales por BMN con PAAF y diagnóstico radiológico sugestivos de benignidad, operados en nuestro servicio entre enero 2008 y enero del 2017, con el objetivo de cuantificar la prevalencia de carcinomas ocultos. Se analizaron numerosos parámetros de los mismos (Edad de presentación, sexo, enfermedades tiroideas asociadas, PAAF y pruebas de imagen preoperatorias, diagnóstico histopatológico final, etc). Fueron excluidos los pacientes con antecedentes de carcinomas tiroideos, sospecha de malignidad y antecedentes de exposición a radioterapia de cabeza y cuello.

Resultados: La incidencia global de malignidad en tiroidectomías totales y subtotales por BMN con PAAF preoperatorias y diagnóstico radiológico sugestivas de benignidad en nuestro servicio fue de un 16%. Esta tasa ha sido 50% más alta en los últimos 4 años analizados. La tasa de tiroidectomías totales realizadas por BMN sugestivos de benignidad fue de 81%. Un 70% de los casos de malignidad correspondieron al sexo femenino. La edad media de los pacientes fue de 54 años. El ca. Papilar fue el tipo histológico más frecuente, presentándose en un 80% de los casos, de estos el 37,5% correspondieron a microcarcinomas papilares y un 12,5% de todos los carcinomas papilares fueron multifocales. El carcinoma Folicular fue el segundo en frecuencia presentándose en un 10% de los pacientes. La prevalencia de carcinomas tiroideos descubiertos incidentalmente fue levemente mayor en las cirugías totales que, en las parciales, siendo necesario completar la tiroidectomía total en 33% casos, no asociando esta última mayores tasas de complicaciones. El sexo masculino, la enfermedad de Graves Basedow y la tiroiditis de Hashimoto se encontraron como factores asociados a mayores tasas de carcinomas ocultos en BMN.

Conclusiones: En nuestra revisión la tasa de carcinomas tiroideos descubiertos incidentalmente tras intervención quirúrgica fue similar a la reportada en la literatura más actual, antiguamente se reportaban tasas mucho más bajas. Incluso al comparar la incidencia de carcinomas en nuestra revisión la tasa es un 50% superior en los últimos 4 años. No existe un consenso claro sobre el tratamiento quirúrgico de los BMN, según la experiencia y criterios de cada centro unos prefieren la radicalidad, que detecta y trata un eventual carcinoma evitando reintervenciones, mientras que otros defienden las técnicas más conservadoras conservando la funcionalidad tiroidea y conllevando el riesgo de recidiva. En nuestro servicio se evalúa cada caso individualmente en conjunto con el Servicio de Endocrinología, en los pacientes con nódulos unilaterales se realiza un abordaje menos radical, pero la tendencia en general es hacia la radicalidad.

Persona de contacto: María de Lourdes Hernández.

e-mail: lomahe65@hotmail.com

Título: Ayudas al diagnóstico con imágenes 3D, Sobre un caso de hipoacusia de transmisión

Autores: SANTIAGO SANTA-CRUZ-RUIZ; CARLOS DEL-CAÑIZO-ÁLVAREZ; GABRIEL AGUILERA-AGUILERA; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: Los programas de análisis de imágenes con soporte formato DICOM, que es el empleado por la mayoría de equipos de tomografía computerizada y resonancia magnética nuclear, permiten una mejor comprensión de algunas patologías complejas, que la presentación en cortes bidimensionales

Material y Método: Se presenta un caso de hipoacusia de transmisión simple, que en el estudio de TC de peñasco se nos informa de osteoma de oído medio con contacto con cadena osicular

Resultados: El análisis 3D de las imágenes, revelan una falsa osificación de caja timpánica, siendo una hiperostosis por un mega-golfo de yugular. Ante este hallazgo se advirtió al paciente del gran riesgo que conllevaría una intervención de dicho oído, para tratar de recuperar audición

Conclusiones: Los programas de análisis de imagen DICOM son de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento de estructuras corporales complejas

Persona de contacto: Santiago Santa Cruz
e-mail: santaorl@usal.es

Título: Desempeño de la implantación coclear en el trastorno del espectro de la neuropatía auditiva. Serie de Casos del Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca.

Autores: ERWIN RACINES-ALAVA; MARÍA MARCO-CARMONA; FERNANDO BENITO-GONZÁLEZ

Centro de trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: La neuropatía auditiva es un conjunto de enfermedades que cursan con hipoacusia con especial dificultad para la comprensión de la palabra. Su etiología es muy diversa, pudiendo ser tanto hereditaria como adquirida. El diagnóstico precoz es fundamental para el tratamiento y se realiza mediante PEATC y OEA. Atendiendo a la etiología del proceso y a su severidad, el tratamiento puede variar desde apoyo en la adquisición del lenguaje por logopedas hasta la colocación de un Implante Coclear. El objetivo es revisar nuestra experiencia con seis niños a quienes se les diagnosticó neuropatía auditiva y se les proporcionó implantes cocleares. Se describen los cambios en la función auditiva, que permitieron a estos niños tener mejoras significativas en sus habilidades auditivas y de comunicación.

Material y Método: revisión retrospectiva observacional de una serie de casos con neuropatía auditiva que fueron tratados con implantación coclear.

Resultados: Los seis niños implantados en nuestro centro no han tenido complicaciones postoperatorias en el implante coclear, salvo 1 caso de meningitis a los 10 días de la operación. Todos los niños han demostrado mejoras significativas en su detección de sonido, habilidades de percepción del habla y habilidades de comunicación.

Conclusiones: Nuestras experiencias con la implantación coclear en niños diagnosticados con neuropatía auditiva han sido muy positivas. Los seis niños que hemos implantado no han tenido complicaciones postoperatorias salvo en un caso, y cada niño ha demostrado una mejor capacidad de escucha y comunicación.

Persona de contacto: Erwin Racines Álava

e-mail: erwinracine89@gmail.com

Título: Implicaciones del rvo en la rehabilitación vestibular

Autores: C. SÁNCHEZ-BLANCO; E.A. RACINES-ÁLAVA; M. MARCO-CARMONA; E. GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; S SANTA CRUZ-RUIZ ; A BATUECAS-CALETRÍO

Centro de trabajo: Complejo Asistencial Universitario De Salamanca

Introducción y objetivo: Nos interesa conocer las implicaciones del reflejo vestibulo-oculomotor (RVO) en la rehabilitación vestibular y para conseguirlo nos centraremos en el estudio del RVO a través del videohead impulse test (v-HIT). Sabemos que los pacientes que sufren un déficit vestibular severo modifican su estrategia sacádica a lo largo de los meses, agrupando las sacadas en mayor o menor medida. Aquellos pacientes con un patrón agrupado en las sacadas se encuentran mejor que aquellos que tienen un patrón desagrupado. Por ello se crea el sistema del HITCal que mide cómo de agrupadas están las sacadas en el v-HIT.

Queremos comprobar si podemos influir en la estrategia de sacadas en un paciente que no encuentra mejoría para cambiarlo a un patrón agrupado.

Material y Método: Realizamos un ejercicio específico de entrenamiento para que el paciente realice las sacadas en un momento concreto.

Resultados: Conseguimos que tras la rehabilitación, el paciente agrupe las sacadas y mejore su estado de forma subjetiva (demostrado con el Dizziness Handicap Inventory o DHI)

Conclusiones: La rehabilitación vestibular debería incluir siempre una rehabilitación del RVO

Persona de contacto: Carmen Sánchez Blanco
e-mail: carmen_sb1@hotmail.com

Título: ¿Es eficaz Ginkgo biloba como tratamiento del acúfeno?

Autores: AZOR CARRERAS-ALCARAZ; PEDRO DÍAZ DE CERIO-CANDUELA.

Centro de trabajo: Hospital San Pedro. Servicio de Otorrinolaringología. Logroño, La Rioja

Introducción y objetivo: Los acúfenos o tinnitus se definen como la percepción de sonido en ausencia de una estimulación acústica externa. No existe en la actualidad un tratamiento específico de los acúfenos. Ginkgo biloba es un suplemento alimentario indicado para el tratamiento de esta sintomatología. Pregunta clínica: En un adulto con acúfenos [paciente], el tratamiento con Ginkgo Biloba [intervención] comparado con placebo [comparación] ¿mejora la sintomatología? [resultado].

Material y Método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos Pubmed y Cochrane de los metanálisis publicados incluyendo: tinnitus, Ginkgo biloba, placebo. Los resultados se evalúan siguiendo la escala GRADE.

Resultados: Nivel de evidencia: La evidencia es alta para el uso de Ginkgo biloba como tratamiento del acúfeno.

Conclusiones: Recomendación: La recomendación es débil a favor del uso de Ginkgo biloba como tratamiento del acúfeno.

Persona de contacto: Azor Carreras Alcaraz
e-mail: azorcarreras@gmail.com

Título: Estudio retrospectivo de la cirugía parotídea en el Hospital San Pedro de Logroño, en los últimos 5 años

Autores: MIRIAM ARANZAZU MICHELENA-TRECU; PEDRO DÍAZ-DE-CERIO-CANDUELA; AZOR CARRERAS-ALCARAZ; JOSE LUIS LACOSTA-NICOLÁS

Centro de trabajo: Hospital San Pedro (Logroño)

Objetivo: Conocer la correlación entre el diagnóstico por punción aspiración con aguja fina (PAAF) y la anatomía patológica en las neoformaciones parotídeas y revisar los resultados postquirúrgicos.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo con una muestra inicial de 121 pacientes con neoformaciones parotídeas, tratados entre los años 2012 y 2016 en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Pedro de Logroño. Se realizó la inclusión de todos aquellos pacientes que fueron sometidos a PAAF diagnóstica preoperatoria y posteriormente a exéresis quirúrgica y estudio anatomopatológico. Obteniéndose una muestra final de 83 pacientes. Además de los datos histológicos se recogieron las complicaciones postquirúrgicas. Tras la recogida de datos se analizaron con el programada R-Commander.

Resultados: La PAAF presentó una sensibilidad para detectar malignidad en tumores parotídeos del 20% y una especificidad del 100%, con un valor predictivo positivo (VPP) y predictivo negativo (VPN) para malignidad de 100% y 88,6%, respectivamente. Al evaluar la precisión en el diagnóstico exacto de la lesión, la concordancia en tumores benignos fue del 74.19% y 0% en tumores malignos. En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas la más frecuente fue la paresia de la rama marginal de la mandíbula del nervio facial afectando al 30.1% de los pacientes con una duración menor de 2 meses.

Conclusiones: La PAAF es una prueba con una alta especificidad y un alto VPP. La complicación postquirúrgica más frecuente en nuestro hospital es la paresia transitoria de la rama marginal del nervio facial.

Persona de contacto: Miriam Michelena Trecu
e-mail: mirimich90@gmail.com

Título: Schwannomas laberínticos

Autores: SANTIAGO SANTA-CRUZ-RUIZ, ÁNGEL MUÑOZ-HERRERA, ÁNGEL BATUECAS-CALETRIO; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: Los tumores benignos del laberinto son muy raros. Se forman a partir de las cél. Schwann de los terminales nerviosos del n. coclear y vestibular. En el mundo se han comunicado menos de 350 casos. En 2013 Kennedy hace una modificación de la clasificación que se viene usando, en función de la localización o invasión del tumor. La prueba de elección para el diagnóstico es la RMN de alta resolución con gadolinio, pues permite identificar tumores de 2 mm. Sin embargo no todo tumor laberíntico es un schwannoma. Se debe hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías como la laberintitis, el granuloma de colesterol, la displasia fibrosa, etc. Esta diferenciación se basa en la historia clínica y la imagenología, pero el diagnóstico definitivo solo lo da la histopatología. Hasta la actualidad no existen guías de manejo de estas patologías, por su baja incidencia. Existen 3 opciones de tratamiento:

1. Manejo conservador

2. Microcirugía

3. Radioterapia estereotáxica

Material y método: Realizamos una revisión retrospectiva de 4 casos de lesión laberíntica tumoral que fueron operados. Dos presentaban acúfenos desde hace años, todos tenían una hipoacusia neurosensorial progresiva severa-profunda. 2 manifestaban desequilibrio

El primer paciente tenía un tumor extendido a coclea que precisó un abordaje transótico para su extirpación. Los otros fueron de laberinto posterior y se extirparon por abordaje tranlaberíntico

Resultados: Todos los casos tuvieron una extirpación completa y el estudio patológico confirmó que eran neurinomas. El primer caso sufrió como secuela una parálisis facial periférica de grado III. Los dos pacientes con acúfenos, se resolvieron. También el desequilibrio desapareció

Conclusiones • Es un tumor infrecuente • Solo el diagnóstico cierto por histopatología

• La cirugía permite el diagnóstico y mejora los síntomas de acúfeno, vértigo y desequilibrio, pero exige pérdida de audición • Si no hay síntomas asociados, la mejor opción es ser conservador. No se aconseja la irradiación

Persona de contacto: Santiago Santa Cruz

e-mail: santaorl@usal.es

Título: Protocolo de seguridad del paciente traqueotomizado procedente de una unidad de cuidados críticos.

Autores: MARLENY CASASOLA-GIRÓN; JOSÉ IGNACIO BENITO-OREJAS; FELIPE BOBILLO-DE-LAMO*; LAURA PARRA-MORAIS*; RAMÓN CICUÉNDEZ-ÁVILA*; DARIÓ MORAIS-PÉREZ.

Servicio de ORL y Cirugía Cérvico Facial. Servicio de Medicina Intensiva y Crítica*

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivos: La elevada morbi-mortalidad del paciente traqueotomizado que llega a una sala general procedente de la unidad de cuidados críticos (UCI, REA, Coronarias) nos ha motivado a elaborar un protocolo de seguridad, con el objetivo de mejorar los cuidados y disminuir el número de incidentes que pudieran poner en peligro su vida.

Metodología: Adaptando a nuestro medio las recomendaciones de la literatura, elaboramos una documentación consensuada, sobre los cuidados del paciente portador de cánula traqueal, que fue incluida en el intranet del hospital, transmitiéndose de forma práctica al personal sanitario implicado en la asistencia de estos enfermos. Se estableció una normativa común en los procedimientos y en la información que debía anotarse. Finalmente, los Servicios de ORL y UCI iniciaron un seguimiento y registro periódico de la evolución clínica de estos pacientes, determinando de acuerdo con el médico responsable, el momento de la decanulación y el inicio de la deglución, con la participación de la enfermería especializada de ORL y Nutrición.

Resultados: Los tres pilares que sustentan este protocolo de seguridad, se basan en la información estandarizada, la formación del personal implicado y el seguimiento del paciente. La

documentación desarrollada, establece la manera de valorar a un enfermo con traqueotomía, indicando lo que se debe inscribir y controlar (mediante listas de comprobación) al iniciar el turno y a lo largo de la jornada laboral, respecto a la cánula y su permeabilidad, equipo necesario y humidificación. Explica el cuándo, el cómo y el por qué llevar a cabo cada una de las maniobras necesarias en el manejo de una cánula traqueal, tales como la aspiración, la limpieza de la cánula interna, el control del neumotaponamiento, el cambio de cánula traqueal y los cuidados del estoma. La experiencia, durante los dos años de evolución del proyecto, nos ha permitido realizar adaptaciones y mejoras en el entorno del paciente y en su seguimiento, mediante la aplicación de protocolos más específicos de decanulación y de deglución. El control periódico del enfermo por un otorrinolaringólogo e intensivista permite realizar un registro de la situación clínica y de las complicaciones. Una enfermera del servicio de otorrino atiende las demandas de sus compañeros/as y comprueba la correcta introducción de los datos.

Conclusiones: Creemos que de acuerdo a los buenos resultados que esta experiencia ha demostrado en otros hospitales del mundo, el proyecto de seguridad que presentamos mejorará el número y la gravedad de las complicaciones derivadas de la cánula traqueal en los pacientes traqueotomizados que se trasladan desde las unidades de críticos a una sala general, disminuyendo así mismo, el tiempo de decanulación y su estancia hospitalaria.

Persona de contacto: Marleny Casasola Girón

e-mail: marlenycasasola@gmail.com

Título: Monitorización auditiva de la ototoxicidad por cisplatino.

Autores: ANA SÁNCHEZ-MARTÍNEZ; JOSÉ IGNACIO BENITO-OREJAS; JUAN JOSÉ TAVÁREZ-RODRÍGUEZ; MARÍA DE LOURDES HERNÁNDEZ-DE LOS SANTOS; DARÍO MORAIS-PÉREZ; DIEGO SOTO-DE- PRADO.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: El cisplatino es una droga eficaz en el tratamiento de varios tipos de cáncer. Su potencial ototóxico, genera riesgo de hipoacusia irreversible, que pasa desapercibido hasta alcanzar niveles discapacitantes y cuya susceptibilidad individual es desconocida. Únicamente la monitorización prospectiva de la ototoxicidad permite su detección precoz, haciendo posible una modificación terapéutica y si fuera necesario, una intervención y rehabilitación auditivas.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar el protocolo que realizamos en nuestro hospital para el seguimiento de los pacientes tratados con cisplatino.

Material y Método: La monitorización de un tratamiento ototóxico requiere de una serie de elementos para su realización. Información al paciente y/o a la familia en función de la edad, del posible daño auditivo del tratamiento con cisplatino, del procedimiento a utilizar para su detección y de las actuaciones que se podrían seguir. Se debe establecer, cuándo realizar las diferentes pruebas, cuáles elegir y cómo llevarlas a cabo. Especificaremos la manera de graduar el daño auditivo. Y una vez finalizado el tratamiento con cisplatino, determinaremos el seguimiento. Recogeremos y registraremos en una base de datos los antecedentes, factores de riesgo, tipo tumoral, forma de administrar el tratamiento, resultados de las evaluaciones y evolución del paciente.

Resultados: En el año 2013 comenzamos a aplicar este protocolo para monitorizar la ototoxicidad por cisplatino. Tras el consentimiento informado y una breve historia clínica iniciamos la evaluación basal de la audición, antes de que comience el tratamiento. Valoramos el oído medio mediante otoscopia e impedanciometría y en función de la capacidad de respuesta del paciente, aplicamos si es posible la audiometría tonal con extensión a altas frecuencias (EAF) de 9 a 20 kHz. Si la audición es normal, obtenemos unas otoemisiones acústicas (OEA), fundamentalmente productos de distorsión (OEA-PD), aprovechando el DP-grama. En caso de niños utilizamos la audiometría de juego o con refuerzo visual y si son necesarias, pruebas objetivas con potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC). El seguimiento, antes de cada ciclo, dependerá de la adquisición de respuestas con OEA-PD. Si se detecta algún cambio se repite la audiometría tonal EAF y se informa del mismo al médico responsable y al paciente. Para graduar la ototoxicidad aplicamos los criterios de Brock y Chang. Finalizado el tratamiento continuamos el seguimiento antes del alta, en función de la edad, de la existencia de

pérdida auditiva y de la evolución. Los datos recogidos se introducen en una base de datos de Microsoft Access 2010, para su ulterior explotación.

Conclusiones: El incremento de la tasa de supervivencia por cáncer, conlleva evitar la comorbilidad, que en el caso de la ototoxicidad solo es posible mediante una adecuada monitorización auditiva. Aunque existen dificultades en el seguimiento, la elección de las pruebas auditivas, la calibración de la pérdida y la toma de decisiones terapéuticas, el control auditivo durante el tratamiento con cisplatino representa el mejor estándar de atención. Sólo la detección precoz permitirá buscar las mejores soluciones, restableciendo la calidad de vida del paciente.

Persona de contacto: Ana Sánchez Martínez

e-mail: annisan_89@hotmail.com

Título: Guía práctica del vértigo posicional paroxístico benigno,

Autores: RAFAEL ÁLVAREZ-OTERO; JOSÉ IGNACIO BENITO-OREJAS; MARÍA PONCELA-BLANCO; LAURA DIEZ-GONZÁLEZ; GABRIEL AGUILERA-AGUILERA; JEAN FRANCOINTRAPRENDENTE-MARTINI; ERWIN RACINES-ALAVA; RAMÓN MARTÍNEZ-CARRANZA; MARIA MARCO-CARMONA; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; RAQUEL YÁÑEZ-GONZÁLEZ; ROCÍO GONZÁLEZ-AGUADO; VIRGINIA FRANCO-GURTIÉRREZ; GLORIA GUERRA-JIMÉNEZ; ANGEL MAZÓN-GUTIERREZ; SILVIA GANCEDO-FERNÁNDEZ; RAFAEL PÉREZ-GONZÁLEZ; PABLO SANTOS-GORJÓN; CARMEN SÁNCHEZ-BLANCO; FRANCISCO JOSÉ GARCÍA-PURRIÑOS; CRISTINA GASCÓN-RUBIO; FERNANDO SALAZAR-BARCELONA; MICHAEL BAUER; JOSÉ VALDA-RODRIGO; EDUARDO MENA-DOMÍNGUEZ; GABRIEL TRINIDAD-RUIZ; ANGEL BATUECAS-CALETRÍO

Centro de trabajo: Comisión de Otoneurología de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León; Cantabria y La Rioja

Introducción y objetivo: En la primera reunión de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja se planteó la elaboración de una guía de práctica clínica que permitiera un manejo común del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).

Material y Método: Se formaron 9 equipos de trabajo y a cada uno se le asignó un apartado de la guía. Mediante la experiencia y el análisis de diferentes acuerdos nacionales e internacionales sobre el VPPB, un amplio grupo de especialistas ha revisado las diferentes entidades clínicas.

Resultados: Presentamos una guía orientada a ayudar en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad y que sirve de punto partida para futuros trabajos en común. Las maniobras de provocación y reposición se han ilustrado con gráficos explicativos.

Conclusiones: La mejor manera de encontrar respuestas parte de utilizar una metodología común en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. Este ha sido el espíritu que ha promovido la realización de esta guía, con la esperanza de que sirva de punto de partida para futuros trabajos en común.

Persona de contacto: Rafael Álvarez Otero

e-mail: dralvarez.ori@gmail.com

Título: SAHS: mitos; la importancia de la somnoendoscopia y nuevas técnicas.

AUTORES: PABLO CRESPO-ESCUADERO; ELENA RIOJA-PEÑARANDA; ANA ISABEL NAVAZO-EGUÍA; CRISTINA IBAÑEZ-MUÑOZ; MARIA ISABEL CALLE-CABANILLAS; JUDIT PEREZ-SAEZ; VICTOR MIGUEL GRIJALBA-UCHE.

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo: El SAHS esta infradiagnosticado, con lo cual la esperanza de vida de mucha gente se ve acortada por desconocimiento y falta de concienciación con este patología.

En estos últimos años, han ido instaurándose numerosos cambios en las indicaciones, diagnóstico y tratamientos del SAHS. Los métodos diagnósticos, o eran poco prevalentes (pocos polisomnogramas por habitante) o eran insuficientes (oxímetro, poligrafía convencional...). El papel de la técnica quirúrgica ha estado relegado a un segundo plano por los pobres resultados obtenidos y retratados en muchas revistas de neumología. Los tipos de cirugía que se utilizaban, (uvulopalatofaringoplastia, radiofrecuencia, implantes, avances del geniogloso, uvulectomías...)

en muchos casos no obtenían los resultados deseados y ocasionaban una morbilidad y complicaciones que había que tener en cuenta.

Material y Método: Han cambiado muchas creencias respecto a las indicaciones quirúrgicas en niños y adultos. (se exponen ejemplos “antes-ahora”). Se han demostrado las consecuencias de no operar a pacientes pediátricos de problemas de respiración nasal afectando a su desarrollo cefalométrico. Analizamos una serie de “pitfalls” en los que se demuestran y desmitifican ciertas creencias (la grasa lingual influye, el SAHS no es hereditario, UPPP no es una técnica adecuada, el continente influye, la septoplastia no es la clave del SAHS pero ayuda...). La aparición de la somnoendoscopia inducida con fármacos junto con las nuevas técnicas modificadas de faringoplastia, suturas faríngeas, dispositivos de avance y avances maxilares han dado un vuelco a todas estas creencias y de nuevo cobra mucho más importancia el papel del ORL en el tratamiento del SAHS.

Resultados y conclusiones: Hay trabajos en los que se empieza a cuestionar que el tratamiento gold-standard del SAHS sea el CPAP en según que clase de pacientes; el avance en las técnicas quirúrgicas nuevas, el estudio del sueño inducido con drogas y los avances mandibulares han vuelto a cambiar el papel actual del ORL en el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Queda demostrado, aunque tenemos mucho camino por recorrer, que un adecuado manejo del paciente, insistiendo en el correcto diagnóstico topográfico de la apnea, y un tratamiento multidisciplinar... mejoran el SAHS, y por lo tanto mejoran la esperanza de vida del paciente.

Persona de contacto: Pablo Crespo Escudero
e-mail: pablocrespoescudero@gmail.com

Título: Comparación de las respuestas auditivas de estado estable y los potenciales evocados auditivos de tronco en el estudio auditivo en la infancia

Autores: ELENA RIOJA-PEÑARANDA; FERNANDO GARCÍA-VICARIO; MARIA TERESA MARIJUAN-GARCÍA; MARIA ISABEL CALLE-CABANILLAS; JUDIT PÉREZ-SÁEZ; ANA ISABEL NAVAZO-EGUÍA

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo: El objetivo de este estudio fue comparar las respuestas auditivas del tronco cerebral (ABR) con las respuestas auditivas de estado estable (ASSR) y determinar las mejores frecuencias correlacionadas

Material y Método: se realiza un estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes menores de 12 años estudiados en la unidad de audiología infantil de nuestro hospital entre enero de 2015 y enero de 2017. Las ASSR y ABR se midieron en la misma exploración. Antes de la realización de ABR y ASSR todos los pacientes fueron explorados mediante otoscopia y timpanometría.

Resultados: Se evaluaron 436 oídos de 220 niños (67% varones). La edad media fue de 27,65 meses ($\pm 26,93$). El examen electrofisiológico se realizó por distintos motivos: screening neonatal positivo para hipoacusia (15%), presencia de factores de riesgo de hipoacusia (34%), retraso de la adquisición del lenguaje (37%) y sospecha de hipoacusia (12%). En 10 pacientes (5%) se precisó sedación. De estos 436 oídos, 299 (68,6%) presentaban una audición normal y 137 (31,4%) oídos un déficit auditivo. Para todas las frecuencias se encontraron diferencias estadísticas entre los valores de ASSR de los oídos sanos y los patológicos ($p < 0,05$). Los resultados muestran una mayor correlación entre los resultados de las ABRs y las ASSRs en todas las frecuencias en los oídos patológicos respecto a los sanos, siendo más fuerte la correlación entre ABR y ASSR en las frecuencias 2000 Hz y la media 2000-4000 Hz, tanto en oídos sanos (.747, .707) como patológicos (.897, .913). La menor correlación se encontró entre ABR y ASSR en la frecuencia 500 Hz en los oídos sanos (.537). El tiempo medio empleado en la realización de la exploración fue de 8 ($\pm 2,2$) minutos en la ABR y de 25 minutos ($\pm 8,5$) en las ASSRs.

Conclusiones: El avance de los sistemas multifunción permite disponer de diferentes procedimientos diagnósticos para llevar a cabo una exploración objetiva de la audición. Las ASSRs deben considerarse un complemento que permite detectar las frecuencias afectadas en pacientes con pérdida auditiva

Persona de contacto: Elena Rioja Peñaranda

e-mail: elerp@hotmail.com

Título: Screening de cabeza y cuello en pacientes candidatos a trasplante hepático

Autores: NATHALIA CASTILLO LEDESMA; NATALIA CASTANEDA CURTO; MARIA TERESA GIL AGUILAR; AIARA VIANA CORA; CARMELO MORALES ANGULO; ROCIO GONZALEZ AGUADO.

Centro de trabajo: HUMV

Introducción y objetivo: El trasplante hepático es el procedimiento de elección en fases finales de funcionamiento del hígado. Los motivos más frecuentes son la cirrosis secundaria a hepatitis viral y alcoholismo. Entre las contraindicaciones absolutas está la presencia de tumoraciones malignas no controladas. El carcinoma de cabeza y cuello es el sexto cáncer más frecuente, presentando una alta mortalidad. Habitualmente son carcinomas epidermoides, siendo en España el carcinoma de laringe el más frecuente, seguido el orofaríngeo. Estudios previos demuestran que más de un 50% de los candidatos a trasplante hepático son pacientes fumadores y/o bebedores activos o lo han sido previamente. De ahí que numerosos protocolos pretrasplante incluyan exploración de ORL, siendo el objetivo del estudio evaluar la utilidad de evaluación para descartar la presencia de tumoraciones malignas en pacientes que son candidatos a trasplante hepático.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes, candidatos a trasplante hepático, enviados por el Servicio de Digestivo a evaluación de cabeza y cuello, para descartar patología maligna ORL o infecciosa crónica que pudiese contraindicar o retrasar la realización del mismo en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander, Cantabria, España). El periodo de estudio abarcó entre el 1 de enero del 2011 y el 31 de marzo de 2017.

Resultados: Ciento cuarenta y un pacientes, candidatos a trasplante hepático, fueron evaluados. De estos en 2 pacientes, representando 1.3 % se encontró una tumoración que fue biopsiada con diagnóstico de carcinoma epidermoide. Ninguno de los dos presentaba sintomatología sospechosa de tumoración maligna. Ambos pacientes fueron tratados mediante QT + RT.

Conclusiones: La realización de un trasplante hepático en un paciente con un CCC no diagnosticado supone un enorme perjuicio tanto para el paciente como para el Servicio de Salud implicado, teniendo coste elevado el trasplante hepático, el tiempo de ingreso del paciente y la medicación que precise por lo que se justifica el screening en estos pacientes. No parece necesario para descartar patología tumoral en pacientes sin antecedentes tóxicos, se precisan otros estudios para confirmar estos datos.

Persona de contacto: Nathalia Castillo

e-mail: nathalia.castillo.ledesma@gmail.com

Título: Glotoplastia de Wendler en la feminización de la voz en transexuales. A propósito de un caso

Autores: CRISTINA IBÁÑEZ-MUÑOZ; JUDIT PÉREZ-SÁEZ; ARTURO RIVAS-SALAS; CRISTINA CORDERO-CIVANTOS; PABLO CRESPO-ESCUADERO; ALICIA CLEMENTE-GARCÍA; ANA ISABEL NAVAZO-EGUÍA.

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Introducción y objetivo: La mayoría de los pacientes transexuales hombres se someten a terapia de sustitución hormonal con estrógenos para feminizarse. A pesar de que la voz es un carácter sexual secundario, la terapia con estrógenos no tiene efectos sobre las cuerdas vocales o la estructura laríngea, por lo que los individuos mantienen una laringe y un timbre masculino, precisando cirugías para aumentar el tono vocal. La glotoplastia de Wendler es una de las técnicas quirúrgicas realizadas para la feminización de la voz, basada en acortar las cuerdas vocales mediante una sinequia anterior. **Objetivo:** Dado que el servicio de Endocrinología de nuestro Hospital es el centro de referencia de la Comunidad para realizar las terapias hormonales en los pacientes transexuales, hemos comenzado a realizar este tipo de cirugía, presentando nuestro primer caso.

Material y Método: Presentamos un paciente de 17 años sometido a una glotoplastia de Wendler en nuestro hospital. El procedimiento consiste en la desepitelización de la comisura anterior y

tercio anterior de las dos cuerdas vocales, con sutura reabsorbible de los pliegues vocales, seguido de una vaporización de la superficie con láser CO₂. Al paciente se le realiza una evaluación psicoacústica (GRABS, frecuencia fundamental, tiempo máximo fonatorio), videoestroboscopia y análisis acústico de la voz, junto con el Voice Handicap Index (VHI) para ver el grado de satisfacción.

Resultados: Se observa un aumento de la F₀ y mejora reseñable en el cuestionario VHI tras la glotoplastia y un tratamiento logopédico de modulación de la voz.

Conclusiones: La glotoplastia de Wendler es una intervención quirúrgica que contribuye a feminizar la voz, con buenos resultados a largo plazo sin complicaciones notables.

Persona de contacto: Cristina Ibáñez Muñoz

e-mail: crisibi82@hotmail.com

Título: Diverticulostomía endoscópica transoral. 15 años de experiencia

Autores: S. ESTÉVEZ; F. PARREÑO; J. CHAMORRO; O. ABDEL-LAH; H. SÁNCHEZ; A. MUÑOZ

Centro de trabajo: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: El divertículo de Zenker es una patología con una baja prevalencia, más frecuente en varones a partir de la 5ª década de la vida, que produce disfagia y regurgitación pudiendo tener como complicación la desnutrición y la broncoaspiración. El tratamiento en los casos sintomáticos es quirúrgico. Se presenta nuestra serie de casos intervenidos mediante la técnica de diverticulostomía endoscópica en los últimos 15 años y se comparan nuestros resultados con las series publicadas por otros Autores.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo recogiendo las variables edad, tamaño, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, inicio ingesta, complicaciones, morbilidad y mortalidad. La técnica empleada fue la diverticulostomía endoscópica mediante diverticuloscoPIO de Collard-Weerda y corte y sutura con endograpadora bajo anestesia general.

Resultados: Nuestra población fue de 50 pacientes con una edad media de 77,27 años (39-89) y una prevalencia 3,5/1 de hombres. El tamaño medio del tabique del divertículo fue de 3,77 cm (1,6-7). La estancia media fue de 2,64 días. Se produjeron eventos adversos en 3 casos, no hubo mortalidad asociada y existió recidiva en 12 pacientes, precisando reintervención 6 de ellos.

Conclusión: Los datos de nuestra serie presentan unos resultados comparables a las principales series publicadas, pudiendo considerar la diverticulostomía endoscópica como una técnica segura y reproducible, que constituye una alternativa a técnicas abiertas.

Persona de contacto: Santiago Estévez

e-mail: jsantiagoestevez@gmail.com

Comunicaciones póster

Título: Cuerpo extraño traqueo-bronquial en laringuectomizado: primer intento fallido.

Autores: MARÍA DE LOURDES HERNÁNDEZ; JUAN JOSÉ TAVAREZ RODRÍGUEZ*; CRISTINA MARTIN VILLARES; NURIA RODRÍGUEZ PRADO; JESÚS SAN ROMÁN; DIANA LOURIDO; MANUEL TAPIA RISUEÑO.

Centro de trabajo: Hospital del Bierzo.*Hospital de Medina del Campo

Introducción y objetivo:Un cuerpo extraño es todo objeto que desde el exterior se introduce en el interior del organismo. Aproximadamente un 7% de los cuerpos extraños son de localización traqueal, se estima que esta incidencia es mayor en pacientes traqueotomizados, ocasionando como síntoma principal estridor, y al movilizarse con los movimientos respiratorios ataques de tos con sibilancias, cianosis y disnea. La localización bronquial es la más frecuente (80%), ya que por lo general se trata de cuerpos extraños de pequeño tamaño, alojándose generalmente en el bronquio principal derecho.

Material y Método:Paciente masculino 67 años, con antecedentes de ca. epidermoide laríngeo tratado mediante laringuectomía total que acude a urgencias por tos, estridor y choque metálico cervical audible tras perder accidentalmente pinza metálica mientras era utilizada para limpieza de costras traqueales. Durante su estancia en urgencias se realizó Radiografía de tórax AP Y Lateral, solicitando valoración por al servicio de Orl.

Resultados:Los síntomas clínicos presentados por el paciente más el antecedente de caída accidental por el traqueostoma de su herramienta de limpieza habitual no ofrecían dudas diagnósticas. Se realizó exploración traqueal utilizando FLC, visualizándose pinza metálica en zona inferior traqueal (Radiografía de Tórax AP), se intenta extracción utilizando pinza Hartmann Alligator de 16 Cm, introduciéndose aún más en sentido bronquial el cuerpo extraño quedando visible sólo la parte superior del cabezal de la pinza en la entrada del bronquio principal derecho y empeorando la clínica del paciente, el segundo intento de extracción utilizando una pinza Magill de 25 cm fue exitoso mejorando en cuestión de minutos la clínica del paciente y sin complicaciones secundarias.

Conclusiones:El diagnóstico de cuerpo extraño traqueobronquial se basa fundamentalmente en la historia clínica y el antecedente aspiración. Se trata de una situación que puede conllevar a graves consecuencias, representando en ocasiones una amenaza inmediata para la vida. La repercusión de un cuerpo extraño implantado en la vía aérea va a depender de su naturaleza, de su localización y del grado de obstrucción que origine, pudiendo provocar patología tanto de forma aguda (fallo respiratorio) como crónica (atelectasia). En estos pacientes la mayoría de cuerpos extraños suelen ser de origen orgánicos y de pequeño tamaño.

Persona de contacto: María de Lourdes Hernández

e-mail: lomahe65@hotmail.com

Título: Hamartoma nasosinusal

Autores: EDUARDO ANTONIO MENA-DOMINGUEZ; ALBA MARINA MILA-DE-LA-ROCA-MORALES; OVIDIO BUENAVENTURA ARTILES-CABRERA; JOSE ADAN-OLIVER; LUIS AYALA-MARTINEZ

Centro de trabajo: Hospital Santa Barbara, Puertollano

Introducción y objetivo:El hamartoma nasal es una lesión rara que se caracteriza por una mezcla de varios tipos de tejidos. Es aún más rara su localización en la fosa nasal.

Material y Método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 70 años, con un hamartoma en fosa nasal izq. Resecado mediante CENS.

Resultados: Resección mediante CENS, post-operatoria sin incidencias y estable. Resultados de AP compatible con hamartoma nasal.

Conclusiones: Los hamartomas deben entrar en el diagnóstico diferencial de las masas unilaterales de la nariz, junto con los papilomas invertidos y los tumores malignos.

Persona de contacto: Eduardo Mena

e-mail: edumen2@gmail.com

Título: Enfermedad de Rosai Dorfman en subglotis, reporte de un caso y revisión de la literatura
Autores: MILÁ DE LA ROCA-MORALES, ALBA MARINA; EDUARDO ANTONIO MENA-DOMÍNGUEZ; OVIDIO ARTILES-BUENAVENTURA; JOSÉ ADAN-OLIVER; LUÍS FELIX AYALA-MARTÍNEZ

Centro de trabajo: Hospital Santa Bárbara de Puertollano.

Introducción: La enfermedad de Rosai Dorfman es una patología sistémica de características histológicas específicas, caracterizada habitualmente por adenopatías con histiocitosis sinusal con emperpólesis, histiocitos S-100 y CD68 positivos y CD1 negativos y que puede aparecer conjuntamente con afectación de múltiples órganos. Sin embargo, la afectación extraganglionar aislada es infrecuente.

Caso clínico: Presentamos un caso de enfermedad de Rosai Dorfman aislada en subglotis en un paciente masculino de 38 años en quien se realiza exéresis de la lesión con microcirugía laríngea con láser CO2 con buena evolución y vigilancia de la aparición de enfermedad sistémica.

Conclusiones: La enfermedad de Rosai Dorfman suele ser autolimitada dentro de una amplia gama clínica que va desde estar asintomático hasta desenlace fatal. Se recomienda la cirugía láser CO2 laríngea ante la sospecha de esta enfermedad debido a que se trata de tumores muy sangrantes que se pueden extirpar y controlar mejor con esta técnica.

Persona de contacto: Alba Marina Milá de la Roca Morales

e-mail: albabrit01@gmail.com

Título: Carcinoma epidermoide de cabeza y cuello de origen desconocido: protocolo diagnóstico y terapéutico.

Autores: I SANTIAGO-SETIÉN **; M GIL-AGUILAR*; C MORALES-ANGULO *; N CASTAÑEDA-CURTO*; A VIANACORA *; N LEDESMA-CASTILLO *

*Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander. España)

**Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria (Santander. España)

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

Introducción. El carcinoma epidermoide de cabeza y cuello puede debutar con la aparición de nódulos cervicales metastásicos, en forma de adenopatías palpables, a nivel de la región cervical. Asimismo, aunque de forma poco frecuente, en algunos casos es éste el único signo que evidencia la presencia de un proceso tumoral subyacente, no siendo posible identificar el origen primario del tumor a pesar de llevarse a cabo un estudio en profundidad (hasta en el 2-3% de los pacientes)

El objetivo de nuestro estudio fue conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello de origen desconocido (CECCID) en Cantabria y proponer un protocolo diagnóstico y terapéutico de estos tumores

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes diagnosticados de CECCOD desde el 1 de diciembre de 2005 hasta el 30 de noviembre de 2016. Resultados. El número de pacientes incluidos fue de 35, de los cuales 32 (91,4%) eran varones. El 88,6% de los pacientes eran fumadores y el 62,8% consumidores habituales de alcohol. A 29 de los pacientes (82,8%) se les practicó una punción aspiración con aguja fina (PAAF), de los cuales ésta arrojó un resultado positivo para carcinoma epidermoide en 23 (65,7%). El 57,1% presentaban una adenopatía patológica única. La localización más frecuente de las adenopatías fue el área yugulocarotídea, en 21 de los casos (60%).

Conclusiones. La técnica de elección para llevar a cabo el diagnóstico histológico de una adenopatía cervical es la PAAF dado que es una técnica sencilla, mínimamente invasiva y con una sensibilidad y especificidad para la detección de metástasis de carcinoma epidermoide elevadas.

Persona de contacto: M^a Teresa Gil Aguilar

e-mail: mtgilaguilar@gmail.com

Título: Utilidad del PET-TAC para la detección del tumor primario en pacientes diagnosticados de metástasis cervical de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello.

Autores: M GIL-AGUILAR*; I SANTIAGO-SETIÉN **; C MORALES-ANGULO *; N CASTAÑEDA-CURTO*; A VIANACORA *; N LEDESMA-CASTILLO *

*Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander. España)

**Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria (Santander. España)

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

Introducción. La metástasis cervical de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello de primario desconocido (CECCOD) representa entre el 1-3 % de los nuevos casos de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. Como diagnóstico de exclusión, una anamnesis y exploración exhaustivas (incluyendo nasofibrolaringoscopia), y TAC y/o RMN son esenciales para localizar el tumor primario. El objetivo de este estudio es determinar el papel de la tomografía por emisión de positrones (PET) en el diagnóstico del tumor primario en los CECCOD.

Material y métodos. Se desarrolló un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó 46 pacientes diagnosticados de CECCOD desde enero de 2005 hasta diciembre de 2016. Todos los pacientes presentaban una metástasis cervical confirmada de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. Resultados. En el 85,4 % de todos los casos, el diagnóstico de malignidad se realizó mediante punción aspiración con aguja fina. Un PET/TAC se realizó con el objetivo de localizar el origen del tumor primario y la presencia de metástasis a distancia en 33 de los 46 pacientes. Se detectó tumor primario en 6 de los pacientes cuya exploración fue rigurosamente normal. El 54 % fueron encontrados en la orofaringe.

Conclusiones. Todos los pacientes diagnosticados de metástasis de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello en uno o varios ganglios linfáticos cervicales deberían ser sometidos a una exploración rigurosa para identificar la localización del tumor primario. El PET/TAC mejora el diagnóstico de las lesiones primarias cuando una panendoscopia es negativa y permite la toma de biopsias de forma dirigida.

Persona de contacto: Ma Teresa Gil Aguilar

e-mail: mtgilaguilar@gmail.com

Título: Schwannoma nasal. A propósito de un caso.

Autores: JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE-MARTINI; ROSALYN CHAVES-ARAUJO; AURYMAR FRAINO, ENRIQUE CALVO-BOIZAS, MARÍA GIL-MELCÓN, A SANTOS-BRIZ.

Centro de trabajo: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Hospital Clínico.

Introducción y objetivo: Las neurinomas o schwannomas son neoformaciones benignas originadas de las células de Schwann, que forman parte de la vaina o neurilema de los nervios periféricos. Son los tumores nerviosos más frecuentes del organismo, y en cabeza y cuello representan más del 30% del total de los tumores de estirpe nerviosa. Se localizan generalmente en el VIII par craneal, siendo nariz y senos paranasales una localización inusual, encontrándose por orden de frecuencia en seno etmoidal, maxilar, y raramente, en el seno esfenoidal y frontal. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, produciendo fundamentalmente obstrucción nasal, epistaxis, rinorrea, anosmia, cefalea, otitis serosa y tumefacción facial. El diagnóstico de estos tumores se basa en la endoscopia nasosinusal junto a los métodos de diagnóstico por imagen como tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), confirmándose la estirpe del tumor mediante el estudio anatomopatológico.

Material y Método: Paciente varón de 38 años de edad, con antecedentes personales de interés apendicectomía y brucelosis, de profesión agricultor. Acudió a la consulta por presentar enfermedad actual de 10 años de evolución, caracterizada por obstrucción nasal progresiva, que ha ido empeorando en el tiempo, asociado a sensación de ocupación en fosa nasal derecha (FND). A la exploración física de ORL se aprecia, tumoración pediculada, de 2 cm aproximadamente en área vestibular de FND, que oblitera la mayor parte de la misma y depende

del septum; resto dentro de límites normales. Se solicita TC Nasosinusal donde objetiva lesión dependiente de septum de 1.5 x 1.5 x 2 cm APxTxCC, que ocupa FND, sin signos de extensión local, ni modificación de estructuras óseas de seno maxilar ipsilateral. En vista de hallazgo se decide realizar cirugía endoscópica nasosinusal con extirpación completa bajo sedación local, remitiéndose la pieza para el estudio anatomopatológico.

Resultados: El estudio anatomopatológico de la muestra reporta lesión nodular con proliferación fusiforme (Schwannoides) con disposición fascicular, irregular, sin atipias, ni actividad mitótica significativa. Dicha descripción es compatible con Schwannoma de la región nasal sin afectación de áreas vecinas.

Conclusiones: A pesar de la baja frecuencia de Schwannoma en áreas nasosinuales (4-10%), es importante realizar una exhaustiva exploración de la región nasal, debido a que tanto las manifestaciones clínicas, como los hallazgos en la exploración física e imagenológica son inespecíficas. Más aún en pacientes con clínica unilateral, hiposmia y epistaxis recurrente, en vista de no pasar por alto patologías con frecuencia tan baja como ésta, y que puedan extenderse silenciosamente a otras áreas, haciendo a su vez, de su exéresis un procedimiento más complicado.

Persona de contacto: Intraprendente Martini, JF.

e-mail: Jefraima@yahoo.es

Título: Aplasia unilateral de glándula salival mayor

Autores: CARLOS MIGUEL SALVADOR-RAMÍREZ; NURIA MESURO DOMINGUEZ; JUAN JOSÉ TAVAREZ-RODRÍGUEZ

Centro de trabajo: Hospital Medina del Campo

Introducción y objetivo: La ausencia de glándulas salivales mayores es una anomalía congénita muy infrecuente y puede comprometer una o más glándulas salivales además de asociarse con agenesia de glándulas lacrimales u otros defectos ectodérmicos.

Material y Método: Varón 34 años, sin antecedentes de interés, acude a consulta por referir clínica sugestiva de sinupatía maxilar derecha subaguda, no xerostomía, no alteraciones de la deglución. Exploración: Cavidad oral: Piezas dentales en buen estado de conservación, papila de Stenon derecho permeable y funcional, ausencia de papila izquierda. No malformaciones oculares ni faciales, no asimetría facial. TC Facial: quiste de retención en seno maxilar derecho y ausencia de tejido parotídeo izquierdo RMN Facial: Celda parotídea izquierda con ausencia glandular, reemplazado con tejido graso.

Resultados: Agenesia de glándula parótida izquierda.

Conclusiones: La agenesia de glándula parótida es una anomalía congénita rara, con una incidencia de 1 de cada 5000 recién nacidos. La mayoría de los casos descritos son agenesia bilateral y se asocian con otras alteraciones del primer y segundo arco branquial, aplasia de glándulas lacrimales, disostosis mandibulofacial, microsomía hemifacial o síndrome lacrimo-aurículo-dentodigital. La agenesia unilateral suele presentarse en pacientes asintomáticos, como en nuestro caso. Los estudios de imagen Tomografía Computada y Resonancia Magnética Nuclear son muy sensibles para el diagnóstico.

Persona de contacto: Carlos Miguel Salvador Ramírez

e-mail: salvadorlent@gmail.com

Título: Importancia del diagnóstico diferencial de tumores del espacio parafaríngeo.

Autores: ANA SÁNCHEZ-MARTÍNEZ; ANA FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; MARTA ALONSO-MESONERO; JAIME SANTOS-PÉREZ; MARÍA ANTONIA CARRANZA CALLEJA; DARÍO MORAIS-PÉREZ.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: Los tumores del espacio parafaríngeo son poco frecuentes. Representan el 0.5% de las tumoraciones de cabeza y cuello. Entre el 70 y 90% de estas tumoraciones son benignas. El 50% derivan de las glándulas salivares, un 20-30% son de origen neurogénico y el 20% restante de naturaleza histológica variada. Son lesiones en general asintomáticas debido a

su lento crecimiento. Sólo aquellas de gran tamaño dan lugar a tumoraciones visibles o palpables mediante la exploración física. Es importante el diagnóstico diferencial del absceso parafaríngeo, como complicación de infecciones de la cavidad oral o como debut de una neoplasia maligna de zona ORL, tanto en la orientación diagnóstica, como en el tratamiento a realizar.

Material y Método: CASO 1: Mujer de 66 años que acude a urgencias por odinofagia de 20 días de evolución, fiebre y sensación de masa en el cuello. A la exploración se visualiza abombamiento de pilar amigdalino anterior izquierdo y zona parafaríngea izquierda. En cuello se palpa tumoración laterocervical izquierda dolorosa. La punción es negativa (pensando en un origen infeccioso dada la clínica). TAC: Gran masa sólida hiperdensa parafaríngea izquierda de 48x35x24 mm, localizada ligeramente superior a la bifurcación carotídea.

CASO 2: Mujer de 29 años que acude a consulta de ORL por tumoración laterocervical izquierda de 15 días de evolución. Exploración: palpación de masa dura en área II-III. TC: masa hipervascular discretamente heterogénea, que se origina en la bifurcación de carótida izquierda, condicionando desplazamiento de ambas carótidas, lateral de la vena yugular interna y ECM, así como anterior de la glándula submaxilar homolateral, con unas medidas aproximadas de 3.7x3.4x5.3 cm.

CASO 3: Mujer de 56 años de edad que acude a consulta de ORL por molestias faríngeas. A la exploración se visualiza una tumoración en región amigdalina izquierda de aspecto redondeado no infiltrante. Se tomó biopsia de la lesión y se solicitó TC: lesión parcialmente calcificada en fosa pterigomaxilar de 3.7 x3.8 cm, probable infiltración de plano pterigoideo.

CASO 4: Varón de 22 años que presenta fiebre y odinofagia de varios días de evolución. Abombamiento del pilar amigdalino derecho con leve edema de úvula. Punción negativa. Incisión sin salida de pus. TC: se objetivan dos colecciones hipodensas en espacio parafaríngeo derecho, desde la nasofaringe hasta el comienzo de la laringe de 3 cm de eje longitudinal. La otra se encuentra en espacio anterior de la faringe a nivel del suelo de la boca.

Resultados: Las 3 primeras pacientes fueron programadas para exéresis de las tumoraciones mediante abordaje cervical. En la primera y la segunda se realizó una embolización previa por parte del servicio de radiointervencionismo. Ambas con postoperatorio sin complicaciones. La tercera paciente presentó una infección posquirúrgica posiblemente en relación con la biopsia hecha previamente a la intervención que precisó la colocación de SNG y reposo digestivo. Anatomía patológica: caso 1: paraganglioma vagal de células claras; caso 2: paraganglioma de glomus carotídeo; caso 3: adenoma pleomorfo de parótida. A día de hoy las 3 se encuentran clínicamente bien, sin recidivas.

El cuarto paciente tuvo que ser intervenido para buscar la colección de pus, ante la falta de remisión completa de los síntomas y la persistencia del absceso en el control radiológico. El abordaje fue intraoral con exéresis posterior de la amígdala ipsilateral.

Conclusiones: Los escasos síntomas clínicos de las tumoraciones del espacio parafaríngeo suelen dificultar realizar un diagnóstico precoz, el cual es fundamentalmente radiológico. Es importante la sospecha por la clínica y la exploración, para evitar conductas intempestivas como la toma de biopsia previa o la punción, en caso de confundirlo con un absceso periamigdalino o parafaríngeo.

El tratamiento de estos tumores es siempre quirúrgico y el abordaje depende del tamaño de la lesión, localización y relación con los grandes vasos. El abordaje normalmente empleado es cervical, ya que permite un buen acceso al espacio parafaríngeo y un adecuado control de las estructuras vasculares y nerviosas. Las complicaciones son raras en manos experimentadas y las recidivas se dan solamente en aquellos casos en los que la lesión no se ha extirpado en su totalidad.

Es importante sospechar las lesiones de origen infeccioso y su estricto control radiológico para proceder a un tratamiento agresivo y quirúrgico de los mismos de ser preciso, ante las complicaciones fatales que desencadenan.

Persona de contacto: Ana Sánchez Martínez

e-mail: annisan_89@hotmail.com

Título: Tercer molar ectópico como causa de rinosinusitis crónica refractaria a tratamiento médico.

Autores: RAQUEL FERNÁNDEZ-MORAIS; CLAUDIA BUENDÍA-PAJARES; SARA FERNÁNDEZ-CASCÓN; MARIO CUETOS-AZCONA; JAVIER HERRERO-AGUSTÍN; LUIS ÁNGEL VALLEJO-VALDEZATE.

Centro de trabajo: Servicio de otorrinolaringología. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
Introducción y objetivo: Los cordales ectópicos son aquellos incluidos en posiciones inusuales o desplazados a distancia de su normal localización anatómica.

Material y Método: Presentamos el caso de un hombre de 46 años que presentaba dolor e inflamación hemifacial izquierda asociado a un cuadro de rinosinusitis crónica refractaria a tratamiento médico habitual. El TAC facial realizado muestra una ocupación por una imagen con densidad de partes blandas en seno maxilar izquierdo que condiciona lisis de la pared medial del aparato osteomeatal en su conjunto, y obliterando parcialmente la fosa nasal izquierda. Así mismo, en la parte inferior del seno maxilar izquierdo se visualiza una pieza dentaria de inclusión que parece corresponder con un tercer molar en dicha localización.

Resultados: Tras los hallazgos, se decide intervenir quirúrgicamente al paciente mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS). En las imágenes intraoperatorias podemos ver como un molar se encuentra situado en la región infero-medial del seno maxilar, obstruyendo el ostium de drenaje del seno maxilar izquierdo, siendo este el responsable de la clínica del paciente.

La cirugía se realizó bajo control endoscópico en su totalidad realizándose una meatotomía media ampliada y utilizando un botador para la extracción del cordal ectópico a través de la fosa nasal.

Conclusiones: En muchos casos la etiología de un cordal ectópico no puede ser identificada. La mayor parte de las veces son asintomáticos y diagnosticados mediante estudio radiológicos. La indicación de exodoncia en el caso de un diente ectópico en general viene determinada por la presencia de sintomatología o en prevención de futuras complicaciones.

Persona de contacto: Raquel Fernández Morais

e-mail: raquel.fm89@gmail.com

Título: Cordoma de unión cráneo cervical

Autores: ROSALYN CHAVES-ARAUJO; JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE-MARTINI; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; GABRIEL A. AGUILERA-AGUILERA; JUAN CARLOS DEL-POZO-DE-DIOS; MARÍA GIL-MELCÓN

Centro de trabajo: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: Los cordomas de la unión craneocervical son neoplasias óseas de baja frecuencia, que derivan del tejido embrionario notocordal, un cordón celular primitivo, alrededor del cual se desarrollan las estructuras óseas de la base del cráneo y la médula espinal, entre otros; su incidencia global es de 0,08 a 0,5 casos por 100.000 habitantes, afectando más a hombres que a mujeres, siendo menor su incidencia en la población pediátrica. En raras ocasiones puede ser de carácter familiar.

Caso Clínico: Paciente de 28 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, acude a servicio de urgencias por cuadro de aproximadamente 2 meses de duración, caracterizado por molestias faríngeas inespecíficas con posterior disfagia para sólidos progresiva, inicialmente tomó antibióticos por probable amigdalitis infecciosa sin mejoría del cuadro, al llegar a urgencias en el examen físico se encuentra protrusión de la pared faríngea posterior, sin otros hallazgos en la esfera ORL, y examen neurológico dentro de la normalidad; sospechando un absceso retrofaríngeo se le indica TC cervical que reporta lesión centrada en línea media de base de cráneo, de características extraxiales, que ocupa en su parte posterior el canal raquídeo con desplazamiento del tronco del encéfalo, en su margen anterior ocupa cavum y espacio retrofaríngeo. Presenta erosión ósea en base de cráneo con afectación del clivu. Mide 5x5,4x5cm (TxAPxCC) concluyendo como primera posibilidad diagnóstica cordoma de unión craneocervical. Se biopsia la lesión a través de orofaringe y se confirma el diagnóstico. Se realizan 2 intervenciones con aproximadamente 1 mes entre ellas, junto con el equipo de neurocirugía, donde con abordaje endonasal endoscópico se realiza exéresis subtotal del tumor encaminado a una descompresión de la región ponto bulbar. Es reintervenido por el servicio de Neurocirugía con abordaje far lateral derecho asociado a laminectomía derecha C1 y C2 y exéresis

macroscópico completo de la porción intradural prebulbo-medular del tumor. Con evolución satisfactoria y exploración neurológica normal es llevado a quirófano a un cuarto tiempo quirúrgico por equipo ORL para exéresis del tumor en espacio parafaríngeo derecho y prevertebral a través de cervicotomía y mandibulotomía, el paciente se encuentra actualmente en cuidados postoperatorios, evolucionando de forma favorable.

Persona de contacto: Rosalyn Chaves Araujo
e-mail: rosalyn104@gmail.com

Título: Ecchordosis physaliphora

Autores: VIVIANA ANDREA CIFUENTES-NAVAS; JAIME SANTOS-PÉREZ; MARÍA ANTONIA CARRANZA-CALLEJA; JUAN CHAVIANO-GRAJERA; ANA FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; DARÍO MORAIS-PÉREZ.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción: Ecchordosis physaliphora (EP) es una lesión congénita benigna rara, que representa un remanente notocordal. Ocurre particularmente a nivel del clivus y del sacro.

Por lo general, el crecimiento es lento con un curso indolente, la mayoría de los casos son hallazgos incidentales en la autopsia. Existen datos limitados sobre pacientes sintomáticos con EP. Distinguir el EP de su homólogo maligno, cordoma, es de suma importancia. El EP suele ser asintomático, mientras que los cordomas pueden presentarse con cefalea, parálisis múltiple de los nervios craneales y progresión rápida a la muerte, a pesar del tratamiento quirúrgico y de la radioterapia. El diagnóstico se basa teniendo en cuenta las características radiológicas y, si es posible, mediante biopsia, histopatología e inmunohistoquímica.

Materiales y métodos: Primer caso: Paciente de 66 años de edad, con antecedente de TBC pulmonar y Adenocarcinoma de colon. Que consulta a urgencias por sordera brusca. Se solicita como protocolo RM de base de cráneo. RM: Lesión ósea en clivus, probable angioma o endondroma, bordes esclerosos, sin efecto masa. Angioma en cráneo, parietal izquierdo. Para aclarar diagnóstico se solicitó TAC de base de cráneo. TAC: Se aprecia lesión lítica en clivus, de bordes bien definidos y sin signos radiológicos de agresividad. Tanto por su morfología como su localización, la mejor posibilidad diagnóstica es una Ecchordosis Physaliphora.

Segundo caso: Paciente de 36 años con antecedentes de hernia discal L4-L5 y L5-S1., déficit selectivo de IGA. Alérgico a los ácaros, Sinusitis de repetición. Apendicectomía y amigdalectomía. Consulta a urgencias por sensación de cuerpo extraño faríngeo de un año de evolución, que a la exploración se palpa tumoración redondeada, blanda y móvil en polo superior de cartílago tiroides. Se solicita TAC de cuello. TAC: De forma incidental que encuentra defecto óseo en clivus, con presencia de masa de partes blandas que se introduce en el seno esfenoidal y que probablemente corresponda con Ecchordosis Physaliphora, recomendado estudiar lesión mediante RM. RM: Se comprueba la lesión del clivus, de morfología redondeada con crecimiento hacia el seno esfenoidal y un pequeño componente retroclival en la cisterna prepontina, la lesión es de señal heterogénea de predominio hiperintenso en secuencia T2 e hipointensa en secuencia T1, bien delimitada, que no realiza tras la administración de contraste. Es muy probable que la lesión se corresponda con el diagnóstico propuesto de Ecchordosis Physaliphora, el hecho de que no capte contraste lo diferencia de un condroma.

Resultados: En el caso de nuestros dos pacientes observados, el hallazgo de Ecchordosis physaliphora (EP) fue de forma casual, por pruebas de imagen solicitadas por otros motivos.

Actualmente estos pacientes están asintomáticos, en seguimiento radiológico con RM.

Conclusiones: Ecchordosis physaliphora (EP) representa el 0,5-2% de todas las autopsias, y se encuentra en el 1,5% de toda la resonancia magnética del cerebro. La falta de sintomatología se atribuye clásicamente a EP, se encuentra típicamente incidentalmente, ya sea en la autopsia o en imágenes buscadas para la investigación de síntomas no relacionados con el EP (es decir, hallazgo incidental). En cuanto a las características radiológicas, los tres principales criterios que se identifican son hipointensidad en secuencias T1, hiperintensidad en secuencias T2 y que no se realza tras la administración de contraste. Estas tres características permiten hacer un diagnóstico de EP basado solo en la imagen. El tratamiento de la EP es conservador, mediante exploraciones de RM realizadas cada 6 meses a 1 año.

Persona de contacto: Viviana Andrea Cifuentes Navas

Vivi_cifu@hotmail.com

Título: Microtia. Revisión de nuestros casos.

Autores: DANILO TERÁN-MUÑOZ; PABLO CRESPO-ESCUDERO; ANA NAVAZO-EGUÍA.

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo: Se define a la microtia como deformidad en el pabellón auricular producto de anomalías en el desarrollo embriológico del mismo. Esta deformidad puede ir desde pequeñas alteraciones en su morfología hasta la ausencia del pabellón auricular. Si bien la reconstrucción de dicho defecto es un campo muy especializado, el ORL debe conocer la etiología, anatomía, manejo médico y opciones no quirúrgicas disponibles para el tratamiento de esta patología.

Material y Método: Se recogieron los datos de los pacientes diagnosticados de microtia registrados en las historias clínicas electrónicas del sistema informático del Hospital Universitario de Burgos.

Resultados: Tras la recogida de datos se obtuvieron 7 pacientes (4 varones) que presentaron algún grado de microtia, 6 pacientes presentaron microtia grado III. Todos los pacientes presentaron atresia completa del conducto auditivo externo asociada. Solamente se presentó un caso de microtia asociada a atresia del conducto auditivo sin presentar otras alteraciones anatómicas. El síndrome asociado con más frecuencia fue el Treacher Collins, con dos pacientes. La localización anatómica afectada con más frecuencia fuera del aparato auditivo fue la mandíbula, con 4 casos: el hallazgo más común fue la hipoplasia mandibular. Dos pacientes (no sindrómicos) fueron producto de embarazos múltiples; sus respectivos hermanos no presentaron microtia asociada a atresia de conducto auditivo, pero sí otras alteraciones morfológicas: apéndices auriculares en un caso, y atresia esofágica en otro. El grado de pérdida auditiva en el oído afecto más fue 65 dB en promedio. La técnica de rehabilitación auditiva fue la estimulación ósea en todos los pacientes, junto a estrecha rehabilitación logopédica. Durante su seguimiento en consultas tres pacientes precisaron colocación de drenajes transtimpánicos por otitis medias serosas recurrentes.

Discusion y Conclusiones: La microtia se presenta en 1-4 de cada 10.000 nacimientos; los hombres son más afectados en una relación de 2.5:1. Está comúnmente asociada a atresia de canal auditivo, y el grado de deformidad auricular se correlaciona con alteraciones anatómicas en el oído medio. La hipoacusia de transmisión representa el 90% de las hipoacusias de estos pacientes. El umbral de pérdida auditiva esperado en esta patología es de aproximadamente entre 40 y 70 dB. Cualquier sospecha de disminución de audición en el oído normooyente deben ser tratadas: las otitis medias serosas deben ser abordadas de manera precoz. Se preconiza lograr la estimulación auditiva binaural para aumentar la plasticidad del sistema auditivo en desarrollo: de esta manera se mejora la localización del sonido que repercute acrecentando el lenguaje, el rendimiento escolar y desempeño social.

La microtia y la atresia de conducto son patologías relativamente comunes; el otorrinolaringólogo debe estar familiarizado con la evaluación inicial y los cuidados que estos pacientes requieren.

Persona de contacto Danilo Terán Muñoz.

e-mail: drdaniloteran@gmail.com

Título: Disfagia orofaríngea en relación con depósito de amiloide

Autores: ROSANA VILLAOSLADA-FUENTES; SANTIAGO ESTÉVEZ-ALONSO; RAMÓN ANTONIO MARTÍNEZ-CARRANZA; MARÍA MARCO-CARMONA; ERWIN RACINES-ALAVA.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

A continuación, se expone el caso de una paciente de 71 años de edad que acude por sensación de cuerpo extraño faríngeo desde hace 7 meses y disfonía intermitente que empeora a lo largo del día. Disfagia para sólidos y líquidos, no tos ni regurgitación de alimentos después de las comidas. También presenta clínica compatible con reflujo gastroesofágico y pérdida de 10 kg de peso desde hace 6 ó 7 meses. El tiempo de ingesta está muy aumentado, pero después es capaz

de realizarla sin restricciones, sin embargo la abandona por cansancio. Además de una voz húmeda que necesita aclarar de forma frecuente, principalmente matutina y que, en alguna ocasión, se acompaña de esputos con sangre.

Como antecedentes personales de interés destacan: Hipotiroidismo subclínico, colon irritable, insuficiencia venosa periférica, depresión y anemia; patología controlada con tratamiento médico oral. Niega hábitos tóxicos.

Intervenciones quirúrgicas: histerectomía, hernias discales por estenosis de canal, fauquectomía bilateral, colecistectomía y síndrome del túnel carpiano.

Al realizar la exploración física no se objetivan déficits motores ni sensitivos apreciables a nivel de cavidad oral y orofaringe, el reflejo nauseoso está conservado, y la palpación de dicha zona es normal. Para aclarar el origen de la disfagia se realiza una videoendoscopia faringolaríngea en el que destaca una leve hipertrofia de la base lingual; en la videoendoscopia de la deglución cabe resaltar el aumento de tiempo en la fase oral con múltiples intentos deglutorios con todos los volúmenes y consistencias, lo cual impresiona de alteración propulsiva a nivel oral. Llegados a este punto decidimos pedir un TAC en el que se observa un engrosamiento importante de la base de la lengua, y un estudio radiológico de la deglución que demuestra un aumento del tiempo de tránsito faríngeo por residuo en senos piriformes en relación con la fase orofaríngea de la deglución; a nivel de la unión esofagogástrica se aprecia una hernia de hiato. La paciente estaba en estudio de hematología por sospecha de amiloidosis, para confirmarlo se le realizó una PAAF de tejido celular subcutáneo de pared abdominal donde se demostró sustancia amiloide positiva con la tinción Rojo Congo. Por parte de nuestro servicio la paciente es diagnosticada de disfagia orofaríngea moderada con alteración significativa de la propulsión oral debido a infiltración lingual por depósito de amiloide para lo cual se le dan una serie de recomendaciones; en el momento actual se encuentra en tratamiento con quimioterapia por hematología.

La amiloidosis, enfermedad producida por el depósito de amiloide, puede afectar en ocasiones a la lengua. La forma de presentación más característica en estos casos es la macroglosia, que suele encontrarse en las amiloidosis sistémicas como ocurre en nuestro caso.

Persona de contacto: Rosana Villaoslada Fuentes

e-mail: rosvifu_91@hotmail.com

Título: Hidradenoma papilífero de conducto auditivo externo

Autores: RAQUEL YÁÑEZ-GONZÁLEZ*; ENRIQUE COSCARÓN-BLANCO*; MARÍA LOURDES CUESTA-MARTÍNEZ **; RAQUEL PEÑA-GONZÁLEZ *; MYRIAM GONZÁLEZ-SÁNCHEZ *; MARÍA SOLEDAD SUÁREZ-ORTEGA *

Centro de trabajo: *Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Virgen de la Concha de Zamora

**Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Concha de Zamora.

Introducción y objetivo: Se presenta el caso de un paciente varón de 56 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a consulta de ORL por sensación de taponamiento ótico en el lado izquierdo y sensación subjetiva de hipoacusia del mismo lado.

Material y Método: A la exploración se objetiva tumoración de consistencia blanda que ocupa el conducto auditivo externo izquierdo de manera subtotal. La piel del conducto presenta un aspecto normal no ulcerado.

Ante los hallazgos obtenidos se solicita prueba de imagen realizándose TAC de peñascos que muestra la presencia de un tejido de partes blandas en la mitad externa del conducto de aproximadamente 18mm de extensión con bordes lisos. No se observan lesiones de la parte ósea del conducto ni lesiones ocupantes a nivel de oído medio siendo la cadena osicular de aspecto normal. Se realiza exéresis de la lesión mediante abordaje endoaural.

Resultados: En el estudio anatomopatológico de la pieza se describe un tumor quístico catalogado como hidradenoma papilífero

Conclusiones: Este tipo de tumor benigno es muy poco frecuente en el área otorrinolaringológica y se considera que su resección es curativa.

Persona de contacto: Raquel Yáñez González

e-mail: raquelyg87@gmail.com

Título: Abordaje intraoral de abscesos parafaríngeos en niños

Autores: MARLENY CASASOLA-GIRÓN; ANA FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; ANA SÁNCHEZ-MARTÍNEZ; ANDREA CIFUENTES-NAVAS; DARIO MORAIS-PÉREZ

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción: Los abscesos profundos de cuello son infrecuentes en niños, siendo más habitual en menores de 5 años, se asocian a infecciones de las vías respiratorias altas que se extienden a ganglios linfáticos localizados entre la pared posterior faríngea y la fascia prevertebral en los cuales drena la faringe y áreas contiguas. Estas infecciones evolucionan desde celulitis, migración leucocitaria y respuesta vasogénica hasta encapsulamiento de la colección purulenta y posteriormente la ruptura capsular que es lo que origina las complicaciones según la zona en la que drene, en estos casos la fatalidad es el compromiso de la vía aérea, Los microorganismos principales son Estreptococos B- hemolíticos del grupo A y Estafilococo aureus El diagnóstico es radiológico por medio de tomografía computarizada, y sirve la ecografía pero no es el método diagnóstico de elección. El tratamiento de un absceso establecido es drenaje por medio de punción o quirúrgico, con abordaje intraoral o a través de cervicotomía. a esto añadido antibioticoterapia de amplio espectro intravenosa.

Metodología: Descripción de 4 casos clínicos pediátricos con rango de edad de 19m a 5a, quienes presentaron colecciones extensas en zona retro-para faríngea, el mayor de ellos se extendía en su borde caudal hasta la encrucijada cervicotorácica, y como límite superior la base de cráneo. A los cuatro pacientes se les realizó drenaje quirúrgico bajo anestesia general, mediante abordaje intraoral, incidiendo en zona de abombamiento con previa punción, extubándose a las 24-48h según el caso

Resultados: El manejo de estos pacientes pediátricos de forma poco agresiva mediante abordaje intraoral, permitió en todos los casos la resolución favorable del problema clínico. No hubo recidivas.

Conclusiones: El tratamiento de los abscesos profundos de cuello es el drenaje quirúrgico temprano con manejo antibiótico agresivo. El drenaje intraoral de los abscesos parafaríngeos son una alternativa eficaz al abordaje externo. Una de las dificultades de los abordajes intraorales, es la localización y fabricación de los abscesos ya que esto podría impedir el drenaje completo, por lo que se requiere el estudio previo de la radiología como el conocimiento anatómico avanzado de los espacios cervicales. La tomografía es el método diagnóstico de elección. La extubación a las 24-48 horas del drenaje nos permite valorar la evolución y el control directo del sitio quirúrgico y asegurar la vía aérea por posibles complicaciones de edema postquirúrgico. Esto requiere ingreso en unidad de cuidado crítico pediátrico

Persona de contacto: Marleny Casasola

e-mail: marlenycasasola@gmail.com

Título: Manejo de los paragangliomas carotídeos. Presentación de 5 casos clínicos.

Autores: LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; ANA FERNÁNDEZ-RODRIGUEZ; MICHEL BAUER; MARLENY CASASOLA-GIRÓN; ANA SÁNCHEZ-MARTÍNEZ; JAIME SANTOS-PÉREZ ; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivo: Los paragangliomas carotídeos son tumores infrecuentes derivados de los paraganglios del cuerpo carotídeo. Son tumores de crecimiento lento y solo los tumores muy voluminosos llegan a ocasionar síntomas neurológicos. El diagnóstico es clínico y radiológico, siendo el tratamiento curativo la cirugía radical. El objetivo del estudio es el análisis del tratamiento quirúrgico y sus posibles complicaciones.

Material y Método: Presentamos cinco casos clínicos de paragangliomas carotídeos tratados en nuestro servicio en los últimos 5 años, tres de los cuales procedían de otros centros hospitalarios.

Resultados: De los cinco casos clínicos tratados, en cuatro de ellos llevamos a cabo una cervicotomía con exéresis de los paragangliomas y en uno decidimos actitud expectante debido a su edad y pluripatología. No hubo incidencias quirúrgicas importantes y solamente se requirió

colaboración por Cirugía Vasculat en un caso. Los pacientes fueron dados de alta a los pocos días sin secuelas.

Conclusiones: Los paragangliomas carotideos hay que incluirlos en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones cervicales, para ello es esencial las pruebas de imagen. Forman parte de los paragangliomas cérvico-cefálicos siendo los más frecuentes de estos. La presentación más frecuente es una masa de crecimiento lento e indolora y el tratamiento electivo es la cirugía radical con o sin embolización prequirúrgica.

Persona de contacto: Luis Miguel Torres Morientes

e-mail: luismitorres27@yahoo.es

Título: Enfermedad de Ménière bilateral de difícil control

Autores: HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ*; GABRIEL ALEJANDRO AGUILERA-AGUILERA*; MYRIAM GONZÁLEZ-SÁNCHEZ**; CARMEN SÁNCHEZ-BLANCO*; SANTIAGO SANTA-CRUZ-RUIZ*; ÁNGEL BATUECAS-CALETRÍO*.

Centro de trabajo: * Servicio de ORL y CCC. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

** Servicio de ORL y CCC. Hospital Virgen de la Concha (Zamora).

Introducción y objetivo: La enfermedad de Meniere bilateral es menos frecuente que la variante unilateral. Sus síntomas incluyen los clásicos de la unilateral (síntomas cocleares y vestibulares como fluctuaciones de audición tipo neurosensorial en frecuencias graves, crisis de vértigo, acúfenos y plenitud ótica) y asocia desequilibrio, oscilopsia y pérdida audición bilateral con mayor impacto en la calidad de vida del paciente. Suelen comenzar por la aparición de síntomas en un oído y secuencialmente evolucionan hacia la enfermedad bilateral. La frecuencia de conversión no está clara, varios estudios lo sitúan entre 5% y 50%. El período de conversión: controvertido, algunos Autores: sostienen que los síntomas contralaterales aparecen entre 2 y 5 años desde la aparición inicial. No es frecuente predecir qué pacientes progresarán a esta enfermedad bilateral. El número de pacientes con enfermedad de Meniere que progresan a forma bilateral con hipoacusia neurosensorial severa-profunda bilateral es relativamente pequeña, aproximadamente un 6%.

Material y Método: Se describe el caso clínico de un paciente varón de 36 años de edad. Antecedentes personales: VIH, enfermedad de Gilbert y LUES. Diagnosticado de Enfermedad de Ménière de oído derecho desde hace 3 años, con mal control de las crisis en el último año por lo que se decidió pautar tratamiento con corticoide oral, como no se conseguía su control se administró corticoide intratimpánico sin respuesta y además comenzó con crisis de Tumarkin, hipoacusia neurosensorial leve a profunda en oído derecho y en la logaudiometría de umbral de inteligibilidad en 85 dB y máxima discriminación del 90% a 100 dB a 10% de inteligibilidad a 100dB. Se pautó tratamiento con gentamicina intratimpánica (5 dosis). En el vHIT pasó de tener unas ganancias en el vHIT de 0.81 a 0.79 tras la primera dosis, 0.63 tras la tercera, 0.64 después de la cuarta y 0.60 tras la quinta. Sin embargo, no se obtuvo respuesta (aprox. 10 crisis de Tumarkin cada 3 semanas) y además comenzó con hipoacusia y acúfeno de oído izquierdo. Ante la presencia de un paciente con enfermedad de Ménière de oído derecho que no se controla a pesar de tratamiento con gentamicina y con comienzo de síntomas de dicha enfermedad en el oído izquierdo, se decidió realizar una laberintectomía quirúrgica clásica con colocación de implante coclear en el oído derecho de forma simultánea, ante la previsión de mayor caída de audición del oído izquierdo. Tras ello el paciente dejó de tener crisis de Tumarkin y presentaba una audición con media de las frecuencias centrales de 40 dB y una inteligibilidad del 90 % a 70 dB. Tras tres meses de la cirugía, el paciente comenzó con crisis vertiginosas izquierdas (6 por semana), crisis de Tumarkin izquierdas y caída de la audición hasta hipoacusia severa. Por este motivo se administró corticoide intratimpánico en el oído izquierdo y ante no obtener respuesta, se instauró tratamiento con gentamicina intratimpánica, sin éxito; ya que tras cinco dosis los registros del vHIT mostraban ganancias por encima de 0,80 en el oído izquierdo. Por ello se decidió realizar una timpanotomía exploradora y se objetivó la presencia de una ventana redonda pequeña y profunda. Se fresó dicho lecho y se administró directamente gentamicina, obteniéndose una ganancia en vHIT de 0,49. Se continuó realizando laberintectomía química. Después de finalizar ese tratamiento las ganancias eran de 0,34, sin embargo, el paciente seguía

presentando crisis de Tumarkin izquierdas (4 por semana). Por ello se decidió realizar de nuevo una laberintectomía quirúrgica con colocación de implante coclear izquierdo simultáneamente. Posteriormente inició rehabilitación vestibular y tras seis meses de la última cirugía el paciente presenta buen control de las crisis vertiginosas y de Tumarkin, buen rendimiento de ambos implantes cocleares y, en cuanto a la rehabilitación vestibular, consigue leer con tamaño de letra grande (nº 20), consigue estabilizarse de pie y está iniciando un nuevo reflejo.

Resultados y conclusiones: En la enfermedad de Meniere cuanto las medidas conservadoras fallan para tratar las crisis vertiginosas la laberintectomía quirúrgica es un efectivo método de control y prevención de los ataques recurrentes de vértigo causados por EM. Los resultados confirman que resuelve las crisis en casi todos los pacientes con EM intratable. No necesariamente conlleva a una destrucción de la vía auditiva con lo cual no es una contraindicación para el IC. El implante coclear es la terapia indicada para restaurar la percepción auditiva en el oído sordo por enfermedad de Meniere. La realización de implante coclear con laberintectomía quirúrgica de forma simultánea no sólo alivia los ataques vertiginosos, también la audición. Por ello es razonable ampliar la indicación de laberintectomía quirúrgica a pacientes con vértigo intratable y audición residual. Las ventajas de realizar laberintectomía con IC simultáneo en pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda o severa y crisis de vértigo intratables son: reducir riesgos asociados con otros procesos quirúrgico y anestésico, la laberintectomía quirúrgica puede conducir a cicatrices en los tejidos blandos o incluso osificación de la cóclea la cual podría impedir la implantación más tarde, aunque esto no es una respuesta uniforme y finalmente la implantación inmediata reduce el tiempo de la hipoacusia.

Persona de contacto: Hortensia Sánchez Gómez
e-mail: hortensiasanchez1@hotmail.com

Título: Miotomía del músculo cricofaríngeo en la acalasia.

Autores: LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; JOSÉ ANTONIO CÁMARA-ARNAIZ; ANA FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; MARTA ALONSO-MESONERO; MARÍA ANTONIA CARRANZA-CALLEJA; DARÍO MORAIS-PÉREZ
Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivo: La acalasia cricofaríngea se produce debido a la falta de relajación adecuada del músculo cricofaríngeo durante la deglución, el cual forma parte del esfínter esofágico superior. En reposo dicho esfínter se encuentra contraído y el reflejo deglutorio desencadena la relajación. El objetivo del estudio es analizar el tratamiento quirúrgico abierto de la acalasia y compararlo con los diversos tratamientos.

Material y Método: Se lleva a cabo la miotomía del músculo cricofaríngeo por vía externa en una paciente de 83 años de edad remitida desde Digestivo por disfagia alta de larga evolución diagnosticada de acalasia cricofaríngea.

Resultados: Tras la cirugía la paciente mejora de forma ostensible, no obstante, debido a su pluripatología todavía presenta cierta disfagia en el postoperatorio tardío. Después de varios meses relativamente asintomática fallece por otras causas.

Conclusiones: El tratamiento óptimo de la acalasia cricofaríngea primaria no está claramente definido. Inicialmente se considera la técnica electiva la dilatación neumática. No obstante, la miotomía externa o endoscópica se considera de elección si fracasan los métodos dilatadores.

Persona de contacto: Luis Miguel Torres Morientes.
e-mail: luismitorres27@yahoo.es

Título: Importancia del diagnóstico diferencial de tumores del espacio parafaríngeo.

Autores: ANA SÁNCHEZ-MARTÍNEZ; ANA FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; MARTA ALONSO-MESONERO; JAIME SANTOS-PÉREZ; MARÍA ANTONIA-CARRANZA CALLEJA; DARÍO MORAIS-PÉREZ.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: Los tumores del espacio parafaríngeo son poco frecuentes. Representan el 0.5% de las tumoraciones de cabeza y cuello. Entre el 70 y 90% de estas tumoraciones son

benignas. El 50% derivan de las glándulas salivares, un 20-30% son de origen neurogénico y el 20% restante de naturaleza histológica variada. Son lesiones en general asintomáticas debido a su lento crecimiento. Sólo aquellas de gran tamaño dan lugar a tumoraciones visibles o palpables mediante la exploración física. Es importante el diagnóstico diferencial del absceso parafaríngeo, como complicación de infecciones de la cavidad oral o como debut de una neoplasia maligna de zona ORL, tanto en la orientación diagnóstica, como en el tratamiento a realizar.

Material y Método: CASO 1: Mujer de 66 años que acude a urgencias por odinofagia de 20 días de evolución, fiebre y sensación de masa en el cuello. A la exploración se visualiza abombamiento de pilar amigdalino anterior izquierdo y zona parafaríngea izquierda. En cuello se palpa tumoración laterocervical izquierda dolorosa. La punción es negativa (pensando en un origen infeccioso dada la clínica). TAC: Gran masa sólida hiperdensa parafaríngea izquierda de 48x35x24 mm, localizada ligeramente superior a la bifurcación carotídea.

CASO 2: Mujer de 29 años que acude a consulta de ORL por tumoración laterocervical izquierda de 15 días de evolución. Exploración: palpación de masa dura en área II-III. TC: masa hipervascular discretamente heterogénea, que se origina en la bifurcación de carótida izquierda, condicionando desplazamiento de ambas carótidas, lateral de la vena yugular interna y ECM, así como anterior de la glándula submaxilar homolateral, con unas medidas aproximadas de 3.7x3.4x5.3 cm.

CASO 3: Mujer de 56 años de edad que acude a consulta de ORL por molestias faríngeas. A la exploración se visualiza una tumoración en región amigdalina izquierda de aspecto redondeado no infiltrante. Se tomó biopsia de la lesión y se solicitó TC: lesión parcialmente calcificada en fosa pterigomaxilar de 3.7 x3.8 cm, probable infiltración de plano pterigoideo.

CASO 4: Varón de 22 años que presenta fiebre y odinofagia de varios días de evolución. Abombamiento del pilar amigdalino derecho con leve edema de úvula. Punción negativa. Incisión sin salida de pus. TC: se objetivan dos colecciones hipodensas en espacio parafaríngeo derecho, desde la nasofaringe hasta el comienzo de la laringe de 3 cm de eje longitudinal. La otra se encuentra en espacio anterior de la faringe a nivel del suelo de la boca.

Resultados: Las 3 primeras pacientes fueron programadas para exéresis de las tumoraciones mediante abordaje cervical. En la primera y la segunda se realizó una embolización previa por parte del servicio de radiointervencionismo. Ambas con postoperatorio sin complicaciones. La tercera paciente presentó una infección posquirúrgica posiblemente en relación con la biopsia hecha previamente a la intervención que precisó la colocación de SNG y reposo digestivo. Anatomía patológica: caso 1: paraganglioma vagal de células claras; caso 2: paraganglioma de glomus carotídeo; caso 3: adenoma pleomorfo de parótida. A día de hoy las 3 se encuentran clínicamente bien, sin recidivas.

El cuarto paciente tuvo que ser intervenido para buscar la colección de pus, ante la falta de remisión completa de los síntomas y la persistencia del absceso en el control radiológico. El abordaje fue intraoral con exéresis posterior de la amígdala ipsilateral.

Conclusiones: Los escasos síntomas clínicos de las tumoraciones del espacio parafaríngeo suelen dificultar realizar un diagnóstico precoz, el cual es fundamentalmente radiológico. Es importante la sospecha por la clínica y la exploración, para evitar conductas intempestivas como la toma de biopsia previa o la punción, en caso de confundirlo con un absceso periamigdalino o parafaríngeo.

El tratamiento de estos tumores es siempre quirúrgico y el abordaje depende del tamaño de la lesión, localización y relación con los grandes vasos. El abordaje normalmente empleado es cervical, ya que permite un buen acceso al espacio parafaríngeo y un adecuado control de las estructuras vasculares y nerviosas. Las complicaciones son raras en manos experimentadas y las recidivas se dan solamente en aquellos casos en los que la lesión no se ha extirpado en su totalidad.

Es importante sospechar las lesiones de origen infeccioso y su estricto control radiológico para proceder a un tratamiento agresivo y quirúrgico de los mismos de ser preciso, ante las complicaciones fatales que desencadenan.

Persona de contacto: Ana Sánchez Martínez
e-mail: annisan_89@hotmail.com

Título: Colgajos de perforantes en reconstrucción de cabeza y cuello. Bases experimentales para el entrenamiento preclínico.

Autores: C MARTIN-VILLARES; *MJ GONZALEZ-GIMENO; ** JM GONZALO-ORDEN; **A CARVAJAL-URUEÑA; M HERNÁNDEZ; M TAPIA

Centro de trabajo: Hospital El Bierzo **Facultad de Veterinaria de la Universidad de León. * Universidad Complutense

Introducción y objetivo: Desde su primera aplicación clínica (Koshima,1989), los colgajos de perforantes son hoy una alternativa real a la reconstrucción microquirúrgica de cabeza y cuello con excelentes posibilidades de futuro, gracias a su flexibilidad y su mínima morbilidad en la zona donante. Existe curva de aprendizaje en su técnica quirúrgica.

Material y Método:El plan de trabajo propuesto se basa en 2 bloques: 1. Revisión de la literatura científica sobre los modelos experimentales de perforantes aplicados a la reconstrucción de cabeza y cuello 2. Realización de entrenamiento microquirúrgico en la disección del colgajo de perforantes en los modelos experimentales propuestos.

Resultados: La cabeza de cerdo es el modelo de entrenamiento ideal para la disección de colgajos de perforantes en tejido vivo. Razones económicas y éticas recomiendan iniciarse en esta técnica en modelos experimentales no vivos como la extremidad inferior del pollo doméstico. Mediante la práctica microquirúrgica en laboratorio, es posible acortar la curva de aprendizaje de la disección intramuscular del pedículo de forma significativa (menos de 80 minutos).

Conclusiones: Este estudio propone un modelo sencillo y accesible para el inicio de entrenamiento quirúrgico preclínico de los colgajos de perforantes de cabeza y cuello. Estos modelos animales presentan vasos perforantes consistentes y de tamaño adecuado para el entrenamiento de la disección intramuscular y su posterior aplicación clínica.

Persona de contacto: C Martin Villares

e-mail: cmvillares@hotmail.com

Título: Adenopatía supraclavicular como début de tumor fibroso solitario

Autores: MARÍA MARCO-CARMONA; ERWIN ALEJANDRO RACINES-ÁLAVA; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; JOSE MAUEL SERRADILLA-LÓPEZ; GABRIEL ALEJANDRO AGUILERA-AGUILERA; ROSANA VILLAOSLADA-FUENTES.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Paciente varón de 21 años de edad, no fumador, sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento habitual que es remitido desde la consulta de Hematología por la aparición de tumoración supraclavicular derecha, de crecimiento progresivo, no dolorosa. No presenta más sintomatología asociada. Se realiza interconsulta a ORL para valoración de biopsia por sospecha de linfoma. A la exploración se aprecia tumoración supraclavicular derecha de pequeño tamaño, blanda a la palpación y fija. El resto de exploración ORL resulta normal. Se solicita una ecografía para valorar la extensión de la lesión y es informada como: <<adenopatía de aspecto ecográfico patológico, de 30,2mm x 14,2mm x 22mm, que, con la técnica Doppler demuestra incremento de la vascularización tanto periférica como interna>>. Tras estos hallazgos, se decide intervención quirúrgica para biopsia diagnóstica. Se realiza exéresis de la adenopatía, que macroscópicamente presenta abundante vascularización, y se manda la pieza a anatomía patológica. El resultado es informado como: Tumor Fibroso Solitario. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y seguirá revisiones por el servicio ORL.

El Tumor Fibroso Solitario ha recibido una gran variedad de denominaciones. A pesar de que la mayoría de los casos se localizan en la pleura visceral o parietal, hoy día se conoce que aparecen en otras áreas tales como peritoneo, pericardio, mediastino, meninges, pulmón, tiroides, parótida, órbita, nariz y fosas nasales. Esto indica que podría partir de una célula madre común presente en varios órganos y tejidos y que el origen podría ser probablemente miofibroblástico. Clínicamente este tumor es asintomático y suele diagnosticarse de manera casual en una radiografía de tórax. Un punto importante de discusión es el potencial maligno de este tumor, para lo cual se han establecido criterios de malignidad, tales como: celularidad aumentada, atipia y pleomorfismo nuclear, índice de mitosis mayor de 4 en 10 campos de gran aumento, áreas

grandes de hemorragia y necrosis, derrame pleural, localización atípica e invasión de estructuras adyacentes. En el caso de nuestro paciente: 0-3 mitosis por 10 campos de gran aumento. El perfil fenotípico inmunohistoquímico debe establecerse por la combinación de marcadores positivos como vimentina, CD34, BCL2 y CD99 con la negatividad de PANCK y S100. Siendo en nuestro caso positivo para bcl16 y CD34. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa y, puesto que el comportamiento biológico es impredecible, el seguimiento de los casos debe enfocarse a la detección precoz de la recurrencia local o la aparición de metástasis.

Persona de contacto: María Marco Carmona
e-mail: maria.marco13@gmail.com

Título: Quiste laríngeo como causa de estridor inspiratorio en el neonato

Autores: MARÍA MARCO-CARMONA; ERWIN ALEJANDRO RACINES-ÁLAVA; JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE-MARTINI; ROSALYN CHAVES-ARAUJO; FERNANDO BENITO-GONZÁLEZ.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Lactante de 15 días de vida que acude a urgencias por estancamiento del crecimiento ponderal desde cuadro catarral y estridor inspiratorio ocasional que, durante los últimos días, se ha hecho constante e intenso. No ha presentado dificultad para la alimentación. Como antecedentes médicos destacan: retraso del crecimiento uterino durante el último trimestre de embarazo e hipoglucemia precoz. Al nacimiento (a término: 35 + 5 semanas) presentó test de APGAR 9/10 y screening enfermedades metabólicas normal.

A la exploración ORL mediante la utilización del nasofibroscopio pediátrico se aprecia tumoración de aspecto quístico en la parte posterior del repliegue aritenopiglótico izquierdo, que ocluye parte de la luz laríngea. El paciente presenta aumento de trabajo respiratorio durante el ingreso que requiere ventilación mecánica y, posteriormente, intubación orotraqueal. Ante los hallazgos y la clínica, se decide intervenir al paciente quirúrgicamente. En un primer tiempo se realiza punción aspiración del quiste, con envío del contenido a anatomía patológica (citología negativa para células malignas) y, en un segundo tiempo, se realiza microcirugía endoscópica láser.

Actualmente el paciente se encuentra extubado, con oxígeno a alto flujo y el trabajo respiratorio ha mejorado notablemente.

Los quistes laríngeos congénitos son una entidad poco frecuente pero una causa importante de obstrucción de la vía aérea en el neonato. Existen dos tipos de quiste: los saculares y los ductales.

Los quistes saculares son dilataciones del contenido mucoso del sáculo del ventrículo laríngeo. Puede situarse a nivel anterior (más frecuente y más grande) o posterior. Los ductales son los más frecuentes (75%) y su origen está en la obstrucción de los conductos salivares submucosos de la laringe. El tratamiento incluye asegurar la vía aérea, generalmente con tubo endotraqueal o en algunos casos con traqueotomía, y la extirpación del quiste, siendo el abordaje endoscópico el de elección. La aspiración con aguja del quiste puede confirmar el diagnóstico y, ocasionalmente, obviar la necesidad de traqueotomía.

Persona de contacto: María Marco Carmona
e-mail: maria.marco13@gmail.com

Título: Modelo Biológico Experimental de Reconstrucción Laríngea con Injerto de Aorta

Autores: C MARTÍN-VILLARES; M HERNANDEZ; JM GONZALO-ORDEN*; MJ GONZÁLEZ-GIMENO**; A CARVAJAL-URUEÑA*; M TAPIA

Centro de trabajo: Servicio ORL Hospital El Bierzo. * Facultad de Veterinaria Universidad de León. ** Universidad Complutense de Madrid.

Introducción y objetivos: Los tumores avanzados de laringe requieren cirugías muy radicales, sobre todo tras el fracaso de los protocolos de radio y quimioterapia. Los aloinjertos criopreservados de aorta podrían ser actualmente una de las mejores opciones quirúrgicas en reconstrucción laringotraqueal

Material/Métodos: En una primera fase realizaremos una revisión de los primeros resultados clínicos publicados en la literatura (15 pacientes laringectomizados actualmente en nuestro conocimiento). Tras la revisión de la literatura, propondremos un modelo ovino experimental de reconstrucción laríngea tanto para investigación como para entrenamiento en esta técnica.

Resultados: El uso de homoinjertos de aorta es una opción clínica real para reconstrucción laríngea tras cirugías oncológicas parciales amplias de laringe que permite decanular a la mayor parte de los pacientes sin complicaciones. Algunos aspectos importantes del manejo y del seguimiento de estos pacientes necesitan aún investigación clínica y experimental para establecer sus indicaciones y popularizar la técnica.

Conclusiones: El modelo ovino experimental resulta adecuado para la investigación y el entrenamiento en estas novedosas indicaciones quirúrgicas de los aloinjertos criopreservados de aorta.

Persona de contacto: C Martín Villares

e-mail: cmvillares@hotmail.com

Título: Paraganglioma carotideo bilateral: A propósito de un caso.

Autores: RAMÓN A. MARTÍNEZ-CARRANZA; ROSANA VILLAOSLADA-FUENTES; ERWIN RACINES-ALAVA; MARIA MARCO-CARMONA; ANGEL MUÑOZ-HERRERA.

Centro de trabajo: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: Los paragangliomas son neoplasias muy vascularizadas que se originan en el tejido extra-adrenal de los ganglios simpáticos o parasimpáticos del sistema nervioso autónomo y pueden tener la capacidad de secretar catecolaminas. Aproximadamente el 30% de ellos son hereditarios y están asociados con síndromes paraganglionares. Otros paragangliomas, principalmente los que surgen en cabeza y cuello, están vinculados a mutaciones en el gen que codifica las diferentes subunidades de la enzima succinato deshidrogenasa.

Entre los síndromes asociados se encuentran: las neoplasias endocrinas múltiples tipos 2A y 2B (MEN2), neurofibromatosis tipo I (NF1) Von Hippel Lindau y Carney- Stratakis.

A continuación, presentamos el siguiente caso clínico.

Caso clínico: Varón de 46 años de edad con antecedentes los siguientes antecedentes médicos: hiperparatiroidismo primario (adenoma paratiroideo inferior derecho), neurinoma a nivel de raíz L3, miocardiopatía hipertrófica, hemorragia digestiva por úlcus péptico en el 2002 e hiperuricemia. Dentro de los antecedentes familiares destacan; madre fallecida por cáncer de colón, hermano en tratamiento por cáncer gástrico neuroendocrino y tía paterna diagnosticada de esclerosis tuberosa y angiomiolipoma renal. Desde el punto de vista clínico, el paciente refería astenia, ortopnea y pausas de apnea por la noche además se notaba masas pulsátiles en cuello. En la exploración física, destaca en el cuello una masa pulsátil, voluminosa, localizada en región cervical izquierda y otra masa pulsátil a nivel de la bifurcación carotídea derecha. En la nasofibrolaringoscopia se aprecia una protrusión en la cara posterior y lateral de la faringe que contacta con la epiglotis y además se objetiva parálisis glótica izquierda. Se realiza TC donde se observan unas masas laterocervicales bilaterales en ambos espacios carotídeos mayor en el lado izquierdo de unos 7 cm. Posteriormente, se complementa el estudio con una angiografía donde se objetivan masas vascularizadas en ambas bifurcaciones carotídeas, la del lado derecho de 4 cm de diámetro presentando una apertura en lira con vascularización máxima de la arteria faríngea ascendente y la masa izquierda tiene forma bilobulada de 7,5 cm de diámetro que desplaza lateralmente la carótida y medialmente estructuras laríngeas. Ambas son clasificadas como Shamblyn tipo II. El SPECT-TAC cervical con ¹¹¹In-octreotide y la gammagrafía planar confirman la expresión de receptores de somatostatina de ambas masas. Se miden los niveles de vanilmandélico y metanefrinas en orina de 24 horas encontrándose dentro de rangos normales.

En cuanto al tratamiento, se realiza traqueotomía y se lleva a cabo exéresis de paraganglioma derecho conservándose los pares craneales bajos sin incidencias ni complicaciones inmediatas. A los 23 días del procedimiento, se realiza embolización parcial de paraganglioma izquierdo con posterior extirpación del mismo a los 4 días de dicha embolización y se reseca el X par izquierdo, dejándose colocada una gastrostomía endoscópica percutánea, como consecuencia el paciente

presenta una gastroparesia post vagotomía con alteraciones tensionales, del ritmo cardiaco y úlceras duodenales de estrés. Las complicaciones descritas se controlan durante su hospitalización. Posteriormente en el año 2014, se realiza la extirpación de un adenoma parotideo derecho sin incidencias. En controles sucesivos con ¹¹¹In-octreotide se aprecia captación patológica residual a nivel laterocervical derecho. Se realizaron estudios genéticos los cuales fueron negativos para las mutaciones más frecuentes.

Discusión: Los tumores del cuerpo carotídeo son lesiones poco comunes. Pueden llegar a ser bilaterales como en el caso expuesto y asociarse a otros paragangliomas; la mayoría son esporádicos, pero pueden ser familiares. En nuestro caso, a pesar de los antecedentes familiares de primer grado de tumor neuroendocrino y de adenoma parotideo, no se llega a confirmar claramente un síndrome familiar. Los tumores secretores de catecolaminas, llamados funcionales, son raros (< del 1%); producen hipertensión paroxística simulando el feocromocitoma, en nuestro centro se hace de forma rutinaria estudio de metabolitos de catecolaminas en orina en estos casos. La angiografía carotídea ha sido considerada por mucho tiempo como el estándar de oro para la evaluación de los pacientes con tumores del cuerpo carotídeo. Algunos consideran este estudio como indispensable antes del tratamiento quirúrgico, sin embargo, esta técnica es invasiva y con morbilidad asociada en algunos casos. El surgimiento de nuevas técnicas de imagen no invasivas con sensibilidad elevada han cuestionado el uso rutinario de la arteriografía. En este caso, consideramos la realización de la arteriografía carotídea porque se trataban de dos tumores carotídeos de gran tamaño y nos servía para una adecuada planificación quirúrgica. La arteriografía muestra con detalle la anatomía de la bifurcación carotídea, así como el tamaño, la extensión proximal y distal, la vascularización y la irrigación principal del tumor. La arteriografía puede ser acompañada de embolización arterial selectiva preoperatoria del tumor, siendo de gran utilidad en tumores muy vascularizados y de gran tamaño como en el tumor bilobulado en la bifurcación carotídea izquierda en nuestro paciente. La cirugía se recomienda efectuarla dentro de las 48 horas siguientes a la embolización para evitar al máximo la revascularización, edema y respuesta inflamatoria local. Además, hay que destacar, la gammagrafía de cuerpo entero con ¹¹¹In-octreotide y SPECT-TC que constituye un estudio bien establecido para el diagnóstico y el seguimiento en pacientes con sospecha de paragangliomas de cabeza y cuello, altamente sensible 82% y específica 97% dado los receptores de somatostatina que poseen estos tumores. En el caso expuesto la captación patológica de ambos tumores no hizo necesario un estudio anatomopatológico previo a la resección del tumor y descartó lesiones a otro nivel. Con respecto al tratamiento, la resección de estos tumores debe ser llevada a cabo de manera meticulosa. La exposición de la arteria carótida se realiza generalmente a través de cervicotomía anterolateral, siguiendo el borde medial del músculo esternocleidomastoideo. Es necesario el control vascular rutinario de la arteria carótida común, externa e interna, de manera proximal y distal; además de identificar los nervios laríngeo superior, hipogloso y vago. En el abordaje de nuestro paciente se mantuvo intacta la carótida externa e interna en ambos tumores y se resecó el nervio vago al extirpar el paraganglioma izquierdo ya que este estaba invadido por el tumor.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento de los tumores del cuerpo carotídeo han evolucionado de manera importante durante las últimas décadas. Su tratamiento es quirúrgico y puede ser realizado de manera segura y efectiva en la mayoría de los casos.

Persona de contacto: Ramón A. Martínez Carranza.

e-mail: ramcmed@hotmail.com

Título: Metástasis vertebral de glomus yugular

Autores: C MARTIN-VILLARES; M TAPIA-RISUEÑO; J SAN-ROMAN-CARBAJO; N RODRIGUEZ-PRADO; M HERNANDEZ; D LOURIDO

Centro de trabajo: Hospital El Bierzo.

Introducción y objetivo: Presentamos un caso infrecuente de Paraganglioma Yugular intervenido con en el año 2.000 con diagnóstico histopatológico de metástasis lumbares de paraganglioma en 2.016

Material y Método: caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados: mujer de 56 años en seguimiento anual por glomus yugular intervenido 16 años antes. En CT de control se identifican varias lesiones nodulares en L3, L12 y S3, que se confirman como paraganglioma por biopsia. La paciente actualmente está realizando tratamiento médico oncológico sin evidencia de recidiva loco-regional.

Conclusiones: Presentamos un caso de recidiva a distancia de un glomus yugular a los 16 años de su extirpación quirúrgica sin signos de recidiva local, que muestra la necesidad de seguimiento a largo plazo en estos enfermos.

Persona de contacto: C Martín Villares

e-mail: cmvillares@hotmail.com

Título: Displasia fibrosa de hueso temporal con estenosis de canal y colesteatoma.

Autores: ERWIN RACINES-ALAVA; MARÍA MARCO-CARMONA; ROSANA VILLOSLADA-FUENTES; RAMÓN MARTÍNEZ-CARRANZA; ENRIQUE CALVO-BOIZAS.

Centro de trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca

Introducción: La displasia fibrosa es una lesión benigna ósea de etiología indeterminada, caracterizada por el reemplazo de elementos normales del hueso por tejido fibroso. Aunque el esqueleto craneofacial está involucrado frecuentemente, la afectación del hueso temporal es infrecuente, ocurriendo en menos del 10% de pacientes, se presenta con pérdida de audición, masa retroauricular e incluso llegando a formar colesteatoma o lesionando el nervio facial. Se han descrito 3 subtipos: DF monostótica, afectando un solo hueso (70% de los casos). DF polioestótica: afectando múltiples huesos (27%) y el síndrome de Mc Cune Albright asociado a lesiones en la piel y endocrinopatías.

Caso clínico: Se presenta el caso de la evolución de una mujer de 30 años seguida en consulta externa desde los 17 años con diagnóstico de displasia fibrosa polioestótica que acude por otorrea e hipoacusia progresiva de oído derecho de largo tiempo de evolución. A la exploración física se evidencia estenosis de conducto auditivo externo más otorrea de oído derecho, oído izquierdo normal. No compromiso de nervio facial. En la audiometría tonal liminar enmascarada se evidencia un PTA (0.5, 1, 2 kHz) de 66 dB en OI y de 23 dB en OD, un gap óseo-aéreo más de 35 dB en todas las frecuencias en OD con posterior afectación neurosensorial severa en OD y moderada en OI. Se realiza TAC de peñascos donde se evidencia signos de displasia fibrosa que afectan estructuras múltiples de base de careno, en peñasco derecho afectación difusa por displasia fibrosa con distorsión anatómica secundaria. Estenosis de CAI. Se visualiza lesión de partes blandas de apariencia colesteatomatosa localizada en gran cavidad formada por caja timpánica y conducto auditivo externos erosionados. Desaparición casi total de cadena osicular. En peñasco izquierdo se objetivó signos de estenosis de CAI y CAE. Se decide ingreso para realizar timpanomastoidectomía de OD realizando antrotomía, ampliación de CAE y meatoplastia.

Conclusiones: El tratamiento de la DF debe ser individualizado y dependerá de la edad del paciente, daño funcional y cosmiológico. Las lesiones monostóticas asintomáticas deben ser monitorizadas regularmente y actitud conservadora. El tratamiento quirúrgico es justificado si las lesiones llegan a ser sintomáticas. Por la naturaleza benigna de la lesión, la cirugía debe ser relativamente conservadora con el objetivo primario de mantener la preservación de la función existente y prevenir las complicaciones. La indicación de cirugía incluye estrechamiento del canal auditivo, infección recurrente y colesteatoma secundario que puede interferir con la función coclear, vestibular y facial.

Un colesteatoma asociado se puede presentar en el 40% de los pacientes con DF de hueso temporal. La gran mayoría de estos son colesteatomas de canal creados por el atrapamiento de la piel del conducto por estenosis ósea y limitados al CAE con una membrana timpánica intacta. Nuestro caso muestra un inusual colesteatoma con erosión de CAE y membrana timpánica. La pérdida neurosensorial se presenta en el 14%-17% de los pacientes, siendo secundaria a fístula laberíntica por colesteatoma o estenosis de conducto auditivo interno.

Persona de contacto: Erwin Racines Alava

e-mail: erwinracines89@gmail.com

Título: Metástasis cervicales con primario de localización atípica

Autores: P CRESPO-ESCUDERO; A CLEMENTE-GARCÍA; M GRIJALBA-UCHE ; JUDIHT PÉREZ-SÁEZ ; C IBÁÑEZ-MUÑOZ; MI CALLE-CABANILLAS; C CORDERO-CIVANTOS

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo: Las adenopatías metastásicas cervicales son más frecuentes en el sexo masculino (4:1) con pico de edad a los 65 años. La localización habitual del tumor primario suele ser el área ORL (naso-orofaringe-hipofaringe-laringe), aunque también puede proceder de órganos no muy esperados, por lo que se consideran metástasis atípicas.

Las adenopatías de localización supraclavicular suelen proceder de tracto esofágico, localización pulmonar y sistema genitourinario. Dentro de éstas, la frecuencia de las localizaciones es la siguiente:

-pulmones y Mediastino :10%

-Tracto gastrointestinal: 11%

-Tumores más alejados: 8%

las adenopatías supraclaviculares requieren mención especial ya que lo más frecuente es que no correspondan a tumores de cabeza y cuello

-En el lado derecho, lo más probable es que corresponda a carcinoma de pulmón o mama.

-En el lado izquierdo, (ganglio de Virchow) para un tumor intrabdominal que se disemina por el conducto torácico.

Material y Método: Presentamos dos pacientes con metástasis supraclaviculares con primario de localización atípica

CASO 1: Paciente de 86 años que debuta con adenopatías supraclaviculares izquierdas sin otra clínica acompañante. Tras realización de exploración completa de VADS y TAC cervico-torácico, se decide realizar adenectomía con diagnóstico AP de adenocarcinoma de origen biliar pancreático.

CASO 2: Paciente de 72 años de edad que presenta adenopatías supraclaviculares izquierdas sin otra clínica asociada que tras estudio de imagen y PAAF se diagnostica como metástasis cervical de hepatocarcinoma.

CASO 3: Paciente de 85 años de edad muy fumador que debuta con adenopatías supraclaviculares derechas con exploración ORL dentro de la normalidad. En el estudio de extensión (TAC cervico torácico) se objetiva neoformación pulmonar.

Resultados y conclusiones: Ante la presencia de adenopatías supraclaviculares con exploración de VADS dentro de la normalidad.

Consideramos que es preciso realizar prueba de imagen (TAC cervico toraco abdominal pelvico o PET TAC) y adenectomía para confirmación AP del proceso ya que existen altas probabilidades de que el primario este ubicado a distancia.

Persona de contacto: Pablo Crespo Escudero

e-mail: pablocrespoescudero@gmail.com

Título: Manifestaciones orales de la sífilis. La gran simuladora

Autores: ELENA RIOJA-PEÑARANDA; DANILO TERÁN-MUÑOZ; CRISTINA CORDERO-CIVANTOS; CRISTINA IBÁÑEZ-MUÑOZ; CELINA ECHEVARRÍA-ITURBE*; ANA ISABEL NAVAZO-EGUÍA

Centro de trabajo: Servicio ORL, Servicio Anatomía Patológica*, Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema Pallidum* (TP). Las manifestaciones orales de la sífilis no son frecuentes, pero pueden presentarse en todos sus estadios simulando otras enfermedades y retrasando su diagnóstico y tratamiento.

Presentamos un caso de lesiones orales como manifestación de una sífilis secundaria

Material y Método: Varón de 35 años remitido por presentar múltiples lesiones ulcerosas indoloras en paladar blando y borde lingual, así como lesiones papilomatosas en ambas regiones amigdalares. No presentaba otras lesiones mucocutáneas asociadas.

Se realizó biopsia con resultado de inflamación constituida por células plasmáticas positividad en la inmunohistoquímica para treponema. Se realizó analítica resultando positivo la serología para sífilis, siendo negativas las serologías para otras enfermedades de transmisión sexual.

Se instauró tratamiento con Penicilina G Benzatina (2.4000.000) una dosis semanal durante 3 semanas obteniendo la desaparición de las lesiones orales.

Discusión: la incidencia de la sífilis está en aumento a nivel mundial, especialmente en hombres jóvenes y homosexuales. La presentación puede ser atípica y afectar a la cavidad oral, generalmente tras la práctica de sexo oral sin protección. Clínicamente, la manifestación oral de la sífilis puede parecerse a otras entidades clínicas, lo que dificulta el diagnóstico correcto, por lo que debe tenerse en cuenta a la hora de plantearse el diagnóstico diferencial de las lesiones ulcerosas orales en pacientes sexualmente activos.

Clásicamente se han descrito tres estadios de la sífilis: sífilis primaria caracterizada por el chancro sífilítico, sífilis secundaria en que es típico el eritema cutáneo y lesiones orales y sífilis terciaria en la que se encuentra afectación sistémica, fundamentalmente a nivel cardíaco o del SNC.

Conclusiones: El diagnóstico de la sífilis supone un desafío ya que imita y simula otras entidades patológicas. El pronóstico de esta patología está directamente relacionado con un diagnóstico precoz y la eficacia del tratamiento. Dada la creciente incidencia de la sífilis, debe tenerse en cuenta a la hora de plantear el diagnóstico diferencial de las lesiones orales.

Persona de contacto: Elena Rioja Peñaranda

e-mail: elerp@hotmail.com

Título: Síndrome de Bazex en paciente con adenopatías cervicales

Autores: NATALIA CASTAÑEDA-CURTO; MERCEDES ROTA-PÉREZ; ALFONSO PÉREZ-ROJO; NICOLAS SIERRASESUMAGA-MARTÍN; M^ª TERESA GIL-AGUILAR; AIARA VIANALCORRA; NATHALIA CASTILLOLEDESMA.

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla/ Hospital de Laredo

Introducción y objetivo: la acroqueratosis o síndrome de Bazex es un síndrome paraneoplásico que se asocia a carcinoma epidermoide de vía aerodigestiva superior o región cervicomedial. En ocasiones puede preceder a la aparición de la patología tumoral. Nuestro objetivo es describir dicha patología a través de un caso clínico.

Descripción del caso: varón de 57 años, fumador, que acude a consulta por bultoma laterocervical izquierdo de dos meses de evolución asociado a eccema descamativo y violáceo en manos, pies, pabellones auriculares y rodillas. En la exploración ORL se objetiva eritema en región amigdalina izquierda sin lesiones en superficie; tumoración laterocervical izquierda alta, dura, fija a planos profundos y levemente dolorosa; fibrolaringoscopia normal. Ante la sospecha de neoformación se realiza biopsia en profundidad de la región amigdalina, con el resultado de carcinoma epidermoide. En el TAC se observa conglomerado adenopático laterocervical izquierdo, así como lesión irregular en orofaringe, sin lesiones metastásicas a distancia.

Persona de contacto: Natalia Castañeda Curto

e-mail: nataliauc@gmail.com

Título: Infección cervical inusual: fascitis necrotizante

Autores: AIARA VIANA-CORRA; PALOMA EZA-NÚÑEZ; NATALIA CASTAÑEDA-CURTO; MARÍA TERESA GIL-AGUILAR; NATHALIA CASTILLO-LEDESMA

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Sierrallana

La fascitis necrotizante es una infección rara del tejido subcutáneo, que produce una destrucción progresiva de la fascia y partes blandas. Se presenta el caso de un paciente de 63 años que acude urgencias por evolución tórpida de parotiditis aguda con inflamación cervical derecha y necrosis cutánea de dicha área. Fue diagnosticado de fascitis necrotizante cervical derecha con una progresión rápida. A pesar de realizar tratamiento antibiótico de amplio espectro y desbridación quirúrgica, por los servicios de ORL y cirugía torácica, la infección progresó hasta afectar los miembros inferiores y finalmente el paciente falleció.

Persona de contacto: Aiara Viana Cora
e-mail: avianacora@gmail.com

Título: Tumor nasal de origen neuroendocrino

Autores: AIARA VIANA-CORA; NATALIA CASTAÑEDA-CURTO; MARÍA TERESA GIL-AGUILAR; NATHALIA CASTILLO-LEDESMA; DAVID LOBO-DURO; JULIO RODRÍGUEZ-IGLESIAS

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Los tumores carcinoides provienen de las células neuroendocrinas, generalmente del tracto digestivo o respiratorio. Este tumor en el área nasosinusal es poco habitual.

Se presenta un caso de una mujer de 50 años que comenzó con un episodio de obstrucción nasal con diagnóstico inicial de rinosinusitis crónica derecha. Posteriormente, en las consultas del ORL, se observa una masa en la fosa nasal derecha. Se toma una muestra de ésta, obteniendo un diagnóstico final de tumor carcinóide típico. Después del estudio de extensión, dada la ausencia de afectación en otros niveles, se realizó tratamiento quirúrgico con embolización previa. Actualmente, continúa acudiendo a revisiones periódicas en las consultas de ORL con ausencia de recurrencia.

Persona de contacto: Aiara Viana Cora
e-mail: avianacora@gmail.com

Título: Rabdomiosarcoma como diagnóstico diferencial de otitis media con mala evolución. A propósito de un caso.

Autores: NATHALIA CASTILLO-LEDESMA; AIARA VIANA-CORA; MARÍA TERESA GIL-AGUILAR; NATALIA CASTAÑEDA-CURTO; CARMELO MORALES; ROCÍO GONZÁLEZ

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción y objetivo: El rabdomiosarcoma es el tercer tumor sólido extracraneal más común de la infancia así como también el sarcoma de tejido blando más frecuente en niños menores de 15 años y adultos jóvenes. Su ubicación habitual suele ser cabeza, cuello, genitourinario y más raro en extremidades. Tiene diferentes variantes que a su vez tienen diversas edades de presentación. Estas son la forma embrionaria, alveolar, pleomorfa y casos mixtos. La variante embrionaria representa el 60% de los rabdomiosarcomas y se localiza usualmente en cabeza y cuello con un crecimiento rápido y curso clínico agresivo. Afecta usualmente a los niños menores de 10 años con predilección por órbitas y parameninges, en el caso de afectación de cabeza y cuello. Las zonas de metástasis más habituales son el pulmón, los ganglios linfáticos y los huesos.

Material y Método: Paciente varón, de 6 años de edad, con antecedentes de gemelaridad y persistencia de vena cava superior izquierda drenando a seno coronario, que se presenta por otalgia izquierda intensa. Fue tratado con antibióticos tópicos y orales durante 1 semana sin mejoría. Al octavo día de evolución empieza con parálisis facial periférica ipsilateral objetivándose en la otoscopia un tímpano engrosado. Se instaura tratamiento con antibioterapia de amplio espectro más corticoides orales y miringotomía, sin salida de contenido del oído medio. En la audiometría tonal no se objetivó hipoacusia, a pesar de tener un timpanograma plano en el oído izquierdo.

Resultados: En un TC craneal se identifica una masa, osteolítica, no bien definida en la base de cráneo. La RM confirmó la presencia de una masa tumoral de base de cráneo con extensión a fosa infratemporal, apex petroso y espacio epidural temporal izquierdo. Se realizó una biopsia abierta de la masa con diagnóstico histopatológico de Rabdomiosarcoma embrionario, parameningeo con extensión intracraneal. El paciente fue tratado con radioterapia y quimioterapia presentando una remisión completa objetivada por PET- RMN un año después del tratamiento.

Conclusiones: Debemos considerar el diagnóstico diferencial de patología tumoral maligna en pacientes con sospecha de otitis media con mala evolución sobre todo si presenta parálisis facial asociada.

Persona de contacto: Nathalia Castillo

e-mail: nathalia.castillo.ledesma@gmail.com

Título: Mediastinitis como complicación de absceso retrofaríngeo. A propósito de un caso.

Autores: NATHALIA CASTILLO-LEDESMA; AIARA VIANA-CORA; MARÍA TERESA GIL-AGUILAR; NATALIA CASTAÑEDA CURTO; CARMELO MORALES; ROCÍO GONZÁLEZ

Centro de trabajo: HUMV

Introducción y objetivo: Los abscesos periamigdalinos, retrofaríngeos y faríngeos laterales son de frecuencia baja, en edades pediátricas, pero de gran morbilidad teniendo una incidencia de 30 casos por 100,000 habitantes/año en EEUU. La mediana de edad es diferente de acuerdo al tipo de absceso ya que se relaciona directamente con el desarrollo linfático. Dado que los ganglios retrofaríngeos y parafaríngeos laterales suelen involucionar después de los 5 años, los abscesos retrofaríngeos son más frecuentes en poblaciones menores de esta edad. En general pueden ser causados por un traumatismo, infección bucodental u orofaríngea e incluso osteomielitis vertebral siendo los patógenos causantes más frecuentes el estreptococo grupo A, staphylococcus aureus y anaerobios. La clínica puede ser inespecífica, dada la edad de presentación, pero suele incluir mal estado general, fiebre, masa cervical y torticolis, la cual está presente en 50-80 % de los pacientes. Dentro de las complicaciones se encuentra la afectación de vía respiratoria, mediastinitis y tromboflebitis vena yugular.

Material y Método: Se realiza TAC de urgencias que muestra un absceso retrofaríngeo que comienza a altura de amígdalas y se extiende hacia mediastino, con extensión paratraqueal derecha hasta debajo de la carina, asociada a una subluxación atlatoaxoidea.

Resultados: Se realizó un drenaje bajo anestesia general tanto de la lesión cervical como de la extensión paratraqueal, esta última por acceso torácico colocándose drenaje cervical y un tubo en el tórax. Además, se asoció antibioticoterapia endovenosa y collarín cervical. En estudio microbiológico se objetivó un Streptococo viridans. La paciente presentó una buena evolución sin complicaciones asociadas.

Conclusiones: Los abscesos retrofaríngeos a pesar de ser infrecuentes en nuestro medio en la edad pediátrica, pueden presentar complicaciones serias al extenderse a zonas vecinas como el mediastino. Requieren tratamientos multidisciplinario agresivo e inmediato. Por el contrario, aquellos pacientes que no presenten compromiso respiratorio o el absceso sea <2 cm muchas guías optan por tratamiento conservador y una vigilancia estrecha. Es preciso realizar un diagnóstico precoz y sospecha de las complicaciones posibles, aunque sean poco usuales.

Persona de contacto: Nathalia Castillo

e-mail: nathalia.castillo.ledesma@gmail.com

Título: "Sorpresas" en la cirugía endoscópica nasosinusal

Autores: MARÍA ISABEL CALLE-CABANILLAS; CRISTINA IBÁÑEZ-MUÑOZ; CRISTINA CORDERO-CIVANTOS; ELENA RIOJA-PEÑARANDA; PABLO CRESPO-ESCUDERO; JUAN MANUEL SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Burgos

Introducción: la CENS es una técnica quirúrgica joven, en 30 años ha alcanzado gran auge, formando parte del tratamiento convencional de la patología nasosinusal. Con la técnica avanzada se consiguen abordar patologías y espacios anatómicos, impensables hasta hace unos años.

Material y métodos: se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las cirugías endoscópicas realizadas en el Hospital Universitario de Burgos en los últimos 4 años (2013-2016). La mayoría de los pacientes acudieron a la consulta por presentar obstrucción nasal, a todos ellos se les realizó previamente una rinoscopia anterior y nasofibroscopia, una prueba de imagen (TC y/o RM) y un estudio preanestésico.

Resultados: el 70 % de los más de 300 pacientes intervenidos presentan una rinosinusitis crónica con poliposis. Entre las patologías y/o localizaciones infrecuentes encontramos un pólipos angiomaso osificado y muy vascularizado, un osteoma de etmoides con invasión en la órbita, malformaciones vasculares: hemangioma cavernoso y tumores malignos: adenocarcinoma de

etmoides, un esteseoneuroblastoma con origen en la lámina papirácea sin extensión a base de cráneo, un melanoma de fosa nasal, un hemangiopericitoma, un linfoma NK con infiltración de la órbita o un papiloma invertido malignizado.

En el postoperatorio se presentaron 3 casos de complicaciones mayores: una fístula de LCR que precisó cierre quirúrgico, una epistaxis con reintervención y embolización y un hematoma intraorbitario por sección de arteria etmoidal anterior con resolución espontánea.

Conclusiones: la CENS ha demostrado ser una técnica segura y eficaz, no sólo en el tratamiento de la RSC con poliposis, sino en el diagnóstico y/o tratamiento de tumores malignos de difícil abordaje mediante otras técnicas.

Persona de contacto: María Isabel Calle Cabanillas

e-mail: yaextoyaqui@hotmail.com

Título: Hemangioendotelioma endotelial de lengua. a proposito de un caso.

Autores: CRISTINA CORDERO-CIVANTOS; JUDIHT PÉREZ-SAEZ; MARIA ISABEL CALLE-CABANILLAS; CRISTINA IBÁÑEZ-MUÑOZ; PABLO CRESPO-ESCUADERO; PABLO SANTOS-GONZÁLEZ

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Burgos

Introducción: El hemangioendotelioma epiteloide es una neoplasia vascular de tejidos blandos. Su potencial maligno es moderado, ya que cursa con posibles recurrencias y raras metástasis. Su localizaciones más frecuentes son en tejidos blandos de las extremidades, hígado, pulmón y huesos; siendo más infrecuente en cabeza y cuello. Nosotros vamos a presentar un caso en lengua.

Caso Clínico: Mujer de 51 años de edad, con antecedentes de asma y poliposis nasosinusal. Acude a la consulta por una lesión angiomasosa de 0,6x0,5cm en dorso izquierdo de lengua; no dolorosa a la palpación, no indurada. Se realiza biopsia bajo anestesia local siendo positiva para hemangioendotelioma epiteloide. Se realiza TAC cervico torácico en el que no se encuentran hallazgos de interes. Se decide hacer una resección total de la lesión con láser KTP. El diagnóstico definitivo es el de Hemangiomaendotelial epiteloide con margenes de resección libres.

Conclusiones: El Hemangioendotelioma epiteloide es infrecuente en cabeza y cuello, siendo su localización más frecuente en la mucosa alveolar y gingiva mandibular, siendo menos frecuente en la lengua. Dada su incidencia de recudencia y posibles metástasis se recomienda la excisión local completa y seguimiento.

Persona de contacto: Cristina Cordero Civantos

e-mail: cris.corciv@gmail.com

Título: Carcinoma de células acinares parotídeo a propósito de un caso

Autores: GISELA RISSON-PINO; PABLO SANTOS-GORJÓN; EVA MINGO-SÁNCHEZ; ELENA SÁNCHEZ-TERRADILLOS; GONZALO MARTÍN-HERNÁNDEZ

Centro de trabajo: Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

Introducción: El carcinoma de células acinares originado en las glándulas salivales es un tumor poco habitual (3% de las neoplasias primarias de la glándula parótida). En los casos bien diferenciados, la tumoración presenta una apariencia inocua, debido a la similitud entre el tejido parotídeo normal y el neoplásico, tanto a nivel morfológico como bioquímico y estructural, lo que dificulta su diagnóstico. Los patrones de crecimiento más comunes son el sólido y el microquístico, siendo menos frecuentes el quístico-papilar y el folicular. Las recurrencias y las metástasis a ganglios linfáticos se asocian con peor pronóstico.

Materiales y Métodos: Varón de 49 años con lesión en región parotídea izquierda de 5 cm. La PAAF fue positiva para malignidad, a descartar carcinoma de células acinares o carcinoma mucoepidermoide. Se realizó parotidectomía y vaciamiento radical izquierdo. Macroscópicamente la parótida mostraba una tumoración con crecimiento nodular, sólida, de 4 cm. Se aislaron 25 ganglios, tres de ellos con aspecto metastásicco.

Resultados: En el estudio histológico se identificó una neoplasia epitelial de hábito acinar, con patrón quístico-papilar dominante, y en menor grado folicular y microquístico, con un grado medio de diferenciación. La histoquímica evidenció glucógeno citoplasmático (PAS+, sensible a la diastasa), y el inmunofenotipo expresión de CD56, CD57, IgA, CD15 y CD117, pero no de CEA, p63 ni tiroglobulina, sobrepresándose p53 en menos del 5% de las células tumorales. Siete de los 25 ganglios linfáticos del vaciamiento resultaron parcial o masivamente metastatizados, sin afectación extracapsular. Diagnóstico: carcinoma de células acinares.

Conclusiones: 1) El carcinoma acinar es frecuentemente interpretado de forma errónea cuando es de bajo grado, debido a su apariencia benigna, aunque habitualmente no presenta problemas diagnósticos. 2) La PAAF, en ocasiones de limitado valor diagnóstico en esta topografía, en nuestro caso era ya orientativa de esta entidad. 3) Este tumor suele ser solitario, pero en nuestro caso era multinodular, y con un patrón dominante no habitual quístico-papilar y folicular. 4) El diagnóstico diferencial del tumor incluye adenocarcinoma, carcinoma mucoepidermoide, adenoma pleomorfo, tumor de Warthin, carcinoma adenoide quístico, y lesión linfoepitelial, entre otros.

Persona de contacto: Gisela Risson Pino
e-mail: giselarisson@hotmail.com

Título: Osteomielitis cervical en pacientes con carcinoma de cabeza y cuello.

Autores: NATALIA CASTAÑEDA-CURTO; SERGIO OBESO-AGÜERA; M^a TERESA GIL-AGUILAR; AIARA VIANACORA; NATHALIA CASTILLO-LEDESMA; CARMELO MORALES-ANGULO.

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción y objetivo: La osteomielitis cervical es una complicación rara en paciente con cáncer de cabeza y cuello. Nuestro objetivo es describir varios casos diagnosticados en nuestro hospital. Material y Método: Seleccionamos a todos los pacientes diagnosticados en el servicio de ORL del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de osteomielitis cervical secundaria a tratamiento de carcinoma de cabeza y cuello. Analizamos diferentes variables: sexo, edad, estadio tumoral, tratamiento, clínica de la osteomielitis, tratamiento y secuelas.

Resultados: fueron incluidos 3 pacientes (un hombre y dos mujeres) con edades comprendidas entre los 51 y 61 años. Todos fueron tratados inicialmente con radioterapia por carcinoma de cabeza y cuello y posteriormente con cirugía de rescate. La clínica de presentación de la osteomielitis fue dolor cervical de difícil control, por lo que se les realizó prueba de imagen (inicialmente a dos pacientes un TAC, y a los tres una RMN cervical) Todos fueron tratados con antibióticos durante varias semanas. Una de las pacientes presentó tetraparesia como secuela permanente. Ninguno murió a consecuencia de la infección cervical.

Conclusiones: en pacientes tratados con radioterapia cervical asociada o no a cirugía de rescate, debemos que presenten dolor cervical intenso debemos siempre descartar un proceso infeccioso, ya que puede producir secuelas muy importantes.

Persona de contacto: Natalia Castañeda Curto
e-mail: nataliauc@gmail.com

Título: Doctor, no vengo solo

Autores: A CARRERAS-ALCARAZ; P DÍAZ-DE-CERIO-CANDUELA.

Centro de trabajo: Hospital San Pedro. Logroño

Introducción: La miasis se define por la infestación en humanos (o animales) por larvas de mosca. La miasis auditiva se presenta como larvas en el conducto auditivo externo, el oído medio y/o las celdas mastoideas, aunque puede afectar también la piel preauricular o extenderse hacia el interior del cráneo.

Material y Método: Varón de 42 años que acude a Urgencias por otalgia intensa, sensación de ocupación auditiva y acúfenos de varios días de evolución. Muestra signos de falta de higiene. A la exploración destaca abundantes larvas en movimiento en el CAE. Tras la aspiración de las larvas presenta gran inflamación de las paredes del CAE sin afectación de la membrana

timpánica. Se realiza una TAC descartando afectación de oído medio ni afectación intracraneal. Tras tratamiento antibiótico tópico e intravenoso e higiene auditiva, el paciente es dado de alta. Resultados: La mayoría de casos afectan exclusivamente el CAE, oído medio o mastoides requiriendo solo en un 5-10% una revisión y desbridamiento en quirófano. El principal factor de riesgo es la falta de higiene. A pesar de las teóricas complicaciones, no se han encontrado en las series ningún caso de parálisis facial, afectación intracraneal ni muerte. Para el tratamiento se debe extraer por completo todas las larvas, pudiendo requerir una revisión detallada en quirófano para explorar y desbridar el oído medio, y posteriormente instaurar un tratamiento antibiótico y realizar higiene del oído afecto.

Conclusiones: La miasis auditiva es una patología rara, que no presenta un difícil diagnóstico, pero requiere un estudio pormenorizado del oído para valorar la extensión de la infestación y la necesidad de tratamientos agresivos.

Persona de contacto: Azor Carreras Alcaraz

e-mail: azorcarreras@gmail.com

Título: Fístulas de seno piriforme: sospecha ante infecciones cervicales pediátricas

Autores: PABLO CRESPO-ESCUADERO; ANA ISABEL NAVAZO-EGUÍA; PIERRE ANSORENA-GONZÁLEZ; EDER DANILO TERÁN-MUÑOZ; JUAN MANUEL SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo: • Múltiples patologías se derivan de la malformación de las bolsas faríngeas (5) y arcos branquiales (6). Hasta el 96 % de las anomalías del aparato faríngeo (branquial) se originarían del II bolsa. La fístula de seno piriforme (95% en hemicuello izquierdo) se deriva de una malformación en la III^a-IV^a bolsa faríngea o branquial. •La forma clínica de presentación más frecuente: infecciones recurrentes cervicales o tiroiditis supuradas.

Material y Método: Pacientes de 3 y 6 años de edad con antecedentes de ingreso en 3 ocasiones en los últimos 3 años por presentar abscesos retrofaríngeos y laterocervicales izquierdos tratado con antibióticos y drenaje por parte del servicio de cirugía pediátrica.

Últimos ingresos: presentaban ambos unas tumefacciones en niveles medios izquierdos del cuello, eritematosas, calientes, de unos 5x3 cm, de consistencia blanda que drenaban espontáneamente hacia hipofaringe y con fistulización a piel. Se instauró tratamiento antibiótico con Cefotaxima y Clindamicina en ambos casos. •Analítica: Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Proteínas: PCR 59 y 63 mg / l, procalcitonina 0.1 y 0,2 ng/mL respectivamente. Se realizó fibroscopia a ambos pacientes visualizando orificios de salida del material purulento en hipofaringe izquierda.

Ante la sospecha de fístula de seno piriforme se solicitó: 1) Ecografía (ver foto 4): masas de aprox. 28 x 19 mm de diámetro, que involucran LI tiroideo y tejido extratiroideo relativamente encapsulada, hipoecoica heterogénea con focos ecogénicos sospechosos de burbujas de gas, avascular con hiperemia periférica; podría conectar con el seno piriforme izquierdo.

2) Tránsito con contraste (ver foto 5) 3) RMN cervical (ver foto 3).

Resultados: Dentro de las opciones de tratamiento tenemos:

a) Escleroterapia con materiales selladores (fibrina y/o ácido tricloroacético)

b) Cauterización endoscópica láser diodo (ver foto 7).

-Bajo anestesia general realiza laringoscopia rígida con aspiración y visualización en seno piriforme izquierdo de orificio fistuloso.

-Vaporización de la zona y control de la hemostasia.

Conclusiones:

•Sujetos: pacientes pediátricos con infecciones cervicales de repetición.

•Medios diagnósticos: endoscopia, Ecografías, RMN, tránsitos.

•Tratamientos: cierre endoscópico (láser, sellantes...) – abordaje cervical externo.

Persona de contacto: Pablo Crespo Escudero

e-mail: pablocrespoescudero@gmail.com

Título: Importancia de la RMN oído pre implante coclear

Autores: SANTIAGO SANTA-CRUZ-RUIZ; ANGEL BATUECAS-CALETRIO; GABRIEL AGUILERA-AGUILERA; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; MARTA SANTA-CRUZ-GONZÁLEZ

Centro de trabajo: Hospital Universitario Salamanca

Introducción y objetivo: En algunos centros hospitalarios no realizan RMN y los pacientes pre implantes por distintos motivos.

Nosotros creemos que es un error, pues impide diagnosticar casos de malformación del nervio coclear, lo cual contraindicaría la colocación de un implante coclear

Material y Método: presentamos el caso de un varón de 83 años que presentaba sordera derecha desde la infancia y sordera del adulto progresivo en el izquierdo

La RMN de oído, en cortes sagitales al conducto objetivo interno, manifestó una agenesia de nervio coclear derecho, (tipo 2B) por lo que la cirugía de implante coclear se efectuó en el lado izquierdo

Resultados: El resultado auditivo ha sido bueno. Y hemos evitado el fallo de haber implantado el lado derecho, donde no hubiéramos obtenido ninguna respuesta auditiva

Conclusiones: confirmamos la importancia de hacer siempre la RMN de oído dentro del protocolo previo a la cirugía de implante coclear

Persona de contacto: Santiago Santa Cruz Ruíz

e-mail: santaorl@usal.es

Título: Pseudotumor de pared posterior orofaríngea

Autores: PABLO SANTOS-GORJÓN; GISELA RISSON-PINO; EVA MARÍA MINGO-SÁNCHEZ; ELENA SÁNCHEZ-TERRADILLOS; JUAN LUIS SÁNCHEZ-JARA-SÁNCHEZ; GONZALO MARTÍN-HERNÁNDEZ

Centro de trabajo: Hospital Nuestra Señora de Sonsoles (Ávila)

Introducción y objetivo: La histiocitosis de células de Langerhans localizada (HCLL), conocida como granuloma eosinófilo, representa entre el 50 y el 60% de todos los casos de histiocitosis de células de Langerhans. La presentación retrofaríngea es extremadamente rara y más teniendo en cuenta que presentamos un caso no pediátrico. El tratamiento clásico para la HCLL ha sido la resección de las lesiones. Hay publicaciones de casos tratados con inyección intralesional de corticosteroides.

Material y método: Presentamos un caso de una mujer de 53 años sin hábitos tóxicos que como antecedentes presenta únicamente rinitis y asma alérgicos que acude a nuestra consulta por disfagia orofaríngea progresiva, sin disnea y con sensación de estorbo hipofaríngeo de más de 3 meses de evolución.

Resultados: El carácter progresivo y sintomatología florida no concuerda con nuestra exploración en la que se aprecia simplemente una asimetría faríngea con mucosa de región retrofaríngea abollonada, pero sin lesiones infiltrantes. Solicitamos TC cérvico-torácico en la que se aprecia una gran masa submucosa contactando con fascia prevertebral y que rodea lateralmente a la carótida izquierda. Se decide realizar una panendoscopia en la que abrimos la mucosa y se toman varios fragmentos de tejido duro de aspecto no infiltrante y poco sangrante. El diagnóstico de HCLL es anatomopatológico.

En la literatura el único tratamiento efectivo de esta lesión es corticoterapia, especialmente con triancinolona. Tras una semana de tratamiento intravenoso se reduce espectacularmente la disfagia y se continúa tratamiento oral domiciliario. La opción de infiltración corticoidea de la lesión era un tratamiento en que pensamos de segunda línea tras una revisión exhaustiva de la literatura.

La paciente no presentaba otras lesiones pulmonares, renales ni de otra localización. Tras un año de seguimiento la paciente permanece actualmente asintomática y los estudios de imagen no muestran recidiva ni extensión de la enfermedad. Se mantiene a la paciente con dosis bajas de triancinolona que ayudan también a un mejor control del asma y su rinitis.

Además del diagnóstico radiológico puede ser confirmada si existe captación de las lesiones con gammagrafía con Tc-99.

Conclusiones: La HCLL es extremadamente infrecuente en localización retrofaríngea, máxime cuando estamos hablando de una paciente adulta. La infiltración corticoidea es una opción a

tener en cuenta, al igual que terapias inmunomoduladoras para casos resistentes a corticoides. Las dificultades para comprender la patogenia de esta enfermedad han hecho difícil desarrollar protocolos de tratamiento y debemos individualizarlo según edad, región anatómica afectada, extensión y posibles secuelas y efectos secundarios de los tratamientos sistémicos o locales.

Persona de contacto: Pablo Santos Gorjón

e-mail: pablosantosgor@gmail.com

Título: Linfoma no hodking de cavidad oral en inmunodeprimido

Autores: PABLO SANTOS-GORJÓN; GONZALO MARTÍN-HERNÁNDEZ; -EVA MARÍA MINGO-SÁNCHEZ; ELENA SÁNCHEZ-TERRADILLOS; JUAN LUIS SÁNCHEZ-JARA-SÁNCHEZ.

Centro de trabajo: Hospital Nuestra Señora de Sonsoles

Introducción y objetivo: Los linfomas No- Hodgkin (LNH) presentan características propias cuando se asocian a inmunodeprimidos. La cavidad bucal es una de las localizaciones a tener en cuenta. Frecuentemente se diagnostica por odontólogos y su seguimiento no se realiza en nuestro medio de forma adecuada. En inmunodeprimidos, las características generales están relacionadas con la edad de los pacientes, el estado de base inmunológico de la infección, el tipo de inmunosupresores y el tipo de linfoma. El objetivo doble de este póster es actualizar el tema puesto que recientemente se ha actualizado los tipos y subtipos histológicos, estratificación y tratamientos. El segundo objetivo es traer a colación que cualquier lesión en cavidad oral en estos pacientes debe ser biopsiada y que debemos tener en cuenta que hay linfomas locales sin adenopatías cervicales.

Material y Método: Presentamos una paciente de 79 a remitida desde dermatología a consulta ORL por úlcera tórpida en encía superior derecha oral, friable y muy dolorosa. Ellos han extirpado 3 carcionomas cutáneos y 2 tumores basocelulares de diferentes localizaciones.

Resultados: Se toma biopsia con anestesia local y se solicita TC cérvico-torácico, que no evidencian extensión loco regional. El diagnóstico de LNH se realiza por inmunohistoquímica. Fueron establecidos tratamientos, seguimiento y evolución.

Conclusiones: Un diagnóstico eficiente y temprano de los pacientes incrementa la supervivencia y pueden ser aplicados los nuevos regímenes de infusión continua con quimioterápicos. El pronóstico de este tipo de lesiones en estadiaje tan temprano es muy bueno.

Persona de contacto: Pablo Santos Gorjón

e-mail: pablosantosgor@gmail.com

Título: Nódulo parotídeo a estudio en mujer 16 años

Autores: ELENA SÁNCHEZ-TERRADILLOS; GISELA RISSON-PINO; EVA MARÍA MINGO-SÁNCHEZ; PABLO SANTOS-GORJÓN; MARÍA JESÚS VELASCO; JUAN LUIS SÁNCHEZ-JARA; GONZALO MARTÍN

Centro de trabajo: H. Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

Introducción y objetivo: Los tumores de glándulas salivales son poco frecuentes, con una incidencia anual de 2-3 casos de cada 100000 en el mundo occidental. De las neoplasias de glándulas salivales más del 50% son benignas, y aproximadamente 70-80% se originan en la parótida. El carcinoma adenoide quístico es un tumor maligno que se caracteriza por un crecimiento lento y doloroso en el 30% de los casos conforme la neoplasia aumenta. De forma locorregional puede afectar a adenopatías cervicales próximas y es altamente neurotrófico. A distancia, son frecuentes las metástasis pulmonares incluso años después del tratamiento del tumor primario. También puede metastatizar en cerebro, hígado y riñón.

Material y Método: Mujer, 16 años, acude a consulta por tumoración ángulo mandibular izquierdo, de aproximadamente 2cm de tamaño, que empieza a provocar molestias.

Resultados: AP compatible con ca. adenoide quístico. Paciente actualmente libre de enfermedad, en seguimiento

Conclusiones: El hallazgo de patología salivar en pacientes jóvenes debe hacernos pensar en este tipo de tumores, que, aunque infrecuentes, requieren una actuación lo más rápida y resolutiva por nuestra parte que podamos ofrecer

Persona de contacto: Elena Sánchez Terradillos
e-mail: esterradillos@gmail.com

Título: Enfermedad de Castleman, a propósito de un caso

Autores: ELENA SÁNCHEZ-TERRADILLOS; PABLO SANTOS-GORJÓN; GISELA RISSON-PINO; EVA MARÍA MINGO-SÁNCHEZ; JUAN LUIS SÁNCHEZ-JARA; MARÍA JESÚS VELASCO; GONZALO MARTÍN

Centro de trabajo: H. Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

Introducción y objetivo: En el estudio de la etiología de masas cervicales la especialidad de ORL se enfrenta a múltiples patologías. La enfermedad de Castleman es una rara entidad que se caracteriza por linfoproliferación, que puede estar localizada en un solo ganglio o ser de carácter sistémico. El sobrecrecimiento de los linfocitos asemeja a un linfoma.

Material y Método: Presentamos el caso de una mujer de 39 años que acude a consulta por masa submaxilar derecha, no dolorosa, de reciente aparición.

Resultados: A.P. compatible con enfermedad de Castleman, variante hialino-vascular.

Conclusiones: La anatomía patológica muestra una vez más su papel fundamental en el diagnóstico diferencial de las adenopatías cervicales.

Persona de contacto: Elena Sánchez Terradillos
e-mail: esterradillos@gmail.com

Título: La parálisis facial periférica como síntoma de presentación de patología central

Autores: ELENA SÁNCHEZ-TERRADILLOS; EVA MARÍA MINGO-SÁNCHEZ; PABLO SANTOS-GORJÓN; GISELA RISSON-PINO; JUAN LUIS SÁNCHEZ-JARA; MARÍA JESÚS VELASCO; GONZALO MARTÍN

Centro de trabajo: H. Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

Introducción y objetivo: La parálisis facial periférica es una entidad frecuente en nuestro medio, apareciendo aproximadamente 20 nuevos casos anuales por cada 100000 habitantes.

El espacio anatómico ubicado en el endocráneo, hacia medial del polo acústico o fondo del CAI hasta el tronco encefálico es de apenas 1,5cm de distancia. Está ocupado por importantes estructuras vasculo-nerviosas en íntima relación con las meninges. Se conoce como ángulo pontocerebeloso.

Material y Método: Mujer, 67 años, acude a Urgencias por cuadro de brusca instauración de parálisis facial periférica derecha, siendo remitida a consulta ORL para valoración.

En la exploración presenta PFP grado IV. Durante la entrevista se objetiva disfonía, al interrogar sobre ella a la paciente, refiere notarla desde varios días anteriores a la aparición de la parálisis, que asocia a infección VADS. Recuerda que junto al inicio de dicho cuadro catarral, presentó intenso dolor hemifacial derecho, que parece ir mejorando.

Se realiza NFC, objetivándose parálisis hemilaringea derecha. Al reevaluar todos los pares craneales, persiste hipersensibilidad en área V2 derecha y mínima asimetría en paladar blando. ATL normal.

Resultados: Se descubre lesión compatible con meningioma de ángulo pontocerebeloso derecho.

Conclusiones: La anamnesis exhaustiva nos aporta una ayuda fundamental. La parálisis facial periférica puede ser únicamente una manifestación más de alguna otra patología.

Persona de contacto: Elena Sánchez Terradillos
e-mail: esterradillos@gmail.com

Título: Osteoplastia frontal en absceso subperióstico frontal izquierdo y afectación de la órbita.

Autores: EVA MARÍA MINGO-SÁNCHEZ; ELENA SÁNCHEZ-TERRADILLOS; GISELA RISSON-PINO; PABLO SANTOS-GORJÓN; JUAN LUIS SÁNCHEZ-JARA; MARÍA JESÚS VELASCO-GARCÍA; GONZALO MARTÍN-HERNÁNDEZ.

Centro de trabajo: Hospital Nuestra Señora de los Sonsoles de Ávila.

Introducción y objetivo: La cirugía endoscópica nasosinusal es la técnica de elección en la mayoría de los procesos patológicos del seno frontal, tanto inflamatorios como tumorales, quedando relegadas las indicaciones del abordaje externo mediante osteoplastia frontal para casos con dificultades por vía endoscópica. Las principales indicaciones son la extensión lateral y la neo-osteogénesis del receso frontal en el caso de la enfermedad inflamatoria del seno frontal, el tamaño del tumor en el caso de los osteomas, y la implantación multifocal con origen en la pared anterior y lateral en el caso de los papilomas invertidos. En todos los casos la indicación de osteoplastia frontal debe hacerse de forma individualizada.

Material y Método: Presentamos un caso de un paciente de 51 años, que debuta con cefalea frontal de 15 días de evolución. a su llegada al servicio de urgencias, presentaba además visión borrosa izquierda y diplopía en mirada extrema. En la exploración oftalmológica existe proptosis ojo izquierdo, globo ocular decendido, motilidad extrínseca limitada. Analítica: leve leucocitosis con neutrofilia

TC facial: Ocupación en la totalidad de del seno frontal izquierdo, con erosión ósea del techo de la órbita con extensión a la órbita, produciendo una impronta y descenso del músculo resto superior y descenso del globo ocular. Foco de discontinuidad ósea de la pared posterior y superior del seno frontal, sin afectación intracraneal.

Resultados: Tras estos hallazgos, el paciente fue intervenido de urgencia mediante osteoplastia frontal y tratamiento intravenoso de corticoides, ceftriaxona, clindamicina y vancomicina. Presentó buena evolución postoperatoria.

Conclusiones: La osteoplastia frontal es una técnica quirúrgica de utilidad en gran parte de la patología del seno frontal, con buenos resultados. Es muy útil cuando han fracasado otras técnicas o cuando la cirugía endoscópica está contraindicada.

Persona de contacto: Eva María Mingo Sánchez

e-mail: evamingo10@hotmail.com

Título: Efecto Mackin en la ORL. Descripción de un caso.

Autores: EVA M^a MINGO-SÁNCHEZ; PABLO SANTOS-GORJON; GISELA RISSON-PINO; ELENA SÁNCHEZ-TERRADILLOS; JUAN LUIS SÁNCHEZ-JARA-SÁNCHEZ; M^a JESÚS VELASCO-GARCIA; GONZALO MARTÍN-HERNÁNDEZ.

Introducción y objetivo: El neumomediastino es la presencia de aire en el espacio mediastinal, procedente de bronquios, alvéolos o de una ruptura esofágica, que viaja a través de las vainas vasculares y los planos tisulares hacia el espacio mediastinal y puede ser categorizado como espontáneo o traumático. Como causas intratorácicas el espacio aéreo distal al bronquiolo terminal es el origen más frecuente de neumomediastino y éste se produce por rotura alveolar mediante el llamado efecto Macklin. **Efecto Macklin:** es un neumomediastino espontáneo que consiste en la presencia de un gradiente de presión decreciente entre el espacio alveolar y el intersticio pulmonar que da lugar a rotura alveolar. La rotura alveolar da lugar a un acúmulo de aire en el intersticio (enfisema intersticial) que circula de forma centrípeta a través de las vainas broncovasculares hacia el hilio y el mediastino. Una vez en el interior del mediastino, el aire puede migrar hacia el pericardio, partes blandas del cuello, espacio retrofaríngeo o al espacio retroperitoneal .

Material y Método: presentaremos el siguiente caso: varón de 15 años que acude a urgencias por cuadro de dolor torácico, odinofagia intensa de horas de evolución y dificultad respiratoria sin estridor ni tiraje costal, acompañado de enfisema subcutáneo cervical súbito. El paciente refiere que lleva 1 mes con mucha tos a consecuencia de un proceso catarral.

Exploración: Tipo asténico. Tórax normal a la inspección, con excursiones respiratorias simétricas y normales. No taquipnea. ACP: Ruidos cardíacos normales. MVC conservado en ambos campos pulmonares. Exploración limitada por la interposición de gas.

Exploración ORL: importante enfisema subcutáneo cervical, orofaringe normal, nasofibroscoopia: disminución del espacio aéreo en hipofaringe, sin compromiso respiratorio. Espacio glótico y movilidad cordal conservada. Analítica: leucocitosis con leve neutrofilia. PCR normal.

Resultados: Ante tales hallazgos se le realizó TC cervico-torácico: Importante enfisema subcutáneo a nivel cervical, axilar derecho y en pared torácica de predominio posterior asociado

a neumomediastino. No se aprecia neumotórax ni lesiones en la vía aérea o digestiva detectables mediante esta técnica, lo que es compatible con neumomediastino espontáneo por efecto Macklin. El paciente requirió ingreso hospitalario para control evolutivo, con medidas conservadoras: oxigenoterapia, analgesia iv y antibioterapia iv. Tras una semana de ingreso, fue dado de alta por la importante mejoría clínica.

Conclusiones: El neumomediastino espontáneo habitualmente sigue un curso benigno y su manejo es conservador en un ambiente hospitalario. La mayoría de pacientes ingresados son tratados con reposo, analgésicos, oxigenoterapia, broncodilatadores y ocasionalmente con tratamiento antibiótico.

Persona de contacto: Hospital Nuestra Señora de los Sonsoles. Ávila
e-mail: evamingo10@hotmail.com

Título: Pilomatrixoma: a propósito de un caso

Autores: ANA SÁNCHEZ-MARTÍNEZ; MILAGROS MARCOS-ORDÓÑEZ; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; MARÍA LUISA ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ; MARLENY CASASOLA-GIRÓN; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: El pilomatrixoma, también denominado epiteloma calcificante de Malherbe, es una neoplasia benigna poco frecuente, derivada de la matriz del folículo piloso. Es más habitual en niños, aunque puede darse en cualquier edad. Es generalmente único, pero hay descritos pilomatrixomas múltiples y su presencia se asocia a síndromes sistémicos, como la distrofia miotónica. Presentamos un caso de un varón de 48 años que presenta una tumoración submentoniana, que tras su extirpación y estudio anatomopatológico se diagnostica de pilomatrixoma.

Material y Método: Paciente de 48 años que acude a consultas externas ORL por presentar tumoración submentoniana de varios meses de evolución. Exploración: en región submentoniana tumoración de aproximadamente 2 cms de diámetro, no adherida a planos profundos, de consistencia firme. El resto de la exploración ORL fue normal. Se solicitó ecografía y se observó a dicho nivel una lesión nodular relativamente redondeada de aproximadamente 1,8 x 1,6 x 1,9 cm. Muestra un límite bastante bien definido de los tejidos circundantes. Su ecoestructura es heterogénea, aunque en su gran mayoría es claramente ecogénica, muestra también pequeñas zonas anecogénicas irregulares en su interior. Solicitamos una PAAF cuyo resultado fue positivo para células malignas, compatible con carcinoma posiblemente de origen escamoso.

Resultados: Ante el resultado de la PAAF, se programó al paciente para extirpar la lesión y confirmar el diagnóstico. El resultado definitivo de anatomía patológica fue pilomatrixoma (epiteloma calcificante de Malherbe) con bordes quirúrgicos libres. En la actualidad el paciente no ha presentado recidivas.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta el pilomatrixoma en las tumoraciones de cabeza y cuello ya que es un tumor benigno que se localiza con frecuencia en estas estructuras. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero para ello es fundamental conocer su existencia y sospecharlo. Se pueden solicitar ecografía y PAAF. Según algunos Autores: el diagnóstico citológico del pilomatrixoma puede ser difícil y llevar a errores diagnósticos como sucedió en nuestro caso. El curso clínico generalmente es benigno, aunque está descrita su transformación maligna. El tratamiento de elección consiste en la extirpación quirúrgica siendo infrecuente la recidiva.

Persona de contacto: Ana Sánchez Martínez
e-mail: annisan_89@hotmail.com

Título: PET/TAC de estadificación ganglionar en tumores de orofaringe, cavidad oral y labio y correlación con biopsia selectiva de ganglio centinela

Autores: FELIPE GÓMEZ-CAMINERO-LÓPEZ; BERTA PÉREZ-LÓPEZ; PALOMA GARCÍA-TALAVERA-SAN MIGUEL; JOSÉ MANUEL SERRADILLA-LÓPEZ; PEDRO BLANCO-PÉREZ; JOSÉ ANTONIO SANCIPRIANO-

HERNÁNDEZ; CARLOS ANDRÉS ACHURY-MURCIA; LUIS GONZAGA DÍAZ GONZÁLEZ GÓMEZ; MARÍA PILAR TAMAYO-ALONSO

Centro de trabajo: H. Universitario salamanca

Objetivo: Analizar la correlación entre los hallazgos obtenidos mediante 18F-FDG-PET-TC a nivel ganglionar en tumores malignos de cavidad oral y labio y los hallazgos anatomopatológicos en la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) tras la linfadenectomía reglada.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes con tumores malignos de cavidad oral y labio (T1-T2) N0 clínicos, a los que se realizó estudio PET-TC de estadificación. A todos los pacientes se les realizó la técnica de localización del ganglio centinela (GC) realizándose estudio dinámico, imágenes estáticas y laterales dependiendo de la localización del tumor y SPETC/TC para la correcta localización del/los ganglios/s. Posteriormente se identificaron con la sonda gammadetectora el/los ganglios/s centinela/s y se correlacionaron con los hallazgos en 18F-FDG-PET-TC e histológicos.

Resultados: Se reclutaron 14 pacientes (10 varones y 4 mujeres) con edad media 65,49 años (DE $\pm 8,27$). La localización de las lesiones fue lengua (50%), trigono retromolar (28,5%), labio inferior (14,3%) y amígdala sublingual (7,2%). El resultado del PET/TC fue negativo a nivel ganglionar en 9 pacientes (64,3%) y positivo en 5 (35,7%). En 11 casos se identificaron 2 o más GC en la pieza de linfadenectomía (78,6%). En 7 pacientes (50%) el PET/TC y resultado histológico coincidieron en estadificación N0, en 3 pacientes (21%) el PET/TC fue positivo para afectación ganglionar confirmándose histológicamente. 2 casos (14,3%) fueron N1 por PET/TC y N0 anatomopatológicamente y en 2 casos (14,3%) el PET/TC fue negativo y posteriormente la anatomía patológica confirmó metástasis ganglionares.

Conclusión: En la mayoría de los casos estudiados, tanto con resultado negativo como positivo, el PET/TC estadificó correctamente a los pacientes a nivel ganglionar por lo que, a pesar de la muestra, demostró ser una herramienta útil para la óptima estadificación de los tumores de cabeza y cuello.

Persona de contacto: Felipe Gómez-Caminero López

e-mail: fcaminero@saludcastillayleon.es

Título: Mioblastoma de células granulares: dos casos

Autores: RAQUEL PEÑA-GONZÁLEZ; MIRIAM GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; RAQUEL YAÑEZ-GONZÁLEZ; CRUZ PÉREZ-LIEDO; SOLEDAD SUÁREZ-ORTEGA.

Centro de trabajo: Hospital Virgen de la Concha

Persona de contacto: Raquel Peña González

e-mail: raquel.pg@hotmail.com

Introducción y objetivo: El mioblastoma o tumor de Abrikossoff es una lesión benigna e infrecuente. Frecuentemente se presenta como una masa solitaria y asintomática con predilección por cabeza y cuello, especialmente lengua.

Material y Método: Presentamos dos casos, ambos varones. El primero de 46 años, con tumor de mes y medio de evolución, no dolorosa, en cara ventral de la lengua. El segundo caso es un varón de 45 años con una lesión indolora en borde lateral izquierdo de lengua, de lento crecimiento. En ambos casos se procede a exéresis con márgenes.

Resultados: El resultado histológico de ambos, muestra un mioblastoma de células granulares. Ambos pacientes se encuentran asintomáticos uno y medio y dos años después.

Conclusiones: Atribuido su origen miogénico a mediados del siglo pasado y, a pesar de permanecer incierto, en los últimos años se ha defendido su origen neurogénico gracias a los estudios inmunohistoquímicos.