

eISSN: 2444-7986

DOI: <https://doi.org/10.14201/orl.202213S2>

<https://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/>

ORL

Volumen 13 • Suplemento 2 • 2022

OTORRINOLARINGOLOGÍA
DOCUMENTACIÓN Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

XXVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA



Ediciones Universidad
Salamanca

EQUIPO DE REDACCIÓN

DIRECTOR

José Luis PARDAL REFOYO, SACYL, Hospital Universitario de Salamanca, España

SECRETARIA DE DIRECCIÓN

Tránsito FERRERAS FERNÁNDEZ, Universidad de Salamanca, España

CONSEJO DE REDACCIÓN

José Ignacio BENITO OREJAS, SACYL, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España
Jaime SANTOS PÉREZ, SACYL, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España
Ana Isabel NAVAZO-EGUÍA, SACYL, Hospital Universitario de Burgos, España
Carmelo MORALES ANGULO, Universidad de Cantabria, España
Eduardo MARTÍN SANZ, Universidad Europea de Madrid, España
Helena MARTÍN RODERO, Universidad de Salamanca, España
Pedro DIAZ DE CERIO CANDUELA, Hospital San Pedro de Logroño, España
Jorge CHAMORRO SÁNCHEZ, Universidad Pontificia de Salamanca, España
Ángel BATUECAS CALETRÍO, Universidad de Salamanca, España
Luis Ángel VALLEJO VALDEZATE, Universidad de Valladolid, España
Beatriz PARDAL PELÁEZ, Universidad de Salamanca, España

CONSEJO ASESOR

Juan José AILAGAS DE LAS HERAS, SACYL, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España
José Luis LLORENTE PENDÁS, Universidad de Oviedo, España
Gonzalo MARTÍN HERNÁNDEZ, SACYL, Complejo Asistencial de Ávila, España
Agustín MAYO ÍSCAR, Universidad de Valladolid, España
Darío MORAIS PÉREZ, SACYL, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España
Andrés MUNYO ESTEFAN, Universidad de la República, Uruguay
Ángel MUÑOZ HERRERA, Universidad de Salamanca, España
Carlos OCHOA SANGRADOR, SACYL, Complejo Asistencial de Zamora, España
Leonardo Elías ORDÓÑEZ ORDÓÑEZ, Universidad Militar Nueva Granada, Colombia
Nicolás PÉREZ FERNÁNDEZ, Universidad de Navarra, España
Ángel RAMOS MACÍAS, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España
Santiago SANTA CRUZ RUIZ, Universidad de Salamanca, España
Mariela Claudia TORRENTE AVENDAÑO, Universidad de Chile, Chile
María Jesús VELASCO GARCÍA, SACYL, Complejo Asistencial de Ávila, España
Luis LASSALETTA ATIENZA, Universidad Autónoma de Madrid, España
Raimundo GUTIÉRREZ FONSECA, Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, España
Ricardo BENTO, Universidade de São Paulo, Brazil
Sergio CARMONA, Instituto de Neurociencias de Buenos Aires, Argentina
Jorge CARO LETELIER, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
Roy CASIANO, University of Miami, United States
Rogelio CHARLONE GRANUCCI, Hospital Maciel de Montevideo, Uruguay
Gabriel CHARLONE GRANUCCI, Universidad de la Republica, Uruguay
Juan Armando CHIOSSONE KERDEL, Universidad Central de Venezuela
Leopoldo CORDERO, Centro de Investigaciones Otoaudiológicas, Argentina
Gustavo Ramón COSTAS RIVIEZZO, Universidad de la República, Uruguay
Marcelo D' AGOSTINO, Pan American Health Organization, Washington, United States
Ricardo D' ALBORA, Universidad de la República, Uruguay
Paul DELANO REYES, Universidad de Chile, Chile
José GRANELL NAVARRO, Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles, España
David NOVILLO ORTIZ, Pan American Health Organization, Washington, United States

ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES EN CONGRESO

La sialoendoscopia en el manejo de la sialoadenitis. Nuestra experiencia Irene GÓMEZ-GREGORIS; Blanca Pilar GALINDO-TORRES; Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Luis Arturo RIVAS-SALAS; Eder Danilo TERÁN-MUÑOZ; Ana Isabel NAVAZO-EGUÍA	1
Resultados y utilidad de la electrocauterización ambulatoria de epistaxis Victoria DUQUE-HOLGUERA; María Consolación MARTÍN-PASCUAL; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Juan LOSADA-CAMPA; Agustín MAYO-ÍSCAR; Jaime SANTOS-PÉREZ .	5
Evaluación de pacientes diagnosticados de hipoacusia súbita profunda unilateral: estudio retrospectivo de 12 años Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN; Ramón COBO-DÍAZ; Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Laura BALDIZÁN-VELASCO; Carmelo MORALES-ANGULO	9
Abordaje de la neuritis vestibular en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU) Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Irene GÓMEZ-GREGORIS; Cristina CORDERO-CIVANTOS; María Isabel CALLE-CABANILLAS; Rosa María MARTÍNEZ-MARTÍNEZ; Elena RIOJA-PENARANDA	11
Intento autolítico con herida cervical en paciente Covid Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Cristina MARTÍN-VILLARES; Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Marta BALLESTEROS-POMAR; Carmen PÉREZ-HERRERO; Laura DIEZ-GONZÁLEZ	15
Síntomas otológicos como primera manifestación de la enfermedad relacionada con IgG4 Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN; Laura BALDIZÁN-VELASCO; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN; Ramón COBO-DÍAZ; Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Carmelo MORALES-ANGULO	17
Implantación de un protocolo de seguridad del paciente en la cirugía de tiroides y paratiroides: resultados Victoria DUQUE-HOLGUERA; Jaime SANTOS-PÉREZ; Marta ALONSO-MESONERO; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; Ana FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; Marta JUSTEL-NUEVO	21
Protocolo diagnóstico y terapéutico de mastoiditis aguda en pacientes pediátricos Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; José Ignacio BENITO-OREJAS; María Luisa BARTOLOME-CANO; María Elena PÉREZ-GUTIERREZ; Victoria DUQUE-HOLGUERA; Jaime SANTOS-PÉREZ	25
Resultados del implante coclear Nurotron en población anciana Sofía PACHECO-LÓPEZ; Marta SANTA CRUZ-GONZÁLEZ; Paula PEÑA-NAVARRO; María José FERNÁNDEZ-NAVA; Ángel BATUECAS-CALETRIO; Santiago SANTA CRUZ-RUIZ	29
Abordaje transmandibular para resección de aneurisma carótideo Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Marta BALLESTEROS-POMAR; Cristina MARTÍN-VILLARES; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Marina CID-MARTÍNEZ; Gerardo MARTÍN-SIGUENZA	33
Síndrome del seno silente. Diagnóstico y tratamiento Patricia VIVEROS-DÍEZ; María Consolación MARTÍN-PASCUAL; Victoria DUQUE-HOLGUERA; Juan LOSADA-CAMPA; Mariana GONZALEZ-SOSTO; Jaime SANTOS-PÉREZ	35

ÍNDICE

Análisis de los factores de riesgo y del seguimiento de la hipoacusia de inicio tardío durante 25 años de cribado auditivo Patricia VIVEROS-DÍEZ; José Ignacio BENITO-OREJAS; Victoria DUQUE-HOLGUERA; Beatriz RAMÍREZ-CANO; María Antonia CARRANZA-CALLEJA; Jaime SANTOS-PÉREZ	37
Estancia formativa en el hospital Carl Gustav Carus de Dresden Sofía PACHECO-LÓPEZ	39
Seguimiento otológico en niños con síndrome de down Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Jaime SANTOS-PÉREZ; M ^a Fe MUÑOZ-MORENO	41
Resultados de aplicar un protocolo de seguridad al paciente traqueotomizado procedente de una unidad de cuidados críticos Victoria DUQUE-HOLGUERA; José Ignacio BENITO-OREJAS; Laura PARRA-MORAIS; Patricia VIVEROS-DÍEZ; M ^a Fe MUÑOZ-MORENO; Jaime SANTOS-PÉREZ	43
Sordera súbita idiopática: factores pronóstico y resultados del tratamiento de rescate con dexametasona intratimpánica Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; José Ignacio BENITO-OREJAS; Eduardo Antonio MENA-DOMÍNGUEZ; Victoria DUQUE-HOLGUERA; María Fe MUÑOZ-MORENO; Jaime SANTOS-PÉREZ	45
Estudio Pronóstico de las Parálisis Faciales Periféricas en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; María José FERNÁNDEZ-NAVA; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Ángel BATUECAS-CALETRÍO; Enrique GONZÁLEZ-SÁNCHEZ	47
Otitis externa maligna: experiencia a lo largo de 25 años en un hospital de tercer nivel María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; José Ignacio BENITO-OREJAS; María Antonia CARRANZA-CALLEJA; José Antonio CÁMARA-ARNAZ; Patricia VIVEROS-DÍEZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	49
Guía de rehabilitación vestibular José Ignacio BENITO-OREJAS; Marta ALONSO-MESONERO; Rafael ÁLVAREZ-OTERO; María José AYLAGAS-ANDRÉS; Michael BAUER; Cristina CORDERO-CIVANTOS; Enrique COSCARÓN-BLANCO; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Virginia FRANCO-GUTIÉRREZ; María MARTÍN-BAILÓN	53
El paciente nos cuenta que tiene un zumbido pulsátil José Ignacio BENITO-OREJAS; Miguel Arturo SCHÜLLER-ARTEAGA; Margarita RODRÍGUEZ-VELASCO; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Juan LOSADA-CAMPA	55
VIN como predictor de nuevo ataque de vértigo en pacientes tratados con gentamicina intratimpánica Susana MARCOS-ALONSO; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; Ángel BATUECAS-CALETRÍO	57
Cirugía endoscópica nasosinusal y base de cráneo anterior. Rotación externa Sofía FERREIRA-CENDÓN	59

ÍNDICE

Reconstrucción de defecto maxilar con colgajo temporal miofascial, un reporte de caso Laura Manuela BAYONA-ROMERO; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Jaime PIÉDRAS-CASTRO; Jaime SANTOS-PÉREZ; Luis Miguel REDONDO-GONZÁLEZ; Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ	61
Juntos ante el peligro: Resultados de traquetomías para pacientes críticos por COVID-19, unidades multicéntricas de ORL en Castilla y León; estudio de cohortes de más de 139 pacientes críticos COVID-19 Rosa María SANCHO-CALVO; Cristina MARTÍN-VILLARES; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ; María Jesús VELASCO-GARCÍA; Ana Isabel NAVAZO-EGUIA; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; María PUENTE-VÉREZ; Ignacio ALONSO-CASTAÑEIRA; Marta CALVO-PÉREZ; Isabel IBÁÑEZ-LAGUNAS; María Ángeles DÍAZ-SASTRE; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA; Jose Javier MARTÍNEZ-SUBIAS; Jaime SANTOS-PÉREZ; Marta ALONSO-MESONERO; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO; Soledad SUÁREZ-ORTEGA; Carmelo MORALES-ANGULO; Pedro DÍAZ-DECERIO	65
Diplomas a los artículos mejor valorados publicados en 2019, 2020 y 2021 Revista ORL - Secretaría de Redacción	67
<hr/> COMUNICACIONES PÓSTER EN CONGRESO <hr/>	
Síndrome de Ramsay Hunt con páralisis de X par craneal asociada. A propósito de un caso Sandra MARTÍN-GARCÍA; Gianni Mercy GARCÍA-NÚÑEZ; Rosana VILLAOSLADA-FUENTES; Rosalyn CHAVES-ARAUJO; María Jesús VELASCO-GARCÍA	71
Signo de Hoagland en la mononucleosis infecciosa Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ; Myriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; María MARTÍN-BAILÓN; Carmen SÁNCHEZ-BLANCO; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ; Enrique COSCARÓN-BLANCO	73
Cirugía robótica transoral en un tumor parafaríngeo de gran tamaño, a propósito de un caso Laura Manuela BAYONA-ROMERO; Carmen VALLÉS-RODRIGUEZ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO	75
Hipoacusia súbita neurosensorial como síntoma inicial de schwannoma vestibular Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN; Ramón COBO-DÍAZ; Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Carmelo MORALES-ANGULO	77
Tuboplastia con balón en la disfunción tubárica obstructiva. Nuestra experiencia Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Cristina CORDERO-CIVANTOS; Irene GÓMEZ-GREGORIS; Judit PÉREZ-SÁEZ; Pierre Antoine ANSORENA-GONZÁLEZ; Luis Arturo RIVAS-SALAS	79
Neumoencéfalo espontáneo. A propósito de un caso Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Rafael PÉREZ-GONZÁLEZ; Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA; Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	81
Doble adenoma ectópico de paratiroides inferior derecha como causa de hiperparatiroidismo primario Enrique COSCARÓN-BLANCO; María Soledad SUÁREZ-ORTEGA; Eva Purificación MARTÍN-GARRIDO; María Cruz PÉREZ-LIEDO; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ	83

ÍNDICE

Carcinoma neuroendocrino supraglótico Carlos Miguel SALVADOR-RAMÍREZ; Nuria MESURO-DOMINGUEZ; Juan José TAVAREZ-RODRIGUEZ; María de Lourdes HERNÁNDEZ-DE LOS SANTOS; Marcela Adriana DURÁN-ÁLVAREZ	87
Tumor de paladar blando como primera manifestación de leucemia mieloblástica aguda Enrique COSCARÓN-BLANCO; Eva Purificación MARTÍN-GARRIDO; Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ; María MARTÍN-BAILÓN; Miriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ	89
Metástasis séptica en quiste de Baker como complicación tras radiofrecuencia de cornetes María Estrella GOMEZ-TOME; Marta ZABALETA-LÓPEZ; Cristina IBÁÑEZ-MUÑOZ; Marta GARCÍA-PILA; Belén CLEMENTE-CUARTERO; Carmen MUÑOZ-DELGADO	91
Colgajos de avance en parotidectomías ampliadas. Nuestra experiencia Patricia VIVEROS-DÍEZ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; Marta JUSTEL-NUEVO; Marta ALONSO-MESONERO; Juan LOSADA-CAMPA; Jaime SANTOS-PÉREZ	93
Fístula de seno piriforme. A propósito de un caso Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; María PUENTE-VÉREZ; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ.	97
Abordaje quirúrgico en el tumor del glomus carotídeo: caso clínico Sofía PACHECO-LÓPEZ; Paula PEÑA-NAVARRO; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Susana MARCOS-ALONSO; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Marta CALVO-PÉREZ	101
Mucocele frontal complicado con celulitis preseptal en paciente intervenido previamente por vía externa Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; María Consolación MARTÍN-PASCUAL; Patricia VIVEROS-DÍEZ; Ana FERNÁNDEZ-RODRIGUEZ; Milagros MARCOS-ORDOÑEZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	105
Hipoacusia neurosensorial bilateral infantil postCovid: A propósito de un caso Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Susana MARCOS-ALONSO; María José FERNANDEZ-NAVA; Paula PEÑA-NAVARRO; Chiara MONÓPOLI-ROCA; Enrique CALVO-BOIZAS	109
Proceso linfoproliferativo tipo T en lengua: a propósito de un caso Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; María José FERNÁNDEZ-NAVA; Susana MARCOS-ALONSO; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Guillermo Salib CORONEL-TOUMA; Pedro BLANCO-PÉREZ	111
¿Quién piensa en un carcinoma escamoso de oído medio? Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS; Michael BAUER; Patricia VIVEROS-DÍEZ; María ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	113
Liposarcoma cervical Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS; Michael BAUER; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; María ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	115
Regresión espontánea de carcinoma epidermoide infiltrante de orofaringe Mariana GONZALEZ-SOSTO; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; María Luisa ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ; Victoria DUQUE-HOLGUERA; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	117

ÍNDICE

Disnea aguda en una tumoración tiroidea Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; María José FERNÁNDEZ-NAVA; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Marta CALVO-PÉREZ	121
Exploración audiovestibular en el schwannoma intralaberíntico intravestibular María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; José Ignacio BENITO-OREJAS; José Antonio CÁMARA-ARNAZ; María Consolación MARTÍN-PASCUAL; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Jaime SANTOS-PÉREZ	123
Usos del colgajo dermoplastismal en faringolaringectomía María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; Ana FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; Marta ALONSO-MESONERO; Marta JUSTEL-NUEVO; Jaime SANTOS-PÉREZ	125
Recidiva de linfoma del manto en nasofaringe: presentación de un caso María MARTÍN-BAILÓN; Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ; Myriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ; Carmen SÁNCHEZ-BLANCO; Cruz PÉREZ-LIEDO	129
Sutura mecánica de la faringe con punción traqueoesofágica en laringectomía total: nuestros primeros casos María MARTÍN BAILÓN; Pablo SANTOS-GORJÓN; Enrique COSCARÓN-BLANCO; Juan BARTUAL-MAGRO; Mar DE PRADO-SAN JOSÉ; Soledad SUÁREZ-ORTEGA	131
Colesteatoma del conducto auditivo externo en la infancia Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Susana MARCOS-ALONSO; Fernando BENITO-GONZÁLEZ; Enrique CALVO-BOIZAS	133
Pilomatrixoma cervical infantil María José FERNÁNDEZ-NAVA; Paula PEÑA-NAVARRO; Susana MARCOS-ALONSO; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Enrique CALVO-BOIZAS; Clara Isabel DIEGO-PÉREZ	135
Extrusión espontánea de material de artrodesis a través de orofaringe Isabel IBÁÑEZ-LAGUNAS; Rosa SANCHO-CALVO; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ; María Ángeles DÍAZ-SASTRE; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA	137
Radioterapia e implante coclear María José FERNÁNDEZ-NAVA; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Guillermo Salib CORONEL-TOUMA; Chiara MONOPOLI-ROCA; Marta CALVO-PÉREZ; Santiago Santa CRUZ-RUÍZ	141
Tumor de Abrikosof: tumor infrecuente de etiología controvertida Rosa María SANCHO-CALVO; Isabel IBÁÑEZ-LAGUNAS; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ; María Ángeles DÍAZ-SASTRE; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA; Aida Isabel MOLERO-BERMEJO	143
Paraganglioma carotídeo y vagal María José FERNÁNDEZ-NAVA; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; Pedro BLANCO-PÉREZ; José Manuel SERRADILLA-LÓPEZ	147
Pilomatrixoma pediátrico doloroso: un reto diagnóstico Belén CLEMENTE-CUARTERO; Marta ZABALETA-LÓPEZ; Estrella GÓMEZ-TOMÉ; Marta GARCÍA-PILA; Carmen MUÑOZ-DELGADO; Cristina IBÁÑEZ-MUÑOZ	149

Carcinoma adenoide quístico en base de lengua Susana MARCOS-ALONSO; Mercy GARCÍA-NÚÑEZ; Nicole ALMEIDA-AYERVE; Sofía PACHECO-LÓPEZ; Paula PEÑA-NAVARRO; Marta CALVO-PÉREZ	151
Parálisis de Bell tras vacuna de la Influenza en un niño de 8 años: caso clínico y revisión de la base de datos europea EudraVigilance Cristina MARTÍN-VILLARES; Carmen ÁLVAREZ-TATO; Laura DíEZ-GONZÁLEZ; Ana RODRÍGUEZ; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-REDO; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	153
Pólipos nasales, cirugía de revisión e inflamación eosinofílica. Una experiencia preliminar con Biológicos Cristina MARTÍN-VILLARES; Laura DíEZ-GONZÁLEZ; Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA; Ana RODRÍGUEZ; Jesús Eduardo RAMÍREZ; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	155
Epidemiología de la Parálisis Facial durante la pandemia COVID-19 en el Complejo Asistencial Universitario de León: Un estudio poblacional Cristina MARTÍN-VILLARES; Carmen ÁLVAREZ-TATO; Laura DíEZ-GONZÁLEZ; Ana RODRÍGUEZ; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-REDO; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	157
Impacto de la pandemia COVID-19 en los trastornos del oído y el laberinto. Análisis de la Ototoxicidad tras fármacos y vacunas en EudraVigilance Cristina MARTÍN-VILLARES; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-REDO; Ana RODRÍGUEZ; Silvia GANCEDO; Carlos DURÁN; Mercedes GONZÁLEZ; Antonio BLANCO; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	159
Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. A propósito de un caso Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ; Laura Manuela BAYONA-ROMERO; Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE; Manuel ACUÑA-GARCÍA; María Miguel LUCERO-SALAVERRY; María Ángeles TORRES-NIETO	161
Docencia en la cirugía de la Otosclerosis: Entrenamiento quirúrgico en modelos experimentales exvivo de oído medio Cristina MARTÍN-VILLARES; María José GONZÁLEZ-GIMENO; Rafael PÉREZ; Luis José DOMÍNGUEZ-UGIDOS; Ana RODRÍGUEZ; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-RENDO; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	163
La nueva solución auditiva de implante de estado estable osteointegrado activo (OSIA): Presentación del primer caso en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ; Laura Manuela BAYONA-ROMERO; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO	165

TABLE OF CONTENTS**ORAL COMMUNICATIONS AT CONFERENCE**

Sialendoscopy in the management of sialadenitis. Our experience Irene GÓMEZ-GREGORIS; Blanca Pilar GALINDO-TORRES; Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Luis Arturo RIVAS-SALAS; Eder Danilo TERÁN-MUÑOZ; Ana Isabel NAVAZO-EGUÍA	1
Title-Results and Usefulness of Outpatient Electrocautery for Epistaxis Victoria DUQUE-HOLGUERA; María Consolación MARTÍN-PASCUAL; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Juan LOSADA-CAMPA; Agustín MAYO-ÍSCAR; Jaime SANTOS-PÉREZ .	5
Evaluation of Patients Diagnosed with Sudden Profound Unilateral Hearing Loss: 12-year Retrospective Study Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN; Ramón COBO-DÍAZ; Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Laura BALDIZÁN-VELASCO; Carmelo MORALES-ANGULO	9
Vestibular Neuritis Approach in Burgos University Hospital (HUBU) Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Irene GÓMEZ-GREGORIS; Cristina CORDERO-CIVANTOS; María Isabel CALLE-CABANILLAS; Rosa María MARTÍNEZ-MARTÍNEZ; Elena RIOJA-PEÑARANDA	11
Autolytic Attempt with Cervical Cound in Covid Patient Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Cristina MARTÍN-VILLARES; Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Sara FERNÁNDEZ- CASCON; Marta BALLESTEROS-POMAR; Carmen PÉREZ-HERRERO; Laura DíEZ-GONZÁLEZ	15
Otologic Symptoms as the First manifestation of IgG4-Related Disease Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN; Laura BALDIZÁN-VELASCO; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN; Ramón COBO-DÍAZ; Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Carmelo MORALES-ANGULO	17
Title-Establishment of a Patient Safety Protocol During Thyroid and Parathyroid Surgery: Results Victoria DUQUE-HOLGUERA; Jaime SANTOS-PÉREZ; Marta ALONSO-MESÓNERO; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; Ana FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; Marta JUSTEL-NUEVO	21
Diagnostic and Therapeutic Protocol of Acute Mastoiditis in Pediatric Patients Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; José Ignacio BENITO-OREJAS; María Luisa BARTOLOME-CANO; María Elena PÉREZ-GUTIERREZ; Victoria DUQUE-HOLGUERA; Jaime SANTOS-PÉREZ	25
Results of Nurotron Cochlear Implant in Elderly Population Sofía PACHECO-LÓPEZ; Marta SANTA CRUZ-GONZÁLEZ; Paula PEÑA-NAVARRO; María José FERNÁNDEZ-NAVA; Ángel BATUECAS-CALETRIO; Santiago SANTA CRUZ-RUIZ	29
Transmandibular Approach to Carotid Aneurysm Resection Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Marta BALLESTEROS-POMAR; Cristina MARTÍN-VILLARES; Sara FERNADEZ-CASCON; Ana RODRIGUEZ-GARCIA; Marina CID-MARTÍNEZ; Gerardo MARTÍN-SIGUENZA	33
Silent Sinus Síndrome. Diagnosis and Treatment Patricia VIVEROS-DÍEZ; María Consolación MARTÍN-PASCUAL; Victoria DUQUE-HOLGUERA; Juan LOSADA-CAMPA; Mariana GONZALEZ-SOSTO; Jaime SANTOS-PÉREZ	35

TABLE OF CONTENTS

Analysis of Risk Factors and Targeted Surveillance for Postnatal Hearing Loss During 25 Years of Hearing Screening Patricia VIVEROS-DÍEZ; José Ignacio BENITO-OREJAS; Victoria DUQUE-HOLGUERA; Beatriz RAMÍREZ-CANO; María Antonia CARRANZA-CALLEJA; Jaime SANTOS-PÉREZ	37
Training Stay at the Carl Gustav Carus Hospital in Dresden Sofía PACHECO-LÓPEZ	39
Otological Follow-up in Children with Down Syndrome Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Jaime SANTOS-PÉREZ; M ^a Fe MUÑOZ-MORENO	41
Title-Results of the Application of a Safety Protocol for Tracheostomized Patients Coming From a Critical Care Unit Victoria DUQUE-HOLGUERA; José Ignacio BENITO-OREJAS; Laura PARRA-MORAIS; Patricia VIVEROS-DÍEZ; M ^a Fe MUNOZ-MORENO; Jaime SANTOS-PÉREZ	43
Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss: Prognostic Factors and Outcomes of Salvage Treatment with Intratympanic Dexamethasone Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; José Ignacio BENITO-OREJAS; Eduardo Antonio MENA-DOMÍNGUEZ; Victoria DUQUE-HOLGUERA; María Fe MUÑOZ-MORENO; Jaime SANTOS-PÉREZ	45
Prognosis Study of Peripheral Facial Paralysis in the University Healthcare Complex of Salamanca Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; María José FERNÁNDEZ-NAVA; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Ángel BATUECAS-CALETRÍO; Enrique GONZÁLEZ-SÁNCHEZ	47
Malignant External Otitis: Experience Over 25 Years at a Tertiary Referral Hospital María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; José Ignacio BENITO-OREJAS; María Antonia CARRANZA-CALLEJA; José Antonio CÁMARA-ARNAZ; Patricia VIVEROS-DÍEZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	49
Vestibular Rehabilitation Guide José Ignacio BENITO-OREJAS; Marta ALONSO-MESONERO; Rafael ÁLVAREZ-OTERO; María José AYLAGAS-ANDRÉS; Michael BAUER; Cristina CORDERO-CIVANTOS; Enrique COSCARÓN-BLANCO; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Virginia FRANCO-GUTIÉRREZ; María MARTÍN-BAILÓN	53
The Patient Tells Us that He has a Pulsating Buzzing José Ignacio BENITO-OREJAS; Miguel Arturo SCHÜLLER-ARTEAGA; Margarita RODRÍGUEZ-VELASCO; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Juan LOSADA-CAMPA	55
SVIN as Predictor of New Vertigo Attacks after Intratympanic Gentamicin Susana MARCOS-ALONSO; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; Ángel BATUECAS-CALETRÍO	57
Nasosinusal Endoscopic and Skull Base Surgery. Abroad Observership Sofía FERREIRA-CENDÓN	59

TABLE OF CONTENTS

Maxillary Defect Reconstruction with Temporalis Myofascial Flap, a Case Report Laura Manuela BAYONA-ROMERO; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Jaime PIEDRAS-CASTRO; Jaime SANTOS-PÉREZ; Luis Miguel REDONDO-GONZÁLEZ; Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ	61
Together in Danger: Outcome of Tracheotomies for Critical COVID-19 Patients in a Multicentric ENT Group in Castilla and León: a Cohort Study Over 139 Critical COVID-19 Patients Rosa María SANCHO-CALVO; Cristina MARTÍN-VILLARES; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ; María Jesús VELASCO-GARCÍA; Ana Isabel NAVAZO-EGUIA; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; María PUENTE-VÉREZ; Ignacio ALONSO-CASTAÑEIRA; Marta CALVO-PÉREZ; Isabel IBÁÑEZ-LAGUNAS; María Ángeles DÍAZ-SASTRE; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA; Jose Javier MARTÍNEZ-SUBIAS; Jaime SANTOS-PÉREZ; Marta ALONSO-MESONERO; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO; Soledad SUÁREZ-ORTEGA; Carmelo MORALES-ANGULO; Pedro DÍAZ-DECERIO	65
Diplomas for the best valued articles published in 2019, 2020 and 2021 Revista ORL - Secretaría de Redacción	67
POSTER COMMUNICATIONS AT CONFERENCE	
Ramsay Hunt Syndrome with Associated Cranial Nerve X Paralysis. About a Case Sandra MARTÍN-GARCÍA; Gianni Mercy GARCÍA-NÚÑEZ; Rosana VILLAOSLADA-FUENTES; Rosalyn CHAVES-ARAUJO; María Jesús VELASCO-GARCÍA	71
Hoagland's Sign in Infectious Mononucleosis Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ; Myriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; María MARTÍN-BAILÓN; Carmen SÁNCHEZ-BLANCO; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ; Enrique COSCARÓN-BLANCO	73
Transoral Robotic Surgery in Massive Tumour of the Parapharyngeal Space, a Case Report Laura Manuela BAYONA-ROMERO; Carmen VALLÉS-RODRIGUEZ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO	75
Sudden Sensorineural Hearing Loss as an Initial Symptom of Vestibular Schwannoma Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN; Ramón COBO-DÍAZ; Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Carmelo MORALES-ANGULO	77
Balloon Eustachian Tuboplasty for Obstructive Tube Dysfunction. Our Experience Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Cristina CORDERO-CIVANTOS; Irene GÓMEZ-GREGORIS; Judit PÉREZ-SÁEZ; Pierre Antoine ANSORENA-GONZÁLEZ; Luis Arturo RIVAS-SALAS	79
Spontaneous Pneumoencephalus. A Case Report Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Rafael PÉREZ-GONZÁLEZ; Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA; Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	81
Double Right Lower Parathyroid Gland Ectopic Adenoma as Cause for Primary Hyperparathyroidism Enrique COSCARÓN-BLANCO; María Soledad SUÁREZ-ORTEGA; Eva Purificación MARTÍN-GARRIDO; María Cruz PÉREZ-LIEDO; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ	83

TABLE OF CONTENTS

Neuroendocrine Carcinoma of Supraglottic Carlos Miguel SALVADOR-RAMÍREZ; Nuria MESURO-DOMINGUEZ; Juan José TAVAREZ-RODRIGUEZ; María de Lourdes HERNÁNDEZ-DE LOS SANTOS; Marcela Adriana DURÁN-ÁLVAREZ	87
Soft-palate Tumour as the First Sign for Acute Myeloblastic Leukemia Enrique COSCARÓN-BLANCO; Eva Purificación MARTÍN-GARRIDO; Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ; María MARTÍN-BAILÓN; Miriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ	89
Infected Baker's Cyst after Radiofrequency Volume Turbinate Reduction María Estrella GOMEZ-TOME; Marta ZABALETA-LÓPEZ; Cristina IBÁÑEZ-MUÑOZ; Marta GARCÍA-PILA; Belén CLEMENTE-CUARTERO; Carmen MUÑOZ-DELGADO	91
Advancement Flaps in Extended Parotidectomies. Our Experience Patricia VIVEROS-DÍEZ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; Marta JUSTEL-NUEVO; Marta ALONSO-MESONERO; Juan LOSADA-CAMPA; Jaime SANTOS-PÉREZ	93
Pyriiform Sinus Fistula. A Case Report Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; María PUENTE-VÉREZ; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ.	97
Surgical Approach in Carotid Glomus Tumours: Case Report Sofía PACHECO-LÓPEZ; Paula PEÑA-NAVARRO; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Susana MARCOS-ALONSO; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Marta CALVO-PÉREZ	101
Frontal Mucocele Complicated with Preseptal Celulitis in a Patient Previously Intervened Externally Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; María Consolación MARTÍN-PASCUAL; Patricia VIVEROS-DÍEZ; Ana FERNÁNDEZ-RODRIGUEZ; Milagros MARCOS-ORDOÑEZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	105
Bilateral Neurosensorial Hearing Loss in postCovid Child: Case Report Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Susana MARCOS-ALONSO; María José FERNANDEZ-NAVA; Paula PEÑA-NAVARRO; Chiara MONÓPOLI-ROCA; Enrique CALVO-BOIZAS	109
T-Type Lymphoproliferative Disorder in the Tongue: Case Report Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; María José FERNÁNDEZ-NAVA; Susana MARCOS-ALONSO; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Guillermo Salib CORONEL-TOUMA; Pedro BLANCO-PÉREZ	111
Who's Thinking about Middle Ear Squamous Cell Carcinoma? Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS; Michael BAUER; Patricia VIVEROS-DIEZ; María ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	113
Neck Liposarcoma Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS; Michael BAUER; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; María ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	115
Spontaneous Regression of Infiltrating Squamous Cell Carcinoma of the Oropharynx Mariana GONZALEZ-SOSTO; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; María Luisa ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ; Victoria DUQUE-HOLGUERA; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Jaime SANTOS-PÉREZ	117

TABLE OF CONTENTS

Acute Dyspnea in a Thyroid Tumor Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; María José FERNÁNDEZ-NAVA; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Marta CALVO-PÉREZ	121
Audiovestibular Testing in Intravestibular Intralabyrinthine Schwannoma María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; José Ignacio BENITO-ÓREJAS; José Antonio CÁMARA-ARNAZ; María Consolación MARTÍN-PASCUAL; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Jaime SANTOS-PÉREZ	123
The Use of the Myocutaneous Platysma Flap in Pharyngolaryngectomy María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES; Ana FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; Marta ALONSO-MESONERO; Marta JUSTEL-NUEVO; Jaime SANTOS-PÉREZ	125
Recurrence of Mantle Lymphoma at Nasopharynx: Case Report María MARTÍN-BAILÓN; Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ; Myriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ; Carmen SÁNCHEZ-BLANCO; Cruz PÉREZ-LIEDO	129
Mechanical Suture of the Pharynx with Tracheoesophageal Puncture in Total Laryngectomy: Our First Cases María MARTÍN BAILÓN; Pablo SANTOS-GORJÓN; Enrique COSCARÓN-BLANCO; Juan BARTUAL-MAGRO; Mar DE PRADO-SAN JOSÉ; Soledad SUÁREZ-ORTEGA	131
Cholesteatoma of the External Auditory Canal in Childhood Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Susana MARCOS-ALONSO; Fernando BENITO-GONZÁLEZ; Enrique CALVO-BOIZAS	133
Cervical Pilomatrixoma in Children María José FERNÁNDEZ-NAVA; Paula PEÑA-NAVARRO; Susana MARCOS-ALONSO; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE; Enrique CALVO-BOIZAS; Clara Isabel DIEGO-PÉREZ	135
Spontaneous Extrusion of Arthrodesis Material through the Oropharynx Isabel IBÁÑEZ-LAGUNAS; Rosa SANCHO-CALVO; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ; María Ángeles DÍAZ-SASTRE; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA	137
Radiotherapy and Cochlear Implant María José FERNÁNDEZ-NAVA; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Guillermo Salib CORONEL-TOUMA; Chiara MONOPOLI-ROCA; Marta CALVO-PÉREZ; Santiago Santa CRUZ-RUÍZ	141
Abrikossov's Tumor: Rare Tumor of Controversial Etiology Rosa María SANCHO-CALVO; Isabel IBÁÑEZ-LAGUNAS; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ; María Ángeles DÍAZ-SASTRE; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA; Aida Isabel MOLERO-BERMEJO.	143
Carotid Body and Vagal Paraganglioma María José FERNÁNDEZ-NAVA; Sofía FERREIRA-CENDÓN; Paula PEÑA-NAVARRO; Sofía PACHECO-LÓPEZ; Pedro BLANCO-PÉREZ; José Manuel SERRADILLA-LÓPEZ	147
Painful Pediatric Pilomatrixoma: a Diagnostic Challenge Belén CLEMENTE-CUARTERO; Marta ZABALETA-LÓPEZ; Estrella GÓMEZ-TOMÉ; Marta GARCÍA-PILA; Carmen MUÑOZ-DELGADO; Cristina IBÁÑEZ-MUÑOZ	149

Adenoid Cystic Carcinoma at the Base of the Tongue Susana MARCOS-ALONSO; Mercy GARCÍA-NÚÑEZ; Nicole ALMEIDA-AYERVE; Sofía PACHECO-LÓPEZ; Paula PEÑA-NAVARRO; Marta CALVO-PÉREZ	151
Bell's Palsy Following an Influence Vaccine in an 8 Years-Old Patient: A Case Report and Review of the EudraVigilance Database Cristina MARTÍN-VILLARES; Carmen ÁLVAREZ-TATO; Laura DÍEZ-GONZÁLEZ; Ana RODRÍGUEZ; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-REDO; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	153
Recurrent Nasal Polyps and Eosinophilic Inflammation. A Preliminary Experience with Biologics Cristina MARTÍN-VILLARES; Laura DÍEZ-GONZÁLEZ; Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA; Ana RODRÍGUEZ; Jesús Eduardo RAMÍREZ; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	155
Epidemiology of the Facial Palsy during the COVID-19 pandemic in the Complejo Asistencial Universitario of León: a population-based study Cristina MARTÍN-VILLARES; Carmen ÁLVAREZ-TATO; Laura DÍEZ-GONZÁLEZ; Ana RODRÍGUEZ; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-REDO; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	157
Impact of the COVID-19 Pandemic on Ear and Labyrinth Disorders. Analysis of Ototoxicity after Drugs and Vaccines in the European Pharmacovigilance Database EudraVigilance Cristina MARTÍN-VILLARES; Carmen MANZANARES LÓPEZ-RENDO; Ana RODRÍGUEZ; Silvia GANCEDO; Carlos DURÁN; Mercedes GONZÁLEZ; Antonio BLANCO; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	159
Kikuchi-Fujimoto Disease. Report of Clinical Case Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ; Laura Manuela BAYONA-ROMERO; Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE; Manuel ACUÑA-GARCÍA; María Miguel LUCERO-SALAVERRY; María Ángeles TORRES-NIETO	161
Teaching in Otosclerosis Surgery: Surgical Training in Ex Vivo Experimental Models of the Middle Ear Cristina MARTÍN-VILLARES; María José GONZÁLEZ-GIMENO; Rafael PÉREZ; Luis José DOMÍNGUEZ-UGIDOS; Ana RODRÍGUEZ; Sara FERNÁNDEZ-CASCON; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-RENDO; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ	163
The new Hearing Solution Steady-State Osseointegrated Active Device (OSIA): Report of the First Case in Hospital Universitario Río Hortega Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ; Laura Manuela BAYONA-ROMERO; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO	165

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

LA SIALOENDOSCOPIA EN EL MANEJO DE LA SIALOADENITIS. NUESTRA EXPERIENCIA

Sialendoscopy in the Management of Sialadenitis. Our Experience

Irene GÓMEZ-GREGORIS ; Blanca Pilar GALINDO-TORRES ; Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN 

Luis Arturo RIVAS-SALAS ; Eder Danilo TERÁN-MUÑOZ ; Ana Isabel NAVAZO-EGUÍA 

Hospital Universitario de Burgos.

Correspondencia: iggregoris@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Las glándulas salivales pueden estar afectadas por diferentes patologías no tumorales como la litiasis o la presencia de moco en los ductos, que impiden la correcta eliminación de la saliva, provocando inflamación glandular.

Hasta la aparición de la sialoendoscopia, se tomaba una actitud expectante o se realizaba la extirpación de la glándula afectada. Esta nueva técnica mínimamente invasiva, permite tanto el diagnóstico como el tratamiento de la patología de las glándulas salivales, sin la exéresis de las mismas. A través de un endoscopio de pequeño calibre, se consigue la visualización directa del conducto salival, pudiendo conseguir en un mismo procedimiento ambos objetivos.

El propósito de esta comunicación es presentar nuestra experiencia con esta técnica desde su implantación en el Hospital Universitario de Burgos (2019), hasta el momento actual (2022).

Método: Se realiza un estudio descriptivo, en el que se analizan retrospectivamente los pacientes intervenidos mediante sialoendoscopia simple o en el contexto de un abordaje combinado entre marzo de 2019 y mayo de 2022. Se recogen los datos epidemiológicos más destacables, así como otras variables de interés como la glándula afectada, la etiología o las complicaciones del procedimiento, entre otras.

Resultados: Durante estos 3 años se han realizado 34 procedimientos, a un total de 32 pacientes, de los cuales 14 son mujeres (44%) y 18 hombres (56%). La edad media en el momento de la intervención fue de

56,25 años. En el 70,6% de los casos la afectación fue unilateral y la glándula más frecuentemente afectada fue la submaxilar en un 52,9%.

La etiología más frecuente fue la litiasis (18 casos en total).

En 22 casos el abordaje fue exclusivamente endoscópico mientras que en 12 casos el abordaje intraoral fue combinado. No se realizó ningún abordaje combinado parotídeo.

Solo 2 pacientes precisaron reintervención quirúrgica por persistencia de la sintomatología, y otra paciente mujer está pendiente de parotidectomía. Un 20,6% de los casos presentó complicaciones perioperatorias, pero ninguna de las complicaciones ha sido grave ni permanente.

Discusión: La introducción de la sialoendoscopia ha supuesto un cambio en el manejo de la patología salival. El abordaje mínimamente invasivo permite realizar esta técnica mediante cirugía ambulatoria, con una recuperación postoperatoria más temprana.

Como otras técnicas intervencionistas, tiene una curva de aprendizaje prolongada. El conocimiento y manejo previo de la cirugía endoscópica nasosinusal, así como la formación quirúrgica específica en esta técnica, facilitará la adaptación a este procedimiento.

El uso de anestesia general en las primeras intervenciones permitirá desarrollar esta técnica más cómodamente y minimizar la curva de aprendizaje.

Según vayamos adquiriendo experiencia, conseguiremos minimizar el tiempo quirúrgico, e incluso se podrían realizar un mayor número de sialoendoscopias bajo anestesia local.

Conclusiones: La sialoendoscopia se puede considerar una técnica segura y efectiva que nos permite en un mismo tiempo el diagnóstico y tratamiento de la patología inflamatoria de las glándulas salivares, bien sea por litiasis o por otras causas. Además, reduce el número de sialoadenectomías realizadas, lo que supone menor tiempo de ingreso postoperatorio, con menores efectos adversos, de escasa gravedad.

PALABRAS CLAVE: sialolitiasis; sialoadenitis; sialoendoscopia.

SUMMARY: Introduction and objective: The salivary glands can be affected by different non-tumoral pathologies such as lithiasis or the presence of mucus in the ducts, which prevent the correct elimination of saliva, causing glandular inflammation.

Until the appearance of sialoendoscopy, an expectant attitude was taken or the affected gland was removed. This new minimally invasive technique allows both the diagnosis and treatment of salivary gland pathology, without their exeresis. Through a small caliber endoscope, direct visualization of the salivary duct is achieved, being able to obtain both objectives in the same procedure. The purpose of this communication is to present our experience with this technique since its implementation at the University Hospital of Burgos (2019), until the present time (2022).

Method: A descriptive study was carried out, in which the patients who underwent simple sialendoscopy or in the context of a combined approach between March 2019 and May 2022 were analyzed retrospectively. The most notable epidemiological data are collected, as well as other variables of interest such as the affected gland, the etiology or the complications of the procedure, among others.

Results: During these 3 years, 34 procedures have been performed on a total of 32 patients, of whom 14 are women (44%) and 18 men (56%). The mean age at the time of the intervention was 56.25 years. In 70.6% of the cases the affectionation was unilateral and the most frequently affected gland was the submandibular gland in 52.9%.

The most frequent etiology was lithiasis (18 cases in total).

In 22 cases the approach was exclusively endoscopic while in 12 cases the intraoral approach was combined. No combined parotid approach was performed.

Only 2 patients required surgical reintervention due to persistent symptoms, and another female patient is awaiting parotidectomy. 20.6% of the cases presented perioperative complications, but none of the complications were serious or permanent.

Discussion: The introduction of sialendoscopy has brought about a change in the therapeutic attitude and in the management of salivary pathology. The minimally invasive approach allows this technique to be performed through outpatient surgery, with earlier postoperative recovery.

Like other interventional techniques, it has a long learning curve. Previous knowledge and handling of sinonasal endoscopic surgery, as well as specific surgical training in this technique, will facilitate adaptation to this procedure.

The use of general anesthesia in the first interventions will allow this technique to be carried out more comfortably and minimize the learning curve.

As we gain experience, we will be able to minimize the surgical time, and even a greater number of sialoendoscopies could be performed under local anesthesia







Conclusions: Sialendoscopy can be considered a safe and effective technique that allows us to simultaneously diagnose and treat inflammatory pathology of the salivary glands, whether due to lithiasis or other causes. In addition, it reduces the number of sialoadenectomies performed, which means less postoperative hospitalization time, with fewer adverse effects, of little severity.

KEYWORDS: sialolithiasis; sialoadenitis; endoscopy.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

RESULTADOS Y UTILIDAD DE LA ELECTROCAUTERIZACIÓN AMBULATORIA DE EPISTAXIS

Title-Results and Usefulness of Outpatient Electrocautery for Epistaxis

Victoria DUQUE-HOLGUERA ¹; María Consolación MARTÍN-PASCUAL ¹; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ¹;
Juan LOSADA-CAMPA ¹; Agustín MAYO-ÍSCAR ²; Jaime SANTOS-PÉREZ ¹

1. *Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

2. *Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Valladolid.*

Correspondencia: victoriaduhol@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El 5 de febrero de 2021 comenzamos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid a realizar electrocauterización ambulatoria de epistaxis mediante aspirador-coagulador monopolar y visión directa con endoscopio rígido. Hasta el 31 de diciembre de 2021 se habían electrocauterizado 42 pacientes. El objetivo de nuestro estudio es comprobar si tras la implantación de electrocauterio se han reducido el número de ingresos por epistaxis, así como el número de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico e intentar predecir los factores de riesgo de resangrado.

Método: Estudio retrospectivo observacional longitudinal. Se ha realizado una base de datos con los pacientes electrocoagulados hasta el 31 de diciembre de 2021 en la que se han recogido los factores de riesgo, si han sido taponados y el motivo del taponamiento, los resangrados, cuántos fueron ingresados y cuántos requirieron tratamiento quirúrgico.

Se han recogido el número total de epistaxis que ha acudido a Urgencias entre el 5 de febrero y el 31 de diciembre de 2021, de 2020 y 2019. También el número de pacientes ingresados por epistaxis entre el 5 de febrero y el 31 de diciembre de 2021, de 2020 y de 2019.

Resultados: El 95% de las epistaxis han sido unilaterales, 90% anteriores y 81% septales. El 62% tenían algún tipo de tratamiento antiagregante o anticoagulante. De los electrocauterizados ha habido un 31% de resangrados y un 31 % de taponamientos. Existen 5 veces (IC 3-10) más posibilidades de resangrar tras

ser tratado con taponamiento que con electrocauterización. Ni el tratamiento antiagregante ni el anticoagulante aislados aumentan los resangrados ni las necesidades de taponamiento, pero sí los aumenta el tratamiento conjunto con antiagregantes y anticoagulantes. El número de ingresos se ha reducido un 15% respecto a 2020 y 45.7% respecto a 2019, siendo esta reducción estadísticamente significativa ($p > 0.001$). Los tratamientos quirúrgicos han disminuido un 50% respecto a 2020 y 66.6% respecto a 2019, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Un 64% de los pacientes electrocauterizados no han requerido taponamiento ni han resangrado.

Discusión: La realización de electrocauterización requiere poseer materiales y medios específicos, requiere más tiempo y más personal que el tratamiento clásico con taponamiento. Por otro lado ha demostrado reducir los resangrados, la necesidad de taponamiento en un amplio porcentaje de pacientes, los ingresos y la necesidad de tratamiento quirúrgico. Por ello, lo consideramos una técnica rentable tanto económicamente como para el paciente.

Conclusiones: La electrocauterización de epistaxis de manera ambulatoria es una técnica que ha demostrado ser rentable además de mejorar la calidad asistencial con respecto a los pacientes y que, con la adquisición de unos medios básicos, podría incorporarse a la cartera de servicios de la amplia mayoría de los servicios de Otorrinolaringología.

PALABRAS CLAVE: epistaxis; electrocauterización; ambulatoria; taponamiento nasal; cauterización endoscópica; aspirador coagulador.

SUMMARY: Introduction and objective: On February 5th, 2021, we started at Hospital Clínico Universitario in Valladolid to use outpatient electrocautery with a monopolar suction coagulator and a rigid nasal endoscope to treat epistaxis. From that day until December 31st, 2021, we had treated 42 patients. The objective of our study is to prove is the use of electrocautery has lowered the number of hospital admissions to treat the epistaxis, the number of patients that require surgical treatment and predict the risk factors for rebleeding.

Method: Retrospective observational longitudinal study. We have created a database with the electrocauterized patients until December 31st, 2021, collecting the risk factors, if nasal packing was needed and why, if there was rebleeding and if they required hospital admission or surgical treatment. We also collected the total number of epistaxis treated in the Emergency Room between February 5th and December 31st of the years 2021, 2020 and 2019 and the total number of epistaxis that required hospital admission between February 5th and December 31st of the years 2021, 2020 and 2019.

Results: The 95% of the epistaxis were unilateral. 90% anterior, 81% septal. 62% of them used antiplatelet or anticoagulant treatment. Of all the electrocauterized we had 31% of rebleeding and 31% needed nasal packing. It is 5 times more frequent (IC 3-10) to rebleed after nasal packing than after electrocautery. Patients with just antiplatelet or anticoagulant do not need more nasal packing or suffer more rebleeding, but patients using both treatments at the same time do. The hospital admissions have lowered 15% compared to 2020 and 45.7% compared to 2019 ($p < 0.001$). The number of patients that need surgical treatment has lowered 50% compared to 2020 and 66.6% compared to 2019 ($p < 0.001$). 64% of the electrocauterized patients did not rebleed nor need nasal packing.

Discussion: The use of electrocautery requires specific materials, takes longer and takes more personnel than standard treatment with nasal packing. On the other hand, it has lowered the number of patients rebleeding, the need to use nasal packing in most of the patients, the hospital admissions and the patients that require surgical treatment. We consider this technique worthwhile economically as well as for the well-being of the patient.




Conclusions: The treatment of epistaxis using outpatient electrocautery has proved a worthwhile technique to improve care quality for the patients and, acquiring basic equipment, could be included to most of the ENT units' services portfolio.

KEYWORDS: epistaxis; electrocautery; outpatient; nasal packing; endoscopic cautery; suction coagulator.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

EVALUACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPOACUSIA SÚBITA PROFUNDA UNILATERAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 12 AÑOS

Evaluation of Patients Diagnosed with Sudden Profound Unilateral Hearing Loss: 12-year Retrospective Study

Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN ; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN ; Ramón COBO-DÍAZ; Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Laura BALDIZÁN-VELASCO; Carmelo MORALES-ANGULO 

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Correspondencia: minerva.rmartin@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Múltiples factores pronósticos se han propuesto con respecto a la recuperación de la audición tras hipoacusia súbita (HS). El grado de hipoacusia y el retraso en el inicio del tratamiento parecen ser los factores más claramente demostrados. Nuestro objetivo es analizar el porcentaje de pacientes con hipoacusia profunda al diagnóstico y evaluar su evolución posterior.

Método: Se registraron los pacientes diagnosticados de hipoacusia súbita unilateral en nuestro hospital entre 1992 y 2004 incluyendo variables como sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, grado de hipoacusia, recuperación según seguimiento al año, pruebas realizadas, tratamiento recibido y diagnóstico etiológico final. De estos, se seleccionaron aquellos con hipoacusia neurosensorial idiopática unilateral profunda y se describieron los factores asociados y su evolución.

Resultados: Se registraron un total de 138 pacientes con HS, de los cuales se seleccionaron 33 que presentaron hipoacusia profunda unilateral idiopática (10 hombres y 23 mujeres) con una edad media de 54,5 [21-75]. El retraso diagnóstico fue de una media de 6 días (1-30). El acúfeno fue el síntoma acompañante más frecuente (30 pacientes) seguido de vértigo (11 pacientes). Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides

(oral y/o endovenoso y/o intratimpánico) y oxígeno hiperbárico. Realizado seguimiento audiométrico a un año, 25 pacientes no presentaron mejora de la audición y 8 recuperaron de forma parcial. No se encontraron claras diferencias entre los pacientes que mejoraron audición y los que no lo hicieron.

Discusión: La severidad de la hipoacusia y el retraso diagnósticos son factores pronósticos independientes descritos en la literatura. Se han propuesto otros factores como la edad, factores de riesgo cardiovascular o la presencia de otros síntomas como acúfeno o vértigo sin ser claramente demostrados. Nuestros datos sugieren mal pronóstico de las hipoacusias profundas independientemente del resto de factores.

Conclusiones: Pese a que se trata de un estudio retrospectivo con poca muestra, nuestros datos coinciden con los de la literatura que la hipoacusia súbita profunda constituye un factor de mal pronóstico independiente para la recuperación.

PALABRAS CLAVE: hipoacusia súbita idiopática; hipoacusia neurosensorial profunda; factores pronósticos.

SUMMARY: Introduction and objective: Multiple prognostic factors have been proposed regarding hearing recovery after sudden hearing loss (SHL). The degree of hearing loss and the delay in starting treatment seem to be the most clearly demonstrated factors. Our objective is to analyze the percentage of patients with profound hearing loss at diagnosis and to evaluate their subsequent evolution.

Method: Patients diagnosed with sudden unilateral hearing loss in our hospital between 1992 and 2004 were recorded, including variables such as sex, age, cardiovascular risk factors, degree of hearing loss, recovery according to one-year follow-up, tests performed, treatment received and final etiological diagnosis. Of these, those with profound unilateral idiopathic sensorineural hearing loss were selected and the associated factors and their evolution were described.

Results: A total of 138 patients with HS were registered, of which 33 who presented idiopathic unilateral profound hearing loss (10 men and 23 women) with a mean age of 54.5 [21-75] were selected. The diagnostic delay was a mean of 6 days (1-30). Tinnitus was the most frequent accompanying symptom (30 patients) followed by vertigo (11 patients). All patients received treatment with corticosteroids (oral and/or intravenous and/or intratympanic) and hyperbaric oxygen. After audiometric follow-up at one year, 25 patients did not show improvement in hearing and 8 partially recovered. No clear differences were found between patients who improved hearing and those who did not.

Discussion: Severity of hearing loss and diagnostic delay are independent prognostic factors described in the literature. Other factors such as age, cardiovascular risk factors or the presence of other symptoms such as tinnitus or vertigo have been proposed without being clearly demonstrated. Our data suggest a poor prognosis for profound hearing loss regardless of the other factors.

Conclusions: Despite the fact that it is a retrospective study with a small sample, our data coincide with those of the literature that sudden profound hearing loss constitutes an independent poor prognostic factor for recovery.

KEYWORDS: idiopathic sudden hearing loss; profound sensorineural hearing loss; prognostic factors.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

ABORDAJE DE LA NEURITIS VESTIBULAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU)

Vestibular Neuritis Approach in Burgos University Hospital (HUBU)

Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Irene GÓMEZ-GREGORIS ; Cristina CORDERO-CIVANTOS ; María Isabel CALLE-CABANILLAS ; Rosa María MARTÍNEZ-MARTÍNEZ; Elena RIOJA-PEÑARANDA 

Hospital Universitario de Burgos (HUBU), Burgos, España.

cris9514@hotmail.es; iggregoris@gmail.com; cris.corciv@gmail.com; icalle@saludcastillayleon.es; romartinezm@saludcastillayleon.es; elerp@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La neuritis vestibular es una entidad de etiología desconocida, siendo el origen viral el más aceptado. La incidencia anual varía de 3 a 15 casos por cada 100.000 habitantes. El diagnóstico se basa en la clínica y la exploración, siendo fundamental el diagnóstico diferencial con patología central. En el tratamiento se ha demostrado una más rápida recuperación de la paresia canalicular con la administración de corticoides sistémicos y una mejoría en la compensación central con la rehabilitación vestibular. Desde hace 4 años, en la sección de Otoneurología del HUBU estamos utilizando el protocolo que exponemos a continuación para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con neuritis vestibular.

Método: Para el diagnóstico nos basamos en los criterios que definen la vestibulopatía unilateral aguda en la Clasificación Internacional de Desórdenes Vestibulares. Como pruebas complementarias se realiza e-HIT y RMN de base de cráneo. A todos los pacientes, salvo contraindicación, se les administran corticoides sistémicos (a 1 mg/Kg en pauta corta de aproximadamente 10 días). A todos los pacientes se les entrega tabla de ejercicios de Cawthorne y Cooksey. Y en aquellos casos en los que no existe mejoría, se programa de forma individualizada una rehabilitación vestibular hospitalaria. Se realiza seguimiento con nueva anamnesis, exploración física y e-HIT al mes, 4 y 10 meses del diagnóstico. Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de neuritis vestibular en los últimos 4 años, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, lado afectado, nistagmo, sintomatología, ganancia y presencia de sacadas en e-HIT, resultados de RMN, factores de riesgo cardiovascular, antecedente de infección respiratoria/gastrointestinal, ingreso hospitalario.

Resultados: Hemos revisado 58 pacientes con diagnóstico de neuritis vestibular entre enero de 2018 y octubre de 2021. 7 de ellos han sido excluidos por no completar seguimiento. A 51 les hemos realizado un seguimiento de 10 meses (23 mujeres y 28 varones). En 29 individuos el lado afectado ha sido el derecho, en 22 ha sido el izquierdo. La desaparición del nistagmo se ha producido en el 25.5% de los pacientes en el primer mes; en 31.4% en el cuarto mes; en 35.3% en el décimo mes, y ha persistido en el 7.8%. En el estudio e-HIT la ganancia se ha normalizado en el 33.3% de los pacientes en el primer mes, en 15.7% en el cuarto mes, y en 31.4% en el décimo mes, persistiendo disminuida en el 19.6%. La desaparición de los síntomas se ha producido en el 19.6% en el primer mes; en 33.3% en el cuarto mes; en 39.2% en el décimo mes, y han persistido más allá del décimo mes en el 7.9% de los pacientes. Se ha realizado una rehabilitación hospitalaria con posturografía dinámica y ejercicios de suelo en 15 pacientes, experimentado todos ellos una gran mejoría sintomática. RMN se ha realizado en 42 pacientes, siendo en todos ellos compatible con la normalidad. El 37.3% de los casos presentaba factores de riesgo cardiovascular. El 9,8% relataba antecedentes de infección respiratoria y/o gastrointestinal previo al debut vestibular. Por último, de los 51 pacientes, 33 requirieron ingreso hospitalario, mientras que los 18 restantes recibieron tratamiento de forma domiciliaria.

Discusión/Conclusiones: 41 de 51 pacientes han presentado una recuperación completa de la función vestibular durante el seguimiento realizado. En 47 de 51 han desaparecido los síntomas, recuperando una calidad de vida aceptable similar a la previa. En 10 pacientes ha persistido una hipofunción vestibular, siendo todos ellos rehabilitados en nuestra sección, con importante mejoría clínica. Recientemente se ha demostrado que la compensación central es significativamente mejor en aquellos pacientes en los que se realiza una rehabilitación hospitalaria precoz, lo que nos hace plantearnos si estamos seleccionando adecuadamente el momento de inicio de dicho tratamiento.

PALABRAS CLAVE: neuritis vestibular; nistagmo; e-HIT; ganancia; rehabilitación vestibular.

SUMMARY: Introduction and objective: Vestibular neuritis is an unknown etiology entity. Viral origin is the most accepted. Annual incidence varies from 3 to 15 cases per 100.000 habitants. Diagnosis is based on clinical features and physical exploration, but differential diagnosis with central pathology is essential. Regarding treatment it has been demonstrated a faster recovery of canalicular paresy with the administration of systemic corticoids and central compensation improvement with vestibular rehabilitation. HUBU Otoneurology section has been using the following protocol for diagnosis and treatment of patients with vestibular neuritis for 4 years.

Method: For diagnosis we have based on acute unilateral vestibulopathy criteria of Vestibular Disorders International Classification. As complementary studies we use horizontal plane recorded with video-Head Impulse Test and craneal MRI. All patients, excepting contraindications, receive systemic corticoids (1 mg/Kg around 10 days). We give all patients a table with Cawthorne and Cooksey exercises. In cases there is no improvement, an individual hospital vestibular rehabilitation is programmed. Monitoring is made with new anamnesis, physical exploration and horizontal plane recorded with video-Head Impulse Test in 1 month, 4 and 10 months from diagnosis. We have made a retrospective study of vestibular neuritis diagnosed patients in the last 4 years. We have included the following parameters: age, sex, affected side, nystagmus, clinical symptoms, vestibulo-ocular reflex gains and saccades in HIT study, MRI results, cardiovascular risk factors, previous respiratory/gastrointestinal infection, hospital admission.

Results: We have reviewed 58 patients with vestibular neuritis diagnosis from 2018 January to 2021 October. 7 have been excluded because of incomplete follow-up. 51 have been monitoring for 10 months (23 women and 28 men). In 29 individuals right side was affected, in 22 was the left one. In 25.5% of patients, nystagmus disappearance has occurred in the first month; 31.4% in the fourth month; 35.3% in the tenth, and it has persisted in 7.8%. In HIT study gains have normalized in 33.3% of patients in the first month,

15.7% in the fourth, and 31.4% in the tenth, persisting in 19.6%. Clinical symptoms have disappeared in 19.6% in the first month; 33.3% in the fourth; 39.2% in the tenth, and have persisted in 7.9% beyond ten months. 15 patients have made hospital vestibular rehabilitation with dynamic posturography and floor exercises, all of them experimenting a great clinical improvement. MRI was made in 42 patients, being normal in all of them. 37.3% of the cases presented cardiovascular risk factors. 9.8% related respiratory and/or gastrointestinal antecedent previous to vestibular debut. Lastly, 33 of 51 patients needed hospital admission, while remaining 18 received domiciliary treatment.

Discussion/Conclusions: 41 of 51 patients have presented a complete recovery of vestibular function during follow-up. In 47 of 51 clinical symptoms have disappeared, recovering their previous life quality. In 10 patients a vestibular hypofunction has persisted, all of them have been rehabilitated in our section, with relevant clinical improvement. Recently it has been demonstrated that central compensation is significantly better in patients who made an early hospital rehabilitation. That make us reconsider if we are selecting properly the moment when the actual treatment is initiated.

KEYWORDS: vestibular neuritis; nystagmus; video-Head Impulse Test; vestibulo-ocular reflex gains; vestibular rehabilitation.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

INTENTO AUTOLITICO CON HERIDA CERVICAL EN PACIENTE COVID

Autolytic Attempt with Cervical Cound in Covid Patient

Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ; Cristina MARTÍN-VILLARES ; Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA .

Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN ; Marta BALLESTEROS-POMAR ; Carmen PÉREZ-HERRERO;

Laura DÍEZ-GONZÁLEZ 

Complejo Asistencial Universitario de León.

Correspondencia: ialvarezalvarez@telefonica.net

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La pandemia Covid ha provocado, además del ingente número de infectados con secuelas y fallecidos, una crisis económica de severas repercusiones que, sumada a las limitaciones en términos de interacción social en los periodos de confinamiento, puede desencadenar o acentuar patologías psiquiátricas en algunas personas. La máxima expresión de alguno de estos trastornos es el suicidio, como en el caso que presentamos.

Método: Varón de 55 años con antecedente depresivo en 2008 que fue resuelto con medicación y apoyo psicológico. Como consecuencia del cierre de su negocio por la pandemia, sumado a problemas familiares, sufre una recaída en su ánimo depresivo, lo que le lleva (septiembre 2020) a intentar quitarse la vida provocándose graves lesiones craneales por golpes y varias heridas en las muñecas y el cuello con un cuchillo de grandes dimensiones. Se desconocían sus antecedentes y que estaba infectado por Covid, dato que fue comprobado en la PCR de cribado cuando ya estaba en el quirófano.

Al ingreso comprobamos la presencia de un cuchillo de grandes dimensiones (18 X3 cm de hoja) profundamente clavado en el lado izquierdo del cuello, desde en nivel del tiroides al cóndilo occipital, así como otras heridas incisivas en ambas muñecas y lado derecho del cuello, y un extenso scalp por heridas inciso contusas craneales, que no provocaron fracturas.

Tras una TC urgente es trasladado al quirófano, y se practicó una traqueotomía reglada y se extrajo el cuchillo, que atravesaba la faringe y el suelo de la boca y se alojaba en el cóndilo occipital izquierdo, y se

revisaron y suturaron todas las heridas y espacios cervicales seccionados 12 días después es dado de alta en UCI y trasladado a la planta de Psiquiatría por empeoramiento. Tras 2 meses de ingreso fue dado de alta.

Discusión: Se presenta este caso de grave episodio psiquiátrico con intento autolítico que precisó cirugía cervical urgente, para ilustrar alguno de los efectos colaterales de la pandemia Covid que, de forma tangencial, precisó nuestra atención como cirujanos de cabeza y cuello.

Conclusiones: La pandemia Covid, está provocando también un afloramiento y agravamiento de trastornos psiquiátricos, que está llevando a algunos pacientes a la decisión de suicidarse.

PALABRAS CLAVE autolítico; cervical; Covid.

SUMMARY Introduction and objective: The Covid pandemic has caused, in addition to the huge number of infected with sequelae and deaths, an economic crisis of severe repercussions that, added to the limitations in terms of social interaction in periods of confinement, can trigger or accentuate psychiatric pathologies in some people. The maximum expression of any of these disorders is suicide, as in the case we present.

Method: A 55-year-old male with a history of depression in 2008 who was resolved with medication and psychological support. As a result of the closure of his business due to the pandemic, added to family problems, he suffers a relapse in his depressive mood, which leads him (September 2020) to try to take his own life causing serious head injuries from blows and several wounds on the wrists and neck with a large knife. His history was unknown and that he was infected by Covid, a fact that was verified in the screening PCR when he was already in the operating room. Upon admission we verified the presence of a large knife (18 X3 cm of blade) deeply nailed to the left side of the neck, from the level of the thyroid to the occipital condyle, as well as other incised wounds on both wrists and right side of the neck, and an extensive scalp for cranial blunt incision wounds, which did not cause fractures. After an urgent CT scan he is transferred to the operating room, and a regulated tracheostomy was performed and the knife was removed, which went through the pharynx and the floor of the mouth and lodged in the left occipital condyle, and all the wounds and sectioned cervical spaces were checked and sutured 12 days after he was discharged from the ICU and transferred to the Psychiatry plant for worsening. After 2 months of admission he was discharged

Results: After the surgery, which was performed by the doctors on call of ENT, C. Vascular and C. Oral and Maxillofacial, he is transferred to the Covid plant and a few hours later to the ICU for severe pneumonia. 12 days later he was discharged from the ICU and transferred back to the Internal Medicine plant from which, the next day, he was sent to the acute psychiatry plant for worsening. The evolution was satisfactory although it required swallowing rehabilitation due to dysphagia, closing the tracheostomy and removing the probe once corrected, and, after 2 months of admission to Psychiatry, once the treatment was adjusted, he was discharged without further incidents.

Discussion: This case of serious psychiatric episode with autolytic attempt that required urgent cervical surgery is presented, to illustrate some of the collateral effects of the Covid pandemic that, tangentially, required our attention as head and neck surgeons.




Conclusions: The Covid pandemic is also causing an upwelling and aggravation of psychiatric disorders, which is leading some patients to the decision to commit suicide.

KEYWORDS autolytic; cervical; Covid.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

SÍNTOMAS OTOLÓGICOS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4

Otologic Symptoms as the First manifestation of IgG4-Related Disease

Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN ; Laura BALDIZÁN-VELASCO; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN ; Ramón COBO-DÍAZ; Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Carmelo MORALES-ANGULO 
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
Correspondencia: minerva.rmartin@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es un proceso fibroinflamatorio multisistémico que se caracteriza por una afectación multiorgánica con lesiones tumefactivas caracterizadas por infiltrados de células plasmáticas positivas para IgG4, con frecuencia junto con una elevación de los niveles séricos de la inmunoglobulina Ig G4. Esta entidad clínica fue descrita en 2003 por Kamisawa et al. Describiendo que la pancreatitis autoinmune y sus enfermedades asociadas podrían estar relacionadas con una nueva entidad clínica. Posteriormente la ER-IgG4 ha sido reconocida como un proceso sistémico que incluye afecciones de órganos conocidas como entidades independientes y que comparten hallazgos comunes. Aunque los principales órganos afectados incluyen el páncreas, los riñones, las estructuras orbitarias, las glándulas salivales y el retroperitoneo, han sido descritas diferentes alteraciones otológicas en el contexto de dicha enfermedad.

Nuestro objetivo es describir la sintomatología otológica que puede constituir la forma de presentación inicial de la enfermedad y que contribuya a un diagnóstico precoz por parte del otorrinolaringólogo.

Método: Realizamos una revisión sistemática de casos publicados de ER-IgG4 con afectación otológica como primer síntoma de presentación de dicha enfermedad, completando la búsqueda el 31 de abril de 2021 en las siguientes bases de datos: Pubmed, NCBI, CochraneWeb of Science y Scopus. En la búsqueda utilizamos términos MeSH y palabras libres. La revisión se realizó de acuerdo con las directrices de los criterios PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), incluyendo solo los pacientes con confirmación histológica de la enfermedad. Se recogieron los siguientes datos: edad

y sexo del paciente, niveles de IgG4 en plasma, tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico y síntomas iniciales de la ER-IgG4, entre otros.

Resultados: Se seleccionaron 37 artículos en base a los criterios de inclusión y exclusión con manifestaciones otológicas (46 pacientes). De estos un total de 29 pacientes debutaron con manifestaciones otológicas que fueron finalmente incluidos en nuestro estudio. La manifestación otológica más frecuente de debut de la enfermedad fue la presencia de un cuadro similar a una otitis serosa que no respondía a tratamiento habitual. Otras manifestaciones menos frecuentes fueron la presencia de paquimeningitis hipertrófica causante de hipoacusia neurosensorial, acúfenos y vértigo, lesiones pseudotumorales causante de sintomatología otológica por infiltración de estructuras del hueso temporal o una otitis eosinofílica. También infrecuente fue la afectación de la enfermedad al cartilago auricular que simulaba una policondritis recurrente. Incluso puede asociarse a esta última.

En los hallazgos radiológicos mediante TC/RM son frecuentes los hallagos de ocupación de oído medio inespecíficos y las lesiones con aspecto pseudotumoral.

Conclusiones: Las manifestaciones otológicas pueden ser la primera manifestación clínica de la ER-IgG4. La formas de presentación a nivel ótico más frecuentes son la otitis serosa resistente a tratamiento (uni o bilateral).

PALABRAS CLAVE: enfermedad relacionada con IgG4; ER-IgG4; manifestaciones otológicas.

SUMMARY: Introduction and objective: IgG4-Related Systemic Disease (IgG4-RSD) is a multisystem fibroinflammatory process characterized by multiorgan involvement with tumefactive lesions characterized by IgG4-positive plasma cell infiltrates, often together with elevated serum levels of the immunoglobulin Ig G4. This clinical entity was described in 2003 by Kamisawa et al. describing that autoimmune pancreatitis and its associated diseases could be related to a new clinical entity. Subsequently, IgG4-RSD has been recognized as a systemic process that includes organ conditions known as independent entities that share common findings.

Although the main affected organs include the pancreas, kidneys, orbital structures, salivary glands and retroperitoneum, different otologic alterations have been described in the context of this disease. Our aim is to describe the otologic symptomatology that may constitute the initial presentation of the disease and contribute to an early diagnosis by the otolaryngologist.

Methods: We conducted a systematic review of published cases of gG4-RSD with otologic involvement as the first presenting symptom of said disease, completing the search on April 31, 2021 in the following databases: Pubmed, NCBI, CochraneWeb of Science and Scopus. In the search we used MeSH terms and free words. The review was performed according to the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) criteria guidelines, including only patients with histological confirmation of disease. The following data were collected: age and sex of the patient, plasma IgG4 levels, time of evolution of symptoms until diagnosis and initial symptoms of IgG4-RSD, among others.

Results: 37 articles were selected based on inclusion and exclusion criteria with otologic manifestations (46 patients). Of these a total of 29 patients debuted with otologic manifestations that were finally included in our study. The most frequent otologic manifestation of disease debut was the presence of a picture similar to serous otitis that did not respond to usual treatment. Other less frequent manifestations were the presence of hypertrophic pachymeningitis causing sensorineural hearing loss, tinnitus and vertigo, pseudotumoral lesions causing otologic symptoms due to infiltration of temporal bone structures or eosinophilic otitis. Also infrequent was the involvement of the disease to the auricular cartilage simulating a recurrent polychondritis. It may even be associated with the latter.

In the radiological findings by CT/MRI, nonspecific middle ear occupation findings and lesions with pseudotumoral appearance are frequent.

Conclusions: Otologic manifestations may be the first clinical manifestation of IgG4-RS. The most frequent forms of presentation at the otic level are treatment-resistant serous otitis (unilateral or bilateral)

KEYWORDS: IgG4-related systemic disease; IgG4-RSD; otologic manifestations.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CIRUGÍA DE TIROIDES Y PARATIROIDES: RESULTADOS

Title-Establishment of a Patient Safety Protocol During Thyroid and Parathyroid Surgery: Results

Victoria DUQUE-HOLGUERA ; Jaime SANTOS-PÉREZ ; Marta ALONSO-MESONERO ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES ; Ana FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ ; Marta JUSTEL-NUEVO 

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: victoriaduhol@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: En 2021 establecimos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) un protocolo de seguridad durante la cirugía de tiroides y paratiroides cuya finalidad es evitar las parálisis recurrenciales bilaterales. Se basa en detener la cirugía en caso de no obtenerse un registro mayor a 100 mV en la neuromonitorización del primer hemitiroides resecaado tras intentar recuperar la señal mediante recolocación del tubo orotraqueal, verificación de los electrodos, disminución de la salivación o tras un tiempo de espera. Hemos querido analizar si la ausencia o presencia de señal indica realmente si existirá o no parálisis recurrencial. Entendiendo la positividad como la ausencia de señal, dividiremos a los pacientes en verdaderos positivos (VP) si tenían parálisis, verdaderos negativos (VN) si tenían señal y no tenían parálisis, falsos positivos (FP) sin parálisis en ausencia de señal y falsos negativos (FN) si tenían parálisis habiendo obtenido señal.

Método: Estudio prospectivo observacional longitudinal. Hemos recogido los resultados de la neuromonitorización de 76 pacientes intervenidos de cirugía de tiroides en el HCUV entre el 17 de marzo de 2021 y el 1 de marzo de 2022. Otros datos recogidos han sido la patología causante de la indicación quirúrgica, la movilidad laríngea posterior y la recuperación en caso de parálisis.

Resultados: El 42%, 32 pacientes, estaban programados para tiroidectomía total, 31.5% (24) para hemitiroidectomía izquierda y 26.5% (20) hemitiroidectomía derecha. De las hemitiroidectomías derechas,

en todas se obtuvo señal y existió una parálisis (FN). En las hemitiroidectomías izquierdas en una no hubo señal y tuvo parálisis (VP) y en otra se obtuvo señal y se paralizó (FN). En las tiroidectomías totales hubo dos casos de ausencia de señal con detención de la cirugía, uno con posterior parálisis (VP) y no el otro (FP). De los 76 pacientes el 93.4% han sido VN. De los 32 pacientes programados para tiroidectomía total se ha detenido la cirugía en dos (6.25%). De las 4 parálisis el 50% han recuperado la movilidad en menos de 12 meses, una es permanente y en la cuarta aún no han transcurrido 12 meses para considerarla permanente. No hemos encontrado relación con la patología tiroidea asociada.

Discusión: Han existido tres casos con ausencia de señal de los cuales 2 (66%) han tenido parálisis. De las dos tiroidectomías totales detenidas, una de ellas tuvo parálisis. Utilizar este protocolo implica que en algunas ocasiones la cirugía se alargue o se detenga, aumentando el tiempo quirúrgico o duplicando las cirugías para la totalización. Aun así, dada la baja tasa de detención quirúrgica y del porcentaje de parálisis cuando existe ausencia de señal avala la utilización del protocolo estudiado.

Conclusiones: La implantación de un protocolo de seguridad durante la cirugía de tiroides y paratiroides para disminuir las parálisis recurrenciales bilaterales es recomendable; no afecta en gran medida al rendimiento quirúrgico pero una ausencia de señal implica en 2 de cada 3 ocasiones una parálisis. La presencia de dos FN nos hace ser críticos con la recogida de la señal postdisección.

PALABRAS CLAVE: tiroides; paratiroides; seguridad del paciente; neuromonitorización; nervio laríngeo recurrente; parálisis.

SUMMARY: Introduction and objective: In 2021 we launched at Hospital Clinico Universitario in Valladolid a safety protocol during the thyroid and parathyroid surgery to avoid bilateral recurrent laryngeal nerve palsy. It is based on stopping the surgery if the signal less than 100 mV during the neuromonitoring of the first hemithyroidectomy after trying to increase the signal by relocating the orotracheal tube, verifying the electrodes, diminishing the salivation, and waiting. We wanted to analyze if the presence or absence of a signal implies recurrent laryngeal nerve palsy. If we establish that positiveness indicates the absence of signal, we divide the patients in four groups: true positive (TP) if they had palsy, true negative (TN) if they had signal and not palsy, false positive (FP) if they didn't have signal or palsy and false negative (FN) if they had palsy and signal.

Method: Prospective observational longitudinal study. We collected the results of neuromonitoring 76 patients while thyroid surgery between March 17th 2021 and March 1st 2022. We also collected the pathology that required surgery, de laryngeal mobility, and the recovery of the palsy.

Results: The 42%, 32 patients, were programmed for total thyroidectomy, 31.5% (24) for left hemithyroidectomy and 26.5% (20) for right hemithyroidectomy. Of all the right hemithyroidectomies all of them had signal and one had recurrent laryngeal nerve palsy (FN). Of all the left hemithyroidectomies one had no signal and had paralysis (TP) and other one had signal and paralyzed (FN). Of all the total thyroidectomies there were two occasions when the surgery had to be stopped, one of the cases with paralysis afterward (TP) and not the other one (FP). Of the 76 patients 93.4% were TN. Of the 32 patients programmed for total thyroidectomy two of them were stopped (6.25%). Of the 4 paralysis 50% recovered, one is permanent and the other one has been paralyzed for less than 12 months so we can't consider it permanent. We have not found any difference between the pathologies associated.

Discussion: We have had three cases with no signal and 2 of them (66%) had paralysis. Of the 2 total thyroidectomies that were stopped, one of them had paralysis. The use of this protocol implies that sometimes the surgery will be longer or stopped, causing a rise on the surgical time or double the surgeries to complete the treatment. Nevertheless, given the low rate of need to stop the surgery and the paralysis rate when there is no signal guarantees the use of this protocol.







Conclusions: The establishment of a safety protocol during the thyroid and parathyroid surgery to lower the incidence of bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis is appealing; it doesn't affect very much to the surgical performance but an absence of signal implies a paralysis in 2 out of 3 cases. The presence of two FN makes us criticize the way we get the signal after the dissection.

KEYWORDS: thyroid; parathyroid; patient safety; neuromonitoring; recurrent laryngeal nerve; paralysis.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE MASTOIDITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Diagnostic and Therapeutic Protocol of Acute Mastoiditis in Pediatric Patients

Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS ¹; José Ignacio BENITO-OREJAS ²; María Luisa BARTOLOMÉ-CANO ²;
María Elena PÉREZ-GUTIERREZ ²; Victoria DUQUE-HOLGUERA ²; Jaime SANTOS-PÉREZ ²

¹Complejo Asistencial Universitario de León.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: eduardoramirez100@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: con el término de mastoiditis nos referimos a la infección supurativa de las celdas mastoideas, que constituye la complicación más frecuente de la otitis media aguda, pero que, en ocasiones, puede ser la primera manifestación de la misma. No existe un consenso unificado sobre el diagnóstico, tratamiento médico-quirúrgico y seguimiento de esta patología. Nuestro objetivo ha sido establecer un protocolo diagnóstico y terapéutico de la mastoiditis aguda en edad pediátrica, entre los servicios de otorrinolaringología y pediatría en un hospital de tercer nivel.

Método: se ha realizado una revisión de la literatura disponible hasta la actualidad y de las recomendaciones de las sociedades científicas de pediatría y otorrinolaringología nacionales e internacionales, para establecer criterios unificados que nos permitieran, entre especialidades diferentes, el adecuado manejo del paciente pediátrico con mastoiditis aguda.

Resultados: el diagnóstico clínico queda establecido por la presencia de 3 de los 4 signos siguientes: protrusión del pabellón auricular, eritema retroauricular, dolor retroauricular a la palpación e inflamación retroauricular con o sin fluctuación. Ante este diagnóstico, se solicitará una analítica general y se realizará un cultivo si existe otorrea. El ingreso del paciente lo realizará el Servicio de Pediatría y habrá un seguimiento conjunto con el Servicio de Otorrinolaringología, quien, en un primer momento, llevará a cabo, bajo sedación en quirófano, una miringotomía, con colocación de drenaje transtimpánico, revisando ambos oídos. Si hay sospecha de absceso subperióstico sin otra complicación, se confirmará mediante punción y

se drenará en el mismo acto quirúrgico. El tratamiento antibiótico por vía parenteral, será prioritariamente: amoxicilina-ácido clavulánico o cefuroxima, y como alternativa: ceftriaxona/cefotaxima, utilizando en pacientes alérgicos, quinolona (levofloxacino). En casos muy seleccionados, podrá hacerse tratamiento ambulatorio. Solicitaremos la tomografía computarizada, cuando no haya mejoría tras 48 horas de tratamiento, si el diagnóstico es dudoso o ante una posible complicación extracraneal (excepto en caso de absceso subperióstrico, donde puede realizarse ecografía); también si sospechamos complicación intracraneal, enfermedad grave o apariencia tóxica, mastoiditis recurrente o colesteatoma. Solicitaremos resonancia magnética en caso hipoacusia neurossensorial, parálisis facial, vértigo o complicaciones vasculares.

Discusión: actualmente la mastoiditis aguda es una complicación infrecuente pero que entraña alta morbimortalidad. El espectro clínico varía desde la ausencia de síntomas y resolución espontánea, hasta la enfermedad progresiva con graves complicaciones de estructuras vecinas. La unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos entre los diferentes especialistas permite un manejo más adecuado de estos pacientes, evitando intervenciones y pruebas complementarias que aumentan los costes sin aportar mayor beneficio.

Conclusiones: Consideramos que, ante la falta de criterios únicos, es conveniente desarrollar e implantar un protocolo diagnóstico y terapéutico multidisciplinar de pacientes pediátricos con mastoiditis aguda, para poder evaluar con mayor precisión, su eficacia y el riesgo de posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE: mastoiditis aguda; complicaciones; absceso subperióstrico; intracraneal; mirinotomía; antibióticos.

SUMMARY: Introduction and objective: with the word mastoiditis we mean suppurative infection of mastoid cells, being the most frequent complication of acute otitis media, but that sometimes is the main manifestation of it. There is no unified consensus on the diagnosis, medical-surgical treatment and follow-up of this pathology. Our objective has been to establish a diagnostic and therapeutic protocol for acute mastoiditis in children, between the otorhinolaryngology and pediatric services in a tertiary care hospital.

Method: a review of the literature available to date and of the recommendations of the national and international scientific societies of pediatrics and otorhinolaryngology has been made.

Results: the clinical diagnosis is established by the presence of 3 of the 4 following signs: protrusion of the auricle, postauricular erythema, painful postauricular palpation, and postauricular swelling with or without fluctuance. If this diagnosis is made, blood tests will be requested and a bacterial culture will be performed if there is otorrhea. The patient will be admitted by the Pediatric Service and there will be a joint follow-up with the Otorhinolaryngology Service, and under sedation in the operating room, a myringotomy will be performed, with ear tube insertion, checking both ears. If there is suspicion of a subperiosteal abscess without another complication, it will be confirmed by puncture and will be drained in the same surgery. Treatment will be parenteral, prioritizing amoxicillin-clavulanate or cefuroxime, and as an alternative ceftriaxone/cefotaxime, using quinolone (levofloxacin) in allergic patients. In very selected cases, outpatient treatment may be done. We will request computed tomography, when there is no improvement after 48 hours of treatment, if the diagnosis is in doubt or with a possible extracranial complication (except in the case of subperiosteal abscess, where ultrasound can be performed); also, if we suspect intracranial complication, severe disease or toxic appearance, recurrent mastoiditis or cholesteatoma. We will request magnetic resonance in case of sensorineural hearing loss, facial paralysis, vertigo or vascular complications.

Discussion: currently, acute mastoiditis is an infrequent complication but it is associated with high morbidity and mortality. The clinical spectrum varies from the absence of symptoms and spontaneous resolution, to progressive disease with serious complications of nearby structures. The unification of diagnostic and therapeutic criteria among the different specialists allows a more adequate management of these patients, avoiding interventions and complementary tests that increase costs without providing greater benefit.

Conclusions: We believe that in the absence of single criteria, it is convenient to develop and implement a multidisciplinary diagnostic and therapeutic protocol for pediatric patients with acute mastoiditis, in order to more accurately assess its effectiveness and the risk of possible complications.

KEYWORDS: acute mastoiditis; complications; subperiosteal abscess; intracranial; myringotomy; antibiotics.

RESULTADOS DEL IMPLANTE COCLEAR NUROTRON EN POBLACIÓN ANCIANA

Results of Nurotron Cochlear Implant in Elderly Population

Sofía PACHECO-LÓPEZ ¹; Marta SANTA CRUZ-GONZÁLEZ ²; Paula PEÑA-NAVARRO ³; María José FERNÁNDEZ-NAVA ⁴; Ángel BATUECAS-CALETRIO ⁵; Santiago SANTA CRUZ-RUIZ ⁶

^{1,3,4,5,6} Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

^{5,6} Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca.

^{5,6} Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

² Centro de Atención Primaria de Igualada.

Correspondencia: sofiapacheco.pl@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción: La eficacia del implante coclear (IC) en la hipoacusia severa-profunda bilateral postlocutiva en población anciana, está perfectamente validada en el momento actual. No existen límites por edad para indicar esta cirugía, cuando el estado de salud lo permite. En nuestra unidad de IC participamos en el estudio prospectivo multicéntrico de eficacia y seguridad del sistema Nurotron Venus de implantación coclear para España. Su empleo en Europa se autorizó en 2012. Se trata de un implante con 26 electrodos (2 extracocleares), de 22 mm de longitud. También hay disponibles otras 3 guías más finas: long, médium y short; que van desde 17,5-25,5mm. Son electrodos levemente precurvados, para facilitar su introducción, pero de situación lateral en la rampa timpánica. Estudios previos muestran que su introducción en la cóclea es fácil, y una incidencia de traumatismo severa tras inserción del 12.5%.

Método: Se han seleccionado de forma aleatoria, 7 pacientes mayores de 65 años, en lista de espera para IC. Todos los pacientes tenían hipoacusias severas-profundas bilaterales aparecidas de adulto. Las cirugías se llevaron a cabo entre octubre y diciembre del 2019, se realizaban en el oído de peor audición, usando estimulación acústica contralateral.

Resultados: Las cirugías se realizaron por un solo cirujano, no constatando cambios en la duración o dificultad de lograr una implantación completa en los casos tratados. El procedimiento quirúrgico y cuidados

posoperatorios se realizaron de la misma manera que otros IC. Evaluamos los resultados auditivos mediante audiometría tonal liminar y verbal en campo abierto con audífono solo, implante coclear solo y ambas prótesis simultáneamente. La ganancia media en audiometría tonal fue 46,4dB (37,5-48,7). La ganancia media en discriminación verbal máxima, solo con implante fue 50% (0-90) y con IC y audífono 67,1% (40-100%).

Discusión: Los resultados de audición y discriminación verbal son equiparables a otras marcas, variando en función de la etiología de la hipoacusia. Un paciente tenía una hipoacusia de 20 años de etiología desconocida, con inteligibilidad baja, que había sido intervenido en dos ocasiones de IC con otras marcas con escasa ganancia, por lo que se incluyó en el estudio. Este paciente es el que ha presentado menos beneficio del IC. Por otro lado, dos pacientes que sufren enfermedad de Menière bilateral mal controlada, presentaban fluctuaciones en el entendimiento. Los resultados auditivos con este implante, evaluados al menos 48 meses han sido satisfactorios. Los umbrales tonales solo con implante fueron 46,4dB y la discriminación verbal 67,1%, lo cual es comparable a otros resultados en población anciana. En relación con la cirugía, no presenta ningún cambio frente a otras marcas: el lecho del receptor es menos profundo por su menor grosor, no dispone de tornillos de fijación al hueso y la guía de electrodos permite una introducción aceptable.

Conclusiones: el implante Nurotron tiene una colocación quirúrgica y unos resultados auditivos similares a otras marcas, teniendo en cuenta la edad, privación sonora y etiología de la sordera. Son elementos positivos su precio inferior, así como su garantía de 15 años, frente a los 10 del resto de implantes.

PALABRAS CLAVE: nurotron; implante coclear; resultados; cirugía.

SUMMARY: Introduction: The efficacy of cochlear implantation (CI) in severe profound bilateral postlocutive hearing loss in the elderly population is perfectly validated at the present time. There are no age limits for indicating this surgery, when the patient's state of health allows it. In our CI unit we participated in the prospective multicentre study of the efficacy and safety of the Nurotron Venus cochlear implantation system for Spain. Its use in Europe was authorised in 2012. It is an implant with 26 electrodes (2 extracochlear), 22 mm long. There are also 3 other thinner leads available: long, medium and short; ranging from 17.5-25.5mm. These electrodes are slightly pre-curved to facilitate their insertion, but are positioned laterally in the tympanic ramp. Previous studies show that their insertion into the cochlea is easy, and an incidence of severe trauma after insertion of 12.5%.

Method: 7 patients over 65 years of age, on the waiting list for CI, were randomly selected. All patients had severe-deep bilateral hearing loss as adults. Surgeries were performed between October and December 2019, in the ear with worse hearing, using contralateral acoustic stimulation.

Results: The surgeries were performed by a single surgeon, with no change in duration or difficulty in achieving complete implantation in the cases treated. The surgical procedure and postoperative care were performed in the same manner as other CIs. We evaluated the hearing outcomes by means of liminal tonal and open-field speech audiometry with hearing aid alone, cochlear implant alone and both prostheses simultaneously. The mean gain in tonal audiometry was 46.4dB (37.5-48.7). The mean gain in maximum speech discrimination with implant alone was 50% (0-90) and with CI and hearing aid 67.1% (40-100%).

Discussion: Hearing and speech discrimination results are comparable to other brands, varying according to the etiology of the hearing loss. One patient had a 20-year-old hearing loss of unknown etiology, with low intelligibility, who had undergone CI surgery twice with other brands with low gain, and was therefore included in the study. This patient showed the least benefit from CI. On the other hand, two patients suffering from poorly controlled bilateral Ménière's disease had fluctuations in understanding. The hearing outcomes with this implant, evaluated at least 48 months, have been satisfactory. The tonal thresholds with the implant alone were 46.4 dB and the speech discrimination 67.1%, which is comparable to other results

in the elderly population. In relation to surgery, it does not present any changes compared to other brands: the receiver bed is shallower due to its reduced thickness, it does not have screws for fixation to the bone and the electrode array allows an acceptable insertion.








Conclusions: The Nurotron implant has similar surgical placement and hearing outcomes to other brands, taking into account age, sound deprivation and etiology of deafness. Positive elements are its lower price, as well as its 15-year warranty, compared to 10 years for other implants.

KEYWORDS: nurotron; cochlear implant; results; surgery.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

ABORDAJE TRANSMANDIBULAR PARA RESECCIÓN DE ANEURISMA CARÓTIDEO

Transmandibular Approach to Carotid Aneurysm Resection

Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ¹; Marta BALLESTEROS-POMAR ¹; Cristina MARTÍN-VILLARES ¹;
Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN ¹; Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA ¹; Marina CID-MARTÍNEZ ²;
Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA ¹

¹Complejo Asistencial Universitario de Leon.

²Universidad de Salamanca.

Correspondencia: ialvalv@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Los abordajes transmandibulares forman parte del arsenal quirúrgico de nuestra Especialidad y, aunque su principal indicación la constituyen los tumores malignos de la cavidad oral y la orofaringe, también se utilizan ocasionalmente para tumores del espacio parafaríngeo.

Presentamos el caso de un paciente con un aneurisma carotídeo de localización muy alta, que planteaba diagnóstico diferencial con un paraganglioma vagal, no accesible a una cervicotomía convencional y que fue resecado mediante una abordaje transmandibular.

Método: Se realizó una manibulotomía lateral en escalón para acceder al espacio carotídeo y una vez comprobado el diagnóstico, una doble sección en el segmento craneal de la arteria carótida interna izquierda, excluyendo el tramo donde estaba el aneurisma, y a continuación un By-pass vascular con vena safena interna. Una vez comprobada la viabilidad del injerto se reconstruyó la mandibulotomía con miniplacas de titanio y se dejó una sonda nasogástrica para alimentación durante 3 semanas.

Posteriormente se comprobó con una ortopantomografía la correcta alineación de las osteotomías.

Resultados: La deglución hubo de ser progresiva por manifestarse tras los primeros días un dolor al primer bocado que desapareció a las pocas semanas.

El paciente no presentó ninguna otra complicación.

Los estudios funcionales realizados hasta la fecha confirman la permeabilidad del injerto y la deglución es completamente normal sin limitación ni dolor a la apertura bucal.

Discusión: Se expone este caso a la consideración del creciente protagonismo del cirujano ORL en la cirugía cervicofacial y de la base del cráneo, y de la idoneidad de la actuación conjunta de diferentes Especialidades en la resolución de problemas complejos de estas localizaciones.

Conclusiones: La actuación sinérgica con otros especialistas que también realizan cirugía en el área de cabeza y cuello ofrece óptimos resultados en el tratamiento quirúrgico de problemas complejos de esta localización.

PALABRAS CLAVE: carótida; aneurisma; transmandibular.

SUMMARY: Introduction and objective: Transmandibular approaches are part of the surgical arsenal of our Specialty and, although their main indication is malignant tumors of the oral cavity and oropharynx, they are also occasionally used for tumors of the parapharyngeal space. We present the case of a patient with a carotid aneurysm of very high localization, who presented a differential diagnosis with a vagal paraganglioma, not accessible to a conventional cervicotomy and who was resected by a transmandibular approach.

Method: A lateral step mandibulotomy was performed to access the carotid space and once the diagnosis was verified, a double section in the cranial segment of the left internal carotid artery, excluding the section where the aneurysm was, and then a vascular by-pass with internal saphenous vein. Once the viability of the graft was verified, the mandibulotomy was reconstructed with titanium miniplates and a nasogastric tube was left for feeding for 3 weeks. Subsequently, the correct alignment of the osteotomies was checked with an orthopantomography.

Results: The swallowing had to be progressive because after the first days a pain manifested at the first bite that disappeared a few weeks later. The patient did not have any other complications. Functional studies conducted to date confirm graft patency and swallowing is completely normal without limitation or pain to the mouth opening.

Discussion: This case is exposed to the consideration of the growing role of the ENT surgeon in cervicofacial and skull base surgery, and the suitability of the joint action of different Specialties in the resolution of complex problems of these locations.

Conclusions: Synergistic action with other specialists who also perform surgery in the head and neck area offers optimal results in the surgical treatment of complex problems of this location.

KEYWORDS: carotid; aneurysm; transmandibular.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

SÍNDROME DEL SENO SILENTE. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Silent Sinus Síndrome. Diagnosis and Treatment

Patricia VIVEROS-DÍEZ ; María Consolación MARTÍN-PASCUAL ; Victoria DUQUE-HOLGUERA 

Juan LOSADA-CAMPA ; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

Correspondencia: patricia_viverosdiez@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El seno silente es una entidad muy poco frecuente. Descrita como enoftalmos unilateral secundario al colapso gradual y opacificación del seno maxilar sin síntomas nasosinuales. Definido por varios autores como un subgrupo de la atelectasia maxilar crónica o como su último estadio, sin embargo, en la mayor parte de estos pacientes, sí que debutarían con síntomas nasosinuales, al contrario que en el síndrome de seno silente. Su patogenia es incierta pero se cree que podría deberse a hipoventilación del seno maxilar por obstrucción del complejo osteomeatal que ocasiona remodelado óseo con retracción y disminución del volumen del seno. La sospecha es clínica, pero el diagnóstico es radiológico, gracias a los hallazgos en la TC. El tratamiento tiene como objetivo restablecer la ventilación del seno mediante la corrección de la oclusión ostial, descompresión y evacuación del contenido del seno. En pacientes con diplopía o deformidad estética importante, se podría realizar una reconstrucción quirúrgica del suelo orbitario.

Método: Presentamos los casos de tres pacientes diagnosticados de seno silente en nuestro centro. Todos ellos acudieron a consultas de ORL por asimetría facial, consistente en hundimiento orbitario unilateral. Ninguno de ellos presentaba sintomatología nasosinusal y en la exploración no se observan alteraciones en la fosa nasal.

Resultados: En todos los casos se solicitó TC ante sospecha de síndrome silente, con confirmación radiológica y posterior RMN.

Todos casos se intervinieron de cirugía endoscópica nasosinusal, realizando meatotomía maxilar amplia con drenaje del seno y uno de los casos precisó reconstrucción del suelo orbitario con Medpore.

Discusión: En los tres casos acudían por hundimiento orbitario unilateral sin presencia de otra sintomatología, característico del seno silente.

Conclusiones: A pesar de su baja frecuencia, debemos tener en cuenta la sospecha de síndrome silente ante deformidades o asimetrías faciales recientes, cuando conllevan enoftalmos o colapso maxilar unilateral. No suelen presentar otra clínica y el diagnóstico es radiológico. El tratamiento es quirúrgico, restableciendo la correcta ventilación del seno, pudiendo asociar reconstrucción del suelo orbitario en función de la clínica ocular.

PALABRAS CLAVE: síndrome de seno silente; enoftalmos; complejo osteomeatal; atelectasia crónica maxilar.

SUMMARY: Introduction and objective: Silent sinus syndrome is a rare entity. Described as unilateral enophthalmos secondary to gradual collapse and opacification of maxillary sinus without sinonasal symptoms. Defined by several authors as a subgroup of chronic maxillary atelectasis or as its last stage, however, in most of these patients, they would debut with sinonasal symptoms, unlike silent sinus syndrome. Its pathogenesis is uncertain but it is believed that it could be due to hypoventilation of the maxillary sinus attributable to obstruction of the osteomeatal complex that causes bone remodeling with retraction and decreased sinus volume. The suspicion is clinical, but the diagnosis is radiological, thanks to the CT findings. Treatment aims to restore sinus ventilation by correcting ostial occlusion, decompression, and evacuation of sinus contents. In patients with diplopia or significant aesthetic deformity, surgical reconstruction of the orbital floor could be performed.

Method: We present three different patients diagnosed with silent sinus syndrome in our center. All of them attended ENT consultations due to facial asymmetry, consisting of unilateral orbital collapse. None of them had sinonasal symptoms and no alterations in the nostril were observed on examination.

Results: In all cases, CT was requested due to suspicion of silent sinus syndrome, with radiological confirmation and subsequent MRI.

All cases underwent nasosinus endoscopic surgery, performing wide maxillary meatotomy with sinus drainage and one of the cases required reconstruction of the orbital floor with Medpore.

Discussion: In all cases, they attended due to unilateral orbital sinking without the presence of other symptoms, characteristic of the silent sinus

Conclusions: Despite its low frequency, we must take into account the suspicion of silent sinus syndrome in recent facial deformities or asymmetries, when they entail enophthalmos or unilateral maxillary collapse. They do not usually present other symptoms and the diagnosis is radiological. The treatment is surgical, reestablishing the correct ventilation of the sinus, being able to associate reconstruction of the orbital floor depending on the ocular symptoms.

KEYWORDS: silent sinus syndrome; enophthalmos; ostiomeatal complex; chronic maxillary atelectasis.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DEL SEGUIMIENTO DE LA HIPOACUSIA DE INICIO TARDÍO DURANTE 25 AÑOS DE CRIBADO AUDITIVO

Analysis of Risk Factors and Targeted Surveillance for Postnatal Hearing Loss During 25 Years of Hearing Screening

Patricia VIVEROS-DÍEZ ; José Ignacio BENITO-OREJAS ; Victoria DUQUE-HOLGUERA ; Beatriz RAMÍREZ-CANO ; María Antonia CARRANZA-CALLEJA ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

Correspondencia: patricia_viverosdiez@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: En 1972 el Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) de EE.UU., propone la evaluación audiológica precoz de los niños que nacen con determinados factores de riesgo (FR), al comprobarse que asocian hipoacusia con mayor frecuencia. Tras hacerse realidad el cribado auditivo universal, se sigue indicando la conveniencia de un seguimiento de los recién nacidos (RN) con FR de hipoacusia permanente posnatal o de inicio tardío (HPP)

Método: Esta comunicación presenta los resultados del trabajo publicado en la Revista ORL, obtenidos tras aplicar durante 25 años un programa de cribado auditivo neonatal, en el Hospital Clínico Universitario (HCU) de Valladolid (España), en el que hemos analizado la incidencia de los FR y el rendimiento obtenido con el seguimiento de los niños que presentaban FR de hipoacusia tardía al nacimiento.

Resultados: De los 27.649 RN evaluados, detectamos un 0,25 por mil de HPP, que representa el 8% de las hipoacusias congénitas y el 0,65% de los RN con FR. En nuestro medio, los FR con mayor prevalencia de HPP son, los antecedentes familiares de hipoacusia y la presencia de malformaciones o síndromes que asocian hipoacusia. La HPP es fundamentalmente bilateral, de tipo neurosensorial y en un elevado porcentaje (23%) de grado leve.

Discusión y conclusiones: El seguimiento de los factores de riesgo propuestos por el JCIH como indicadores de HPP, no resulta ni eficaz ni económicamente rentable; sin embargo, dada la importancia de la HPP, consideramos que en el momento actual debería mantenerse el de aquellos FR que tengan una prevalencia elevada de hipoacusia y dado que, la mitad de las hipoacusias posnatales no asocian FR, añadir a este seguimiento, la realización de un estudio neonatal de pruebas genéticas de hipoacusia junto al análisis de la presencia de citomegalovirus.

PALABRAS CLAVE: cribado auditivo neonatal; hipoacusia; factor de riesgo; vigilancia; recién nacido; niño.

SUMMARY: Introduction and objective: Since 1972, the Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) in the USA has proposed the early audiological evaluation of every children born with certain risk factors (RF), because of these RF have been associated frequently with hearing loss. After universal hearing screening became a reality, it was also indicated that newborns with permanent postnatal or delayed-onset hearing loss (DH) RF should be followed.

Method: This communication shows the results of the work published in Revista ORL obtained after 25 years of application of a neonatal auditory screening program at the HCU in Valladolid (Spain). They were analyzed, looking for the performance obtained with the follow-up of children with RF of DH. We present the data obtained that have been published in Revista ORL.

Results: We evaluated 27,649 newborns and detected 0.25 per thousand with DH. This represents 8% of congenital hearing loss and 0.65% of newborns with RF. The family history of hearing loss and the presence of malformations or syndromes that associate hearing loss are in our environment the RF with the higher prevalence of DH. DH usually is bilateral and sensorineural, with high percentage (23%) of mild degree.

Discussion / conclusions: The monitoring of risk factors proposed by the JCIH as DH indicators is neither effective nor economically profitable. Given the importance of DH, we consider that the follow-up of children with high prevalence of RF should be maintained, in addition to this, we realized that half of them have not associate RF, for this reason, we think that neonatal study of genetic test for hearing loss should be carried out together with cytomegalovirus screening.

KEYWORDS: newborn hearing screening; hearing loss; risk factor; surveillance; newborn; children.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

ESTANCIA FORMATIVA EN EL HOSPITAL CARL GUSTAV CARUS DE DRESDEN

Training Stay at the Carl Gustav Carus Hospital in Dresden

Sofía PACHECO-LÓPEZ 

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: sofiapacheco.pl@gmail.com

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

RESUMEN: Durante el mes de abril de 2022 he realizado una estancia formativa en el Hospital Carl Gustav Carus de Dresden, junto al Pr Dr Thomas Zahnert, referente internacional en cirugía de oído. En este mes me he encontrado formándome en el ámbito quirúrgico de nuestra especialidad, en concreto en la cirugía de oído medio en la que son de referencia. Entre las técnicas quirúrgicas más visitadas en este centro se encuentran: timpanoplastias, mastoidectomías, estapedectomías, colocación de implantes cocleares y, en alguna ocasión, cirugía de base de cráneo. A su vez, he aprovechado la oportunidad para ver otros procedimientos no otológicos, ya sean oncológicos, de nasosinusología, etc. Por otro lado, es una oportunidad el poder haber visto como trabajan otros servicios, e incluso, de otros centros a nivel internacional para poder tener otra forma de entender la medicina. Ha sido una experiencia tanto profesional como personal única y quería por este motivo agradecer enormemente el haberme concedido la oportunidad de ser beneficiaria de la beca de la Sociedad de Castilla y León, Cantabria y La Rioja.

PALABRAS CLAVE: estancia formativa; Dresden; cirugía de oído medio.

SUMMARY: During the month of April 2022, I spent a training stay at the Carl Gustav Carus Hospital in Dresden, together with Pr. Dr. Thomas Zahnert, an international reference in ear surgery. During this month I have been training in the surgical field of our speciality, specifically in middle ear surgery in which they are a reference. Among the surgical techniques most frequently visited at this centre are: tympanoplasties, mastoidectomies, stapedectomies, cochlear implant placement and, on some occasions, skull base surgery. I have also taken the opportunity to see other non-otological procedures, such as oncology, nasosinusology,






etc. On the other hand, it is an opportunity to have seen how other services work, even in other centres at an international level, to have another way of understanding medicine. It has been a unique professional and personal experience and I would like to thank the Society of Castilla y León, Cantabria and La Rioja for giving me the opportunity to benefit from the scholarship.

KEYWORDS: training stay; Dresden; middle ear surgery.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

SEGUIMIENTO OTOLÓGICO EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Otological Follow-up in Children with Down Syndrome

Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS ; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ;
Mariana GONZÁLEZ-SOSTO ; Jaime SANTOS-PÉREZ ; M^a Fe MUÑOZ-MORENO 
SACYL. Hospital Clínico Universitario. Servicio de Otorrinolaringología y CCC. Valladolid. España.
Correspondencia: jbenitoorejasa@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La trisomía 21 es la alteración cromosómica más frecuente. Los avances terapéuticos han conducido a un incremento de la esperanza de vida, que implica unos cuidados más especializados.

Las manifestaciones de la esfera ORL son un foco dominante de morbilidad en los niños con Síndrome de Down (SD). Los problemas auditivos son más habituales que en el resto de población, pudiendo mediatizar la evolución educativa y social, afectando su calidad de vida.

El objetivo de este trabajo consiste en analizar los resultados del seguimiento otológico de los niños con SD estudiados en nuestro Servicio de ORL, durante los últimos 29 años.

Método: Estudio prospectivo/retrospectivo del registro que realizamos en el Servicio ORL del HCU de Valladolid, de los 83 niños con SD que acudieron a consulta desde 1993 a 2021 y de los datos introducidos tras una revisión actual de sus historiales.

Resultados: El 63% de los niños estudiados con SD fueron varones, 77% con menos de 5 años de edad y procedentes en el 88% de Valladolid y provincia. El 19% nacieron en nuestro hospital y un 29% se perdió durante el seguimiento.

Detectamos un 66% de malformaciones de oído externo. La patología de oído medio estuvo presente en el 92%. Realizamos pruebas auditivas al 93% y un 60% tenía hipoacusia, bilateral en un 78% y de grado leve/moderado en el 87% (8% profunda). Un 39% de las hipoacusias fue de tipo neurosensorial. La adaptación protésica con audífonos se llevó a cabo en el 48% de los niños con hipoacusia; recibiendo un 11%

una prótesis osteointegrada y un 4% un implante coclear. Se realizó cirugía ORL al 62%, destacando en frecuencia, la adenoidectomía y la colocación de drenajes transtimpánicos.

Discusión y conclusiones: El seguimiento ORL recomendado para los niños con SD resulta una tarea difícil de organizar. Se suman además otros obstáculos inherentes al SD, como la discapacidad intelectual, las dificultades en la exploración, el carácter fluctuante de la hipoacusia, unos peores resultados en el tratamiento médico/quirúrgico, que se acompaña de mayor morbilidad y con unas indicaciones en ocasiones, enfrentadas en la literatura... y unos padres que se cansan de tantas visitas y de la cronicidad de los procesos.

Dada la frecuencia de patología ORL en el niño con SD y de las repercusiones que puede tener en su evolución, consideramos necesario este seguimiento, pero se impone el reto de desarrollar una planificación específica, que lo haga posible en nuestro sistema público de salud.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Down; trisomía 21; niños; otorrinolaringología; hipoacusia; otitis media.

SUMMARY: Introduction and objective: Trisomy 21 is the most frequent chromosomal alteration. Therapeutic advances have led to an increase in life expectancy, which implies more specialized care.

Ear, nose and throat (ENT) manifestations are a dominant focus of morbidity in children with Down's syndrome (DS). Hearing problems are more common than in the rest of the population, impacting their educational and social evolution and affecting their life quality.

This study's objective is to analyze the results of otological follow-up in children with DS studied in our ENT Service during 29 years.

Method: Prospective/retrospective study of the registration we carried out in HCU of Valladolid ENT Service, of 83 children with DS who attended consultation from 1993 to 2021 and the data gathered after a current review of their histories.

Results: 63% of the children studied were boys, 77% were less than 5 years of age and 88% came from Valladolid city and province. 19% were born in our hospital and 29% were lost during follow-up. We detected 66% of external ear malformations. Middle ear pathology was present in 92% of the children. We performed hearing tests on 93% and 60% had hearing loss, bilateral in 78% and mild/moderate in 87% (8% profound). 39% of hearing loss was sensorineural. Prosthetic adaptation with hearing aids was carried out in 48% of children with hearing loss; receiving 11% an osseointegrated prosthesis and 4% a cochlear implant. ENT surgery was performed at 62%, highlighting in frequency, adenoidectomy and the placement of transtympanic drains.

Discussion and conclusion: The recommended ENT follow-up for children with DS is a difficult task to organize. There are also other obstacles inherent to DS, such as intellectual disability, difficulties in exploration, the fluctuating nature of hearing loss, worse results in medical/surgical treatment, which is accompanied by greater morbidity... and parents who get tired of numerous visits and the chronicity of the processes. Given the frequency of ENT pathology in children with DS and the repercussions it can have on their evolution; we consider this follow-up necessary.

KEYWORDS: Down syndrome; trisomy 21; children; otolaryngology; hearing loss; otitis media.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

RESULTADOS DE APLICAR UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD AL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO PROCEDENTE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

Title-Results of the Application of a Safety Protocol for Tracheostomized Patients Coming From a Critical Care Unit

Victoria DUQUE-HOLGUERA ¹; José Ignacio BENITO-OREJAS ¹; Laura PARRA-MORAIS ²;
Patricia VIVEROS-DÍEZ ¹; M^a Fe MUÑOZ-MORENO ³; Jaime SANTOS-PÉREZ ¹

¹Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

²Servicio de Medicina Intensiva y Crítica, Complejo Asistencial de Zamora.

³Estadística de la Unidad de Apoyo a la Investigación. Valladolid, España.

Correspondencia: victoriaduhol@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Históricamente, el paciente traqueotomizado que se traslada desde una unidad de cuidados críticos (UCC) a una planta convencional, ha tenido una elevada tasa de morbilidad y de mortalidad. En 2015 se puso en marcha en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid un protocolo de seguridad multidisciplinar para estos pacientes, basado en la formación, la estandarización de los cuidados y la adopción de nuevas estrategias.

El objetivo del trabajo, es conocer los resultados de la implantación de este programa.

Método: Estudio de cohorte prospectivo y observacional del seguimiento de 150 pacientes en un hospital universitario de tercer nivel, que carece de unidad de cuidados intermedios. Registramos y analizamos las variables clínicas, epidemiológicas y la evolución tras la aplicación del programa. El trabajo al que hace referencia esta comunicación figura en la bibliografía.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 61 años, 67% varones y el 42% neurocríticos. 71% con traqueotomía percutánea. La mortalidad general fue del 17% y la de los pacientes con accidente cerebrovascular del 6,3%. Hubo un 8% de reingresos en la unidad de críticos. Detectamos un 23% de complicaciones de escasa gravedad. Se decanuló durante el ingreso a un 43% de pacientes y el 38% volvió a su domicilio, siendo dados de alta un 55% con alimentación oral. El tiempo medio de estancia en la unidad de críticos fue de 34 días y de 70 días la media de ingreso hospitalario.

Discusión: El objetivo fundamental de un protocolo de seguridad en el paciente traqueotomizado es conseguir una decanulación temprana disminuyendo las complicaciones. La tasa de decanulación depende en gran parte del motivo de la traqueotomía, siendo posible en el 66 % de los casos intervenidos por ventilación mecánica prolongada y tan sólo en el 26 % de los que la causa fue, el bajo nivel de consciencia. No hay suficiente evidencia de que el seguimiento del paciente traqueotomizado reduzca el tiempo de estancia hospitalaria.

Conclusiones: Este protocolo ha incrementado la eficiencia de los cuidados al enfermo traqueotomizado, mejorando su calidad de vida e incluso disminuyendo la mortalidad del paciente neurocrítico. Los resultados ponen de manifiesto que sin estrategias específicas en áreas no especializadas la asistencia de estos pacientes resulta inadecuada.

PALABRAS CLAVE: traqueotomía; seguridad del paciente; mejora de la calidad; unidades de cuidado intensivo; equipo multidisciplinario; complicaciones.

SUMMARY: Introduction and objective: Historically the tracheostomized patient that is moved from a critical care unit (CCU) to a conventional hospitalization floor has had high morbidity and mortality ratio. In 2015 a multidisciplinary protocol about the safety of the tracheostomized patients was set in motion at Hospital Clínico Universitario de Valladolid, based on training, standardization of the patient care and adoption of new strategies.

The aim of this work is to get to know the results of this program implementation.

Method: Prospective cohort and observational study about the monitoring of 150 patients in a third level university hospital lacking a intermediate care unit. We registered and analyzed the clinical and epidemiological variables as well as the evolution after the program's launch.

Results: The patient's mean age was 61 years, 67% male and 42% neurocritical patients. 71% with percutaneous dilatational tracheostomy. The general mortality ratio was 17%, 6.3% in patients with stroke. There was an 8% of re-entry to the CCU. We detected a 23% of minor complications. A 43 % of the patients were decannulated during the hospital admission, 38% went home still tracheostomized but 55% of them with oral feeding. The average time at the UCC was 34 days and the average time for the hospital admission was 70 days.

Discussion: The basic aim of a safety protocol for the tracheostomized patients is to achieve an early decannulation and diminish the complications. The decannulation rate depends greatly on the reason why the tracheostomy was performed. We were able to decannulate the 66% of the patients with prolonged weaning and 26% of the patients with low level of consciousness. There is not enough evidence that this safety protocol reduces the hospital stay.







Conclusions: This protocol has increased the efficiency of tracheostomized patients' nursing, improving their quality of life and diminishing the mortality of the neurocritical patients. These results show that without specific strategies in areas that are not specialized, these patients' nursing is inadequate.

KEYWORDS: tracheotomy; patient safety; quality improvement; critical cares units; multidisciplinary care; complications.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

SORDERA SÚBITA IDIOPÁTICA: FACTORES PRONÓSTICO Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE RESCATE CON DEXAMETASONA INTRATIMPÁNICA

Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss: Prognostic Factors and Outcomes of Salvage Treatment with Intratympanic Dexamethasone

Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS ¹; José Ignacio BENITO-OREJAS ²;
Eduardo Antonio MENA-DOMÍNGUEZ ³; Victoria DUQUE-HOLGUERA ²;
María Fe MUÑOZ-MORENO ²; Jaime SANTOS-PÉREZ ²

¹Complejo Asistencial Universitario de León.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

³Hospital Santa Bárbara Puertollano.

Correspondencia: eduardoramirez100@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La sordera súbita idiopática (SSI) se define, como una pérdida auditiva neurosensorial superior o igual a 30 dB HL, en 3 o más frecuencias consecutivas, con un tiempo de instauración inferior a 72 horas, de causa desconocida. El efecto del tratamiento de rescate con corticoide intratimpánico (CIT) cuando fracasa el tratamiento sistémico (TS) es un tema actual de debate. Nuestro objetivo ha consistido en comparar la recuperación auditiva obtenida en la SSI, tras la aplicación de CIT de rescate, en ausencia de recuperación completa con TS.

Método: Se comparan los resultados de dos grupos de población con edad y pérdida auditiva similar. El primero, de 99 pacientes, recibió exclusivamente TS con corticoides. En el segundo grupo de 70, con una SSI refractaria al tratamiento general, instilamos CIT. Analizamos las diferencias de umbral medio auditivo (PTA – Pure Tone Average) en el momento del diagnóstico y a los 3 meses, además del grado general de recuperación. También evaluamos determinados factores considerados de riesgo. En el Congreso Nacional de la SEORL-CCC de 2020, presentamos los resultados preliminares de este estudio.

Resultados: La población de estudio está constituida por un 57% de hombres. La edad media es de 54,8 años. El PTA medio del oído con SSI es de 72,3 dB HL. Siguiendo los criterios de recuperación de Siegel, a los 3 meses se produjo en el grupo parenteral una mejoría completa del 30% y parcial en el 34%; en el grupo del CIT hubo mejoría completa en el 5% y parcial en el 36%.

Discusión: Desconocemos la eficacia del tratamiento con corticoides en la SSI. El tipo de lesión y las características del paciente, podrían ser decisivos en el pronóstico final y en el resultado terapéutico.

Conclusiones: La aplicación intratimpánica de 3 dosis de dexametasona (8mg/ml) en la SSI refractaria, no ha producido, en nuestra población, un cambio significativo respecto al tratamiento sistémico. De los factores de riesgo analizados, los que tienen en nuestra población peor pronóstico son: la presencia de síntomas vestibulares, la hipoacusia profunda y la caída en tonos agudos, el inicio del tratamiento después de 2 semanas y fundamentalmente, la falta de mejoría de al menos 10 dB el 4º día de tratamiento

PALABRAS CLAVE: sordera súbita idiopática refractaria; tratamiento de rescate; terapia con corticoides; promedio de tonos puros; intratimpánico; pronóstico.

SUMMARY: Introduction and objective: idiopathic sudden sensorineural hearing loss (ISSHL) is defined as a sensorineural hearing loss of 30 dB HL or greater over at least three contiguous audiometric frequencies, occurring within a 72-hr period, of unknown cause. The effect of salvage treatment with intratympanic corticosteroids (IC) when systemic treatment (ST) fails is a current topic of debate. Our objective has been to compare the hearing recovery obtained in ISSHL, after the application of salvage IC, in the absence of complete recovery with ST.

Method: the results of two population groups with similar age and hearing loss are compared. The first, of 99 patients, received ST with corticosteroid exclusively. In the second group of 70, with ISSHL refractory to ST, we instilled IC. We analyze the differences in average hearing threshold (PTA – Pure Tone Average) at the time of diagnosis and after 3 months. We also evaluate certain factors considered risk. At the 2020 SEORL-CCC National Congress, we presented the preliminary results of this study.

Results: the study population consisted of 57% men. The mean age is 54.8 years. The mean PTA of the ear with ISSHL is 72.3 dB HL. Following Siegel's recovery criteria, at 3 months there was complete improvement in 30% of the parenteral group and partial improvement in 34%; in the IC group there was complete improvement in 5% and partial improvement in 36%.

Discussion: we don't know the efficacy of corticosteroid treatment in ISSHL. The type of injury and the characteristics of the patient could be decisive in the final prognosis and in the therapeutic result.

Conclusions: the intratympanic application of 3 doses of dexamethasone (8mg/ml) in refractory ISSHL has not produced, in our population, a significant change with respect to ST. Of the risk factors analyzed, in our population those with the worst prognosis are: the presence of vestibular symptoms, profound hearing loss and high-frequency hearing loss, the start of treatment after 2 weeks and fundamentally, the lack of improvement of at least 10 dB on the 4th day of treatment.

KEYWORDS: refractory sudden sensorineural hearing loss; salvage treatment; corticosteroid therapy; pure-tone average; intratympanic; prognosis.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

ESTUDIO PRONÓSTICO DE LAS PARÁLISIS FACIALES PERIFÉRICAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Prognosis Study of Peripheral Facial Paralysis in the University Healthcare Complex of Salamanca

Paula PEÑA-NAVARRO ; Sofía PACHECO-LÓPEZ ; María José FERNÁNDEZ-NAVA ;
Sofía FERREIRA-CENDÓN ; Ángel BATUECAS-CALETRÍO ; Enrique GONZÁLEZ-SÁNCHEZ 

Unidad de Otorología. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: paulapnavarro@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La Parálisis Facial Periférica (PFP) tiene una incidencia media de 20 casos por 100.000 habitantes y año. El nervio facial en su trayecto timpánico libera una rama motora para el músculo del estribo: El nervio estapedial. El objetivo de este estudio es investigar la utilidad y significación pronóstica de pruebas realizadas en el protocolo diagnóstico de la PFP, como son el reflejo estapedial, la gustometría o la serología viral.

Método: Se realiza un estudio de cohortes retrospectivo de 161 pacientes con diagnóstico de PFP del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Se divide la muestra en función de la presencia o ausencia del reflejo estapedial al diagnóstico de PFP. Se incluye el seguimiento mediante la puntuación según los criterios de Stennert en las sucesivas revisiones, inicialmente antes del sexto día, entre los 10-12 días y después mensualmente. Se valora el pronóstico de dicha patología ligado a tres factores: La presencia o ausencia del reflejo del músculo del estribo, la alteración del gusto y la positividad en la serología.

Resultados: La muestra es de 161 pacientes con PFP. El reflejo estapedial al diagnóstico está presente en 101 pacientes (62,7%) y ausente en 60 pacientes (37,3%). Los resultados durante el seguimiento según los criterios de Stennert, muestran que alcanzan la curación al tercer mes el 95% de los pacientes con reflejo estapedial presente, frente al 47,37% de pacientes con ausencia de dicho reflejo ($p=0,001$). De los pacientes con disgeusia la alcanzan el 75%, frente al 76,09% de los pacientes sin disgeusia ($p=0,893$). Y de

los pacientes con positividad en la serología la alcanzan el 79,17% frente al 76,41% de aquellos con serología negativa ($p=0,773$).

Discusión: El reflejo estapedial ha sido mencionado como factor pronóstico en la PFP únicamente en publicaciones antiguas. Los pacientes con presencia del reflejo muestran al inicio una puntuación menor en los criterios de Stennert que aquellos con el reflejo ausente, teniendo una afectación paralítica moderada y severa, respectivamente. Se recuperan de una manera más rápida y sin secuelas los pacientes del primer grupo, diferencia referida en estudios previos.

Conclusiones: La presencia o ausencia del reflejo estapedial al diagnóstico se constituye como un importante factor pronóstico en la Parálisis Facial Periférica. La disgeusia y la serología no aportan valoración pronóstica en este estudio.

PALABRAS CLAVE: parálisis facial periférica; pronóstico; reflejo estapedial; disgeusia; serología.

SUMMARY: Introduction and objective: Peripheral Facial Paralysis (PFP) has an average incidence of 20 cases per 100,000 population per year. The facial nerve in its tympanic path releases a motor branch for the stapedius muscle: The stapedial nerve. The aim of this study is to investigate the usefulness and prognostic significance of tests performed in the PFP diagnostic protocol, such as the stapedial reflex, taste test or viral serology.

Method: A retrospective cohort study of 161 patients with a diagnosis of PFP from the University Healthcare Complex of Salamanca is carried out. The sample is divided according to the presence or absence of the stapedial reflex at the diagnosis of PFP. Follow-up is included using the score according to the Stennert criteria in successive check-ups, initially before the sixth day, between 10-12 days, and monthly thereafter. The prognosis of this pathology linked to three factors is assessed: The presence or absence of the stapes muscle reflex, taste alteration and positivity in serology.

Results: The sample is 161 patients with PFP. The stapedial reflex at diagnosis was present in 101 patients (62.7%) and absent in 60 patients (37.3%). The results during follow-up according to Stennert's criteria show that 95% of patients with present stapedial reflex are cured by the third month, compared to 47.37% of patients with absence of said reflex ($p=0.001$). Of the patients with dysgeusia, 75% reach it, compared to 76.09% of the patients without dysgeusia ($p=0.893$). And of the patients with positive serology, it is reached by 79.17% compared to 76.41% of those with negative serology ($p=0.773$).

Discussion: The stapedial reflex has been mentioned as a prognostic factor in PFP only in old publications. Patients with the presence of the reflex show a lower score on the Stennert criteria at the beginning than those with the absent reflex, having moderate and severe paralytic involvement, respectively. The patients in the first group recovered more quickly and without sequelae, a difference referred to in previous studies.

Conclusions: The presence or absence of the stapedial reflex at diagnosis is an important prognostic factor in Peripheral Facial Paralysis. Dysgeusia and serology do not provide prognostic assessment in this study.

KEYWORDS: peripheral facial paralysis; prognosis; stapedial reflex; dysgeusia; serology.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

OTITIS EXTERNA MALIGNA: EXPERIENCIA A LO LARGO DE 25 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Malignant External Otitis: Experience Over 25 Years at a Tertiary Referral Hospital

María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ; José Ignacio BENITO-OREJAS ; María Antonia CARRANZA-CALLEJA ; José Antonio CÁMARA-ARNAZ ; Patricia VIVEROS-DÍEZ ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: malvarezalvare@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La otitis externa maligna (OEM) es una infección agresiva, con elevada morbilidad y escasa mortalidad, de los tejidos blandos del oído externo y estructuras circundantes, que puede diseminarse e involucrar la base del cráneo y la articulación temporomandibular (ATM). Afecta fundamentalmente a pacientes inmunocomprometidos mayores de 65 años, especialmente diabéticos. Típicamente está producida por *Pseudomonas aeruginosa*, y el diagnóstico debe sospecharse en pacientes con clínica típica de otalgia (predominantemente nocturna) y otorrea que no mejora pese a tratamientos convencionales.

El objetivo de este estudio ha sido conocer las características de los pacientes diagnosticados de otitis externa maligna en nuestro hospital durante los últimos años y establecer los criterios diagnóstico-terapéuticos de esta rara enfermedad.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, de los pacientes diagnosticados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid de OEM entre los años 1996 y 2021.

Resultados: En los últimos 25 años fueron diagnosticados de OEM nueve pacientes, 78% varones (7/9) y con una edad media de 76,8±10,9 años (56-93 años).

Todos los pacientes manifestaron precozmente la enfermedad con otalgia, otorrea y la presencia de tejido de granulación en el conducto auditivo externo (CAE). Ninguno tuvo afectación de pares craneales (osteomielitis de base de cráneo), pero cuatro sufrieron invasión de la ATM. Solo en tres, el cultivo del exudado del CAE fue positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, comprobándose la gran variabilidad microbiológica. En cuanto al tratamiento, todos recibieron antibioterapia intravenosa con o sin tratamiento antifúngico, durante un tiempo prolongado. Solo un paciente fue sometido a intervención quirúrgica.

De los nueve pacientes de la muestra, dos fallecieron.

Discusión y Conclusiones: En 1968 Chandler describió la otitis externa maligna y en 1987, Cohen y Friedman enumeraron un conjunto de criterios para definirla.

Actualmente el diagnóstico de OEM se establece a partir de una variedad de hallazgos clínicos, de laboratorio y radiográficos. Cuando un paciente, especialmente diabético, refiera otalgia u otorrea, evidenciándose en la exploración, una inflamación del CAE con presencia de tejido de granulación, se debe considerar la OEM. La biopsia es fundamental para realizar el diagnóstico diferencial entre OEM y carcinoma escamoso de CAE.

El tratamiento antibiótico depende de la severidad de la infección y de la tasa local de resistencia a las fluoroquinolonas en *Pseudomonas*. Inicialmente se empleará ciprofloxacino intravenoso a dosis de 400mg cada 8 horas, con o sin un betalactámico antipseudomónico durante 6-8 semanas. Desde la aparición de los antibióticos antipseudomónicos, el tratamiento quirúrgico de esta patología no está indicado, realizándose únicamente biopsia o desbridamiento para el diagnóstico diferencial con patología tumoral.

PALABRAS CLAVE: otitis externa maligna; otitis externa necrotizante; otorrea; diagnóstico; tratamiento.

SUMMARY: Introduction and objective: Malignant external otitis (MEO) is an aggressive infection with high morbidity but low mortality, of the soft tissues of the external canal and surrounding structures, which can spread and involve the skull base and the temporomandibular joint (TMJ). It mainly affects immunocompromised patients over 65 years of age, especially diabetics. It is typically caused by *Pseudomonas aeruginosa*, and the diagnosis should be suspected in patients with typical symptoms of otalgia (predominantly nocturnal) and otorrhea that doesn't improve despite conventional treatments.

The objective of this study has been to know the characteristics of patients diagnosed with OEM in our hospital in recent years and to establish the diagnosis and therapeutic criteria for this rare disease.

Method: A descriptive, observational, and retrospective study of patients diagnosed with MEO at the University Clinical Hospital (Valladolid, Spain) between 1996 and 2021 was carried out.

Results: Nine patients were diagnosed with MEO in the last 25 years, 78% male (7/9), and with a mean age of 76.8 ± 10.9 years (56-93 years). All patients manifested the disease early with otalgia, otorrhea and the presence of granulation tissue in the external auditory canal (EAC). None had cranial nerve involvement (skull base osteomyelitis), but four had TMJ invasión.

Only in three of them, the culture of the EAC exudate was positive for *Pseudomonas aeruginosa*, confirming the great microbiological variability. Regarding treatment, all received intravenous antibiotic therapy with or without antifungal treatment, for a prolonged period of time. Only one patient underwent surgery.

Two of the nine patients in the sample died.

Discussion and Conclusions: In 1968 Chandler described MEO, and in 1987 Cohen and Friedman listed a set of criteria to define it.

Currently the diagnosis of MEO is established from a variety of clinical, laboratory and radiographic findings. When a patient, especially a diabetic, refers otalgia or otorrhea, showing on examination an inflammation of the EAC with the presence of granulation tissue, MEO should be considered. Biopsy is essential to make the differential diagnosis between MEO and squamous cell carcinoma of the EAC.

Antimicrobial therapy depends on the severity of the infection and the local rate of fluoroquinolone resistance in *Pseudomonas*. Initially, intravenous ciprofloxacin will be used at a dose of 400mg every 8 hours, with or without an antipseudomonal beta-lactam for 6-8 weeks. Since the availability of systemic antipseudomonal antibiotics, surgical treatment of this pathology is not indicated, performing only biopsy or debridement for differential diagnosis with tumor pathology.

KEYWORDS: malignant external otitis; necrotizing external otitis; otorrea; diagnosis; treatment.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

GUÍA DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR

Vestibular Rehabilitation Guide

José Ignacio BENITO-OREJAS ¹; Marta ALONSO-MESONERO ¹; Rafael ÁLVAREZ-OTERO ²;
María José AYLAGAS-ANDRÉS ³; Michael BAUER ¹; Cristina CORDERO-CIVANTOS ⁴;
Enrique COSCARÓN-BLANCO ⁵; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN ²; Virginia FRANCO-GUTIÉRREZ ⁶;
María MARTÍN-BAILÓN ⁵

¹Servicio ORL y CCC del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

²Servicio ORL y CCC del Hospital Pío del Río Hortega de Valladolid.

³Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

⁴Servicio ORL y CCC del Complejo Asistencial de Burgos.

⁵Servicio ORL y CCC del Complejo Asistencial de Zamora.

⁶Servicio ORL y CCC del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo.

Correspondencia: jbenitoorejasm@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: En la Reunión de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad ORL de Castilla y León, Cantabria y La Rioja, celebrada en Logroño en marzo del 2019, se propuso elaborar una “Guía de Rehabilitación Vestibular (RV)” a fin de actualizar la información existente.

La guía se estructuró en diez temas, que fueron asumidos de forma voluntaria por compañeros (de los Servicios de ORL y Rehabilitación) de distintas provincias y que fue publicada en Revista ORL en marzo del 2020 [1]. Aunque teníamos la intención de hacer su presentación ese mismo año en la Reunión de la Comisión de Otoneurología en Burgos y celebrar posteriormente esta mesa redonda en el Congreso Regional, las circunstancias nos lo impidieron, así que, a pesar de haber transcurrido 2 años desde su elaboración, al Comité Organizador de este Congreso le ha parecido oportuno mantenerla.

El objetivo es presentar un conjunto de recomendaciones sobre la RV que puedan ser útiles y aplicables en cualquier centro, con independencia de los medios de que se disponga.

Método: Tras una breve explicación del sentido de la mesa redonda y de presentar a los ponentes, venidos de diferentes provincias, daremos paso a la exposición de cada uno de los nueve apartados de que consta, en forma de pequeñas comunicaciones de seis minutos de duración.

Resultados: Cada participante es autor del tema que plantea y en conjunto es un repaso del proceso de rehabilitación desde la sintomatología y evaluación del paciente vestibular, mecanismos de compensación, indicaciones de la RV, tipos de RV, con una referencia específica a las personas mayores, hasta los resultados.

Discusión: Aunque el tiempo concedido impedirá un foro de discusión con los asistentes, la mejor referencia podría ser, la reciente publicación del libro "Fundamentos de la RV" escrito por expertos profesionales españoles sobre este tema [2].

Conclusiones: Creemos que, aun siendo importantes, los medios instrumentales no son imprescindibles para llevar a cabo una RV, pero la colaboración de personas expertas, hace posible la obtención de los mejores resultados.

PALABRAS CLAVE: mareo; equilibrio; rehabilitación vestibular; pruebas de función vestibular; fisioterapia; anciano.

SUMMARY: Introduction and objective: At the Meeting of the Otoneurology Commission of the ENT Society of Castilla y León, Cantabria and La Rioja, held in Logroño in March 2019, it was proposed to elaborate a "Vestibular Rehabilitation (VR) Guide" in order to update the existing information.

The guide was structured in ten chapters, each one of them has been assumed voluntarily by colleagues (from the ENT and Rehabilitation Services) from different provinces and which was published in Revista ORL in March 2020 [1]. Although we had the intention of making its presentation that same year at the Meeting of the Otoneurology Commission in Burgos and subsequently holding this round table at the Regional Congress, circumstances prevented us from doing so. Despite having passed 2 years since its preparation, the Organizing Committee of this Congress has found it appropriate to maintain it.

The objective is to present a set of recommendations on VR that can be useful and applicable in any center, regardless of the available means.

Method: After a brief explanation of the meaning of the round table and to present the speakers, coming from different provinces, we will give way to the presentation of each of the nine sections as previously mentioned, in the form of six minutes small communications.

Results: Each participant is the author of the topic he raises and together it is a review of the rehabilitation process from the symptomatology and evaluation of the vestibular patient, compensation mechanisms, indications of VR, types of VR, with a specific reference to the elderly and to the results.

Discussion: Although the time granted will prevent a discussion forum with attendees, the best reference could be, the recent publication of the book "Fundamentals of VR" written by Spanish professional experts on this topic [2].

Conclusions: We believe that, although important, instrumental means are not essential to carry out a VR, but the collaboration of experts makes it possible to obtain the best results.

KEYWORDS: dizziness; balance; vestibular rehabilitation; vestibular function test; physiotherapy; elderly.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

EL PACIENTE NOS CUENTA QUE TIENE UN ZUMBIDO PULSÁTIL

The Patient Tells Us that He has a Pulsating Buzzing

José Ignacio BENITO-OREJAS ¹; Miguel Arturo SCHÜLLER-ARTEAGA ²; Margarita RODRÍGUEZ-VELASCO ³; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ¹; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO ¹; Juan LOSADA-CAMPA ¹

¹Servicio de Otorrinolaringología y CCC.

²Servicio de Neurointervencionismo.

³Servicio de Radiodiagnóstico.

Hospital Clínico Universitario. SACYL. Valladolid. España.

Correspondencia: jbenitoorejasm@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Los zumbidos de oído son una queja frecuente de quienes acuden a una consulta de otorrino. Un 90-95% son subjetivos, pero en un 5-10% el examinador puede escucharlos, por lo que se denominan objetivos (somatosonidos). El acúfeno objetivo pulsátil, que el paciente describe como un sonido sincrónico con el ritmo cardíaco, es muy infrecuente y su mecanismo fisiopatológico está relacionado con las turbulencias del flujo sanguíneo.

Aportamos un nuevo caso de fistula arteriovenosa dural, pretendiendo llamar la atención sobre la importancia de identificar al somatosonido, para encontrar su causa y poderlo tratar, liberando al paciente de su desgracia y evitándole, como en el caso presentado, las severas consecuencias que puede conllevar.

Caso Clínico: Se relata la experiencia de un varón de 66 años, profesor de física, que sufrió durante 5 meses el ruido intermitente de una fistula dural, que felizmente pudo ser embolizada. La descripción de su historia nos pareció tan interesante, que le pedimos que nos la transcribiera, permitiéndonos comunicarla de su puño y letra. También logró aislar en un ruido audible, la difusa grabación que él mismo se hizo con el teléfono móvil.

Resultados: Mediante cateterismo selectivo de ambas carótidas internas, externas y arteria vertebral derecha, se confirma la existencia de una fistula arteriovenosa transdiploica a la altura de la tórula, con drenaje intracraneal y paso al seno transversal derecho, con aportes de ramas cutáneas de ambas arterias occipitales, así como de una rama meníngea de la arteria vertebral derecha, que se consigue embolizar hasta la fistula.

Discusión: No es difícil pasar por alto un acúfeno objetivo, entre tantos, de carácter subjetivo. Si el paciente nos expresa su sincronía con el pulso, además de una exploración ORL, realizaremos una palpación y auscultación cuidadosa de la bóveda craneal y de la región cérvico-mastoidea rastreando un frémito o un soplo audible. Una vez objetivado, buscaremos su causa. La literatura muestra algoritmos para llegar al diagnóstico. Cuando los estudios habituales de imagen no lo identifican, la arteriografía selectiva puede permitir, como en el caso presentado, encontrar su origen y realizar el tratamiento.

Conclusión: Ante un acúfeno pulsátil, deberemos aplicar el algoritmo que haga posible su diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: acúfeno objetivo; acúfeno pulsátil; fistula arteriovenosa dural; tratamiento endovascular.

SUMMARY: Introduction and objective: Ringing of the ear is a frequent complaint of patients who come to an ENT consult. Of these, 90-95% are subjective, but in 5-10% of the cases the examiner can also listen to them. These are called objective tinnitus (somatosounds). In these objective pulsatile tinnitus, the patient describes a sound that is synchronic with the heart rhythm. It is very rare, and its pathophysiological mechanism is related to the turbulence of blood flow. We present a new case of a dural arteriovenous fistula, aiming to draw attention to the importance of identifying the somatosound, find its cause and be able to treat it, liberating the patient from his misfortune and avoiding, as in the case presented, the severe consequences that it can entail.

Clinical Case The narrative is the experience of a 66-year-old man, a physics teacher, who suffered for 5 months the intermittent sound of a dural fistula, which could have had been easily embolized. We found the description of his story so interesting that we asked him to transcribe it for us, allowing us to share it in his own handwriting. He also managed to isolate in an audible noise, a diffuse recording that he made himself with a mobile phone.

By selective catheterization of both internal and external carotid arteries and the right vertebral artery, the existence of a transdiploic arteriovenous fistula at the torcula level is confirmed. It shows intracranial drainage and passage to the right transverse sinus, with contributions of cutaneous branches of both occipital arteries, as well as a meningeal branch of the right vertebral artery that is possible to embolize up to the fistula.

Discussion: It is not difficult to overlook an objective tinnitus among many of a subjective nature. If the patient expresses that it has a synchrony with the arterial pulse, in addition to an ENT examination, we will perform a careful palpation and auscultation of the cranial vault and the cervical-mastoid region, looking for throbbing or an audible murmur. Once objectified, we will look for its cause. There are algorithms in the literature that help us get to the diagnosis. When the usual imaging studies do not identify it, selective arteriography can allow, as in the case presented, to find its origin and also to perform the treatment.

Conclusion: When facing a pulsatile tinnitus, we must apply the algorithm that makes its diagnosis and treatment possible.

KEYWORDS: objective tinnitus; pulsatile tinnitus; dural arteriovenous fistula; endovascular treatment.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

VIN COMO PREDICTOR DE NUEVO ATAQUE DE VÉRTIGO EN PACIENTES TRATADOS CON GENTAMICINA INTRATIMPÁNICA

SVIN as Predictor of New Vertigo Attacks after Intratympanic Gentamicin

Susana MARCOS-ALONSO ; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE ; Paula PEÑA-NAVARRO 

Sofía PACHECO-LÓPEZ ; Ángel BATUECAS-CALETRÍO 

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial.

Correspondencia: susana.ma.95@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: En la literatura está descrita la correlación entre los valores de la fase lenta del nistagmo inducido por vibración mastoidea (SVIN) y la diferencia entre ganancias del lado sano y del afectado en el vHIT. Por otro lado, sabemos que al aplicar gentamicina intratimpánica, la ganancia se reduce durante las primeras cuatro semanas y que, en algunos casos, puede recuperarse, lo que predice nuevos ataques de vértigo.

Método: Se realiza un estudio longitudinal prospectivo en 88 pacientes con enfermedad de Menière definitiva que han sido tratados con gentamicina intratimpánica. Los pacientes se dividen en dos grupos: Grupo A si el paciente presenta ataque de vértigo durante el seguimiento; Grupo B si el ataque de vértigo no ocurre durante el seguimiento. Se estudian múltiples variables.

Resultados: La velocidad de fase lenta del nistagmo disminuye en todos los pacientes del grupo A en un 40%. No se objetivan diferencias en el grupo B.

Discusión y conclusiones: El VIN es un buen predictor de nuevos ataques de vértigo en pacientes tratados con gentamicina intratimpánica.

PALABRAS CLAVE: VIN; vHIT; gentamicina; Menière.

SUMMARY: Introduction and objective: Correlation between the values of slow-phase velocities of SVIN and the gain difference (healthy side – affected ear) in vHIT is described in the literature. On the other hand, we know that when intratympanic gentamicin is instilled, the gain is reduced during the first four weeks and that, in some cases, it increases, which predicts new attacks of vertigo.

Method: A prospective longitudinal study was carried out in 88 patients with definitive Menière's disease who had been treated with intratympanic gentamicin. The patients were divided into two groups: Group A if the patient presented an attack of vertigo during follow-up; Group B if the vertigo attack did not occur during follow-up. Multiple variables were studied.

Results: The slow phase velocity of nystagmus decreases in all patients of group A. No differences were observed in group B.

Discussion and conclusions: VIN is a good predictor of new vertigo attacks in patients treated with intratympanic gentamicin.

KEYWORDS: SVIN; vHIT; gentamicin; Menière.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL Y BASE DE CRÁNEO ANTERIOR. ROTACIÓN EXTERNA

Nasosinusal Endoscopic and Skull Base Surgery. Abroad Observership

Sofía FERREIRA-CENDÓN 

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: sferreira@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La prevalencia de la patología rinosinusal crónica puede alcanzar hasta el 10% en la población general (Estados Unidos y Europa). Las enfermedades rinosinuales en general (inflamatorias agudas y crónicas, tumorales y enfermedades sistémicas que afectan a la vía respiratoria) generan un gran impacto sobre la calidad de vida, provocando unos costes socio-económicos, directos e indirectos, de gran magnitud. El objetivo fue ver y aprender técnicas quirúrgicas complejas del área de rinología y base de cráneo anterior, que no se realicen habitualmente en Castilla y León, incluso en España, debido a la casuística y a la complejidad de casos que habitúan en el centro de referencia escogido.

Método: La rotación se desarrolló en el Hospital Circolo y la Fundación Macchi, localizado en Varese (Zona de Lombardía), Italia. El mismo es dirigido por el profesor Paolo Castelnuovo. Tuvo una duración de 4 semanas (desde el lunes 15 de noviembre al viernes 10 de diciembre de 2021). La rotación constó de sesiones clínicas y pase de planta paciente por paciente todas las mañanas y jornada de quirófano de mañana y tarde, ya sea cirugía mayor ambulatoria (quirófanos secundarios) o quirófano principal.

Resultados: Acudí a múltiples cirugías con distintos cirujanos expertos, las más complejas se mencionan a continuación: 1) Revisión de recidiva de papiloma invertido agresivo con doble abordaje: CENS y craniectomía. 2) Resección de angiofibroma juvenil. 3) Cirugía endoscópica para exéresis/toma de biopsia de lesión fronto-orbitaria. 4) Parotidectomía total izquierda (porción inferior) para exéresis de tumoración. 5) Resección de tumoración etmoido-fronto-orbitaria izquierda mediante CENS + exéresis orbitaria izquierda + reconstrucción de defecto con latissimus dorsi izquierdo. 6) Descompresión orbitaria bilateral a través de CENS en patología tiroidea. 7) Exéresis de melanoma nasosinusal izquierdo por CENS + vaciamiento cervical bilateral + traqueotomía.

Discusión: El hospital Circolo y la fundación Macchi es un centro de referencia de toda Italia y de varias partes de Europa, por lo que tienen una casuística impresionante que les permite ser pioneros mundiales en cirugía nasosinusal y de base de cráneo anterior. Discuten los casos en conjunto y deciden cuál es la mejor terapéutica para el paciente. Mi centro de formación tiene varias formas de trabajar similares a dicho hospital, debido a que algunos adjuntos han hecho rotaciones en ese mismo centro y aprenden y desarrollan poco a poco esas técnicas.

Conclusiones: La rotación externa fue una experiencia óptima, de mucho aprendizaje y enriquecimiento de técnicas quirúrgicas distintas y avanzadas. Las oportunidades fuera de nuestro centro de formación nos hace ampliar nuestro abanico de soluciones a los problemas que se nos puedan presentar en el día a día.

PALABRAS CLAVE: cirugía endoscópica; base de cráneo anterior; rinosinusología; rotación externa.

SUMMARY: Introduction and objective: The prevalence of chronic rhinosinusal pathology can reach up to 10% in general population (United States and Europe). Rhinosinusal diseases (acute and chronic inflammatory diseases, tumors and systemic diseases that affect the respiratory tract) generate a great impact on the quality of life, causing direct and indirect socio-economic costs of great magnitude. The objective was watch and learn complex surgical techniques in the area of rhinology and anterior skull base, which are not usually performed in Castilla y León, even in Spain, due to the complexity of cases that are common in the chosen reference center.

Method: The rotation took place at the Circolo Hospital and the Macchi Foundation, located in Varese (Lombardy area), Italy. It is directed by Professor Paolo Castelnuovo. It lasted 4 weeks (from Monday, November 15th to Friday, December 10th, 2021). The rotation consisted of clinical sessions and a patient-by-patient floor visit every morning and then operating room sessions (morning and afternoon), either major outpatient surgery (secondary operating rooms) or main operating room.

Results: I attended multiple surgeries with different expert surgeons, the most complex are mentioned below: 1) Revision of recurrence of aggressive inverted papilloma with double approach: FESS and craniectomy. 2) Resection of juvenile angiofibroma. 3) Endoscopic surgery for exeresis/biopsy of fronto-orbital lesion. 4) Left total parotidectomy (lower portion) for tumor removal. 5) Resection of the left ethmoid-frontal-orbital tumor by FESS + left orbital resection + reconstruction of the defect with the left latissimus dorsi. 6) Bilateral orbital decompression through FESS in thyroid pathology. 7) Resection of left nasal melanoma by FESS + bilateral neck dissection + tracheotomy.

Discussion: The Circolo Hospital and the Macchi Foundation is a reference center for Italy and different parts of Europe, so they have an impressive number of patients that allows them to be world pioneers in nasosinusal and anterior skull base surgery. They discuss the cases together and decide which is the best therapy for the patient. My training center has several ways of working similar to that hospital, because some associates have done observerships in that center and learn and develop these techniques.







Conclusions: The observership was an optimal experience, with a lot of learning and enrichment of different and advanced surgical techniques. Opportunities outside our training center make us expand our range of solutions to problems that may arise on a day-to-day basis.

KEYWORDS: endoscopic surgery; anterior skull base; rhinosinusology; observership.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO MAXILAR CON COLGAJO TEMPORAL MIOFASCIAL, UN REPORTE DE CASO

Maxillary Defect Reconstruction with Temporalis Myofascial Flap, a Case Report

Laura Manuela BAYONA-ROMERO ¹; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO ²; Jaime PIEDRAS-CASTRO³;
Jaime SANTOS-PÉREZ ²; Luis Miguel REDONDO-GONZÁLEZ ³; Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ ¹;
Isidora Paz RETTIG-INFANTE ¹; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ¹

¹Hospital Universitario Río Hortega, Servicio de Otorrinolaringología.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Otorrinolaringología.

³Hospital Universitario Río Hortega, Servicio de Cirugía maxilofacial.

Correspondencia: manu_bayona@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción: El tratamiento quirúrgico de los tumores de cavidad oral y el seno maxilar puede dejar grandes defectos que tienen consecuencias tanto estéticas como funcionales. La masticación, la deglución y la fonación son las principales funciones comprometidas con este tipo de defectos. El colgajo temporal miofascial constituye una gran opción para la reconstrucción con colgajos regionales debido a gran vascularización y fácil transferencia. Presentamos el caso de un paciente que requirió cirugía reconstructiva con un colgajo regional miofascial tras una hemimaxilectomía por un carcinoma epidermoide en fosa nasal derecha y seno maxilar ipsilateral.

Método: Paciente de 79 años sin antecedentes de importancia es valorado en hospital comarcal por una masa en fosa nasal derecha de meses de evolución, en dicho evidencian una masa que ocupa toda la fosa nasal y toman biopsia de la lesión con un TC de senos paranasales. La biopsia reporta un papiloma invertido y en el TC se observa una masa que ocupa toda la fosa nasal derecha, el seno maxilar y etmoides anterior ipsilateral con importante destrucción ósea y áreas de calcificación intralesional. Es remitido al hospital de referencia donde se realiza maxilectomía media derecha vía endoscópica con previa embolización

del tumor por parte de cirugía vascular. La pieza reseada reporta una anatomía patológica de carcinoma escamoso infiltrante sobre papiloma invertido con amplia infiltración ósea. Posteriormente el paciente es llevado a una hemimaxilectomía media en conjunto con cirugía maxilofacial, durante la intervención se decide que es una lesión irreseccable debido a la extensión de la misma. Se decide manejo con quimiorradioterapia y un obturador con adaptación adecuada por el paciente. 2 años después el paciente presenta como secuela una comunicación orosinusal derecha importante con limitación en su calidad de vida, se realiza la reconstrucción por cirugía maxilofacial con un colgajo temporal miofascial derecho. Se cubre el defecto del temporal con una prótesis porosa de polietileno.

Discusión: El colgajo temporal miofascial consiste en un colgajo tipo III según la clasificación de Mathes y Nahai. Debido a su localización y gran vascularización constituye una excelente opción para la reconstrucción de defectos en cavidad oral, órbita y senos maxilares. Es de vital importancia reconocer la fascia superficial temporal para evitar la lesión de la rama frontal de nervio facial, que constituye uno de los pocos riesgos de utilizar este colgajo. Un aspecto favorable de este colgajo en la reconstrucción de cavidad oral es su rápida epitelización debido a la protección que confiere la fascia de la saliva, esto permite el inicio temprano de la radioterapia si es necesario en el paciente oncológico.

Conclusiones: El colgajo temporal tiene unas indicaciones precisas que le confieren una ventaja en la reconstrucción en el paciente oncológico. Su principal ventaja constituye que se puede reconstruir de forma inmediata el defecto. La seguridad del pedículo vascular y la proximidad a cavidad oral, órbita y tercio medio de la cara, así como la rápida obtención del colgajo, lo convierten en una excelente opción para la reconstrucción en estas áreas.

PALABRAS CLAVE: colgajo temporal miofascial; reconstrucción oncológica; defecto cavidad oral; papiloma invertido.

SUMMARY: Introduction: Surgical treatment of tumours in oral cavity y maxillary sinus can leave the patient with large defects that may carry with functional and esthetic consequences. Chewing, swallowing y phonation are the main functions compromised with this type of defects. Myofascial temporal flap constitutes a great option for reconstruction with regional flaps because of its vascularization and easy transfer. We present the case of a patient that required reconstructive surgery with a myofascial temporal flap due to an hemimaxillectomy secondary to a squamous cell carcinoma in the right nostril and ipsilateral maxillary sinus.

Method: A 79-year-old patient with no relevant medical history is evaluated in a regional hospital for a mass in the right nostril of months of evolution, the mass occupies the entire nostril and a biopsy of the lesion is taken with a CT scan of the paranasal sinuses. . The biopsy reports an inverted papilloma and the CT shows a mass that occupies the entire right nostril, maxillary sinus and ipsilateral anterior ethmoid with significant bone destruction and areas of intralesional calcification. He was referred to the reference hospital where a right medial maxillectomy was performed endoscopically with prior embolization of the tumor by vascular surgery. The resected piece reports a pathological anatomy of "infiltrating squamous cell carcinoma on inverted papilloma with extensive bone infiltration". Subsequently, the patient is taken to a median hemimaxillectomy in conjunction with the maxillofacial surgery service, during the intervention it is decided that it is an unresectable lesion due to its large extension. Management with chemo and radiotherapy and an obturator is decided, with adequate adaptation by the patient. Two years later, the patient presented as a sequela an important right orosinusal communication with limitation in his quality of life, reconstruction was performed by maxillofacial surgery with a right temporal myofascial flap. The temporal bone defect is covered with a porous polyethylene prosthesis.

Discussion: The temporal myofascial flap consists of a type III flap according to the Mathes and Nahai classification. Due to its location and great vascularization, it is an excellent option for the reconstruction of defects in the oral cavity, orbit and maxillary sinuses. It is of great importance to recognize the temporal superficial fascia during the surgery to avoid injury to the frontal branch of the facial nerve, which is one of the few risks of using this flap. A favorable aspect of this flap in the reconstruction of the oral cavity is its rapid epithelialization due to the protection against the saliva conferred by the fascia, this allows the early start of radiotherapy if necessary in cancer patients.

Conclusions: The myofascial temporal flap has actual indications that gives it an advantage in reconstruction in cancer patients. Its main advantage is that the defect can be immediately reconstructed. The safety of the vascular pedicle and its proximity to the oral cavity, orbit and middle third of the face, as well as the rapid availability of the flap, make it an excellent option for reconstruction in these areas.

KEYWORDS: temporal myofascial flap; oncological reconstruction; oral cavity defect; inverted papilloma.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

JUNTOS ANTE EL PELIGRO: RESULTADOS DE TRAQUETOMÍAS PARA PACIENTES CRÍTICOS POR COVID-19, UNIDADES MULTICÉNTRICAS DE ORL EN CASTILLA Y LEÓN; ESTUDIO DE COHORTES DE MÁS DE 139 PACIENTES CRÍTICOS COVID-19

Together in Danger: Outcome of Tracheotomies for Critical COVID-19 Patients in a Multicentric ENT Group in Castilla and León: a Cohort Study Over 139 Critical COVID-19 Patients

Rosa María SANCHO-CALVO ¹; Cristina MARTÍN-VILLARES ²; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ ¹; María Jesús VELASCO-GARCÍA ³; Ana Isabel NAVAZO-EGUIA ⁴; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ⁵; María PUENTE-VÉREZ ⁶; Ignacio ALONSO-CASTAÑEIRA ⁶; Marta CALVO-PÉREZ ⁷; Isabel IBÁÑEZ-LAGUNAS ¹; María Ángeles DÍAZ-SASTRE¹; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA ¹; José Javier MARTÍNEZ-SUBIAS ⁸; Jaime SANTOS-PÉREZ ⁹; Marta ALONSO-MESONERO⁹; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO ¹⁰; Soledad SUÁREZ-ORTEGA ¹¹; Carmelo MORALES-ANGULO ¹²; Pedro DÍAZ-DECERIO ¹³

¹Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de Segovia.

²Servicio de Otorrinolaringología del Hospital El Bierzo.

³Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de Ávila.

⁴Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de Burgos.

⁵Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de León.

⁶Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de Palencia.

⁷Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de Salamanca.

⁸Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de Soria.

⁹Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

¹⁰Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

¹¹Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de Zamora.

¹²Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

¹³Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Pedro de Logroño.

Correspondencia: rsanchoca@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: A pesar de la experiencia acumulada tras dos años de pandemia, la estrategia y los resultados óptimos en la traqueotomía por COVID-19 aún no está bien establecida. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados de la traqueotomía en pacientes con críticos COVID-19 positivos intubados.

Método: Se realizó un estudio observacional prospectivo multicéntrico de pacientes con COVID-19 sometidos a traqueotomía en 13 hospitales de Castilla y León (España) durante 7 semanas (del 28 de marzo al 15 de mayo de 2020). Los datos fueron recolectados diariamente con mensajería instantánea a través de WhatsApp. Medidas de resultado: complicaciones, destete, decanulación y supervivencia. Se recogieron los contagios entre los otorrinolaringólogos de los diez hospitales durante la primera ola pandémica, que coincidió con el confinamiento de la población española.

Resultados: Realizamos 139 traqueostomías en pacientes críticos con COVID-19: 90 traqueostomías quirúrgicas (64,8%) y 49 traqueostomías percutáneas. El momento medio de la traqueotomía fue de 12 días (4 a 42 días) desde la intubación orotraqueal. Un seguimiento estrecho en el momento de corte del seguimiento de 1 mes mostró que se logró el destete en 73 pacientes (52,5 %) mientras que 51 (30,7 %) seguían con ventilación mecánica y 15 (10, 8%) pacientes habían muerto por COVID-19. La decanulación entre aquellos en los que el destete fue exitoso se logró en 31 pacientes. 15 otorrinolaringólogos resultaron positivos por test RT-PCR a SARS-CoV-19 durante estas 7 semanas en nuestros hospitales.

Conclusiones: El resultado crítico es la cantidad sin precedentes de traqueostomías realizadas en pacientes con una misma enfermedad en solo 7 semanas: 139 pacientes críticos intubados COVID-19 positivos. El destete se pudo lograr en más de la mitad de los pacientes y 15 otorrinolaringólogos se contagiaron en el hospital durante el confinamiento de la primera ola pandémica de nuestro país.

PALABRAS CLAVE: traqueotomía; COVID-19; Castilla y León; ORL.

SUMMARY: Introduction and objective: The question of an optimal strategy and outcomes in COVID-19 tracheotomy has not been answered yet. The critical focus in our case study is to evaluate the outcomes of tracheotomy on intubated COVID-19 patients.

Method: A multicentric prospective observational study of COVID-19 patients undergoing tracheotomy in 13 hospitals from Castilla y León (Spain) was conducted over 7 weeks (from March 28 to May 15, 2020). Data were collected daily with instant messaging via WhatsApp. Outcome measurements: complications, achieved weaning and decannulation and survival.

Results: We performed 139 tracheotomies in critical COVID-19 patients : 90 surgical tracheotomies (64,8%) and 49 percutaneous tracheotomies. Median timing of tracheotomy was 12 days (4–42 days) since orotracheal intubation. A close follow-up at the cut-off time of 1-month follow-up showed that weaning was achieved in 73 patients (52,5%) while 51 (30,7%) were still under mechanical ventilation and 15 (10,8%) patients had died from COVID-19. Decannulation among those in whom weaning was successful was achieved in 31patients. 15 otolaryngologists testing positive for SARS-CoV-19 by RT-PCR during this 7 weeks.

Conclusions: The critical focus is the unprecedented amount of tracheotomies: 139 in 7 weeks. Weaning could be achieved in over half of the patients with follow-up.

KEYWORDS: tracheotomies; COVID-19; Castilla y León; ENT.

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

DIPLOMAS A LOS ARTÍCULOS MEJOR VALORADOS PUBLICADOS EN 2019, 2020 Y 2021

Artículos más citados (tres primeras puntuaciones)

Revista ORL SECRETARÍA DE REDACCIÓN

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

Programa: Publish or Perish (Harzing, A.W. (2007) Publish or Perish, available from <https://harzing.com/resources/publish-or-perish>).

Evaluación Mayo 2022. Fuentes: WoS, SciELO, CrossRef.

2019

5	E Hellín Valiente, E Merino Gálvez, D Hellín Meseguer	Estudio Retrospectivo sobre la incidencia y tratamiento de Epistaxis en un área de salud en el periodo 2011 a 2017 https://doi.org/10.14201/orl.18642
4	Jl Benito Orejas, F Benito González, F García Vicario...	Detección de la infección por citomegalovirus congénito en neonatos que no pasan el cribado auditivo universal https://doi.org/10.14201/orl.18357
4	A Bartolomé Alonso, JI Pardal Refoyo	Revisión sobre prevención y tratamiento de la mucositis oral en cáncer de cabeza y cuello https://doi.org/10.14201/orl.20688
4	DJ Picher Gómez, P Nicolás Martínez...	Epistaxis Posterior. Revisión de una serie de 72 pacientes https://doi.org/10.14201/orl.18735

4	AD Uña, FB González, JMG Arocena	Resultados de la implantación coclear en edad pediátrica. Estudio retrospectivo en 72 pacientes https://doi.org/10.14201/orl.18244
3	C Salom Coveñas, A Sanmartín Caballero...	Abscesos profundos del cuello. Estudio retrospectivo en cinco años https://doi.org/10.14201/orl.18227

2020

20	L Codina	Cómo hacer revisiones bibliográficas tradicionales o sistemáticas utilizando bases de datos académicas https://doi.org/10.14201/orl.22977
19	JL Pardal-Refoyo, B Pardal-Peláez	Anotaciones para estructurar una revisión sistemática https://doi.org/10.14201/orl.22882
5	M Zabaleta-López, L Ramos-Casademont...	Anatomía quirúrgica en el carcinoma de paladar blando. Revisión bibliográfica https://doi.org/10.14201/orl.23103
5	JJ Benito-Orejas, J Alonso-Vielba, J Valda-Rodrigo...	Resultados y seguimiento de la rehabilitación vestibular https://doi.org/10.14201/orl.21243
5	M González-Sánchez, E Coscarón-Blanco...	Síntomas y signos de la hipofunción vestibular unilateral y bilateral https://doi.org/10.14201/orl.21625
5	C Morales Angulo, R González Zubizarreta...	Toma de muestras nasofaríngeas para diagnóstico de COVID-19 https://doi.org/10.14201/orl.23079
4	LF Santiago-Peña	Fisiología de la glándula tiroideas. Disfunción y parámetros funcionales de laboratorio en patología de tiroides https://doi.org/10.14201/orl.21514
4	JM Recio-Córdova, C Higuera-Mínguez...	Evaluación endocrinológica del paciente con enfermedad nodular tiroidea https://doi.org/10.14201/orl.21524

2021

3	CI Sanz-Sánchez, E Kraemer-Baeza...	Incidencia y factores de riesgo de las fístulas faringocutáneas tras laringectomía total. Revisión bibliográfica https://doi.org/10.14201/orl.23703
2	JE Ramírez-Salas, JI Benito-Orejas, M Bauer...	Manifestaciones clínicas del Síndrome de Ramsay-Hunt en una serie de 20 casos https://doi.org/10.14201/orl.22750
1	C Díez-Montero, V Marqués-Fernández...	Abordaje del paciente con patología de la vía lagrimal: indicaciones quirúrgicas https://doi.org/10.14201/orl.24145
1	M Martín-Bailón, P López-Mesa, C Dios-Loureiro	Manejo de epistaxis en pacientes con terapia antitrombótica https://doi.org/10.14201/orl.24097
1	AMG Gallardo, MCS Coveñas, ECP Alonso	Rehabilitación vestibular en pacientes con vértigo y trastorno de la personalidad https://doi.org/10.14201/orl.26143

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

SINDROME DE RAMSAY HUNT CON PÁRALISIS DE X PAR CRANEAL ASOCIADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramsay Hunt Syndrome with Associated Cranial Nerve X Paralysis. About a Case

Sandra MARTÍN-GARCÍA ; Gianni Mercy GARCÍA-NÚÑEZ ; Rosana VILLAOSLADA-FUENTES 

Rosalyn CHAVES-ARAUJO ; María Jesús VELASCO-GARCÍA 

Hospital Nuestra Señora de Sonsóles, Ávila.

Correspondencia: sandramg269@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El síndrome de Ramsay-Hunt es una complicación poco frecuente de la afectación del ganglio geniculado por el VVZ causando parálisis facial periférica con afectación del conducto auditivo externo y membrana timpánica. En ocasiones puede afectar a pares craneales bajos al ser una neuritis periférica múltiple que puede afectar a los pares craneales VII, VIII, IX y X debido a sus relaciones de vecindad, a su origen embrionario común en el mismo arco branquial o por una afectación sanguínea a través de los vasos que los nutren.

Método: Mujer 93 años, que presenta lesiones ampollasas en pabellón auricular derecho de 4 días de evolución, con otorrea asociada. Disfagia para sólidos con odinofagia. Habiendo iniciado tratamiento antibiótico y antiviral sin mejoría clínica. Aparición súbita de parálisis facial derecha grado III (House Brackmann). A la exploración se objetivan lesiones costrosas con edema de pabellón auricular derecho, doloroso a la palpación, abundante secreción de CAE y membrana timpánica íntegra. Lesiones costrosas a nivel de párpado superior derecho y parálisis facial grado III derecha. En la nasofibroscoopia se objetiva parálisis laríngea derecha con lesiones compatibles con Herpes Zóster. Se decide ingreso para tratamiento intravenoso y observación, con buena evolución.

Resultados: Herpes Zoster con parálisis de VII y X par craneal.

Discusión: La peculiaridad del caso presentado reside en la asociación de un Síndrome de Ramsay-Hunt con una parálisis del nervio laríngeo recurrente.

Conclusiones: El síndrome de Ramsay-Hunt es una complicación poco frecuente de la afectación del ganglio geniculado por el VVZ. Puede presentarse bajo diversas formas clínicas que guardan en común la neuritis de pares craneales de forma muy diversa. Debemos tener en cuenta la posible asociación de parálisis de otros nervios craneales de cara a un correcto diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE: herpes Zóster; Ramsay Hunt; parálisis laríngea.

SUMMARY: Introduction and objective: Ramsay-Hunt syndrome is a rare complication of the involvement of the geniculate ganglion by VZV that causes peripheral facial paralysis with involvement of the external auditory canal and tympanic membrane. Sometimes it can affect the lower cranial nerves as it is a multiple peripheral neuritis that can affect cranial nerves VII, VIII, IX and X due to their neighboring relationships, their common embryonic origin in the same branchial arch or due to blood involvement through the vessels that nourish them.

Method: 93-year-old woman, who presented bullous lesions in the right auricle of 4 days of evolution, with associated otorrhea. Dysphagia for solids with odynophagia. Having started antibiotic and antiviral treatment without clinical improvement. Sudden onset of grade III right facial paralysis (House Brackmann). Examination revealed crusty lesions with edema of the right auricle, painful on palpation, abundant secretion of EAC, and an intact tympanic membrane. Crusty lesions at the level of the right upper eyelid and grade III right facial paralysis. Nasofibroscopy revealed right laryngeal paralysis with lesions compatible with Herpes Zoster. Admission was decided for intravenous treatment and observation, with good evolution.

Results: Herpes Zoster with cranial nerve VII and X paralysis.

Discussion: The peculiarity of the presented case resides in the association of a Ramsay-Hunt syndrome with a paralysis of the recurrent laryngeal nerve.







Conclusions: Ramsay-Hunt syndrome is a rare complication of VZV involvement of the geniculate ganglion. It can present itself under various clinical forms that have cranial nerve neuritis in common in a very diverse way. We must take into account the possible association of paralysis of other cranial nerves with a view to a correct differential diagnosis.

KEYWORDS: Varicella-zoster virus; Ramsay-Hunt; laryngeal palsy.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

SIGNO DE HOAGLAND EN LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Hoagland's Sign in Infectious Mononucleosis

Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ ; Myriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ ; María MARTÍN-BAILÓN ;
Carmen SÁNCHEZ-BLANCO ; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ ; Enrique COSCARÓN-BLANCO 
SACYL. Complejo Asistencial de Zamora. Servicio de Otorrinolaringología. Zamora.

Correspondencia: ryanez@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: La mononucleosis infecciosa es una infección vírica originada comunmente por el Virus de Epstein-Barr (VEB). La forma de presentación típica es la fiebre, la faringoamigdalitis, las adenopatías cervicales y la esplenomegalia. Sin embargo, en este póster queremos mostrar un síntoma de la enfermedad poco frecuente como es el edema palpebral conocido como signo de Hoagland. En algunas ocasiones puede ser el síntoma de presentación de la infección por eso es importante conocerlo y distinguirlo de otras entidades como la celulitis orbitaria, el angioedema, una reacción alérgica o el síndrome nefrótico.

PALABRAS CLAVE: mononucleosis infecciosa; Hoagland; Virus Epstein-Barr.

SUMMARY: Infectious mononucleosis is a viral infection usually caused by Epstein-Barr virus. Typical symptoms of infectious mononucleosis include fever, tonsillopharyngitis, neck lymphadenopathy and splenomegaly. However, this presentation will show a less common clinical feature: periorbital oedema known as Hoagland sign. Sometimes it can be the first manifestation of the disease. That is why it is important to know it and distinguish from cellulitis, angio-oedema, allergic reaction or nephrotic syndrome.

KEYWORDS: infectious mononucleosis; Hoagland; Epstein-Barr virus.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

CIRUGÍA ROBÓTICA TRANSORAL EN UN TUMOR PARAFARÍNGEO DE GRAN TAMAÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Transoral Robotic Surgery in Massive Tumour of the Parapharyngeal Space, a Case Report

Laura Manuela BAYONA-ROMERO ; Carmen VALLÉS-RODRIGUEZ ; Isidora Paz RETTIG-INFANTE 
Claudia LLORENTE-ALVAREZ; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO 

Hospital Universitario Río Hortega.

Correspondencia: manu_bayona@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción: El espacio parafaríngeo es un espacio anatómico complejo. Los tumores que surgen en esta región son raros y la cirugía constituye la primera opción de tratamiento en la mayoría de los casos(1). Aunque tradicionalmente las masas de gran tamaño en este espacio se abordan de forma transcervical, la cirugía transoral robótica (TORS) aporta grandes ventajas, siendo más segura, menos mórbida y potencialmente más efectiva, mejorando claramente el postoperatorio del paciente con menos dolor, menos riesgo de daño de estructural nobles cervicales y recuperación más rápida. La TORS permite la exéresis de lesiones de hasta 8 cm, como se ha comunicado en algunas publicaciones(2).

Presentamos el caso de un paciente con una masa cervical en el espacio parafaríngeo y retrofaríngeo derecho de gran tamaño que fue resecada mediante cirugía TORS.

Métodos: Paciente de 21 años con antecedente de neurofibromatosis tipo 1 que presenta una masa cervical en el espacio parafaríngeo y retrofaríngeo derecho de 71 x 32 x 45 mm de diámetros craneocaudal, anteroposterior y trasversal, aparentemente dependiente de la cadena simpática cervical, que en el momento del diagnóstico no provoca ninguna sintomatología. Durante el seguimiento del paciente mediante estudios de imagen (RM cervical) se objetiva un aumento del tamaño de la lesión, así como inicio de alteraciones en la deglución y presencia de voz engolada por oclusión significativa de la orofaringe. Se decide extirpar la masa mediante abordaje transoral con cirugía robótica (TORS). Durante el postoperatorio presentó un síndrome de Horner transitorio por afectación de la cadena simpática cervical. Además, asoció trismo y

paresia del XII par craneal por compresión en el abordaje que mejoró progresivamente gracias al tratamiento logopédico recibido en el postoperatorio inmediato. Histopatológicamente el tumor fue diagnosticado de "Neurofibroma intraneural grado I (WHO)".

Discusión: La cirugía transoral robótica constituye una indicación terapéutica emergente para la resección de tumores del espacio parafaríngeo(1,2,3,4). Con los avances tecnológicos se ha extendido su indicación para tumores de mayor tamaño en los cuales el facultativo debe tener en cuenta múltiples factores del paciente y del tumor, tales como la histopatología de la lesión, extensión lateral y craneocaudal de la masa y la relación con la arteria carótida entre otros(2). Es imprescindible una buena apertura bucal.

Conclusión: La cirugía transoral robótica presenta una disminución en la morbilidad cuando se realiza una adecuada selección del paciente(1,2). En el caso que presentamos se realizó una exéresis completa de la lesión a pesar del tamaño de la misma. Es necesario documentar resultados a largo plazo de este tipo de abordajes para determinar sus ventajas sobre el abordaje abierto.

PALABRAS CLAVE: espacio parafaríngeo; cirugía robótica; cirugía transoral; neurofibromatosis.

SUMMARY: Introduction: The parapharyngeal space is a complex anatomic space. The tumours that surge in this region are rare and surgery is considered the first option of treatment in most of the cases(1). Although traditionally large tumours in this space are approached through the neck, transoral robotic surgery (TORS) brings great benefits, being even more safe, less morbid and potentially more effective, clearly improving postoperative outcomes in the patient, with less pain, less risk of damaging nerves and vessels and a faster recovery. TORS allows the exéresis of masses up to 8cm, as it has been published in some case reports(2).

We present the case of a patient with a large cervical mass in the parapharyngeal and retropharyngeal right space that was resected with TORS.

Method: We present a 21 years old patient with medical history of neurofibrotosis type 1 that presents with a large cervical mass located in the parapharyngeal and retropharyngeal right space of 71 x 32 x 45 mm of diameter in craniocaudal, anteroposterior and transverse projections, apparently dependent of the sympathetic cervical chain. At the time of the diagnosis the patient reports no symptoms but during the follow up with magnetic resonance it is observed that the mass has grown and the patient tells swallowing disturbances accompanied by voice changes produced by the occlusion of the oropharynx. It is then decided to have surgery to remove the mass through transoral robotic surgery (TORS). During the postoperative time, the patient presented with a transitory Horner's syndrome due to sympathetic cervical chain involvement. He also presented trismus and paresis of the XII cranial nerve due to the compression made during surgery, which improved thanks to logotherapy treatment. Histopathologically the tumour was diagnosed as "intraneural neurofibroma grade I (WHO)".

Discussion: TORS is an emerging solution for the resection of tumours in the parapharyngeal space (1,2,3,4). With the technological advances its indication has been wide spreaded in tumours with bigger size in which the professional must take into account multiple factor regarding the type of patient in which it is essential a good mouth opening, and specific characteristics of the tumours, like de histopathology of the lesion, its extension laterally and craniocaudal and the relationship with the carotid artery, among other aspects(2).

Conclusions: TORS shows a decrease in morbidity when an addequate selection of the patiente is made(1,2). In the case we present the whole mass was resected although its large size. It is necessary to keep record of the long term results of this type of surgical approach in order to determine its advantages over open approach.

KEYWORDS: parapharyngeal space; robotic surgery; transoral surgery; neurofibromatosis.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

HIPOACUSIA SÚBITA NEUROSENSORIAL COMO SÍNTOMA INICIAL DE SCHWANNOMA VESTIBULAR

Sudden Sensorineural Hearing Loss as an Initial Symptom of Vestibular Schwannoma

Minerva RODRÍGUEZ-MARTÍN ; Eugenia LÓPEZ-SIMÓN ; Ramón COBO-DÍAZ;

Belén SALVATIERRA-VICARIO; Yaiza GARCÍA-IBÁÑEZ; Carmelo MORALES-ANGULO 

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Correspondencia: minerva.rmartin@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La hipoacusia súbita neurosensorial unilateral (HSN) plantea un diagnóstico diferencial con múltiples patologías. El schwannoma vestibular (SV) es una de ellas en el 1-5% de los casos. Describimos 3 casos clínicos diagnosticados en nuestro centro.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de hipoacusia súbita en nuestro centro durante 17 años y se describió los casos que finalmente presentaba schwannoma vestibular tras completar pruebas de imagen.

Resultados: Se registraron un total de 230 pacientes, de los cuales tan solo 3 fueron posteriormente diagnosticados de SV. Todos ellos recibieron tratamiento con corticoides orales y cámara hiperbárica sin mejoría. Entorno al mes del episodio se realizó resonancia magnética (RMN) que confirmó el diagnóstico. El primer paciente fue un varón de 61 años con antecedente de hipoacusia neurosensorial moderada que presentaba clínica de vértigo por hipofunción vestibular y cofosis derecha y precisó tratamiento quirúrgico. El segundo fue un varón de 49 años con clínica de hipoacusia derecha moderada en agudos, sin afectación vestibular, que fue diagnosticado de SV, grado Koos 1 según RMN, y recibió tratamiento con radiocirugía, sin crecimiento posterior. El último paciente fue un varón de 25 años con hipoacusia neurosensorial derecha moderada en agudos que presentaba SV grado Koos 3 según RMN y recibió tratamiento quirúrgico.

Discusión: La hipoacusia súbita neurosensorial puede ser el síntoma de debut, e incluso el único síntoma que presenten, pacientes con schwannoma vestibular. Los avances en las pruebas de imagen han hecho posible que hoy día la prueba definitiva para el diagnóstico de SV sea la RMN, especialmente la secuencia T1 con contraste de gadolinio, siendo posible objetivar incluso los más pequeños; es por ello, que en las guías actuales para el manejo de la hipoacusia súbita se aconseja la realización de esta prueba de forma preferente para evitar retraso diagnóstico pese a la buena respuesta con tratamiento corticoideo. Aunque no es el caso de nuestros pacientes, debemos considerar, que al contrario de lo que inicialmente se puede pensar, la mejoría tras tratamiento no excluye el diagnóstico de SV.

Conclusiones: La hipoacusia súbita neurosensorial puede ser el síntoma principal de manifestación del SV hasta en el 1,3% de casos de HSN en nuestro estudio. Debe tratarse como urgencia otológica y realizar tratamiento con corticoides así como RMN de forma preferente.

PALABRAS CLAVE: hipoacusia súbita; schwannoma vestibular; RMN.

SUMMARY: Introduction and objective: Sudden unilateral sensorineural hearing loss (SNH) poses a differential diagnosis with multiple pathologies. Vestibular schwannoma (SV) is one of them in up to 5% of cases. We describe 3 clinical cases diagnosed in our center.

Method: A retrospective study of patients diagnosed with sudden hearing loss in our center for 17 years was carried out and those cases that finally presented vestibular schwannoma after completing imaging tests were described.

Results: A total of 230 patients were registered, of which only 3 were subsequently diagnosed with VS. All of them received treatment with oral corticosteroids and hyperbaric oxygen without any improvement. Magnetic resonance imaging (MRI) was performed around a month after the episode, confirming the diagnosis. The first patient was a 61-year-old man with a history of moderate sensorineural hearing loss who presented clinical signs of vertigo due to vestibular hypofunction and right cophosis and who required surgical treatment. The second was a 49-year-old man with symptoms of moderate right-sided hearing loss in acute cases, without vestibular involvement, who was diagnosed with VS, Koos grade 1 according to MRI, and received radiosurgery treatment, with no subsequent growth. The last patient was a 25-year-old man with acute moderate right sensorineural hearing loss who presented SV grade Koos 3 according to MRI and received surgical treatment.

Discussion: Sudden sensorineural hearing loss may be the debut symptom, and even the only symptom presented, by patients with vestibular schwannoma. Advances in imaging tests have made it possible that today the definitive test for the diagnosis of VS is MRI, especially the T1 sequence with gadolinium contrast, being possible to objectify even the smallest; For this reason, the current guidelines for the management of sudden hearing loss recommend performing this test to avoid diagnostic delay despite the good response with corticosteroid treatment. Although this is not the case with our patients, we must consider that, contrary to what may initially be thought, the improvement after treatment does not exclude the diagnosis of VS.






Conclusions: Sudden sensorineural hearing loss may be the main symptom of VS manifestation in up to 1.3% of HSN cases in our study. This pathology should be treated as an otological emergency and corticosteroid treatment as well as MRI should be performed.

KEYWORDS: sudden hearing loss; vestibular schwannoma; MRI.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

TUBOPLASTIA CON BALÓN EN LA DISFUNCIÓN TUBÁRICA OBSTRUCTIVA. NUESTRA EXPERIENCIA

Balloon Eustachian Tuboplasty for Obstructive Tube Dysfunction. Our Experience

Cristina MARTÍNEZ-AUSÍN; Cristina CORDERO-CIVANTOS ; Irene GÓMEZ-GREGORIS ;
Judith PÉREZ-SÁEZ ; Pierre Antoine ANSORENA-GONZÁLEZ ; Luis Arturo RIVAS-SALAS 

Hospital Universitario de Burgos (HUBU), Burgos, España.

*Correspondencia: cris9514@hotmail.es; cris.corciv@gmail.com; iggregoris@gmail.com; jpersae@hotmail.com;
pierreansorena@hotmail.com; arivasalas@yahoo.es*

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La disfunción tubárica obstructiva consiste en el fallo de la función ventilatoria de la trompa de Eustaquio sobre el oído medio debido a una alteración en su apertura, condicionando presiones negativas en caja timpánica. Según su duración se clasifica en aguda (<3 meses) y crónica (>3 meses). Su etiología es variada, su diagnóstico principalmente clínico y su tratamiento inicial médico. No obstante, para aquellos casos refractarios que cumplan criterios disponemos de un tratamiento quirúrgico que ha demostrado buenos resultados a corto y largo plazo: la dilatación tubárica con balón. En el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) hemos realizado un estudio retrospectivo de las dilataciones tubáricas con balón que hemos llevado a cabo entre 2018 y 2021.

Método: Se realizó seguimiento de todas ellas con revisiones al mes, 3 meses y 6 meses, utilizando la otoscopia a los 6 meses como criterio objetivo de mejoría. Se realizaron un total de 25 procedimientos en 22 pacientes, 11 hombres y 11 mujeres. 3 eran menores de 18 años, 6 entre 18 y 40 años, y 13 entre 41 y 65 años. Todos los pacientes incluidos tenían diagnóstico de disfunción tubárica; además 11 de ellos presentaban OMS asociada, 8 tenían OMC con perforación timpánica y 3 presentaban atelectasias timpánicas. El 69% de los pacientes había requerido drenajes transtimpánicos (DTT) en más de 2 ocasiones. De las 25 intervenciones, 14 fueron unilaterales y 10 bilaterales, sólo 1 no se pudo canalizar. En muchas de ellas se realizaron cirugías asociadas en la misma intervención (12 DTT, 11 miringoplastias, 3 radiofrecuencias y 1 resección de adenoides). Como complicaciones, se notificaron 2 otorragias, 2 otorreas y 1 epistaxis.

Resultados: Se empleó como criterio objetivo de mejoría la otoscopia realizada a los 6 meses (entendiendo como mejoría la disminución o ausencia de: retracciones, atelectasias, signos indirectos de ocupación mucosa en caja timpánica, perforaciones, etc). El 16% no presentó mejoría en la otoscopia. El 48% presentó clara mejoría. El 36% no fue valorable por presentar DTT in situ todavía. Se observó que donde se obtuvieron mejores resultados fue en las dilataciones tubáricas asociadas a miringoplastias, realizadas para cierre de perforación o como refuerzo para impedir retracciones.

Discusión/Conclusiones: La dilatación tubárica con balón es una técnica sencilla y con escasas complicaciones. Ha demostrado buenos resultados, sobre todo cuando se asocia a miringoplastia. La principal indicación de la técnica es la otitis media secretora y el barotrauma, cuando son refractarios a tratamiento médico. Lo más importante y a su vez más complicado es realizar un adecuado diagnóstico clínico, ya que de ello dependerán los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE: tuboplastia con balón; trompa de Eustaquio; disfunción tubárica; otitis media serosa (OMS); atelectasia.

SUMMARY: Introduction and objective: Obstructive tube dysfunction consists in ventilatory function fail of Eustachian tube over middle ear on account of an alteration on its opening, conditioning negative pressure in tympanic box. According to its duration it is classified in acute (<3 months) and chronic (>3 months). Etiology is varied, diagnosis is mainly clinical and initial treatment is medical. However, for those refractory cases that keep to criteria we dispose a surgical treatment that has demonstrated good short and long-term results: balloon Eustachian tuboplasty. Otorhinolaryngology section in Burgos University Hospital (HUBU) has conducted a retrospective study of balloon Eustachian tuboplasty carried out from 2018 to 2021.

Method: Monitoring of all of them was made with check-up the first month, the third one and the sixth one from the intervention. We used otoscopy in the sixth month as objective criterion of improvement. We carried out 25 procedures in 22 patients, 11 men and 11 women. 3 of them were younger than 18 years old, 6 were 18-40, and 13 were 41-65 years old. All patients included in the study had tube dysfunction diagnosis; furthermore 11 of them had SOM associated, 8 had COM with tympanic perforation and 3 presented tympanic atelectasis. 69% had required ventilation tubes in more than 2 times. 14 of the 25 interventions were unilateral and 10 bilateral, only 1 of them could not be canalised. Many of them had other associated surgeries in the same surgical intervention (such as 12 ventilation tubes, 11 myringoplasties, 3 radiofrequencies and 1 adenoid resection). As complications, we notified 2 otorrhagia, 2 otorrhea and 1 epistaxis.

Results: We used the otoscopy in the sixth month as objective criterion of improvement (improvement refers to the absence of: retractions, atelectasis, indirect signs of mucous occupation in tympanic box, tympanic perforations, etc.). 16% didn't get improvement in otoscopy. 48% had obvious improvement. 26% was not assessable due to in situ ventilation tube. We observed the best results in balloon Eustachian tuboplasty associated to myringoplasty (used for tympanic perforation closure or as a support to prevent membrane retractions).

Discussion/Conclusions: Balloon Eustachian tuboplasty is a simple technique with rare complications. It has demonstrated good results, especially when it is associated to myringoplasty. The main indication is SOM and barotrauma when medical treatment is not effective. An appropriate clinical diagnosis is the most important and complicated aspect, because results depend on it.

KEYWORDS: balloon Eustachian tuboplasty; Eustachian tube; tube dysfunction; serous otitis media (SOM); atelectasis.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

NEUMOENCÉFALO ESPONTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Spontaneous Pneumoencephalus. A Case Report

Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN ; Rafael PÉREZ-GONZÁLEZ 
Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA ; Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS ; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ 

Complejo Asistencial Universitario de León.

Correspondencia: anarguez.grc@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El neumocéfalo es la presencia de aire en cualquiera de los compartimentos intracraneales (intraventricular, intraparenquimatoso, subaracnoideo, subdural y epidural), generalmente se asocia con una pérdida de la continuidad ósea tras procedimientos quirúrgicos o traumatismos, siendo infrecuente su presentación sin factor desencadenante (2%). Mediante la presentación de un caso clínico, explicaremos las características fundamentales de dicha entidad y exposición de la bibliografía.

Método: Varón de 48 años que acude al Servicio de Urgencias tras cuadro de cefalea intensa de reciente aparición en hemisferio derecho de cinco días de evolución que controló inicialmente con paracetamol, mostrando empeoramiento progresivo sin respuesta a analgesia; en este momento, presenta visión borrosa y cervicalgia. Se solicita TC craneal y ante hallazgos, se deriva el paciente al servicio de Otorrinolaringología y Neurocirugía.

Resultados: Neumoencéfalo localizado en región frontal izquierda y hoz cerebral, así como pequeñas burbujas en región occipital izquierda y en seno cavernoso derecho. Dehiscencia a nivel de la lámina cribosa del etmoides en fosa nasal izquierda. Ante estos hallazgos se realiza observación intrahospitalaria y tratamiento analgésico intravenoso durante dos semanas con evolución satisfactoria y se realiza nueva TC donde no se observa neumocéfalo en parénquima cerebral, persistiendo la dehiscencia previamente descrita.

Discusión: La aparición del neumocéfalo espontáneo suele ser secundario a un defecto en la continuidad ósea craneal, siendo una entidad muy rara (2%); la presencia de neumocéfalo suele ocurrir tras una intervención quirúrgica, traumatismo craneofacial o tumores en base de cráneo. Como complicación podemos encontrar el neumocéfalo a tensión, que se debe a la entrada de gas intracraneal que eleva la presión, produciendo un efecto válvula con la entrada de aire, pero no su salida, precisando tratamiento

quirúrgico. Esta entidad se manifiesta clínicamente con cefalea, náuseas, vómitos e incluso convulsiones y alteraciones del estado neurológico. En su diagnóstico la técnica de elección sigue siendo la TC craneal. Cuando es un hallazgo casual se opta por un manejo conservador, resolviéndose de forma espontánea en unas dos semanas. Si presenta síntomas, fracturas de base del cráneo, o un defecto aéreo >15 mm se considera el tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Ante la clínica de cefalea con otros síntomas neurológicos asociados con mala respuesta a tratamiento analgésico, debemos incluir en el cuadro de diagnóstico diferencial el neumocéfalo, sobre todo, ante la presencia de cirugías craneales o traumatismos previos.

La resolución suele ser espontánea, pero debemos considerar la posibilidad de aparición de neumocéfalo a tensión, por lo que es necesaria la vigilancia estrecha intrahospitalaria.

PALABRAS CLAVE: neumocéfalo; lámina cribosa; tratamiento.

SUMMARY: Introduction and objective: Pneumocephalus is the presence of air in any of the intracranial compartments (intraventricular, intraparenchymal, subarachnoid, subdural and epidural), generally associated with a loss of bone continuity after surgical procedures or trauma, and rarely occurs without a triggering factor (2%). Through the presentation of a clinical case, we will explain the fundamental characteristics of this entity and review the literature.

Method: A 48-year-old man attended the Emergency Department after a recent onset of severe headache in the right hemispheric of five days' evolution, initially controlled with paracetamol, which progressively worsened without response to analgesia; at this time, he presented blurred vision and cervicgia. A cranial CT scan was requested, and, in view of the findings, the patient was referred to the Otorhinolaryngology and Neurosurgery Department

Results: Pneumocephalus located in the left frontal region and cerebral sickle, as well as small bubbles in the left occipital region and in the right cavernous sinus. Dehiscence at the level of the lamina cribrosa of the ethmoid in the left nostril. In view of these findings, in-hospital observation and intravenous analgesic treatment was carried out for two weeks with satisfactory evolution and a new CT scan was performed where no pneumocephalus was observed in the cerebral parenchyma, with the previously described dehiscence persisting

Discussion: The appearance of spontaneous pneumocephalus is usually secondary to a defect in cranial bone continuity, being a very rare entity (2%); the presence of pneumocephalus usually occurs after surgery, craniofacial trauma, or skull base tumors. As a complication we can find tension pneumocephalus, which is due to the entry of intracranial gas that raises the pressure, producing a valve effect with the entry of air, but not its exit, requiring surgical treatment. This entity manifests clinically with headache, nausea, vomiting and even convulsions and alterations in the neurological state. Cranial CT is still the technique of choice for diagnosis. When it is a chance finding, conservative management is chosen, and it resolves spontaneously in about two weeks. If it presents symptoms, skull base fractures, or an air defect >15 mm, surgical treatment is considered.

Conclusions: In the presence of headache with other neurological symptoms associated with poor response to analgesic treatment, pneumocephalus should be included in the differential diagnosis, especially in the presence of previous cranial surgery or trauma.






Resolution is usually spontaneous, but we must consider the possibility of the appearance of tension pneumocephalus, so close intrahospital surveillance is necessary.

KEYWORDS: pneumocephalus; cribriform plate; treatment.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

DOBLE ADENOMA ECTÓPICO DE PARATIROIDES INFERIOR DERECHA COMO CAUSA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Double Right Lower Parathyroid Gland Ectopic Adenoma as Cause for Primary Hyperparathyroidism

Enrique COSCARÓN-BLANCO ; María Soledad SUÁREZ-ORTEGA ; Eva Purificación MARTÍN-GARRIDO ; María Cruz PÉREZ-LIEDO ; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ 
SACYL. Complejo Asistencial de Zamora-Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.
Correspondencia: ecoscaronb@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Describir un caso de doble adenoma ectópico de glándula paratiroides inferior derecha cuya existencia era desconocida preoperatoriamente como causa de hiperparatiroidismo primario y causa potencial de recidiva si permanece inadvertido.

Método: Presentamos el caso de una mujer de 47 años afecta de hiperparatiroidismo primario con criterio quirúrgico establecido por el Comité de Patología de Tiroides y Paratiroides de nuestro centro, con estudio localizador positivo por ^{99m}Tc SESTAMIBI SPECT-TC y ecográfico a nivel de polo inferior posterior a glándula tiroides yuxtaesofágico. Se planificó paratiroidectomía selectiva por la Unidad de Patología Tiroidea del Servicio de Otorrinolaringología, identificándose tumoración compatible con el adenoma en la mencionada región.

Resultados: Durante la disección de la misma se aprecia una resistencia y trayecto fibroso virtual que se dirige hacia una segunda tumoración similar en tamaño de ubicación más retroesofágica que es extraída en bloque con la primera. Se constató intraoperatoriamente descenso de PTH a 20 pg/ml (>50% del nivel basal de 626) a los 15 minutos de finalizar la exéresis. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. La paciente no ha experimentado recidiva en 36 meses. Ambas tumoraciones se informaron como adenoma de paratiroides. Retrospectivamente se analizaron todas las pruebas de imagen disponibles y en una Resonancia Magnética Nuclear realizado por otra causa parecía intuirse la segunda tumoración aunque no se demostraba fehacientemente.

Discusión: Durante la paratiroidectomía por hiperparatiroidismo primario, el descubrimiento de una glándula paratiroides alargada o con una prolongación o una “inocente adherencia” crea un dilema respecto a la necesidad de exploración adicional con el consiguiente riesgo añadido, especialmente si ésta se encuentra en una ubicación ectópica y si los estudios de localización no nos advierten de esta eventualidad. Aunque la prueba de iPTH puede contribuir a resolver este problema en teoría, la literatura recoge que por sí sola no es fiable para descartar la existencia de adenomas múltiples o bilobulados. La utilización de sistemas de detección adicionales, como nucleares o de autofluorescencia pueden ser de utilidad, aunque su disponibilidad no es universal. Algunos índices como el de Wisconsin, que relacionan PTH con peso de la glándula, han sido propuestos para determinar el riesgo de un segundo adenoma oculto, aunque su utilidad debe todavía estudiarse. En nuestra paciente, la clave fue una disección meticulosa, cuidadosa y suave. Este proceder nos puso de manifiesto una adherencia y resistencia que a modo de mínimo istmo istmo nos condujo a la segunda tumoración. No sabemos con certeza si eran dos adenomas ectópicos o un adenoma bilobulado ya que aunque constituyen dos esferas completamente íntegras y aparentemente independientes con unión entre ambos virtual, su gran cercanía y la existencia de ese mínimo trayecto filiforme parecen reflejar una cierta relación entre ellos por lo que lo catalogamos como doble.

Conclusiones: La presencia de adenomas múltiples o lobulados constituyen una fuente de recidiva o persistencia del hiperparatiroidismo primario postquirúrgico. Para minimizar este riesgo, es recomendable un adecuado estudio localizador prequirúrgico, intraoperatorio si está disponible y la indispensable adecuación de la técnica quirúrgica, con una y exploración meticulosa y suave para evitar dejar fragmentos y segundos adenomas.

PALABRAS CLAVE: hiperparatiroidismo primario; adenoma; adenoma doble; múltiple; adenoma lobulado; ectópico.

SUMMARY: Introduction and objective: To describe a case of double ectopic adenoma of the right lower parathyroid gland whose existence was unknown preoperatively as a cause of primary hyperparathyroidism and a potential cause of recurrence if it remains unnoticed

Method: A 47-year-old woman affected by primary hyperparathyroidism case with surgical criteria established by our Thyroid and Parathyroid Pathology Committee, with a positive locator study by 99mTc SESTAMIBI SPECT-CT and ultrasound at the level of the lower pole posterior to the gland juxtaesophageal thyroid is reported. Selective parathyroidectomy was planned by the Thyroid Pathology Unit of the Otorhinolaryngology Service, identifying a tumor compatible with the adenoma in the aforementioned region.

Results: During surgical dissection, a virtual fibrous resistance and traject were observed towards a second tumour of similar size in a more retroesophageal location. En bloc extraction with the first neoplasm was performed. A decrease in 15' PTH to 20 pg/ml (>50% of the baseline level of 626) was observed intraoperatively after excision was completed. The postoperative period occurred without complications. The patient has not experienced a recurrence in 36 months. Both tumors were reported as parathyroid adenoma. Retrospectively, all the available imaging tests were analyzed and in a Nuclear Magnetic Resonance performed for another reason, the second tumor seemed to be intuited, although it was not conclusively demonstrated.

Discussion: During parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism, the discovery of an enlarged or multiple parathyroid gland or "innocent adhesion" creates a dilemma regarding the need for further exploration with the consequent added risk, especially if it is in an ectopic location and if the location studies do not reflect this eventuality. Although the iPTH test can contribute to solve this problem out in theory, the literature shows that by itself it is not reliable to rule out the existence of multiple or bilobed adenomas. The use of additional detection systems, such as nuclear or autofluorescence based methods, may be useful, although their availability is not universal. Some indices, such as the Wisconsin index, which relate PTH

to gland weight, have been proposed to determine the risk of a second occult adenoma, although their usefulness has yet to be studied. In our patient, the key was a meticulous, careful and gentle dissection. This procedure revealed an adherence and resistance that, like a minimal isthmus, led us to the second tumor. We do not know for sure if they were two ectopic adenomas or a bilobed adenoma since, although they constitute two completely intact and apparently independent spheres with a virtual union, their close proximity and the existence of that minimal threadlike path seem to reflect a certain relationship between them, and therefore a double adenoma diagnosis was given.

Conclusions: The presence of multiple or lobulated adenomas constitutes a source of recurrence or persistence of postoperative primary hyperparathyroidism. To minimize this risk, adequate pre-surgical localization study, intraoperative if available, adaptation of the surgical technique, with a meticulous and gentle exploration to avoid leaving fragments and second adenoma are recommended.

KEYWORDS: hyperparathyroidism Primary; adenoma; adenoma double; Multiple; lobulated adenoma; ectopic.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

CARCINOMA NEUROENDOCRINO SUPRAGLÓTICO

Neuroendocrine Carcinoma of Supraglottic

Carlos Miguel SALVADOR-RAMÍREZ; Nuria MESURO-DOMÍNGUEZ; Juan José TAVAREZ-RODRÍGUEZ; María de Lourdes HERNÁNDEZ-DE LOS SANTOS; Marcela Adriana DURÁN-ÁLVAREZ

Hospital Medina del Campo-Valladolid, Hospital General Rio Carrión-Palencia.

Correspondencia: salvadorlent@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Los carcinomas neuroendocrinos laríngeos representan menos del 1% de los tumores de laringe. La variedad de células pequeñas es poco común y afecta principalmente a varones fumadores, entre los 50-60 años de edad. La localización más habitual es a nivel supraglótico (cara laríngea de la epiglotis) y el RAE. Es el tumor más letal de la laringe y debe considerarse diseminado al momento del diagnóstico. Los sitios más comunes de metástasis son : Ganglios cervicales, hígado, pulmón, huesos y médula ósea.

Método: Varón de 58 años, antecedentes: fumador desde los 15 años, actual 15-20 cig/día, enfermedad de Crohn, hipertrigliceridemia, epilepsia, enfisema pulmonar, ansiedad. Acude refiriendo odinofagia progresiva de aproximadamente 3 meses de evolución y en el último mes aparición de tumoración cervical izquierda y disminución de peso.

Exploración: Lesión vegetante hipopigmentada que se extiende desde el pie de epiglotis hacia la cara laríngea a predominio derecho. CV Móviles sin lesiones. Adenopatía nivel III izquierdo indurada de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor y otra de menor tamaño nivel II derecho. Se indica MCL-Biopsia. Resultados: AP: Carcinoma neuroendocrino de célula pequeña. Citoqueratina en patrón "dot", CD56 homogéneo, Ki67 prácticamente 100%. TC Cuello : Tumoración supraglótica de 22 mm, se extiende a espacio para glótico derecho, obliterando plano graso. Adenopatías cervicales bilaterales áreas II-III lado derecho hasta 12mm y en el lado izquierdo hasta 17mm. PET-TC : Incremento metabólico de lesión supraglótica derecha que afecta espacio pre-epiglótico SUV max 19,61. Adenopatías laterocervicales derecho niveles II-V hasta SUV max 27,89 y niveles II-III izquierdos SUV max 21,67. Captación en región parahiliar derecha con SUV max 13,93. Focos hipermetabólicos en parénquima hepático SUV max 11,85. Múltiples

captaciones en estructuras óseas SUV max 26,85 en cuerpo esternal. Derivación a Oncología Médica, se indica tratamiento quimioterapia y luego de las primeras sesiones, paciente presenta complicaciones que motivan ingreso hospitalario, falleciendo a los 5 meses del diagnóstico. Discusión: En el caso presentado se cumplieron las características de un paciente con carcinoma neuroendocrino laríngeo : Varón quinta década de la vida, fumador, localización supraglótica y con metástasis cervicales y a distancia al momento del diagnóstico. Conclusiones: Los carcinomas neuroendocrinos son muy infrecuentes y agresivos, por lo que el diagnóstico certero resulta fundamental. El diagnóstico definitivo es por anatomía patológica por detalles de microscopía y confirmación inmunohistoquímica.

El tratamiento de estos tumores es por quimio-radioterapia, con una tasa de supervivencia del 5% a los 5 años.

PALABRAS CLAVE: neuroendocrino; carcinoma; supraglótico; células pequeñas; tabaquismo; CD56; Ki67.

SUMMARY: Introduction and objective: Laryngeal neuroendocrine carcinomas are less than 1% of laryngeal tumors. The small cell variety is rare and mainly affects smokers male, between 50-60 years of age. The most common location is at the supraglottic (laryngeal face of epiglottis) and EAR. It is the most lethal tumor of the larynx and should be considered disseminated al initial diagnosis. The most common sites of metastasis are : cervical lymph, liver, lung, bone and bone marrow. Method: 58-year-old male, smoker since age 15, current 15-20 cig/day, Crohn's disease, hypertriglyceridemia, epilepsy, pulmonar emphysema, anxiety. He comes referring progressive odynophagia of 3 months of evolution and in the last month the appearance of a left cervical tumor and weight loss. Examination: hypopigmented vegetative lesion that extends from the foot of the epiglottis towards the laryngeal face, predominantly on the right. VC mobiles without injuries. Left indurated lymphadenopathy III level of approximately 2 cm of diameter and a smaller right lymph node II level. LCM-Biopsy is indicated. Results: Small cell neuroendocrine carcinoma. Cyto-keratin in "dot" pattern, homogeneous CD56, Ki67 practically 100% Neck CT : 22-mm supraglottic tumor extending to the right glottic space, obliterating fat plane. Bilateral cervical adenopathies in areas II-III on the right side up to 12 mm and the left side up to 17 mm. PET-CT: Metabolic increase of right supraglottic lesion affecting pre-epiglottic space SUV max 19,61. Right laterocervical adenopathies levels II-IV up to SUV max 27,89 and left levels II-III SUV max 21,67. Uptake in the right parahilar region with SUV max 13,93. Hypermetabolic foci in liver parenchyma SUV max 11,85. Multiple uptakes in bone structures SUV max 26,85 in the sternal body. Referral to medical oncology, chemotherapy treatment is indicated and after the first sessions, the patients presents complications that lead to hospital admission, dying 5 months after diagnosis. Discussion: In the case presented, the characteristics of a patient with laryngeal neuroendocrine carcinoma were fulfilled: Male fifth decade of life, smoker, supraglottic location and with cervical and distant metastases at the time of diagnosis. Conclusions: Neuroendocrine carcinomas are very rare and aggressive, so accurate diagnosis is essential. The definitive diagnosis is by pathology anatomy by microscopy details and immunohistochemical confirmation. The treatment of these tumors is by chemo-radiotherapy with a survival rate of 5% at 5 years.

KEYWORDS: neuroendocrine; carcinoma; supraglottic; small cell; smoker; CD56; Ki67.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

TUMOR DE PALADAR BLANDO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA

Soft-palate Tumour as the First Sign for Acute Myeoblastic Leukemia

Enrique COSCARÓN-BLANCO ; Eva Purificación MARTÍN-GARRIDO ; Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ ; María MARTÍN-BAILÓN ; Miriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ 

SACYL. Complejo Asistencial de Zamora. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Correspondencia: kikekoska@yahoo.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Describir un raro caso de tumoración ulcerada como primera manifestación clínica de leucemia mieloblástica aguda AM-10:

Método: Presentamos el caso de un varón de 50 años sin antecedentes médicos o tóxicos de interés, que acude por cuadro de odinofagia de 48 horas de evolución, fiebre y malestar general, rápidamente progresivas refractario a analgesia habitual y afecto de tumoración muy ulcerada necrótica con reborde hiperémico y muy dolorosa en el hemipaladar izquierdo, aparecida en las últimas 36 horas sin otros signos patológicos. La analítica presentaba 47.000 leucocitos con blastos.

Resultados: Se realiza biopsia urgente demostrándose tejido infiltrado por proliferación mieloblástica con escasa maduración, sugestivo de leucemia mieloblástica M0-M1, con expresión de CD15 y CD99.

Discusión: La leucemia mieloblástica aguda AM-10 es una grave enfermedad por proliferación de blastos mínimamente diferenciados sin expresar los marcadores celulares típicos, que puede llevar a la muerte en un corto periodo de tiempo si no es tratada. Las manifestaciones en cavidad oral son frecuentes en el contexto de afectación sistémica de la enfermedad, aunque pueden debutar como forma aislada. Las manifestaciones más frecuentes son el aumento de tamaño de las encías, petequias, decoloraciones y hemorragias gingivales. Raramente, pueden aparecer tumores con diversa apariencia. En este caso llamó la atención el aspecto sumamente agresivo y necrótico de una tumoración pequeña muy rápidamente evolutiva y dolorosa. La analítica orientó a enfermedad hematológica, siendo la biopsia profunda demostrativa. El paciente ha recibido quimioterapia agresiva y se encuentra actualmente en seguimiento.

Conclusiones: Ante tumoraciones poco voluminosas pero agresivas ,con amplia necrosis e hiperemia, con clínica refractaria y rápidamente progresiva, debemos sospechar enfermedad hematológica y pedir una fórmula hemática en espera del resultado de una biopsia urgente que permita iniciar el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: leucemia; leucemia mieloide aguda; paladar; paladar blando; cavidad oral.

SUMMARY: Introduction and objective: To describe an unfrequent case of ulcerated tumour as fist sign for Acute Myeloblastic Leukemia AM-10

Method: The case of a 50-year-old man with no medical or toxic history of interest, who presented with a 48-hour history of odynophagia, rapidly progressive fever and general malaise, refractory to usual analgesia and affected by a highly ulcerated necrotic tumor with a hyperemic rim. and very painful in the left hemipalate, which appeared in the last 36 hours with no other pathological signs. Laboratory tests showed 47,000 leukocytes with blasts.

Results: A biopsy was performed and undifferentiated mieloblastic proliferation, suggestive of Acute Myeloblastic Leukemia M0-M1 with CD-15, CD99 expression was demonstrated.

Discussion: Acute Myeloblastic Leukemia AM-10 is a severe condition due to minimally differentiated blast proliferation that can lead to death in a few days without appropriate treatment . Oral manifestations are frequent in general disease context although they can also occur as isolated sign.. They range from gum enlargement ,to decoloration. Wide range of tumours can also be observed. In this case, the highly aggressive and necrotic appearance of a small tumor was striking. The analysis pointed to hematological disease, with the deep biopsy being demonstrative. The patient has received aggressive chemotherapy and is currently under follow-up.

Conclusions; In the case of small but aggressive tumors with extensive necrosis and hyperemia, with refractory and rapidly progressive symptoms, we should request an analysis to suspect haematological disease while awaiting the result of a biopsy.

KEYWORDS: leukemia; leukemia myeloid acute; palate; palate soft; oral cavity.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

METÁSTASIS SÉPTICA EN QUISTE DE BAKER COMO COMPLICACIÓN TRAS RADIOFRECUENCIA DE CORNETES

Infected Baker's Cyst after Radiofrequency Volume Turbinate Reduction

María Estrella GOMEZ-TOME ^{IB}; Marta ZABALETA-LÓPEZ ^{IB}; Cristina IBÁÑEZ-MUÑOZ ^{IB}; Marta GARCÍA-PILA; Belén CLEMENTE-CUARTERO; Carmen MUÑOZ-DELGADO

Hospital San Pedro, Logroño.

Correspondencia: megtome@riojasalud.es

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

RESUMEN: Introducción: El quiste de Baker o quiste poplíteo es una colección anormal de líquido sinovial en la bursa gastrocnemio-semimembranosa de la rodilla, habitualmente asintomática, asociada normalmente a patología articular. Tiene una prevalencia del 5 al 38%. Su complicación más frecuente es la ruptura, mientras que la infección es muy poco común, pudiendo asociarse a artritis séptica. El diagnóstico se realiza mediante ecografía y la resonancia magnética nuclear (RMN) es el gold estándar para el estudio de sus complicaciones. La punción guiada por ecografía realiza una descompresión del quiste y permite obtener material para la realización de cultivos, siendo el *S. aureus* el microorganismo más frecuentemente aislado. Requiere un tratamiento antibiótico prolongado por el riesgo de artritis séptica asociado.

Método: Presentamos el caso de un varón de 64 años valorado en consultas de Otorrinolaringología por obstrucción nasal crónica. Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial, dislipemia e intervención por meniscopatía de rodilla derecha hace 15 años. A la exploración se evidenció hipertrofia de cornetes, indicándose turbinoplastia por radiofrecuencia. La intervención se realizó sin incidencias, sin requerir taponamiento nasal y se pautó pomada con antibiótico tópico (bacitracina y neomicina). A los dos días el paciente presenta gonalgia derecha con tumefacción y eritema y fiebre de 38.5°. Se realiza ecografía en la que se aprecia un quiste de Baker complicado de 7x3 cm. Se realiza drenaje de material purulento en el que se aísla *S. aureus* sensible a meticilina (SAMS). Ante la sospecha de bacteriemia por SAMS tras turbinoplastia se decide solicitar ecocardiograma para descartar endocarditis infecciosa, sin observarse lesiones. Debido al riesgo asociado de artritis séptica se pauta tratamiento con cloxacilina IV 12mg/24h durante 2 semanas y posteriormente levofloxacin 500mg/24h durante 4 semanas. El paciente presentó una evolución favorable encontrándose actualmente asintomático.

Conclusiones: La infección del quiste de Baker es una complicación muy poco frecuente encontrándose pocos casos documentados en la literatura. Deben estudiarse posibles focos de entrada de microorganismos, como en nuestro caso la cirugía nasal, que puedan producir una bacteriemia que asiente en el quiste.

PALABRAS CLAVE: quiste de Baker; quiste poplíteo; hipertrofia turbinal inferior; turbinoplastia por radiofrecuencia.

SUMMARY: Introduction: A Baker's cyst (BC) or popliteal cyst is a distention of the gastrocnemius-semimembranous bursa of the knee. It is usually asymptomatic and associated to known knee pathology. The incidence of BC is between 5% and 38% and increases with aging. Its most frequent complication is rupture. Infection of a BC is an uncommon complication usually associated with septic arthritis. Ultrasound examination is appropriate for identifying and measuring the cyst and MRI is the gold-standard imaging study to confirm the presence and the complications of a BC. Cyst puncture under ultrasound guidance decompresses the cyst and allows to obtain material for cultures. The most common organism isolated is *S. aureus*. Infected BC requires prolonged antibiotic therapy because of the risk of septic arthritis.

Method: A 64-year-old man presented with chronic nasal obstruction secondary to inferior turbinate hypertrophy. His personal history includes arterial hypertension, hypercholesterolemia and right knee arthroscopic surgery for meniscus tears 15 years ago. Radiofrequency turbinoplasty was performed without incident. Nasal packing was not necessary and topical antibiotic ointment (bacitracin and neomycin) was prescribed. Two days later, the patient presented with sudden right popliteal pain associated with swelling, erythema and fever. An ultrasound was performed showing a complicated Baker's cyst (7x3 cm). Drainage of purulent material was performed and cultures were positive for methicillin-sensitive *S. aureus* (MSSA). MSSA bacteremia after turbinoplasty was suspected, so echocardiogram was requested to rule out infective endocarditis, but no lesions were observed. Given the associated risk of septic arthritis, treatment with intravenous cloxacillin 12mg/24h for 2 weeks and then levofloxacin 500mg/24h for 4 weeks was prescribed. The patient evolved favorably and is currently asymptomatic.

Conclusions: Infected Baker's cyst incidence is very low with few reports in the literature. Possible sources of entry of pathogens should be studied, in our case, bacteriemia was most likely secondary to radiofrequency turbinoplasty.

KEYWORDS: Baker's cyst; Popliteal cyst; inferior turbinate hypertrophy; radiofrequency volume turbinate reduction.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

COLGAJOS DE AVANCE EN PAROTIDECTOMÍAS AMPLIADAS. NUESTRA EXPERIENCIA

Advancement Flaps in Extended Parotidectomies. Our Experience

Patricia VIVEROS-DÍEZ ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES ; Marta JUSTEL-NUEVO ;

Marta ALONSO-MESONERO ; Juan LOSADA-CAMPA ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

Correspondencia: patricia_viverosdiez@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Existe una gran variedad de colgajos cutáneos empleados en la reconstrucción de defectos quirúrgicos faciales tras la extirpación de grandes tumores, sin embargo la elección del más adecuado debe ser cuidadosa para lograr una buena recuperación estética y funcional.

Se pueden clasificar según el método de transferencia o por su vascularización, sin embargo, hay autores que los clasifican en función de su utilidad en cada una de las distintas unidades estéticas faciales.

De esta forma, podremos disponer de colgajos giratorios (rotación, transposición o interpolación), de avance (con pedículo único, bipediculado o en Y-V) o colgajos en bisagra.

Dentro de las unidades estéticas faciales, nos centraremos en la mejilla, en concreto en la parotídea. Los defectos en esta zona pueden variar en profundidad y hacerlos coincidir con el contorno del tejido circundante supone un desafío. El cierre de primera intención a través de las líneas de tensión con la piel relajada es la opción reconstructiva más simple para defectos pequeños, sin embargo, defectos medianos y grandes requieren la cobertura de un colgajo local.

Método: Presentamos tres casos de reconstrucción con colgajos de avance tras parotidectomías ampliadas.

El primero de ellos se trata de una mujer de 78 años con una tumoración parotídea derecha de aproximadamente 7 cm que infiltra tejido celular subcutáneo, piel, masetero y arteria carótida externa ipsilateral con diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide de parótida.

El segundo, se trata de un varón de 84 años con tumoración pétreo parotídea izquierda, exteriorizada y fistulizada de aproximadamente 5 cm, que infiltra CAE cartilaginosa, VII par izquierdo, músculo temporal, apófisis cigomática izquierda, carótida derecha y hueso timpánico ipsilateral.

La tercera, se trata de una mujer de 79 años con antecedente de parotidectomía superficial por carcinoma adenoide quístico con nueva tumoración de 3 cm que infiltra piel.

Resultados: En todos los casos se realizaron parotidectomías ampliadas, con vaciamiento cervical funcional ganglionar izquierdo y exéresis de CAE cartilaginosa en el segundo caso. Debido a la extensión del tumor, en este caso, fue necesaria la desperiostización de la apófisis cigomática llegando casi hasta la fosa infratemporal, donde se comprobó la infiltración tumoral de periostio cigomático-temporal. Los dos primeros casos precisaron la ligadura de la arteria carótida externa, maxilar interna y temporal superficial.

La reconstrucción del defecto facial se llevo a cabo con colgajos de rotación. El postoperatorio fue favorable, manteniendo el colgajo buen aspecto.

Los dos primeros casos fueron tratados con radioterapia adyuvante con buen control de la enfermedad.

Discusión y conclusiones: Debemos conocer las opciones de reconstrucción facial con colgajos locales para resecciones de lesiones amplias en las que no sea posible estéticamente o funcionalmente un cierre directo.

Deberemos de tener en cuenta las características de la piel donde se encuentra el defecto y de la región donante.

PALABRAS CLAVE: colgajos locales faciales; parotidectomía; glándula parotídea; reconstrucción; defecto facial.

SUMMARY: Introduction and objective: There is a wide variety of skin flaps used in the reconstruction of facial surgical defects after the removal of large tumors, however the choice of the most suitable must be careful to achieve a good aesthetic and functional recovery.

They can be classified according to the transfer method or their vascularization, however, there are authors who classify them according to their usefulness in each of the different facial aesthetic units.

In this way, we can have rotating flaps (rotation, transposition or interpolation), advancement (with a single pedicle, bipedicle or Y-V) or hinged flaps.

Within the facial aesthetic units, we will focus on the cheek, specifically the parotid. Defects in this area can vary in depth and matching the contour of the surrounding tissue is challenging. First-intention closure through relaxed skin tension lines is the simplest reconstructive option for small defects, however, medium and large defects require local flap coverage.

Method: We present three cases of reconstruction with advancement flaps after extended parotidectomies.

The first of them is a 78-year-old woman with a right parotid tumor of approximately 7 cm that infiltrates subcutaneous cellular tissue, skin, masseter and ipsilateral external carotid artery with a histological diagnosis of parotid squamous cell carcinoma.

The second is an 84-year-old male with an exteriorized and fistulized left parotid stone tumor of approximately 5 cm, infiltrating cartilaginous EAC, left VII nerve, temporalis muscle, left zygomatic process, right carotid artery and ipsilateral tympanic bone.

The third is a 79-year-old woman with a history of superficial parotidectomy for adenoid cystic carcinoma with a new 3-cm tumor infiltrating the skin.

Results: In all cases, extended parotidectomies were performed, with functional cervical dissection of the left lymph node and excision of the cartilaginous EAC in the second case. Due to the extension of the tumor, in this case, it was necessary to deperioctize the zygomatic process, reaching almost to the infratemporal fossa, where tumor infiltration of the zygomatic-temporal periosteum was verified. The first two cases required ligation of the external carotid, internal maxillary, and superficial temporal arteries.

Reconstruction of the facial defect was carried out with rotation flaps. The postoperative period was favorable, with the flap maintaining a good appearance.

The first two cases were treated with adjuvant radiotherapy with good disease control.

Discussion and conclusions: We must know the options of facial reconstruction with local flaps for wide resections in which a direct closure is not aesthetically or functionally possible.

We must take into account the characteristics of the skin where the defect is located and of the donor region.

KEYWORDS: local skin flaps; parotidectomies; parotid gland; reconstruction; facial defect.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

FÍSTULA DE SENO PIRIFORME. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pyriiform Sinus Fistula. A Case Report

Ana RODRÍGUEZ-GARCÍA; Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN;
Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS; María PUENTE-VÉREZ; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ

Complejo Asistencial de León.

Correspondencia: anarguez.grc@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Las anomalías del 4º arco branquial son extremadamente raras, constituyendo <1% de las anomalías de las hendiduras branquiales. Las fistulas del seno piriforme resultan de la obliteración incompleta de la hendidura del 4º arco branquial. Mediante la presentación de un caso clínico queremos analizar el diagnóstico y manejo de esta entidad. Método: Exponemos el caso de un niño de 2 años que precisa ingreso por presentar una tumoración cervical, caliente y dolorosa, que provocaba rigidez cervical y limitación en los movimientos de rotación del cuello. Se realiza estudio de imagen mediante TAC que informa de la presencia de masa quística de unos 5 cm de diámetro sobreinfectada en localización cervical izquierda, anterior a la A. carótida y V. yugular, a las cuales desplaza posterolateralmente. También produce desplazamiento contralateral de tráquea y esófago.

Se decide instaurar tratamiento antibiótico empírico (amoxicilina-ac clavulánico + clindamicina) y antiinflamatorio con corticoides intravenosos.

Bajo sedoanalgesia se realiza exploración de vía aérea la cual no se encuentra colapsada y se completa estudio con PAAF guiada por ecografía con cultivo del líquido obtenido, siendo positivo para *S. constellatus* multisensible por lo que se mantiene tratamiento con clindamicina iv durante 8 días siendo el paciente dado de alta con exploración cervical normal.

A los 2 meses acude nuevamente por tumoración cervical fluctuante en la misma región decidiendo tratar con antibiótico de forma ambulatoria completando estudio con esofagograma y nueva ecografía cervical.

Resultados: El esofagograma es normal, no observando presencia de posible fistula, la ecografía nos informa de una lesión de 1,6 cm en el margen lateral izquierdo de cuello, muy vascularizada, comportándose

como un nódulo flemonoso. Se identifica un trayecto fistuloso que se dirige a la musculatura anterior y lateral cuello.

Ante estos hallazgos el S. Cirugía Pediátrica decide realizar cervicotomía para exéresis de dicha lesión, pero durante el acto quirúrgico no se consigue visualizar ningún quiste.

Ante la sospecha de fístula del seno piriforme es enviada a nuestro S. de ORL y se propone nueva intervención, laringoscopia directa, explorando seno piriforme izquierdo y encontrando en el fondo del mismo orificio fistuloso que se sella mediante electrocauterio. Tras un año de la última cirugía no se han repetido los cuadros de infección cervical.

Discusión: Las anomalías del 4º arco branquial son más frecuentes en población pediátrica y predominan en el lado izquierdo. Se manifiestan clínicamente como abscesos cervicales, masas laterales o tiroiditis supurativas. Se originan en el ápex del seno piriforme profundos al nervio laríngeo superior y superficiales al N. recurrente. El manejo agudo requiere antibioterapia y en ocasiones punción-drenaje del absceso. En un segundo tiempo y de forma programada se realiza cervicotomía y exéresis de la lesión. En los últimos años se ha visto que pueden ser tratados de forma satisfactoria y definitiva con técnicas endoscópicas y obliteración del orificio fistuloso con electrocauterización o láser.

Conclusiones: En el diagnóstico diferencial de las infecciones recurrentes cervicales en la población pediátrica se deben tener en cuenta las anomalías del tercer y cuarto arco branquial. Para su diagnóstico además de estudios de imagen como TAC y ecografía puede resultar útil el esofagograma. Las técnicas endoscópicas con obliteración o sellado del orificio fistuloso constituyen una alternativa a la cervicotomía como tratamiento definitivo.

PALABRAS CLAVE: fístula 4º arco branquial; fístula seno piriforme.

SUMMARY: Introduction and objective: Anomalies of the 4th branchial arch are extremely rare, constituting

<1% of branchial cleft anomalies. Piriform sinus fistulas result from incomplete obliteration of the 4th branchial arch cleft. Through the presentation of a clinical case we want to analyze the diagnosis and management of this entity.

Method: We present the case of a 2-year-old boy who required admission for a hot, painful cervical tumor that caused cervical stiffness and limited neck rotation movements. A CT scan was performed which revealed the presence of an over-infected cystic mass of about 5 cm in diameter in the left cervical region, anterior to the carotid artery and jugular vein, which it displaced posterolateral. It also caused contralateral displacement of the trachea and esophagus. Empirical antibiotic treatment (amoxicillin-ac clavulanic acid + clindamycin) and anti-inflammatory treatment with intravenous corticosteroids was started.

Under sedoanalgesia, the airway was examined, which was not found to be collapsed, and the study was completed with ultrasound guided FNA with culture of the fluid obtained, which was positive for multisensitive *S. constellatus*, for which treatment was maintained with iv clindamycin for 8 days, and the patient was discharged with a normal cervical examination.

Two months later, the patient was seen again for a fluctuating cervical tumor in the same region, and it was decided to treat with antibiotics on an outpatient basis, completing the study with an esophagogram and a new cervical ultrasound.

Results: The esophagogram was normal, with no evidence of a possible fistula. The ultrasound scan revealed a 1.6 cm lesion on the left lateral margin of the neck, highly vascularized, behaving like a phlegmonous nodule. A fistulous trajectory is identified that leads to the anterior and lateral neck musculature.

In view of these findings, the Pediatric Surgery Department decided to perform a cervicectomy to excise the lesion, but during surgery no cyst could be seen.

In view of the suspected pyriform sinus fistula, she was sent to our ENT department and a new operation was proposed, direct laryngoscopy, exploring the left pyriform sinus and finding a fistulous orifice at the bottom of it, which was sealed by electrocautery. One year after the last surgery, there was no recurrence of cervical infection.

Discussion: Anomalies of the 4th branchial arch are more frequent in the pediatric population and predominantly on the left side. They manifest clinically as cervical abscesses, lateral masses or suppurative thyroiditis. They originate from the apex of the pyriform sinus deep to the superior laryngeal nerve and superficial to the recurrent N. Acute management requires antibiotherapy and sometimes puncture-drainage of the abscess. In a second stage, cervicectomy and excision of the lesion is performed on a scheduled basis. In recent years it has been seen that they can be treated satisfactorily and definitively with endoscopic techniques and obliteration of the fistulous orifice with electrocautery or laser.

Conclusions: In the differential diagnosis of recurrent cervical infections in the pediatric population, anomalies of the third and fourth branchial arch should be considered. In addition to imaging studies such as CT and ultrasound, an esophagogram may be useful for diagnosis. Endoscopic techniques with obliteration or sealing of the fistulous orifice are an alternative to cervicectomy as definitive treatment.

KEYWORDS: 4th branchial arch fistula; pyriform sinus fistula.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

ABORDAJE QUIRÚRGICO EN EL TUMOR DEL GLOMUS CAROTÍDEO: CASO CLÍNICO

Surgical Approach in Carotid Glomus Tumours: Case Report

Sofía PACHECO-LÓPEZ ; Paula PEÑA-NAVARRO ; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE 

Susana MARCOS-ALONSO ; Sofia FERREIRA-CENDÓN ; Marta CALVO-PÉREZ

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: sofiapacheco.pl@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Los paragangliomas de cabeza y cuello son tumores infrecuentes que se originan en el tejido paraganglionar que procede de las células ectodérmicas de la cresta neural. El más frecuente en dicha área es el que se origina en la bifurcación carotídea. Se trata de tumoraciones generalmente benignas, de crecimiento lento, que habitualmente se presentan como una masa cervical asintomática, pero que a largo plazo pueden generar una sintomatología que afecta a la calidad de vida de los pacientes. Por dicho motivo, hay que valorar en el tratamiento la posibilidad de una actitud expectante, radioterapia o un tratamiento quirúrgico del mismo, con el consiguiente riesgo de morbimortalidad que conlleva.

Presentación del caso: se presenta el caso de una mujer de 83 años que acude a consultas de otorrinolaringología por una tumoración laterocervical derecha de 20 años de evolución que le genera una disfagia importante, por la que requiere sonda nasogástrica, y voz engolada de dos meses de evolución. A la exploración presenta una tumoración cervical alta que propulsa la celda amigdalina y la región laterofaringea derecha. La ecografía nos informa de que se trata de una masa muy vascularizada en la bifurcación carotídea, por lo que se solicita gammagrafía que confirma que expresa receptores de somatostatina y, por tanto, que se trata de un paraganglioma carotídeo. Ante este diagnóstico se ofrecen dos posibilidades terapéuticas: la exéresis quirúrgica de la tumoración asumiendo un alto riesgo quirúrgico, o bien un tratamiento sintomático cuando lo requiera (gastrostomía endoscópica percutánea y traqueotomía). Lo valora y la paciente prefiere la exéresis de la tumoración. Para ello se realiza un abordaje infratemporal - cervicotrassoral de Biller, previa embolización de la masa. Se requiere de una mandibulotomía paramedial para la extensión parafaríngea. Además, precisa de la ligadura de la carótida externa y de la yugular interna para su extirpación, y de la

reparación del kinking de la carótida interna desencadenado por la compresión de la masa sobre la misma. En el posoperatorio, desarrolla una fistula salival en la zona parotídea derecha, que acaba generando un sangrado carotídeo, por la que se realiza una ligadura de la carótida interna. Pese a todo, la paciente acaba falleciendo al mes y medio de la intervención.

Discusión: el tumor del glomus carotídeo es una patología infrecuente que requiere un alto grado de sospecha para su diagnóstico. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica, que ha de ser realizado por un cirujano experto que domine las técnicas de resección y reconstrucción vascular en el territorio de la carótida. En este caso, la paciente habiendo valorado el riesgo de morbimortalidad y por su situación personal se decide a la exéresis quirúrgica de la lesión. El desenlace fatal fue debido a la fistula salival que se presentó la paciente como complicación en el posoperatorio y que generó un sangrado carotídeo que, a largo plazo, acabó con dicho desenlace. Se trata de una cirugía con una alta complejidad con un riesgo de mortalidad del 1-2% y de morbilidad del 20-40% (lesión de pares craneales, accidente cerebrovascular, hemorragia...).

Conclusiones: el abordaje infratemporal - cervicotransoral de Biller es un abordaje adecuado en este tipo de intervenciones. Conlleva un alto riesgo quirúrgico, por lo que es imprescindible una correcta valoración y comunicación médico-paciente preoperatoria.

PALABRAS CLAVE: paraganglioma; cabeza y cuello; tumor del glomus carotídeo; cirugía.

SUMMARY: Introduction and objective: Paragangliomas of the head and neck are rare tumours that arise from paraganglionic tissue originating from the ectodermal cells of the neural crest. The most frequent in this area is the one originating from the carotid bifurcation. These are generally benign, slow-growing tumours, but in the long term they can generate symptoms that greatly affect patients' quality of life. For this reason, the possibility of a wait-and-see approach, radiotherapy or surgical treatment must be considered in the treatment, with the consequent risk of morbidity and mortality that this entails.

Presentation of the case: we present the case of an 83-year-old woman who came to the otorhinolaryngology department for a right laterocervical tumour that had been present for 20 years and which caused her significant dysphagia, requiring a nasogastric tube, and a deep voice that had been present for two months. On examination she presented with a high cervical tumour that spreads to the tonsillar cell and the right latero-pharyngeal region. Ultrasound revealed a highly vascularised mass in the carotid bifurcation, so a scan was requested which confirmed that it expressed somatostatin receptors and, therefore, that it was a carotid paraganglioma. Given this diagnosis, two therapeutic options were offered: surgical excision of the tumour, assuming a high surgical risk, or symptomatic treatment when required (percutaneous endoscopic gastrostomy and tracheotomy). She assesses it and the patient prefers excision of the tumour. For this, an infratemporal - cervicotransoral Biller approach is performed, after embolisation of the mass. A paramedial mandibulotomy is required for parapharyngeal extension. It also requires ligation of the external carotid artery and the internal jugular vein for removal, and repair of the kinking of the internal carotid artery triggered by compression of the mass on the internal carotid artery. Postoperatively, she developed a salivary fistula in the right parotid area, which eventually led to carotid bleeding, for which an internal carotid ligation was performed. However, the patient died a month and a half after the operation.

Discussion: Carotid glomus tumour is a rare pathology that requires a high degree of suspicion for diagnosis. Treatment consists of surgical resection, which must be performed by an expert surgeon who has mastered the techniques of vascular reconstruction in the carotid territory. In this case, the fatal outcome was due to the salivary fistula that occurred as a complication in the postoperative period and which generated carotid bleeding that, in the long term, led to this outcome. In this case, having assessed the risk of morbidity

and mortality and given her personal situation, the patient decided to have the lesion surgically excised. This is a highly complex surgery with a mortality risk of 1-2% and a morbidity risk of 40% (cranial nerve damage, stroke, haemorrhage, etc.).

Conclusions: the Biller infratemporal - cervicotrarsoral approach is an appropriate approach for this type of intervention. It involves a high surgical risk, so a correct preoperative assessment and doctor-patient communication is essential.

KEYWORDS: paraganglioma; head and neck; carotid glomus tumor; surgery.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

MUCOCELE FRONTAL COMPLICADO CON CELULITIS PRESEPTAL EN PACIENTE INTERVENIDO PREVIAMENTE POR VÍA EXTERNA

Frontal Mucocele Complicated with Preseptal Celulitis in a Patient Previously Intervened Externally

Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; María Consolación MARTÍN-PASCUAL ; Patricia VIVEROS-DÍEZ 
Ana FERNÁNDEZ-RODRIGUEZ ; Milagros MARCOS-ORDÓÑEZ ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: mgonzalezsos@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El objetivo del siguiente trabajo es presentar el caso de un mucocele frontal recidivante. Los mucocelos de los senos paranasales son lesiones quísticas benignas, lentamente expansivas, que ocurren como consecuencia de la obstrucción del ostium nasosinusal. Suelen permanecer asintomáticos hasta debutar por lo general con clínica ocular como edema o proptosis o con complicaciones intracraneales. También pueden ser hallazgos incidentales tras una prueba de imagen realizada por otro motivo. La etiología incluye infecciones, traumatismos, cirugía previa, o neoplasias benignas. La localización más frecuente es en el seno frontal, seguido por el etmoidal. Con el uso de tratamiento antibiótico, la morbimortalidad de los mucocelos ha disminuido de forma importante, sin embargo, para resolver el mucocele es necesaria la marsupialización del mismo mediante un abordaje quirúrgico.

Método: Presentamos el caso de un varón de 60 años, intervenido de frontoetmoidectomía izquierda por medio de abordaje de Lynch hace 16 años, por una sinusitis complicada que debuta con celulitis preseptal. En esta ocasión presenta nuevamente dolor frontal y edema de párpado izquierdo. Tras la exploración inicial no se observa moco-pus en ostium de drenaje del seno frontal. Se realiza TC de senos paranasales donde se observa la ocupación del seno frontal izquierdo. Inicialmente se maneja con tratamiento médico. Los datos clínicos junto a las pruebas complementarias orientan al diagnóstico de mucocele frontal, ante lo que se propone al paciente un abordaje quirúrgico endoscópico del mismo.

Resultados: Durante el abordaje quirúrgico se observa una fibrosis que cierra el orificio de drenaje del seno frontal izquierdo. Este seno se extiende hasta el lado derecho, y contiene pus en su interior. Se le realiza un DRAF IIB. Al final de la cirugía se deja a modo de stent una lámina de silicona en la apertura realizada para evitar el cierre. En la actualidad el paciente sigue con curas periódicas para asegurar la permeabilidad del seno frontal.

Discusión: Los mucocelos frontales son una patología benigna, que pueden dar lugar a complicaciones oftalmológicas y cerebrales graves por lo que deben ser abordados quirúrgicamente de forma precoz. El tratamiento médico con antibiótico y corticoides no evita las recidivas.

Conclusiones: El abordaje endoscópico permite dejar una apertura amplia del seno, disminuyendo la probabilidad de que se vuelva a formar un mucocelo, al contrario que abordajes externos en lo que no se aborda el seno por su apertura natural, de modo que puede tender a cerrarse al estar expuestos a factores inflamatorios, favoreciendo la fibrosis y cierre de los ostium de drenaje. Los abordajes endoscópicos han sustituido a los externos, estos permiten el abordaje de todos los mucocelos frontales ocasionando menos secuelas que los externos. Estos abordajes precisan curas periódicas para evitar cierre tras la intervención.

PALABRAS CLAVE: mucocelo frontal; celulitis preseptal; cirugía endoscópica nasosinusal.

SUMMARY: Introduction and objective: The objective of the present work is to present the case of a frontal relapsing mucocelo. Paranasal sinus mucocelos are cystic benign lesions, slowly expansive, that occur as a consequence of an obstruction of the nasosinusal ostium. They tend to remain asymptomatic until they debut with ocular symptomatology like a preseptal edema, proptosis or even intracranial complications. It can also be an incidental finding when performing an image test for another motive. Aetiology includes infections, trauma, previous surgery or benign neoplasms. The frontal sinus is the most common location, followed by the ethmoidal sinus. With the introduction of antibiotic therapy, the morbimortality rates have declined importantly, nevertheless, to cure a mucocelo, a surgical approach with marsupialization is necessary.

Method: The following is the case of a 60-year-old man, who was intervened of a complicated sinusitis that debuted with a preseptal cellulitis with a left frontal-ethmoidectomy done by a Lynch approach 16 years before. In this occasion, he presents again with a frontal pain associated to oedema of the left eyelid suggestive of preseptal cellulitis. No mucus or pus is seen at the opening of the frontal sinus when examined initially. A paranasal sinus CT scan is performed, showing an occupation of the left frontal sinus. A first approach with medical treatment is given. Clinical data, together with complimentary tests orient the diagnosis to a frontal mucocelo, for which a surgical endoscopic approach is proposed to the patient.

Results: During the surgery, a fibrotic tissue closing the drainage orifice of the left frontal sinus is identified. This sinus extends towards the right side and is filled with pus. A DRAF IIB is performed. At the end, a silicone sheet is placed in the opening of the sinus to avoid its closure. Currently, this patient is examined periodically to make sure the sheet is in its position.

Discussion: Frontal mucocelos are a benign pathology, that could result in ophthalmologic and cerebral complications, hence they should have an early surgical approach. Medical treatment with antibiotics and corticosteroids doesn't avoid relapses.

Conclusions: Endoscopic approach allows to provide a wide opening of the sinus, decreasing the probability of a new mucocelo, contrary to external surgery in which the sinus isn't approached by its natural opening, tending to close again given that its exposed to factors that favour fibrosis like inflammation.

Endoscopic approaches have replaced external ones. These allow an approach of all frontal mucocèles with less damage than with external ones. When performing them, a close follow up checking the position of the silicone sheet is very important to avoid closing of the sinus.

KEYWORDS: frontal mucocèle; preseptal cellulitis; endoscopic surgery.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL INFANTIL POSTCOVID: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bilateral Neurosensorial Hearing Loss in postCovid Child: Case Report

Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE ; Susana MARCOS-ALONSO ; María José FERNÁNDEZ-NAVA ;
Paula PEÑA-NAVARRO ; Chiara MONÓPOLI-ROCA ; Enrique CALVO-BOIZAS 

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: crisalay29@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción: Durante la pandemia por SARS-CoV-2 y después de la fase aguda, se han descrito síntomas persistentes como secuela. En área ORL se han descrito principalmente odinofagia, disfonía y acúfenos. La hipoacusia no está actualmente en la lista de síntomas pre o post COVID-19. Sin embargo, se han descrito algunos casos alrededor del mundo de hipoacusia neurosensorial sobre todo semanas después de superar la infección.

Caso clínico: Paciente varón de 8 años sin antecedentes, quien en marzo del 2020 acudió a urgencias por broncoespasmo relacionado con infección de vías respiratorias altas. Varios meses después presentó sensación subjetiva de hipoacusia, ante sospecha de Otitis media serosa se pautó tratamiento con corticoide intranasal. En octubre del 2020 lo derivan a la consulta de ORL por persistencia de la hipoacusia con otoscopia normal bilateral. En Audiometría Tonal Liminal (ATL) presentó hipoacusia neurosensorial bilateral moderada con curvas A bilaterales en impedanciometría.

Evolución: Durante el seguimiento, se confirmó la hipoacusia bilateral descrita en Potenciales Evocados Auditivos de Estado Estable (PEAEE). En el estudio etiológico y debido a la fecha de inicio de los síntomas (inicio de la pandemia COVID-19), se añadió serología con anticuerpos para SARS COV 2 siendo estos positivos; el paciente no se encontraba vacunado y ninguno de los padres referían el antecedente dicha infección.

Conclusiones: La pérdida auditiva, total o parcial, no está actualmente en la lista de síntomas COVID-19 agudo ni en COVID persistente, además de que no hay suficiente evidencia para relacionar este síntoma como secuela de dicha infección. Se necesitan estudios de alta calidad para determinar los riesgos a largo plazo a nivel cócleo-vestibular.

PALABRAS CLAVE: trastornos auditivos; pérdida auditiva bilateral; infección por Coronavirus.

SUMMARY: Introduction: During the pandemic of SARS-CoV-2 virus and after the acute phase, persistent symptoms have been reported as a sequel. In the ORL area, mainly odynophagia, dysphonia and tinnitus have been described. Hearing loss is not currently on the list of symptoms either pre or post COVID-19. However, some cases of sensorineural hearing loss have been reported around the world, especially weeks after overcoming the infection.

Clinic Case: An 8-year-old male patient with no history of interest, who in march 2020 went to the emergency room for bronchospasm related to upper respiratory tract infection. Several months later, he presented a subjective sensation of hearing loss. Suspecting serous otitis media, treatment with intranasal corticosteroids was prescribed. In October 2020, he was referred to the ORL clinic due to persistent hearing loss with normal bilateral otoscopy. In Liminal Tone Audiometry (LTA), he presented moderate bilateral sensorineural hearing loss with bilateral A curves in impedance measurement.

Evolution: During follow-up, the bilateral hearing loss described in Steady State Auditory Evoked Potentials (SESEP) was confirmed. In the etiological study and due to the date of onset of symptoms (beginning of the COVID-19 pandemic), serology with antibodies for SARS COV 2 was added, these being positive; the patient was not vaccinated and neither of the parents reported the history of said infection.

Conclusions: Hearing loss, total or partial, is not currently on the list of symptoms of acute COVID-19 or persistent COVID, in addition to the fact that there is not enough evidence to link this symptom as a sequel of SARS-CoV-2 infection. High-quality studies are needed to determine long-term risks in the cochlear-vestibular area.

KEYWORDS: hearing disorders; bilateral hearing loss; Coronavirus infection.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

PROCESO LINFOPROLIFERATIVO TIPO T EN LENGUA: A PROPÓSITO DE UN CASO

T-Type Lymphoproliferative Disorder in the Tongue: Case Report

Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE ; María José FERNÁNDEZ-NAVA ; Susana MARCOS-ALONSO 

Sofía FERREIRA-CENDÓN ; Guillermo Salib CORONEL-TOUMA ; Pedro BLANCO-PÉREZ 

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: crisalay29@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción: Los síndromes linfoproliferativos (SLP) de estipe T, constituyen el 15% de todos los linfomas No Hodgking. La localización de los linfomas extra nodales más frecuentes se encuentra en el área gastrointestinal, seguida del área cérvico-facial (34%). En la cavidad oral se localizan por lo general en el anillo de Waldeyer (5-10%), siendo los linfomas de lengua los más infrecuentes, representando el 3% de todos los linfomas del área cérvico-facial. Dentro de las formas cutáneas, la enfermedad linfoproliferativa CD30+, constituye el segundo tipo más frecuente de linfoma cutáneo tipo T.

Descripción del caso clínico: Paciente mujer de 78 años derivada de atención primaria por persistencia de lesión en el dorso de hemilengua derecha además de glosodinia y odinofagia. En la exploración física se describió lesión nodular en medallón grisácea que no sobrepasaba la línea media, indurada y dolorosa a la palpación. Bajo anestesia local, se realizó una toma de biopsia, la misma que describió proceso linfoproliferativo T-CD30+ y con resultado del ADN de la muestra enviada a biología molecular con presencia de reordenamiento clonal del receptor de células T. Con estos resultados, se solicitó prueba de imagen (PET-TAC) de cuerpo entero donde no se evidenciaron focos sugerentes de infiltración linfoproliferativa metabólicamente activa. Con estos resultados se derivó a la paciente al servicio de Hematología para su valoración y posterior tratamiento pertinente.

Conclusiones: Los linfomas de localización extranodal en lengua al ser muy infrecuentes representan un reto diagnóstico, por lo que es importante tenerlos en cuenta a la hora de su valoración además de una adecuada correlación clínico-patológica apoyados siempre en los exámenes complementarios de imagen y por supuesto histológicos y de biología molecular.

PALABRAS CLAVE: Linfoma tipo T cutáneo; linfoma No Hodgkin; extensión extranodal.

SUMMARY: Introduction: T-type lymphoproliferative syndromes constitute 15% of all Non-Hodgkin's Lymphomas. The most frequent extra nodal Lymphomas are located in the gastrointestinal area, followed by the cervico-facial area (34%). In the oral cavity, they are generally located in Waldeyer's ring (5-10%), with tongue lymphomas being the most infrequent, representing 3% of all Lymphomas in the cervical-facial area. Within the cutaneous forms, CD30+ lymphoproliferative disease is the second most frequent type of cutaneous T-type lymphoma.

Description of the clinical case: A 78-year-old female patient referred from primary care due to a persistent lesion on the dorsum of the right side of the tongue, in addition to glossodynia and odynophagia. Physical examination revealed a grayish medallion nodular lesion that did not exceed the midline, indurated and painful on palpation. Under local anesthesia, a biopsy was taken, the same one that described the CD30+ T-cell lymphoproliferative disorder and with the result of the DNA of the sample sent to molecular biology with the presence of clonal rearrangement of T-cell receptor. With these results, a whole body PET-CT was requested, showing no suggestive foci of metabolically active lymphoproliferative infiltration. With these results, the patient was referred to the Hematology service for evaluation and subsequent pertinent treatment.

Conclusions: Extranodal lymphomas located in the tongue, due to being very infrequent, represent a diagnostic challenge. Therefore, it is important to consider them while evaluating the patient in addition to an adequate clinical-pathological correlation, always supported by complementary imaging tests and of course, histology and molecular biology.

KEYWORDS: T-Cell lymphoma cutaneous; lymphoma Non-Hodgkin; extranodal extension.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

¿QUIÉN PIENSA EN UN CARCINOMA ESCAMOSO DE OÍDO MEDIO?

Who's Thinking about Middle Ear Squamous Cell Carcinoma?

Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS ; Michael BAUER ; Patricia VIVEROS-DÍEZ ; María ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

SACYL. Hospital Clínico Universitario. Servicio de Otorrinolaringología y CCC. Valladolid. España.

Correspondencia: jlosadac@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El carcinoma epidermoide de oído medio es una neoplasia infrecuente, de clínica silente y diagnóstico habitualmente tardío. El pronóstico depende de la localización, de la extensión y del tipo tumoral.

Método: Se trata de un varón de 71 años, con antecedentes de anemia megaloblástica de posible origen autoinmune y diabetes mellitus insulino dependiente (DMID). No se refieren antecedentes otológicos.

Acude a urgencias por otalgia, supuración e hipoacusia del oído derecho (OD) de 3 semanas de duración, que no mejora con tratamiento antibiótico. 24 horas antes de su ingreso, comienza con parálisis facial del mismo lado.

La otoscopia muestra un tímpano edematoso y abombado, con efusión sero-purulenta, que se cultiva y facilita el drenaje, a través de un diáfragma transtimpánico. Se objetiva también una parálisis facial, grado IV de House-Brackmann, de predominio inferior.

Resultados: Los estudios de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética) muestran una ocupación del oído medio y de la mastoides, con integridad de la cadena osicular, sin lesiones ocupantes de espacio, ni signos de destrucción del canal facial y con un engrosamiento del conducto auditivo externo, que sugieren una otitis media agresiva. El cultivo confirma la presencia de varios microorganismos, entre ellos *Pseudomonas Aeruginosa*.

Dados los antecedentes del paciente (DMID) se inicia un tratamiento parenteral orientado hacia la otitis externa maligna, mejorando parcialmente la sintomatología. Pero ante la persistencia de la clínica

tras dos meses, se solicita un estudio inmunológico de vasculitis que resulta negativo y se consigue obtener una biopsia de la mucosa del oído medio, a través de la perforación residual timpánica, tras extraerse el drenaje, que es compatible con el diagnóstico de carcinoma escamoso de oído medio. La gammagrafía con tecnecio fue negativa.

Discusión y Conclusiones: El carcinoma primario de oído medio es una patología excepcional, que con frecuencia se asocia a otitis media crónica, no soliendo considerarse en el diagnóstico diferencial de cuadros clínicos similares al descrito. Este retraso diagnóstico permite su extensión, habitualmente hacia el endocráneo, pudiendo también metastatizar a cerebro, pulmones, huesos, piel e hígado.

El tratamiento consiste en cirugía ablativa seguida de radioterapia (y en ocasiones quimioterapia). La identificación del epicentro tumoral y de la extensión (de los que depende el pronóstico) es muy complejo.

PALABRAS CLAVE: carcinoma células escamosa; hueso temporal; malignidad oído medio; parálisis facial; tomografía computarizada; imagen resonancia magnética.

SUMMARY: Introduction and objective: Middle ear squamous cell carcinoma is an uncommon neoplasm, with silent clinic and usually late diagnosis. The prognosis depends on the location, extension and tumor type.

Method: The patient was a 71-year-old male with history of megaloblastic anemia (possible autoimmune origin) and insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM). No otologic history was reported.

He came to the emergency department referring 3-week duration otalgia, suppuration and right ear(RE) hypoacusia, which did not improve with antibiotic treatment. 24 hours before admission in our Hospital, she started with facial paralysis on the right side.

Otосcopy showed an edematous and bulging eardrum, with sero-purulent effusion, which was cultured and facilitates drainage through a transtympanic diabol. A facial paralysis, House-Brackmann grade IV, with inferior predominance, was also reported.

Results: Imaging studies (computed tomography and magnetic resonance imaging) show middle ear and mastoid occupation, with integrity of the ossicular chain, without space-occupying lesions or signs of destruction of the facial canal and with thickening of the external auditory canal, suggesting an aggressive otitis media. The culture confirmed the presence of several microorganisms, including *Pseudomonas Aeruginosa*.

Given the patient's history (IDDM), parenteral treatment for malignant otitis externa was started, partially improving the symptoms. However, given the persistence of the symptoms after two months, an immunological study of vasculitis was requested, which was negative and a biopsy of the middle ear mucosa was obtained, through the residual tympanic perforation, after extruding the drainage, which was compatible with the diagnosis of middle ear squamous cell carcinoma. Technetium scintigraphy was negative.

Discussion and Conclusions: Primary middle ear carcinoma is an exceptional pathology, often associated with chronic otitis media, and is not usually considered in the differential diagnosis of clinical pictures similar to the one described. This diagnostic delay allows its extension, usually to the endocranium, and it can also metastasize to the brain, lungs, bones, skin and liver.






Treatment consists of ablative surgery followed by radiotherapy (and sometimes chemotherapy). The identification of the tumor epicenter and extension (on which the prognosis depends) is very complex.

KEYWORDS: squamous cell carcinoma; temporal bone; middle ear malignancy; facial palsy; computed tomography; magnetic resonance imaging.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

LIPOSARCOMA CERVICAL

Neck Liposarcoma

Juan LOSADA-CAMPA; José Ignacio BENITO-OREJAS ; Michael BAUER ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES ; María ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ ; Jaime SANTOS-PÉREZ 
SACYL. Hospital Clínico Universitario. Servicio de Otorrinolaringología y CCC. Valladolid. España.
Correspondencia: jlosadac@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción: Menos del 1% de los tumores malignos son sarcomas, de ellos el 40% son liposarcomas, que se localizan en un 2% en cabeza y cuello. El subtipo “liposarcoma pleomórfico”, caracterizado por su alto grado de malignidad, capacidad de invasión, metástasis y recurrencia, es excepcional. Presentamos un caso clínico, destacando la importancia del tratamiento quirúrgico precoz.

Material y métodos: Varón de 70 años, que consulta por haberse notado un bulto en el cuello hace 3 días. La exploración física revela la presencia de una tumoración látero-cervical izquierda, localizada por debajo del esternocleidomastoideo (área III), móvil, elástica y no dolorosa. Resto de la exploración ORL normal.

Resultados: La ecografía cervical muestra una ecogenicidad heterogénea y la resonancia magnética evidencia una voluminosa masa cervical izquierda, única, de 8x4x4,5 cm, profunda al esternocleidomastoideo y superficial al eje vascular de composición mixta. El estudio citológico mediante punción con aguja (PAAF), objetiva la presencia de células tumorales malignas.

Tras la extirpación por cervicotomía, el diagnóstico anatómico-patológico concluye que se trata de un liposarcoma de tipo mixto.

Radioterapia posterior. 4 años libre de tumor.

Discusión: El liposarcoma de cuello predomina en adultos, con una edad media de 46 años y predilección por el sexo masculino. Se clasifica, desde el punto de vista histológico, en varios subtipos, basándose en la actividad mitótica y grado de necrosis y de diferenciación, siendo la mayoría de los liposarcomas de cabeza y cuello, bien diferenciados. El pleomórfico, uno de los más indiferenciados, es excepcional, con una supervivencia media del 50% a los 2 años.

Como en nuestro paciente, las técnicas de imagen no son concluyentes para el diagnóstico de malignidad y el aspecto encapsulado del liposarcoma, puede confundir.

En cuanto al pronóstico, se valora la histología, la localización, el tamaño y el tipo de tratamiento. Los mejores resultados terapéuticos se obtienen con la cirugía. La radioterapia estaría indicada en los tumores más indiferenciados, con márgenes afectados, de gran tamaño y de localización profunda, pero por su rareza, la literatura no estratifica qué tipo de pacientes se beneficiarían de un tratamiento multimodal.

Conclusión: El liposarcoma pleomorfo es una neoplasia excepcional, de difícil diagnóstico clínico y de mal pronóstico, por lo que, ante una masa cervical de consistencia firme y crecimiento progresivo, se debe indicar un tratamiento quirúrgico precoz, que puede marcar la diferencia en cuanto a los resultados y la esperanza de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: tumores de cabeza y cuello; sarcoma; liposarcoma; cuello; cirugía; radiación.

SUMMARY: Introduction: Less than 1% of malignant tumors are sarcomas, 40% being liposarcomas, 2% of which are located in the head and neck region. Subtype "pleomorphic liposarcoma", characterized by its high degree of malignancy, invasiveness, metastasis and recurrence, is exceptional. We present a clinical case, highlighting the importance of early surgical treatment.

Material and methods: A 70-year-old man consulted after noticing a 3-day evolution lump in his neck. Physical examination revealed the presence of a left latero-cervical lump, located below the sternocleidomastoid (area III), mobile, elastic and non-painful. The rest of the ENT examination was normal.

Results: Cervical ultrasound shows heterogeneous echogenicity and MRI evidences a voluminous left cervical mass, single, 8x4x4.5 cm, deep to the sternocleidomastoid and superficial to the vascular axis of mixed composition. The cytological study by needle puncture (FNA) showed the presence of malignant tumor cells.

After removal by cervicotomy, the anatomic-pathological diagnosis describes it as a mixed liposarcoma.

Subsequent radiotherapy. Tumor-free for 4 years.

Discussion: Neck liposarcoma predominates in adults, 46 being the mean age, and has male predilection. It is histologically classified into several subtypes, based on mitotic activity and degree of necrosis and differentiation, being the majority of head and neck liposarcomas well differentiated. Pleomorphic liposarcoma, one of the most undifferentiated, is exceptional, with a median survival of 50% in 2 years.

As in our patient, imaging techniques are not conclusive for the diagnosis of malignancy and the encapsulated aspect of the liposarcoma might be confusing.

Regarding prognosis, histology, location, size and type of treatment are evaluated. The best therapeutic results are obtained with surgery. Radiotherapy would be indicated in the most undifferentiated tumors, with affected margins, large size and deep location, but due to its rarity, literature does not stratify which type of patients would benefit from multimodal treatment.



Conclusion: Pleomorphic liposarcoma is an exceptional neoplasm, difficult to diagnose clinically and with a poor prognosis. Therefore, when faced with a cervical mass of firm consistency and progressive growth, early surgical treatment should be indicated, which can make a difference in terms of the patient's outcome and life expectancy.

KEYWORDS: head and neck tumors; sarcoma; liposarcoma; neck; surgery; radiation.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE CARCINOMA EPIDERMOIDE INFILTRANTE DE OROFARINGE

Spontaneous Regression of Infiltrating Squamous Cell Carcinoma of the Oropharynx

Mariana GONZÁLEZ-SOSTO; Luis Miguel TORRES-MORIENTES ; María Luisa ÁLVAREZ-QUIÑONES-SANZ ; Victoria DUQUE-HOLGUERA ; María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: mgonzalezsos@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La regresión espontánea de un carcinoma está descrita en muy pocos casos de la literatura. Se define como la desaparición de una tumoración maligna, comprobada bajo estudio histopatológico, en la ausencia de tratamiento adecuado o bajo uno inadecuado. Es un fenómeno raro pero reconocido dentro de la oncología. El objetivo del siguiente trabajo es presentar el caso de un varón de 75 años, que desarrolló un carcinoma epidermoide infiltrante en paladar blando que desapareció espontáneamente tres meses después. La remisión tumoral fue demostrada a nivel macroscópico y confirmada por análisis histopatológico.

Método: Presentamos el caso de un varón de 75 años que se presenta a consulta con una masa en paladar blando, de aproximadamente 3 x 5 cms, de aspecto blanquecino-amarillento y ligeramente ulcerado, de un mes de evolución. Esta lesión abarcaba desde el final del paladar duro hasta el pilar amigdalino anterior derecho. Ante el aspecto sugestivo de malignidad de esta lesión, se solicita TAC y se toma una primera biopsia.

Resultados: El TAC realizado informaba sobre un aumento de partes blandas, ligeramente hipercaptante en relación al resto de tejidos blandos de esa localización, contornos mal delimitados y con sospecha de malignidad. La anatomía patológica da el diagnóstico de carcinoma epidermoide, excrecente e infiltrante y bien diferenciado, de tipo queratinizante, con invasión superficial del estroma. Se le realizó el marcador inmunohistoquímico subrogado para el virus del papiloma (P16) con un resultado positivo. Tres meses después, la lesión presentaba una importante disminución de su tamaño. Se plantean las posibilidades

terapéuticas: abordaje quirúrgico versus radioterapia. Previo al tratamiento se toma otra biopsia, que no presenta evidencia de malignidad. En este momento se realiza una revisión de la primera biopsia, donde se corrobora el diagnóstico inicial de carcinoma epidermoide bien diferenciado de tipo queratinizante, con invasión superficial del estroma.

Discusión: Los posibles mecanismos de la regresión tumoral son múltiples e incluyen variaciones en la modulación del sistema inmune. Se ha descrito como posibilidad, una activación del sistema inmune a partir de la toma de biopsia que ocasione su regresión. Asimismo se habla de procesos febriles durante el periodo de regresión, como responsables de inmunomodulación capaz de reducir el tumor como episodios infecciosos intercurrentes.

Conclusiones: La regresión espontánea de un carcinoma es un fenómeno raro pero descrito en la oncología. Este caso podría ser explicado por la modulación del sistema inmune a partir de la toma de biopsia. Se cree que la biopsia podría desencadenar una respuesta inmune que culmine en la regresión tumoral. Las neoplasias evaden el sistema inmune escondiéndose del mismo, y al realizar la biopsia se induce daño tisular que podría exponer los antígenos específicos del tumor, exponiéndolos al sistema inmune y activando la respuesta. En el caso de una aparente regresión tumoral, con desaparición de la lesión macroscópica, se debe analizar mediante estudio histopatológico para poder confirmarlo. Debido a que se sabe muy poco sobre el mecanismo subyacente a este fenómeno, es importante seguir de cerca los pacientes que han presentado neoplasias que remiten espontáneamente.

PALABRAS CLAVE: carcinoma escamoso; remisión espontánea.

SUMMARY: Introduction and objective: Spontaneous regression of carcinomas is described only in a few cases within the literature. It's defined as the disappearance of a tumor, confirmed by a histopathologic study, in the absence of an adequate treatment. It's a rare phenomenon, though recognized in oncology. The objective of the present work is to present the clinical case of a 75-year-old man, who developed an infiltrating squamous cell carcinoma of the soft palate, that disappeared spontaneously within three months. Tumoral remission was confirmed by an anatomopathologic study. There are many possible mechanisms for this tumoral regression, along the lines of immune system modulation and activation as a result of the trauma caused by the biopsy.

Method: This is the case of a 75-year-old man, who consults for a mass in the soft palate of approximately 3 x 5 cms, of a whitish-yellow colour and slightly ulcerated. It had been growing for the last month. The mass covered from the end of the hard palate until the right tonsil pillar. Its aspect was suggestive of malignancy, therefore a CT scan was solicited and a first biopsy taken.

Results: The CT scan performed reported an increase in soft tissue that slightly hyper-uptakes in relation to the rest of soft tissues from that location. It has badly defined contours and was described as suspicious of malignancy. The diagnosis made by the anatomopathologist was of an infiltrating squamous cell carcinoma, excrescent, well differentiated, keratinizing and with superficial invasion of the stroma. A surrogate immunohistochemical marker for papillomavirus (P16) was performed, with a positive result. Three months later, the lesion presented an important decrease in size. Therapeutical possibilities are presented to the patient: surgery versus radiotherapy. Previous to the patient's decision, a new biopsy is taken, this time presenting no evidence of malignancy. In this moment, the anatomopathologist studies the first biopsy again, confirming the initial diagnosis of squamous cell carcinoma, well differentiated, keratinizing and with superficial invasion of the stroma.

Discussion: There are multiple possible mechanisms involved in tumoral regression, including variation of the immune system modulation. Activation of the immune system, as a result of a biopsy is a possible way to explain the beginning of the process of tumor regression.






Conclusions: Spontaneous regression of a carcinoma is a rare, but described phenomenon in oncology. The case described could be explained by the immune system modulation that results from a biopsy, its hypothesized that this could trigger a response in the immune system that culminates in tumoral regression. Neoplasms evade the immune system by hiding from it, when taking a biopsy, tissue damage is produced exposing the tumor's specific antigens to the immune system and activating an immune response. When facing a tumoral regression, with macroscopic disappearance of the mass, a hystopathological confirmation must be made. Given that there is very few knowledge about the underlying mechanism to this, it is important to follow up these cases closely.

KEYWORDS: carcinoma squamous cell; remission spontaneous.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

DISNEA AGUDA EN UNA TUMORACIÓN TIROIDEA

Acute Dyspnea in a Thyroid Tumor

Paula PEÑA-NAVARRO ; Sofía PACHECO-LÓPEZ ; María José FERNÁNDEZ-NAVA ;
Sofía FERREIRA-CENDÓN ; Marta CALVO-PÉREZ 

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: paulapnavarro@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La disnea aguda de vía aérea superior es una entidad urgente independientemente de su etiología. El objetivo de este caso es mostrar cómo puede estar causada de manera excepcional por patologías tradicionalmente de crecimiento lento.

Caso clínico: Se presenta una mujer de 55 años trasplantada renal con diagnóstico primario de bocio multinodular con parálisis de cuerda vocal derecha, sin signos infecciosos ni compromiso de vía aérea. A los dos días de este diagnóstico acude a Urgencias con disfagia y disnea agudas, y estridor laríngeo. La exploración y pruebas complementarias añaden signos infecciosos, paresia de cuerda vocal izquierda y una gran masa dependiente de lóbulo tiroideo derecho condicionando compromiso de vía aérea superior. Con la sospecha de una tiroiditis aguda bacteriana se procede a una intervención quirúrgica urgente. En la misma se descarta la colección purulenta y se objetiva un gran tumor del lóbulo tiroideo derecho con gran invasión local. Planteando el diagnóstico diferencial del carcinoma de tiroides se sospecha un carcinoma anaplásico. Posteriormente el estudio de extensión y el diagnóstico anatomopatológico revelan un carcinoma papilar de tiroides. Se realiza el tratamiento habitual con cirugía adyuvada con radioyodo, llevando la paciente dos años y medio en seguimiento sin recidiva tumoral.

Discusión: Este caso refleja que un carcinoma papilar de tiroides puede cursar con disnea, no obstante que debute de una forma tan aguda es una presentación muy infrecuente. Existen publicaciones de disnea aguda en patología tiroidea como es el caso de la tiroiditis de Riedel o los carcinomas agresivos, pero se han encontrado estudios en el carcinoma papilar de tiroides. Se ha publicado que los pacientes trasplantados renales tienen una mayor incidencia de carcinoma de tiroides, fundamentalmente del subtipo papilar,

hecho que coincide con este caso clínico, si bien en dicha publicación no se describen presentaciones tan abruptas. Se han postulado varias hipótesis para explicar este hecho, siendo la principal de ellas el tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: Se expone la infrecuencia aunque posibilidad de la disnea aguda como forma de presentación de un carcinoma papilar de tiroides, así como la mayor incidencia de estos tumores en trasplantados renales.

PALABRAS CLAVE: disnea; carcinoma papilar de tiroides; trasplante renal; neoplasia de tiroides.

SUMMARY: Introduction and objective: Acute upper airway dyspnea is an urgent entity regardless of its etiology. The aim of this case is to show how it can be exceptionally caused by traditionally slow-growing pathologies.

Clinical case: We present a 55-year-old woman with a kidney transplant with a primary diagnosis of multinodular goiter with paralysis of the right vocal cord, without signs of infection or airway compromise. Two days after this diagnosis, she went to the emergency department with acute dysphagia and dyspnea, and laryngeal stridor. The exploration and complementary tests add signs of infection, paresis of the left vocal cord and a large mass dependent on the right thyroid lobe, conditioning the upper airway. With the suspicion of an acute bacterial thyroiditis, an urgent surgical intervention is carried out. In it, the purulent collection is ruled out and a large tumor of the right thyroid lobe with great local invasion is observed. Considering the differential diagnosis of thyroid carcinoma, anaplastic carcinoma is suspected. Subsequently, the extension study and the anatomopathological diagnosis revealed a papillary thyroid carcinoma. The usual treatment is carried out performed with radioiodine-adjuvanted surgery, and the patient has been under follow-up for two and a half years without tumor recurrence.

Discussion: This case reflects that a papillary thyroid carcinoma can present with dyspnea, even though it debuts in such an acute form is a very infrequent presentation. There are publications of acute dyspnea in thyroid disease, such as Riedel's thyroiditis or aggressive carcinomas, but studies have been found in papillary thyroid carcinoma. It has been published that kidney transplant patients have a higher incidence of thyroid carcinoma, mainly of the papillary subtype, a fact that coincides with this clinical case, although such abrupt presentations are not described in said publication. Several hypotheses have been postulated to explain this fact, the main one being immunosuppressive treatment.

Conclusiones: The infrequency but possibility of acute dyspnea as a form of presentation of a papillary thyroid carcinoma is exposed, as well as the higher incidence of these tumors in kidney transplant patients.

KEYWORDS: dyspnea; papillary thyroid cancer; kidney transplantation; thyroid neoplasms.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

EXPLORACIÓN AUDIOVESTIBULAR EN EL SCHWANNOMA INTRALABERÍNTICO INTRAVESTIBULAR

Audiovestibular Testing in Intravestibular Intralabyrinthine Schwannoma

María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ^{ib}; José Ignacio BENITO-OREJAS ^{ib}; José Antonio CÁMARA-ARNAZ ^{ib};
María Consolación MARTÍN-PASCUAL ^{ib}; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO ^{ib}; Jaime SANTOS-PÉREZ ^{ib}

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: malvarezalvare@saludcastillayleon.es

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.

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El schwannoma intralaberíntico (SI) o schwannoma primario del oído interno es un tumor benigno, muy infrecuente, que se origina en la vaina perineural de las células de Schwann de las ramas intralaberínticas del nervio vestibulo-coclear, localizándose en el laberinto membranoso.

La prevalencia es desconocida y la edad media de diagnóstico es de 49 años (14-89 años), sin predilección de sexo. El diagnóstico definitivo es por resonancia magnética (RM), sin que se hayan podido encontrar síntomas o signos patognomónicos que correlacionen la evolución clínica con los hallazgos en la RM.

Método: Presentamos la exploración audio-vestibular de dos pacientes diagnosticadas de SI de localización intravestibular.

Resultados: CASO 1: Mujer de 59 años, con SI intravestibular de oído izquierdo (OI). Hipoacusia fluctuante en tonos graves y descenso permanente en los agudos. Timpanograma normal, con reflejos ipsilaterales. Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral (PEATC) con onda III-V simétrica y latencias similares en la onda V de ambos oídos. Productos de distorsión (PD) presentes en OD y en OI sólo hasta 2 kHz. Potenciales Evocados Vestibulares Miogénicos Cervicales (cVEMPs) con amplitud simétrica, y prueba batérmica (en estudio videonistagmográfico) con arreflexia vestibular izquierda.

CASO 2: Mujer de 55 años, en seguimiento ORL desde 2004 y SI intravestibular de OD. Tres episodios de SSI, con recuperación parcial de la audición (fluctuante) en 2004, 2011 y 2020, dejando una hipoacusia neurosensorial con pérdida permanente de tonos agudos y parcial de graves. Timpanograma normal. PEATC

con espacio I-V simétrico. PD presentes en OI y ausentes en OD (salvo 2 kHz). cVEMPs con amplitud simétrica. En la prueba bitérmica hay una paresia vestibular derecha del 74% y disminución de la ganancia en la prueba de impulso cefálico (vHIT) en el conducto semicircular horizontal (CSH), con sacadas agrupadas.

Discusión: El SI más frecuente es el de localización intracoclear, siendo más raros los que afectan a los conductos semicirculares (CS), como acontece en los casos que presentamos.

Las dos pacientes que describimos tienen un SI intravestibular, donde la clínica auditiva es la más destacable. La normalidad de los PEATC testificaría que no se ha producido invasión tumoral del conducto auditivo interno. La paresia/arreflexia vestibular del lado afecto, evidencia el daño de las estructuras dependientes del nervio vestibular superior, a pesar de la escasa sintomatología.

Conclusiones: Aunque las pruebas audio-vestibulares no son específicas del SI intravestibular, los hallazgos presentados deben alertar sobre la necesidad de solicitar una RM de alta resolución para su diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Schwannoma; neurinoma; schwannoma intralaberíntico; hipoacusia; potenciales evocados auditivos del tronco del encéfalo; seguimiento.

SUMMARY: Introduction and objective: Intralabyrinthine schwannoma (IS) or primary schwannoma of the inner ear is a very rare, benign tumor that originates in the perineural sheath of the Schwann cells of the intralabyrinthine branches of the vestibulocochlear nerve, located in the membranous labyrinth.

The prevalence is unknown and the mean age at diagnosis is 49 years (14-89 years), with no sex predilection. Definitive diagnosis is performed by magnetic resonance imaging (MRI), without being able to find pathognomonic symptoms or signs that correlate the clinical evolution with the findings in the MRI.

Method: We present the audio-vestibular examination of two patients diagnosed with intravestibular IS.

Results: CASE 1: A 59-year-old woman with intravestibular IS of the left ear (LE). Fluctuating hearing loss in low tones and permanent decrease in high tones. Brainstem Auditory Evoked Potentials (BAEP) with symmetric III-V interval and similar wave V latencies of both ears. Distortion products (DP) present in RE and LE only up to 2 kHz. Cervical vestibular evoked myogenic potentials (cVEMPs) with symmetric amplitude, and bithermal test (in videonystagmographic study) with left vestibular areflexia.

CASE 2: 55-year-old woman, in ENT follow-up since 2004 and intravestibular IS of RE. Three episodes of sudden sensorineural hearing loss (SSHL), with partial recovery of hearing (fluctuating) in 2004, 2011 and 2020, leaving sensorineural hearing loss with permanent loss of high tones and partial loss of low tones. Normal tympanogram. BAEP with symmetric I-V interval. DP present in LE and absent in RE (except 2 kHz). cVEMPs with symmetric amplitude. In the bithermic test there is a right vestibular paresis of 74% and decreased gain in the head impulse test (vHIT) in the horizontal semicircular canal, with grouped saccades.

Discussion: Intracochlear is the most frequent IS, with those affecting the semicircular canals (SC) being rarer, as in the cases we present.

The two patients we describe have an intravestibular IS, where the auditory clinic is the most remarkable. The normality of the BAEP would testify that there has been no tumor invasion of the internal auditory canal. Vestibular paresis/arreflexia on the affected side shows damage to the structures dependent on the superior vestibular nerve, despite the few symptoms.







Conclusions: Although audio-vestibular tests are not specific to intravestibular IS, the findings presented should alert us to the need to request a high-resolution MRI for its diagnosis.

KEYWORDS: Schwannoma; neuroma; intralabyrinthine schwannoma; hearing loss; auditory brainstem response; follow-up.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

USOS DEL COLGAJO DERMOPLATISMAL EN FARINGOLARINGECTOMÍA

The Use of the Myocutaneous Platysma Flap in Pharyngolaryngectomy

María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ; Luis Miguel TORRES-MORIENTES ; Ana FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ 
Marta ALONSO-MESONERO ; Marta JUSTEL-NUEVO ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: malvarezalvare@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La reconstrucción del defecto primario es un componente esencial del tratamiento quirúrgico del cáncer de cabeza y cuello. El colgajo miocutáneo de platysma fue introducido en 1978. Sin embargo y pese a sus numerosas ventajas quedó eclipsado en un primer lugar por el colgajo de pectoral mayor (Ariyan, 1979) y posteriormente por los colgajos libres microvasculares.

Método: Presentamos los casos de cuatro pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio en los que se empleó el colgajo dermoplatismal para la reconstrucción.

Resultados: CASO 1: Varón de 70 años, en seguimiento ORL por carcinoma epidermoide hipofaríngeo derecho tratado con radioterapia radical, con persistencia local. En hipofaringoscopia con biopsia se evidenció la presencia de carcinoma epidermoide infiltrante en la región de los tres repliegues derechos que se extendía a la vertiente anterior, interna y antero-externa del seno piriforme ipsilateral. Se realizó laringectomía total con faringectomía parcial derecha y colgajo dermoplatismal izquierdo en noviembre de 2020.

CASO 2: Varón de 69 años con antecedente de carcinoma epidermoide de faringe intervenido en 2015 y carcinoma epidermoide faringolaríngeo tratado con RT+QT. En 2021 se evidenció recidiva de carcinoma epidermoide de base de lengua izquierda, realizándose en febrero de 2021 faringectomía parcial izquierda con resección de base de lengua y reconstrucción con colgajo dermoplatismal.

CASO 3: Varón de 54 años que presentaba tumoración infiltrante en región supraglótica izquierda que infiltraba base de lengua izquierda, vallécula, repliegue faringoepiglótico izquierdo, músculo constrictor superior y fosa amigdalina izquierda y se exteriorizaba a través de membrana tirohioidea e infiltra yugular

interna. Fue intervenido en junio de 2021 de laringectomía total ampliada a base de lengua con amigdalectomía izquierda ampliada y colgajo dermoplatismal derecho.

CASO 4: Varón de 59 años con carcinoma epidermoide de orofaringe tratado con RTQT en 2021. Presenta persistencia faríngea y adenopatías patológicas derechas e izquierdas pese al tratamiento, por lo que en mayo de 2022 es intervenido de glosectomía subtotal, orofaringectomía izquierda, parotidectomía total derecha, vaciamiento radical derecho y funcional izquierdo, con reconstrucción con colgajo dermoplatismal izquierdo y pectoral mayor derecho.

Discusión y conclusiones: Las ventajas del colgajo dermoplatismal incluyen la facilidad de acceso al sitio donante al encontrarse en el mismo campo quirúrgico, la mínima morbilidad y facilidad para el cierre primario del sitio donante, así como el tamaño apropiado del colgajo para la mayoría de los defectos (hasta 70cm²). Se ha demostrado que es una alternativa útil en el cierre de defectos de cabeza y cuello y debería formar parte del arsenal terapéutico de cualquier cirujano de cabeza y cuello que trabaje en el campo de la oncología.

PALABRAS CLAVE: colgajo dermoplatismal; faringolaringectomía; reconstrucción; oncología.

SUMMARY: Introduction and objective: Reconstruction of the primary defect is an essential component of the surgical treatment of head and neck cancer. The myocutaneous platysma flap was introduced in 1978. However, despite its numerous advantages, it was first overshadowed by the pectoralis major flap (Ariyan, 1979) and later by microvascular free flaps.

Method: We present the cases of four patients who underwent surgery in our service in which the myocutaneous platysmal flap was performed for reconstruction.

Results:: CASE 1: A 70-year-old male, undergoing ENT follow-up for right hypopharyngeal squamous cell carcinoma treated with radical radiotherapy, with local persistence. Hypopharyngoscopy with biopsy revealed the presence of infiltrating squamous cell carcinoma in the region of the three right folds that extended to the anterior, internal, and antero-external slopes of the ipsilateral piriform sinus. Total laryngectomy with right partial pharyngectomy and left myocutaneous platysmal flap was performed in November 2020.

CASE 2: A 69-year-old male with a history of squamous cell carcinoma of the pharynx who underwent surgery in 2015 and squamous cell carcinoma of the pharynx treated with RT+CT. In 2021, there was evidence of recurrence of squamous cell carcinoma of the left tongue base, and in February 2021 a left partial pharyngectomy was performed with resection of the tongue base and reconstruction with a myocutaneous platysmal flap.

CASE 3: A 54-year-old male presented with an infiltrating tumor in the left supraglottic region that infiltrated the base of the left tongue, vallecula, left pharyngoepiglottic fold, superior constrictor muscle, and left tonsillar fossa, externalizing through the thyrohyoid membrane and infiltrating the internal jugular vein. He underwent surgery in June 2021 for an extended total tongue-based laryngectomy with an extended left tonsillectomy and a right myocutaneous platysmal flap.

CASE 4: A 59-year-old male with squamous cell carcinoma of the oropharynx treated with RT+CT in 2021. He presents with persistence of the pharynx and pathological right and left adenopathies despite treatment, so in May 2022 he undergoes subtotal glossectomy, left oropharyngectomy, and total right parotidectomy, right radical neck dissection and left functional neck dissection, with reconstruction with left myocutaneous platysmal flap and right pectoralis major flap.

Discussion and conclusions: The advantages of the myocutaneous platysmal flap include ease of access to the donor site as it is in the same surgical field, minimal morbidity and ease of primary closure of the

donor site, as well as the appropriate size of the flap for most defects (up to 70cm²). It has been shown to be a useful alternative in the closure of head and neck defects and should be part of the therapeutic arsenal of any head and neck surgeon working in the field of oncology.

KEYWORDS: myocutaneous platysmal flap; pharyngolaryngectomy; reconstruction; oncology.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

RECIDIVA DE LINFOMA DEL MANTO EN NASOFARINGE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Recurrence of Mantle Lymphoma at Nasopharynx: Case Report

María MARTÍN-BAILÓN ; Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ ; Myriam GONZÁLEZ-SÁNCHEZ ; Víctor MARTÍN-SÁNCHEZ ; Carmen SÁNCHEZ-BLANCO ; Cruz PÉREZ-LIEDO 

Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Asistencial de Zamora.

Correspondencia: mariamartinbailon@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Los tumores de nasofaringe son poco frecuentes y a menudo de difícil diagnóstico debido al limitado acceso a dicha región. Hasta un 60% de los linfomas no Hodgkin se desarrollan en áreas extraganglionares; de ellos, más de la mitad se localizan a nivel de cabeza y cuello, siendo el anillo de Waldeyer una de las localizaciones más frecuentes. El linfoma del manto tiene una agresividad intermedia y supervivencia reducida y es más frecuente en personas mayores.

Método: Se presenta el caso de un varón de 90 años con antecedentes de linfoma del manto tratado en 2018 que acude a Urgencias por clínica de obstrucción nasal.

Resultados: Varón de 90 años con antecedentes de linfoma del manto que fue tratado en 2018. Acude al servicio de Urgencias por clínica de obstrucción nasal bilateral de aproximadamente 3 meses de evolución, que se ha incrementado progresivamente, con respiración bucal durante todo el día y ronquido nocturno. Tratado por su médico de atención primaria como una rinitis pero sin mejoría a pesar de varios tratamientos. En la exploración se evidencia ocupación completa de nasofaringe por tumoración de superficie lisa que se introduce por ambas coanas hacia las fosas nasales, así como protrusión de hemipaladar blando izquierdo; no adenopatías cervicales palpables. En la TC con contraste realizada se objetiva ocupación prácticamente completa de la nasofaringe por gran masa de 72x47x60 mm, que contacta con el lóbulo profundo de parótida izquierda y con la pared interna de la rama mandibular ipsilateral, y protruye hacia el paladar; contacta cranealmente con el clivus y no se puede descartar algún punto de infiltración de la carótida interna. Se

realiza biopsia con anestesia local con resultado de linfoma del manto. Se deriva al paciente a consulta de Hematología de forma preferente para valorar tratamiento.

Conclusiones: El diagnóstico de cualquier tumor de nasofaringe se realiza en muchas ocasiones de forma tardía ya que no suelen dar clínica hasta alcanzar estadios avanzados. En personas mayores los linfomas son uno de los tipos histológicos más frecuentes. Ya que los linfomas no Hodgkin se localizan con gran frecuencia en regiones extraganglionares como el anillo de Waldeyer y que el linfoma del manto, en concreto, tiene un tiempo libre de enfermedad de aproximadamente un año con los tratamientos convencionales, la aparición de clínica ORL en pacientes con antecedentes de este tipo de linfoma debería ponernos en alerta ante una posible recidiva en nuestra área.

PALABRAS CLAVE: linfoma no Hodgkin; linfoma del manto; nasofaringe; anillo de Waldeyer.

SUMMARY: Introduction and objective: Nasopharyngeal tumors are rare and often difficult to diagnose due to limited access to this region. Up to 60% of non-Hodgkin's lymphomas develop in extranodal areas; Of these, more than half are located at the head and neck area; Waldeyer's ring are one of the most frequent locations. Mantle lymphoma has intermediate aggressiveness and reduced survival and is more common in older people.

Method: We present the case of a 90-year-old man with a history of mantle lymphoma treated in 2018 who attended the Emergency Department due to nasal obstruction symptoms.

Results: A 90-year-old man with a history of mantle lymphoma who was treated in 2018. He consulted to the Emergency Department due to symptoms of bilateral nasal obstruction of approximately 3 months of evolution, which has progressively increased, with mouth breathing throughout the day and night snoring. Treated by her primary care physician as rhinitis without improvement despite several treatments. The examination shows complete occupation of the nasopharynx due to a smooth-surface tumor that enters through both choanae towards the nostrils, as well as protrusion of the left soft hemipalate; no palpable cervical lymphadenopathy. The contrast-enhanced CT scan showed practically complete occupation of the nasopharynx by a large mass of 72x47x60 mm, which contacts the deep lobe of the left parotid gland and the internal wall of the ipsilateral mandibular ramus, and protrudes towards the palate; it contacts cranially with the clivus and some point of infiltration of the internal carotid cannot be ruled out. A biopsy was performed under local anesthesia with the result of mantle lymphoma. The patient is referred to a Hematology consultation to assess treatment.

Conclusions: The diagnosis of any tumor of the nasopharynx is often carried out late, since they do not usually give symptoms until they reach advanced stages. In older people, lymphomas are one of the most frequent histological types. Since non-Hodgkin's lymphomas are very frequently located in extranodal regions such as Waldeyer's ring, and mantle lymphoma, in particular, has a disease-free time of approximately one year with conventional treatments, the appearance of ENT symptoms in patients with a history of this type of lymphoma should alert us to a possible recurrence in our area.

KEYWORDS: Non-Hodgkin 's lymphoma; mantle lymphoma; nasopharynges; Waldeyer's ring.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

SUTURA MECÁNICA DE LA FARINGE CON PUNCIÓN TRAQUEOESOFÁGICA EN LARINGECTOMÍA TOTAL: NUESTROS PRIMEROS CASOS

Mechanical Suture of the Pharynx with Tracheoesophageal Puncture in Total Laryngectomy: Our First Cases

María MARTÍN-BAILÓN ; Pablo SANTOS-GORJÓN ; Enrique COSCARÓN-BLANCO ;
Juan BARTUAL-MAGRO ; Mar DE PRADO-SAN JOSÉ ; Soledad SUÁREZ-ORTEGA 
Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Asistencial de Zamora.
Correspondencia: mariamartinbailon@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El cierre de la faringe es uno de los pasos claves de la laringectomía total. Dentro de las complicaciones de esta cirugía, la aparición de fístulas faringocutáneas es una de las más frecuentes, cuya incidencia puede llegar al 50% según algunos autores. La introducción de la sutura mecánica en nuestro campo podría suponer un antes y un después en esta cirugía, ya que parece disminuir la incidencia de complicaciones, así como reducir el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia inicial en la realización de sutura mecánica para el cierre faríngeo de pacientes sometidos a laringectomía total, y demostrar la posibilidad de insertar una prótesis fonatoria mediante fistuloplastia en el mismo acto quirúrgico.

Método: Presentamos una serie de casos acumulados en nuestro centro desde que se comenzó a utilizar la técnica hace 2 años. Se describe la técnica quirúrgica así como la indicación quirúrgica, tipo de sutura mecánica empleada, tiempo quirúrgico y realización o no de punción traqueoesofágica primaria, así como datos relativos a la evolución postoperatoria (inicio de ingesta oral y aparición de fístula faringocutánea).

Resultados: Durante el periodo de estudio se han intervenido 14 laringectomías totales, en 9 de las cuáles se ha realizado cierre mecánico de la faringe. Todos los pacientes eran varones, con una edad media en el momento de la cirugía de 68,3 años. En cuatro pacientes se realizó laringectomía total como tratamiento primario y en los cinco restantes se trataba de cirugía de rescate tras tratamiento con radioterapia con o sin quimioterapia. En el 66,7% se realizó resección de hioides. Un 44,4% de los pacientes recibieron nutrición

hiperproteica previa a la cirugía. En 5 de los pacientes se realizó fistuloplastia traqueoesofágica con inserción de prótesis fonatoria Provox en el momento de la cirugía. El tiempo medio hasta el inicio de la tolerancia oral fue de 13 días. En un 33,3% de los pacientes se produjo fistula faringocutánea.

Discusión: Desde la primera laringectomía total realizada por Billroth en 1873, se han producido diversos avances en la técnica quirúrgica con el fin de reducir sus posibles complicaciones. El cierre faríngeo ha supuesto siempre un desafío, con una elevada incidencia de fistulas faringocutáneas, que alarga significativamente los costes y estancias hospitalarias. En los últimos años se ha popularizado el uso de la sutura mecánica. Aunque al principio realizábamos la fistuloplastia en un segundo tiempo, en los últimos casos colocamos la prótesis fonatoria en el mismo acto quirúrgico, sin que hayamos observado mayor incidencia de fistula faringocutánea.

Conclusiones: Aunque nuestra experiencia es aún limitada, a la vista de nuestros resultados creemos que la sutura mecánica con realización concomitante de punción traqueoesofágica e inserción de prótesis fonatoria es, al menos, tan segura como el cierre directo con sutura manual.

PALABRAS CLAVE: laringectomía total; punción traqueoesofágica; sutura mecánica; fistula faringocutánea.

SUMMARY: Introduction and objective: Closure of the pharynx is one of the key steps in total laryngectomy. The appearance of pharyngocutaneous fistulas is one of the most frequent complications of this surgery, whose incidence can reach 50% according to some authors. The introduction of mechanical suture in our area could represent a before and after in this surgery, since it seems to reduce the incidence of complications, as well as reduce surgical time and hospital stay. The objective of this study is to present our initial experience in performing mechanical suture for pharyngeal closure in patients undergoing total laryngectomy, and to demonstrate the possibility of inserting a voice prosthesis through fistuloplasty in the same surgical act.

Method: We present a serie of accumulated cases in our center since the technique began to be used 2 years ago. The surgical technique is described, as well as the surgical indication, type of mechanical suture used, surgical time and performance or not of primary tracheoesophageal puncture, as well as data related to postoperative evolution (beginning of oral intake and appearance of pharyngocutaneous fistula).

Results: During the study period, a total of 14 laryngectomies were performed, in 9 of which mechanical closure of the pharynx was chosen. All patients were male, with an average age of 68,3 years. Four patients underwent total laryngectomy as primary treatment and the remaining five underwent salvage surgery after treatment with radiotherapy with or without chemotherapy. In 66,7% hyoid resection was performed. 44,4% of the patients received hyperproteic nutrition prior to surgery. In 5 of the patients, tracheoesophageal fistuloplasty was performed with insertion of a Provox voice prosthesis at the time of surgery. The median time to onset of oral tolerance was 13 days. Pharyngocutaneous fistula occurred in 33,3% of patients.

Discussion: Since the first total laryngectomy performed by Billroth in 1873, several advances have been made in the surgical technique in order to reduce its possible complications. Pharyngeal closure has always been a challenge, with a high incidence of pharyngocutaneous fistulas, which significantly increase costs and hospital stays. In recent years, the use of mechanical suture has become popular. Although initially we performed the fistuloplasty in a second stage, in recent cases we placed the voice prosthesis in the same surgical act, without observing a higher incidence of pharyngocutaneous fistula.

Conclusions: Although our experience is still limited, in view of our results we believe that mechanical suture with concomitant tracheoesophageal puncture and voice prosthesis insertion is at least as safe as direct closure with manual suture.

KEYWORDS: total laryngectomy; tracheoesophageal puncture; mechanical suture; pharyngocutaneous fistula.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

COLESTEATOMA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO EN LA INFANCIA

Cholesteatoma of the External Auditory Canal in Childhood

Paula PEÑA-NAVARRO ; Sofía PACHECO-LÓPEZ ; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE 

Susana MARCOS-ALONSO ; Fernando BENITO-GONZÁLEZ ; Enrique CALVO-BOIZAS 

Unidad de Otorrinolaringología Pediátrica. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: paulapnavarro@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La atresia aural congénita ocurre en 1 de cada 10.000 – 20.000 nacimientos, se asocia generalmente a microtia y es resultado de una detención en el desarrollo embrionario del primer arco branquial. Una posible complicación de esta entidad es el colesteatoma adquirido del conducto auditivo externo (CAE) como consecuencia del atrapamiento de epitelio queratinizado. Se expone el siguiente caso con el objetivo de visibilizar una entidad poco frecuente, incidir en su diagnóstico precoz y exponer el tratamiento quirúrgico para prevenir posibles complicaciones derivadas de esta condición y evitar su recidiva.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 8 años con microtia congénita. La otoscopia muestra un CAE estrecho y filiforme que no permite visualizar su fondo, y la audiometría tonal liminal objetiva una hipoacusia de transmisión moderada ipsilateral. Se realiza un TAC de peñascos que revela estenosis del tercio externo del CAE óseo y tejido de densidad de partes blandas que ocupa de forma total el CAE y se introduce en el oído medio englobando parcialmente la cadena osicular, que está preservada. Se procede a la intervención quirúrgica mediante un abordaje retroauricular hasta alcanzar el conducto óseo estenótico, fresándolo circunferencialmente respetando la piel (canaloplastia), encontrando un colesteatoma de conducto, que se retira. Se objetiva la membrana timpánica íntegra, con normalidad de la caja timpánica, y se realiza una amplia meatoplastia.

Discusión: La incidencia del colesteatoma adquirido del CAE es baja, desarrollándolo aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con atresia aural congénita. Por este motivo, resulta de gran importancia la sospecha

clínica mediante la anamnesis, teniendo en consideración las malformaciones otológicas, y la exploración física mediante la otoscopia. Esta sospecha guiará la realización de un TC de peñascos como prueba de imagen diagnóstica de elección. El tratamiento de elección es el quirúrgico, con la exéresis del colesteatoma de conducto para disminuir y tratar de erradicar su elevada probabilidad de recurrencia, asociada a una canaloplastia para ensanchar el CAE más de 10 mm y una meatoplastia con el fin de evitar la reestenosis. Asimismo, es pertinente realizar una timpanotomía exploradora en los casos en los que se sospeche una afectación del oído medio.

Conclusiones: La atresia aural congénita puede generar como complicación un colesteatoma de CAE. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica, la otoscopia y el TC de peñascos. Su tratamiento es quirúrgico mediante la exéresis del colesteatoma, la canaloplastia y meatoplastia y, en su caso, la timpanotomía exploradora.

PALABRAS CLAVE: estenosis del conducto auditivo externo; colesteatoma; atresia aural congénita; microtia.

SUMMARY: Introduction and objective: Congenital aural atresia happens in 1 in 10,000 – 20,000 births, it is generally associated with microtia, and it is the result of an arrest in the embryonic development of the first branchial arch. A possible complication of this entity is acquired cholesteatoma of the external auditory canal (EAC) because of the entrapment of keratinized epithelium. The following case is presented with the aim of making visible a rare entity, influencing its early diagnosis and exposing the surgical treatment to prevent possible complications derived from this condition and avoid its recurrence.

Clinical case: We present the case of an 8-year-old male with congenital microtia. The otoscopy shows a narrow and filiform EAC that does not allow its fundus to be visualized, and the liminal pure tone audiometry shows moderate ipsilateral conductive hearing loss. A CT scan of the petrous bones is performed, revealing stenosis of the external third of the bone EAC and soft parts density tissue that completely occupies the EAC and enters the middle ear, partially encompassing the ossicular chain, which is preserved. Surgical intervention was carried out using a retroauricular approach until reaching the stenotic bone duct, reaming it circumferentially, respecting the skin (canaloplasty), finding a duct cholesteatoma, which was removed. The entire tympanic membrane is observed, with normality of the tympanic cavity, and a large meatoplasty is performed.

Discussion: The incidence of acquired cholesteatoma of the EAC is low, developing it in approximately 1 in 5 patients with congenital aural atresia. For this reason, clinical suspicion through anamnesis, considering otological malformations, and physical examination with otoscopy are of great importance. This suspicion will guide the performance of a petrous bone CT as the diagnostic imaging test of choice. The treatment of choice is surgery, with excision of the duct cholesteatoma to reduce and try to eradicate its high probability of recurrence, associated with a canaloplasty to widen the EAC by more than 10 mm and a meatoplasty to avoid restenosis. In addition, it is pertinent to perform an exploratory tympanotomy in cases in which middle ear involvement is suspected.



Conclusions: Congenital aural atresia can lead to an EAC cholesteatoma as a complication. Its diagnosis is based on clinical suspicion, otoscopy, and petrous bone CT. Its treatment is surgical through exeresis of the cholesteatoma, canaloplasty and meatoplasty and, where appropriate, exploratory tympanotomy.

KEYWORDS: external auditory canal stenosis; cholesteatoma; congenital aural atresia; microtia.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

PILOMATRIXOMA CERVICAL INFANTIL

Cervical Pilomatrixoma in Children

María José FERNÁNDEZ-NAVA ; Paula PEÑA-NAVARRO ; Susana MARCOS-ALONSO 
Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE ; Enrique CALVO-BOIZAS ; Clara Isabel DIEGO-PÉREZ 
Servicio de ORL y CCC. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.
Correspondencia: mfernandeznava@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción: El pilomatrixoma o epiteloma calcificado de Malherbe es un tumor benigno derivado de la matriz pilosa. Es más frecuente en niños y suele presentarse como una tumoración única, indurada y de un tamaño que no suele superar los 3 cm. Su localización más habitual es en cabeza, cuello y extremidades superiores. Es necesario el diagnóstico diferencial con otras neoplasias benignas y malignas, siendo indispensable su estudio anatomopatológico tras su extirpación.

Descripción del caso: Paciente varón de 6 años que acude a consulta de otorrinolaringología por tumoración laterocervical derecha de meses de evolución, indolora, indurada y no adherida a planos profundos, sin otra sintomatología añadida. Antecedente personal de granuloma cervical en esa región con apertura casual por traumatismo accidental. Se realiza TC cervical objetivándose calcificación de 4 mm de diámetro en tejido celular subcutáneo. El estudio de imagen se completa con ecografía cervical, visualizándose vascularización central con el Doppler color. Exéresis de la tumoración mediante cervicotomía lateral con resultado histológico compatible con pilomatrixoma. Tras 14 meses de seguimiento en consulta, el paciente se encuentra asintomático y la exploración ORL es normal, por lo que se da de alta al paciente.

Conclusiones: El pilomatrixoma es un tumor epitelial benigno que necesita de su estudio anatomopatológico para un diagnóstico de certeza.

PALABRAS CLAVE: pilomatrixoma; cabeza y cuello.

SUMMARY: Introduction: Pilomatrixoma or calcifying epithelioma of Malherbe is a benign tumor derived from hair matrix cells. It is more frequent in children and typically presents as a single, indurated nodule, usually no larger than 3 cm. Most pilomatrixomas are located in the head, neck, and upper limbs. Differential diagnosis is necessary to rule out other benign and malign neoplasms; therefore, anatomic pathological examination is indispensable after removal.

Description of the case: Six-year-old male patient who presented at the ENT department with a right laterocervical mass with six months of evolution, which was painless, indurated, and not adhered to deep structures. The patient was otherwise asymptomatic. He had a history of a granuloma in the same area, which ruptured after incidental trauma. A CT scan showed a calcification of 4 mm in diameter in the subcutaneous cell tissue. A supplementary neck color-Doppler ultrasound was performed, showing central vascularization. Tumor removal by lateral cervicotomy and histological findings compatible with pilomatrixoma. After an outpatient 14-month follow-up period, the patient remained asymptomatic and his ENT examination was normal; therefore, the patient was released.

Conclusions: Pilomatrixoma is a benign epithelial tumor that needs anatomic pathological examination for an accurate diagnosis.

KEYWORDS: pilomatrixoma; head and neck.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

EXTRUSIÓN ESPONTÁNEA DE MATERIAL DE ARTRODESIS A TRAVÉS DE OROFARINGE

Spontaneous Extrusion of Arthrodesis Material through the Oropharynx

Isabel IBÁÑEZ-LAGUNAS; Rosa SANCHO-CALVO ; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ 

María Ángeles DÍAZ-SASTRE ; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA 

Servicio de Otorrinolaringología - Complejo Asistencial de Segovia.

Correspondencia: isabel.iba.lag@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: En los últimos 50 años han sido desarrolladas diversas técnicas de abordaje cervical anterior para tratar una gran variedad de patologías. La compresión radicular y de la cara anterior de la médula espinal son las indicaciones más comunes del abordaje cervical anterior. La cirugía de la columna cervical por vía anterior es una técnica simple y un procedimiento quirúrgicamente seguro.

Método: Se presenta el caso de una mujer de 84 años con antecedente de neuropatía sensitivo-motora sobre todo en MSI por cervicoartrosis con estenosis del canal medular y de múltiples agujeros de conjunción, intervenida mediante Artrodesis Cervical Anterior postdiscectomía C3-C4 en hospital privado de Madrid (Enero 2016), con complicación postoperatoria de hemorragia digestiva masiva secundaria a laceración faríngea que requirió traqueotomía y reconstrucción con plastia muscular, y posterior absceso laterocervical derecho con mediastinitis, que también necesitó intervención quirúrgica.

5 años después, la paciente acude a nuestro Servicio de Urgencias por extrusión espontánea de material de artrodesis cervical (caja intersomática) a través de orofaringe, tras un acceso de tos. La paciente refería molestias cervicales, dificultad para tragar y accesos de tos previos, de aproximadamente un mes de evolución (Durante ese mes la paciente acudió en una ocasión al Servicio de Urgencias por molestias faríngeas, donde se le realizó una Rx de columna cervical en la que, retrospectivamente, se aprecia el material de artrodesis migrando. En esa ocasión la paciente fue dada de alta por mejoría clínica tras tratamiento analgésico)

Tras la expulsión del material de artrodesis la paciente refería mejoría importante de las molestias cervicales.

Resultados: Ante la posibilidad de la existencia de solución de continuidad o trayecto fistuloso en pared faríngea/vía aérea superior, se decidió ingreso hospitalario de la paciente para vigilancia evolutiva. Se optó por una actitud expectante indicando dieta absoluta oral con colocación de SNG y cobertura antibiótica.

La paciente evolucionó favorablemente con progresión hacia una dieta oral completa. Se evidenció mejoría clínica, de la exploración y de las imágenes radiológicas, por lo que fue dada de alta hospitalaria a las 2 semanas del ingreso.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones: La revisión en la literatura revela una extensa lista de complicaciones en la cirugía de la columna cervical por vía anterior, si bien muchas de ellas son extremadamente raras. El porcentaje de complicaciones oscila entre un 0% a un 30% de los casos. Entre las complicaciones derivadas del material de artrodesis se encuentran la fractura de la placa, rotura, extrusión de los tornillos, extrusión de la caja intersomática...

Aparte del asentamiento, el gran problema de las cajas intersomáticas es su movimiento. Hay pocas publicaciones acerca de la extrusión anterior de las cajas cervicales y menos de las migraciones posteriores con la consecuente lesión neurológica. En la revisión de la literatura, la migración se ha comunicado entre un 0,4% y un 4,6%.

En nuestro caso clínico, la extrusión de la caja intersomática se produjo de forma completa hacia el exterior a través de la orofaringe, de manera espontánea y sin complicaciones o secuelas.

PALABRAS CLAVE: extrusión; material de artrodesis; caja intersomática.

SUMMARY: Introduction and objective: In the last 50 years, various anterior cervical approach techniques have been developed to treat a wide variety of pathologies. Radicular and anterior spinal cord compression are the most common indications for the anterior cervical approach. Anterior cervical spine surgery is a simple technique and a surgically safe procedure.

Method: We present the case of an 84-year-old woman with a history of sensory-motor neuropathy, especially in MSI due to cervicarthrosis with stenosis of the spinal canal and multiple joint holes. She was operated on by means of Anterior Cervical Arthrodesis post-C3-C4 discectomy in a private hospital in Madrid (January 2016), with postoperative complication of massive gastrointestinal bleeding secondary to pharyngeal laceration that required tracheotomy and reconstruction with muscle graft, and subsequent right laterocervical abscess with mediastinitis, which also required surgical intervention.

Five years later, the patient came to our Emergency Department due to spontaneous extrusion of cervical arthrodesis material (intersomatic cage) through the oropharynx, after a coughing fit. The patient reported cervical discomfort, difficulty swallowing and previous coughing spells of approximately one month of duration (During that month, the patient went to the Emergency Department on one occasion due to pharyngeal discomfort, where an X-ray of the cervical spine was performed in which, retrospectively, the migrating arthrodesis material can be seen. On that occasion the patient was discharged due to clinical improvement after analgesic treatment)

The patient reported significant improvement in cervical discomfort after the expulsion of the arthrodesis material.

Results: Given the possibility of the existence of wound or a fistula in the pharyngeal wall/upper airway, the patient was hospitalized for monitoring. A vigilant attitude was chosen, with oral intake being completely replaced by NGT feeding and administration of wide spectrum antibiotics.

The patient had a favourable result with progression towards a full oral diet. There was evidence of improvement in clinical, examination and radiological image. She was discharged from hospital 2 weeks after admission.

Currently the patient is asymptomatic.

Conclusions: The review of the literature reveals an extensive list of complications in anterior cervical spine surgery, although many of them are extremely rare. The percentage of complications ranges between 0% and 30%. Complications derived from the arthrodesis material include plate fracture, breakage, extrusion of the screws, extrusion of the intersomatic cage...

Apart from settling, the big problem with intersomatic cages is their displacement. There are few publications about the anterior extrusion of the cervical implants and less on posterior migrations with the subsequent neurological injury. In the literature review, migration has been reported to be between 0.4% and 4.6%.

In our clinical case, the extrusion of the intersomatic cage occurred completely outwards through the oropharynx, spontaneously and without complications or sequelae.

KEYWORDS: extrusion; arthrodesis material; intersomatic cage.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

RADIOTERAPIA E IMPLANTE COCLEAR

Radiotherapy and Cochlear Implant

María José FERNÁNDEZ-NAVA ; Sofía FERREIRA-CENDÓN ; Guillermo Salib CORONEL-TOUMA ;

Chiara MONOPOLI-ROCA ; Marta CALVO-PÉREZ; Santiago Santa CRUZ-RUÍZ 

Servicio de ORL y CCC. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: mjfernandeznava@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Al igual que la quimioterapia, la radioterapia es utilizada para el tratamiento de neoplasias, tanto en población adulta como pediátrica. El uso de la radioterapia puede generar ototoxicidad, la cual se traduce en una hipoacusia progresiva y una consecuente pérdida de calidad de vida. La pérdida auditiva puede ser conductiva (la mitad de los pacientes que reciben radioterapia en cabeza y cuello desarrollan una otitis media serosa) o neurosensorial (progresiva, irreversible y dosis-dependiente). El objetivo de este trabajo es conocer el implante coclear como una posible solución de la pérdida auditiva neurosensorial secundaria a radioterapia.

Descripción del caso: Varón de 68 años, con antecedente hace más de 20 años de tumor cerebral tratado con cirugía y radioterapia, que presenta hipoacusia neurosensorial profunda en oído derecho y severa en oído izquierdo, secundarias al tratamiento previamente descrito. Tras los resultados de audiometría tonal liminar, logaudiometría y pruebas de imagen, se coloca al paciente un implante coclear en oído derecho, objetivándose una ganancia audiométrica hasta 35 dB de umbral tonal medio.

Conclusiones: La ototoxicidad es un efecto adverso de la radioterapia. Es importante utilizar estrategias para intentar mejorar la audición de estos pacientes, y, por ende, su calidad de vida. Actualmente, el implante coclear es un arma terapéutica disponible en la hipoacusia neurosensorial bilateral de severa a profunda secundaria a radioterapia.

PALABRAS CLAVE: radioterapia; implante coclear; ototoxicidad.

SUMMARY: Introduction and objective: Like chemotherapy, radiotherapy is used for the treatment of neoplasms in both adult and pediatric populations. The use of radiotherapy may generate ototoxicity, which translates into progressive hypoacusis, and consequently, loss of quality of life. Hearing loss may be conductive (half of the patients who receive head and neck radiotherapy will develop serous otitis media) or sensorineural (progressive, irreversible, and dose-dependent). The objective of this work is to know the cochlear implant as a possible solution for sensorineural hearing loss secondary to radiotherapy.

Description of the case: 68-year-old male with a history of brain tumor more than 20 years ago that was treated with surgery and radiotherapy. He presented with profound sensorineural hypoacusis in his right ear and severe in his left ear, secondary to the previously described therapy. After obtaining threshold tonal audiometry, logoaudiometry, and imaging test results, the patient received a cochlear implant in his right ear, resulting in a mean tonal threshold audiometric gain of up to 35 dB.

Conclusions: Ototoxicity is an adverse effect of radiotherapy. It is important to use strategies aimed at trying to improve these patients' hearing, and therefore, their quality of life. Nowadays, cochlear implants are available as a therapeutic weapon for severe to profound bilateral sensorineural hypoacusis secondary to radiotherapy.

KEYWORDS: radiotherapy; cochlear implant; ototoxicity.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

TUMOR DE ABRIKOSOF: TUMOR INFRECLENTE DE ETIOLOGÍA CONTROVERTIDA

Abrikosof's Tumor: Rare Tumor of Controversial Etiology

Rosa María SANCHO-CALVO ; Isabel IBAÑEZ-LAGUNAS ; María Carmen PÉREZ-MOLINA-RAMÍREZ ; María Ángeles DÍAZ-SASTRE ; Francisco Gabriel CASTILLO-VARELA ; Aida Isabel MOLERO-BERMEJO
Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial de Segovia.

Correspondencia: rsanchoca@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El tumor de células granulares (TCG) es un tumor infrecuente descrito por Abrikosof en 1926. Es una neoplasia cuya etiología aún hoy es controvertida.

La mayoría son benignos (1) y clínicamente aparece como un nódulo único, generalmente en la cavidad oral, aunque puede desarrollarse en muchos otros órganos.(2)

En los últimos años se han descrito algunos casos asociados a Síndrome de Noonan y neurofibromatosis, incluidos dentro de las rasopatías, enfermedades de origen genético que afectan a genes que codifican proteínas de la familia Ras.(1)

Analizar las características clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas de esta tumoración y valorar su origen neural.

Método: Estudio de dos casos de este tipo de neoplasia tratados en el Servicio de ORL del complejo Asistencial de Segovia, habiéndose realizado extirpación de los mismos bajo anestesia local.

En colaboración con el Servicio de Anatomía Patológica se practicaron análisis histológicos y pruebas de inmunohistoquímica.

Resultados: En nuestros dos pacientes, ambos varones, la localización del tumor fue en la lengua, apareciendo como una tumoración nodular de pequeño tamaño, consistencia dura, no dolorosa y de lento crecimiento. En ambos casos el diagnóstico de presunción fue el de fibroma.

Histológicamente el TCG es un tumor no encapsulado, formado por grandes células poliédricas con pequeño núcleo central hiper cromático y citoplasma lleno de gránulos eosinofílicos. El epitelio suprayacente presentaba hiperplasia pseudoepiteliomatosa. No se observaron mitosis.

La inmunohistoquímica fue positiva para la proteína S100, el antígeno CD68 y la enolasa neuronal específica.

Discusión: El origen del tumor de Abrikossoff es aún controvertido, habiéndose sugerido una histogénesis miogénica, en células mesenquimales o en histiocitos, aunque hoy en día hay evidencias de su origen a partir de las células de Schwann (3).

En una reciente revisión, más del 60% son mujeres (4), a diferencia de los casos presentados por nosotros, que ambos eran varones. La localización más frecuente es la piel y la mucosa oral (1).

Clínicamente se trata habitualmente de una lesión nodular de tacto duro no doloroso, coincidiendo con nuestros dos casos. El TCG maligno es extremadamente raro (4).

Como en otros estudios, el diagnóstico clínico de presunción fue el de fibroma (1)

La asociación con el Síndrome de Noonan y la Neurofibromatosis tipo I puede indicar un vínculo patogénico común entre las rasopatías por alteraciones en las proteínas Ras, que desempeñan una importante función en la proliferación y diferenciación celulares (1).

Histológicamente, está formado por células grandes con gránulos eosinofílicos PAS positivos en el citoplasma. Es frecuente la hiperplasia pseudoepiteliomatosa en el epitelio que cubre la lesión, pudiendo confundirse con un carcinoma escamoso. La inmunohistoquímica muestra positividad para la proteína S100 y el antígeno CD68, y la enolasa neuronal específica. Estos hallazgos demuestran su origen neural y son comparables a los de otros autores (1,3, 4).

La extirpación simple es el tratamiento de elección (3).

Conclusiones: La localización más frecuente es la lengua.

La mayoría son benignos.

La base del diagnóstico es la histología pues presenta una apariencia clínica inespecífica.

La inmunohistoquímica apoya su origen neurogénico.

El tratamiento es la escisión quirúrgica de la lesión.

PALABRAS CLAVE: tumor de células granulares; tumor de Abrikossoff; lengua.

SUMMARY: Introduction and objective: Granular cell tumor (GCT) is a rare tumor described by Abrikossoof in 1926. It is a neoplasm whose etiology is still controversial today.

Most are benign (1) and clinically appear as a single nodule, usually in the oral cavity, although it can develop in many other organs.(2)

In recent years, some cases associated with Noonan syndrome and neurofibromatosis have been described, included within rasopathies, diseases of genetic origin that affect genes that encode proteins of the Ras family.(1)

To analyze the clinical, histological and immunohistochemical characteristics of this tumor and to assess its neural origin.

Method: Study of two cases of this type of neoplasm treated in the ENT Service of the Segovia Health-care complex, having removed them under local anesthesia.

In collaboration with the Pathological Anatomy Service, histological analyzes and immunohistochemical tests were carried out.

Results: In our two patients, both men, the location of the tumor was in the tongue, appearing as a small nodular tumor, hard, non-painful and slow-growing. In both cases, the presumptive diagnosis was fibroma.

Histologically, GCT is a nonencapsulated tumor made up of large polyhedral cells with a small hyperchromatic central nucleus and cytoplasm filled with eosinophilic granules. The overlying epithelium presented pseudoepitheliomatous hyperplasia. No mitoses were observed.

Immunohistochemistry was positive for S100 protein, CD68 antigen, and neuron-specific enolase.

Discussion: The origin of Abrikossoff's tumor is still controversial, having suggested a myogenic histogenesis, in mesenchymal cells or in histiocytes, although today there is evidence of its origin from Schwann cells (3).

In a recent review, more than 60% are women (4), unlike the cases presented by us, which were both men. The most common location is the skin and oral mucosa (1).

Clinically, it is usually a non-painful hard touch nodular lesion, coinciding with our two cases. The evil TCG is extremely rare (4).

As in other studies, the presumptive clinical diagnosis was fibroma (1)

The association with Noonan Syndrome and Neurofibromatosis type I may indicate a common pathogenic link between Rasopathies due to alterations in Ras proteins, which play an important role in cell proliferation and differentiation (1).

Histologically, it is made up of large cells with PAS-positive eosinophilic granules in the cytoplasm. Pseudoepitheliomatous hyperplasia is common in the epithelium covering the lesion, and can be confused with squamous cell carcinoma. Immunohistochemistry shows positivity for the S100 protein and CD68 antigen, and specific neuronal enolase. These findings demonstrate its neural origin and are comparable to those of other authors (1,3, 4)

Simple excision is the treatment of choice (3).

Conclusions: - The most frequent location is the tongue.

- Most are benign.

- The basis of diagnosis is histology as it presents a non-specific clinical appearance.

- Immunohistochemistry supports its neurogenic origin.





- Treatment is surgical excision of the lesion.

KEYWORDS: granular cell tumor; Abrikossoff tumor; tongue.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO Y VAGAL

Carotid Body and Vagal Paraganglioma

María José FERNÁNDEZ-NAVA ; Sofía FERREIRA-CENDÓN ; Paula PEÑA-NAVARRO ;
Sofía PACHECO-LÓPEZ ; Pedro BLANCO-PÉREZ; José Manuel SERRADILLA-LÓPEZ 

Servicio de ORL y CCC. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: mjfernandeznava@hotmail.com

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

RESUMEN: Introducción: Los paragangliomas carotídeos son tumores benignos, infrecuentes y muy vascularizados, caracterizados por su lento crecimiento. Un 2% de pacientes con paragangliomas carotídeos pueden presentar simultáneamente un paraganglioma en otra localización en cabeza y cuello (vagal o yugulotimpánico). Los avances en la medicina han permitido un diagnóstico más precoz y un mejor abordaje terapéutico de esta patología.

Descripción del caso: Descripción del caso: Mujer de 59 años con tumoración laterocervical derecha de crecimiento progresivo, de unos 6 cm, indolora, siendo el resto de exploración ORL normal. En el TC cervical con contraste intravenoso se informa de masa hipervascularizada bilobulada derecha que desplaza y comprime las carótidas y la yugular interna ipsilaterales, siendo la imagen compatible con paraganglioma carotídeo. En la arteriografía cerebral con test de oclusión, se objetivan dos masas muy vascularizadas en la bifurcación carotídea derecha que podrían corresponder a la coexistencia de un glomus vagal y carotídeo. La paciente toleró bien el test de oclusión durante 20 minutos sin evidenciar déficit neurológico. Embolización en las 24 horas previas a la cirugía y exéresis mediante cervicotomía lateral derecha de ambas masas con sección del nervio vago y conservación de carótidas y yugular interna ipsilaterales. El estudio anatomopatológico confirma que se trata de un paraganglioma vagal y carotídeo. Evolución: No hubo incidencias en el postoperatorio de la paciente. En el seguimiento mensual, la paciente se encuentra asintomática y sin signos de recidiva.

Conclusiones: Los paragangliomas cervicofaciales pueden ser multicéntricos. Debido a la variabilidad de esta patología, se recomienda individualizar el tratamiento en cada paciente.

PALABRAS CLAVE: paraganglioma carotídeo; glomus vagal.

SUMMARY: Introduction: Carotid body paragangliomas are rare, benign, highly vascularized and slow-growing tumors. Two percent of patients with carotid body paragangliomas may simultaneously present with paragangliomas in different head or neck areas (vagal or jugulotympanic). The latest developments in medicine have allowed for earlier diagnosis and a better therapeutic approach to this condition.

Description of the case: 59-year-old woman with a progressively growing right laterocervical tumor, about 6 cm in size and painless. Her ENT examination was otherwise normal. A cervical CT scan with intravenous contrast showed a hypervascularized, bilobulated right mass that displaced and compressed the ipsilateral carotid arteries and internal jugular vein. The image was compatible with a carotid body paraganglioma. A cerebral arteriogram with balloon test occlusion showed two highly vascularized masses in the right carotid bifurcation that could correspond to a coexisting glomus vagale. The patient tolerated well the BTO for 20 minutes, with no neurological deficit. Embolization 24 hours before surgery and removal of both masses by right lateral cervicotomy, cutting the vagus nerve and preserving the ipsilateral carotid arteries and internal jugular vein. The pathological anatomy study confirmed that it was a carotid and vagal paraganglioma. Evolution: There were no postoperative complications. At the one-month follow-up visit, the patient was asymptomatic and showed no signs of recurrence.

Conclusions: Head and neck paragangliomas can be multicentric. Individualized treatment is recommended given the variability of this condition.

KEYWORDS: carotid body paraganglioma; glomus vagale.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

PILOMATRIXOMA PEDIÁTRICO DOLOROSO: UN RETO DIAGNÓSTICO

Painful Pediatric Pilomatrixoma: a Diagnostic Challenge

Belén CLEMENTE-CUARTERO ; Marta ZABALETA-LÓPEZ ; Estrella GÓMEZ-TOMÉ;

Marta GARCÍA-PILA; Carmen MUÑOZ-DELGADO; Cristina IBÁÑEZ-MUÑOZ 

Hospital San Pedro, Logroño.

Correspondencia: bclementec@riojasalud.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El pilomatrixoma es un tumor benigno derivado del folículo piloso que normalmente se presenta en pacientes pediátricos como un nódulo indoloro en el área de cabeza y cuello.

Método: Se expone el caso de un paciente de 9 años con historia de un nódulo preauricular izquierdo doloroso de 7 meses de evolución. El diagnóstico ecográfico inicial fue de lipoma o quiste sebáceo, siendo la anatomía patología clave para el diagnóstico final.

Resultados: Se resalta la dificultad diagnóstica de lesiones epidérmicas en el área cérvico-facial y así estudiar el pilomatrixoma como diagnóstico diferencial.

Discusión: el pilomatrixoma se define como uno de los tumores más frecuentes en el área cérvico-facial en edad pediátrica. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección y la tasa de recurrencias es mínima.

Conclusiones: es preciso conocer el pilomatrixoma como tumoración pediátrica frecuente en el área de cabeza y cuello.

PALABRAS CLAVE: pilomatrixoma; tumores ectodérmicos; pediatría; epitelioma calcificado de Malherbe; tumores benignos.

SUMMARY: Introduction and objective: Pilomatrixoma is a benign tumor derived from the hair follicle that normally presents in pediatric patients as a painless nodule in the head and neck area.

Method: the case of a 9-year-old patient with a history of a painful left preauricular nodule of 7 months of evolution is presented. The initial ultrasound diagnosis was of a lipoma or sebaceous cyst, with pathology being the key for the final diagnosis.

Results: to highlight the diagnostic difficulty of epidermal lesions in the cervico-facial area and to study pilomatrixoma as a differential diagnosis.

Discussion: pilomatrixoma is defined as one of the most frequent tumors in the cervicofacial area in pediatric age. Surgical removal is the treatment of choice and the recurrence rate is minimal.

Conclusions: it is necessary to know pilomatrixoma as a frequent pediatric tumor in the head and neck area.

KEYWORDS: pilomatrixoma; ectodermic tumors; Pediatrics; Malherbe epitelioma; benign tumors.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO EN BASE DE LENGUA

Adenoid Cystic Carcinoma at the Base of the Tongue

Susana MARCOS-ALONSO ¹; Mercy GARCÍA-NÚÑEZ ²; Nicole ALMEIDA-AYERVE ¹;

Sofía PACHECO-LÓPEZ ¹; Paula PEÑA-NAVARRO ¹; Marta CALVO-PÉREZ ¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Servicio de ORL y Patología Cervicofacial.

² Complejo Asistencial Universitario de Ávila, Servicio de ORL y Patología Cervicofacial.

Correspondencia: susana.ma.95@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción: El carcinoma adenoide quístico es un tumor poco frecuente de cabeza y cuello (1%). Suele afectar a personas de mediana edad, sin factores de riesgo asociados. Se comporta como un tumor de crecimiento lento, con alta recurrencia y metástasis a distancia. El tratamiento de elección es la cirugía con o sin radioterapia complementaria.

Caso clínico y evolución: Varón de 36 años exfumador, con paresia y atrofia de hemilengua izquierda con desviación lingual ipsilateral, y tumoración submandibular izquierda. Tras pruebas complementarias se obtiene el diagnóstico de carcinoma adenoide quístico de base de lengua. Se realiza tratamiento quirúrgico y posteriormente radioterápico. Durante seguimiento, paciente se encuentra estable sin signos de recidiva locoregional.

PALABRAS CLAVE: carcinoma; adenoide; quístico.

SUMMARY: Introduction: Adenoid cystic carcinoma is a rare tumor of the head and neck (1%). It usually affects middle-aged people, without associated risk factors. It behaves like a slow-growing tumor, with high recurrence and distant metastasis. The treatment of choice is surgery with or without complementary radiotherapy.





Clinical case and evolution: 36-year-old male ex-smoker, with paresis and atrophy of the left side of the tongue with ipsilateral lingual deviation, and left submandibular tumor. After complementary tests, the diagnosis of adenoid cystic carcinoma of the base of the tongue was obtained. Surgical and later radiotherapy treatment was performed. During follow-up, the patient is stable with no signs of locoregional recurrence.

KEYWORDS: carcinoma; adenoid; cystic.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

PARÁLISIS DE BELL TRAS VACUNA DE LA INFLUENZA EN UN NIÑO DE 8 AÑOS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BASE DE DATOS EUROPEA EUDRAVIGILANCE

Bell's Palsy Following an Influenza Vaccine in an 8 Years-Old Patient: A Case Report and Review of the EudraVigilance Database

Cristina MARTÍN-VILLARES ; Carmen ÁLVAREZ-TATO ; Laura DÍEZ-GONZÁLEZ;
Ana RODRÍGUEZ; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN ; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-RENDO;
Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ 

Complejo Asistencial Universitario de León.

Correspondencia: crismvillares@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Durante la campaña de vacunación contra la influenza pandémica A (H1N1) en 2009, el riesgo relativo de parálisis de Bell (PA) después de la vacunación aumentó significativamente. Ahora, durante la pandemia de SARS-CoV-2, los datos de los ensayos de la vacuna SARS-CoV-2 Pfizer-BioNTech y Moderna sugieren un desequilibrio en la incidencia de BP después de la vacunación (siete casos) en comparación con el grupo placebo (un caso). Las agencias nacionales de farmacovigilancia señalaron que no se puede excluir una relación causal entre las vacunas y la PA y, en consecuencia, recomendaron una farmacovigilancia estricta para la PA después de la vacunación en grandes poblaciones.

Método: Caso clínico y revisión de base de datos europea EudraVigilance sobre parálisis facial y parálisis de Bell en niños y niñas de 3 a 11 años.

Resultados: CASO CLINICO: En diciembre de 2021, tuvimos la oportunidad de tratar a un niño de 8 años que desarrolló una parálisis facial derecha después de la vacuna contra la influenza. El 30 de noviembre de 2021, nuestro paciente recibió su primera dosis de la vacuna Vaxigrip Tetra. El 28 de diciembre de 2021, nuestro paciente recibió su segunda dosis de la vacuna Vaxigrip Tetra. El 29 de diciembre de 2021 (24 horas) desarrolló dolor facial derecho con parálisis facial grado III de House-Brackmann. La prueba de PCR SARS-CoV-2 fue

negativa en hisopado nasal, y la IgG SARS-CoV-2 también fue negativa. Se prescribió deflazacort (1,5 ml/Kg/día) y soporte ocular. La parálisis facial comenzó a mejorar cuatro días después y se logró la recuperación total.
REVISION DE LA BASE DE DATOS EUDRAVIGILANCE: Revisamos el informe de la base de datos europea de parálisis facial o parálisis de Bell para pacientes de 3 a 11 años, buscando pacientes similares entre 2021 y 2022. Recolectamos 53 pacientes con parálisis facial después de medicamentos o vacunas entre 2021-2022. De ellos, 41 pacientes con parálisis facial se desarrollaron después de las vacunas: 17 vacuna COVID-19, 8 influenza (5 vacuna pandémica H1Vi) y 5 vacuna Virus del Papiloma.

Discusión y Conclusiones: Los datos de Eudravigilance sugieren que las vacunas desempeñan un papel en la etiopatogenia de la parálisis de Bell. De 53 niños que desarrollaron una parálisis facial después de un medicamento o una vacuna en los últimos diez años, el 77 % se desarrolló después de la vacunación. En esta campaña de vacunación contra la pandemia COVID-19, el otorrinolaringólogo debe estar alerta sobre estas patologías nerviosas en la población pediátrica.

PALABRAS CLAVE: parálisis facial; parálisis de Bell; Influenza; niños.

SUMMARY: Introduction and objective: During pandemic influenza A (H1N1) vaccination campaign in 2009, relative risk for Bell's palsy (BP) following vaccine increased significantly. Now, during SARS-CoV-2 pandemic, data from both SARS-CoV-2 Pfizer-BioNTech and Moderna vaccine trials suggest an imbalance in the incidence of BP following vaccination (seven cases) compared with the placebo group (one case). The national agencies of pharmacovigilance pointed out that a causal relationship between vaccines and BP cannot be excluded and consequently, recommended strict pharmacovigilance for BP after vaccination in large populations.

Method: Case report and review of EudraVigilance database for children between 3-11 years-old with facial palsy or Bell's palsy.

Results: CASE REPORT: In December 2021, we had the opportunity to treat an 8-year-old boy who developed a right facial palsy following Influenza vaccine. On 30th November, 2021, our patient received his first dose of Vaxigrip Tetra vaccine. On 28 December, 2021, our patient received his second dose of Vaxigrip Tetra Vaccine. On 29 December, 2021 (24 hours), he developed right facial pain with a House-Brackmann grade III facial palsy. The SARS-CoV-2 PCR test was negative in nasal swab, and IgG SARS-CoV-2 was also negative. Deflazacort (1,5 ml/Kg/day) and eye support were prescribed. Facial palsy began to improve four days after, and full recovery was achieved.

EUDRAVIGILANCE DATABASE REPORT: We reviewed the European database report of facial palsy or Bell's palsy for 3-11 years-old patients, looking for similar patients between 2021-2022. We collected 53 patients with facial palsy after drugs or vaccines between 2021-2022. Out of them, 41 facial palsy patients were developed after vaccines: 17 cases after COVID-19 vaccine, 8 after influenza vaccine (5 H1Vi pandemic vaccine) and 5 after Papilloma Virus vaccine.




Discussion and Conclusions: Data from Eudravigilance suggests that vaccines play a role in etiopathogenic of the Bell's palsy. Out of 53 children who developed a facial palsy after drug or vaccine in the last ten years, 77% were developed after vaccination. In this pandemic COVID-19 vaccination campaign, otolaryngologist must be alert on these nerve pathology in the paediatric population.

KEYWORDS: facial palsy; Bell's palsy; vaccine; adverse affects; EudraVigilance; children.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

PÓLIPOS NASALES, CIRUGÍA DE REVISIÓN E INFLAMACIÓN EOSINOFÍLICA. UNA EXPERIENCIA PRELIMINAR CON BIOLÓGICOS

Recurrent Nasal Polyps and Eosinophilic Inflammation. A Preliminary Experience with Biologics

Cristina MARTÍN-VILLARES ; Laura DíEZ-GONZÁLEZ; Gerardo MARTÍN-SIGÜENZA 
Ana RODRÍGUEZ; Jesús Eduardo RAMÍREZ; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ 
Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE).
Correspondencia: crismvillares@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: El tratamiento de la poliposis nasal son los corticoides, y si fallan, la cirugía. Sin embargo, muchos pacientes necesitan cirugías sucesivas, por lo que necesitan mejores tratamientos. La investigación básica sobre respuesta inmune inflamatoria tipo 2 en mucosa rinosinusal nos ofrece la posibilidad de bloquear la reacción inflamatoria inmunomediada en la mucosa de pacientes con poliposis nasal. Disponemos de anticuerpos monoclonales capaces de bloquear inmunoglobulinas Il-4 e Il-13, Il-5 y eosinófilos e IgE en la mucosa nasal. Dada la asociación entre pólipos nasales e inflamación tipo 2 en el 85% de los pacientes, el conocimiento sobre eosinófilos y terapias biológicas podría cambiar el manejo de las recurrencias de pólipos y podría evitar procedimientos sucesivos o cirugías radicales.

Método: Revisamos una cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a CENS en nuestro Departamento entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de diciembre de 2020, con más de un año de seguimiento. Todos los procedimientos quirúrgicos se realizaron con la técnica descrita por Stammberger: se respetó la mucosa sana y se abrieron todas las cavidades sinusales patológicas. Las muestras de tejido quirúrgico se tiñeron con hematoxilina-eosilina y se realizó la identificación de eosinófilos. Se investigó la tasa de cirugía de revisión quirúrgica. Finalmente, se comunica los datos de nuestra experiencia preliminar en productos biológicos para pacientes con pólipos nasales.

Resultados: La tasa global de cirugía de revisión fue del 18%. Se realizó recuento de eosinófilos en 157 pacientes con pólipos nasales. De ellos, el 71% (n=111) presentó un recuento elevado de eosinófilos en las piezas quirúrgicas. Los pacientes con pólipos nasales y un recuento elevado de eosinófilos tuvieron una Tasa de

Revisión Quirúrgica del 34,2% (38/111). Si los eosinófilos no estaban elevados en el tejido polipoideo, la Tasa de Revisión Quirúrgica fue del 16,6% (8/48), con diferencias significativas en la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,0125$). La comparación de pacientes con alto recuento de eosinófilos en la mucosa reveló un OR de 3,2117 (IC95% 1,2440-8,2918). Se administra terapia biológica en 5 pacientes con asma grave mal controlada con corticoides y beta agonistas. A pesar del corto seguimiento, hasta la fecha no hemos reintervenido paciente tras biológicos.

Discusión y Conclusiones: Muchos pacientes con pólipos nasales necesitan cirugías sucesivas, por lo que necesitan un mejor tratamiento. Es importante considerar los factores específicos del paciente que afectan las tasas de cirugía de revisión, como el recuento elevado de eosinófilos, para encontrar mejores tratamientos. Las terapias biológicas pueden cambiar el manejo de las recurrencias de pólipos y podrían evitar procedimientos sucesivos o cirugías radicales en estos pacientes de alto riesgo.

PALABRAS CLAVE: pólipos nasales; obstrucción nasal; cirugía endoscópica nasosinusal; biológicos.

SUMMARY: Introduction and objective: The treatment of nasal polyposis is corticosteroids, and if they fail, surgery. However, many patients need successive surgeries, so they need better treatments. Basic research on type 2 inflammatory immune response in rhinosinusal mucosa offers us the possibility of blocking the immune-mediated inflammatory reaction in the mucosa of patients with CRSwNP. We have monoclonal antibodies capable of blocking immunoglobulins Il-4 and Il-13, Il-5 and eosinophils and IgE in the nasal mucosa. Given the association between nasal polyps and type 2 inflammation in 85% of the patients, knowledge on eosinophils and biological therapies could change the management of the polyp recurrences and could avoid successive procedures or radical surgeries.

Method: We reviewed a retrospective cohort of patients underwent ESS in a university tertiary hospital in the north of Spain (350,000 inhabitants), between January 1, 2016 and December 30, 2020, with more than one year follow-up. All surgical procedures were performed with the FEES technique described by Stammberger (1): healthy mucosa was respected, and all pathological sinus cavities were opened. Surgical tissue specimens were stained with haematoxylin-eosin and eosinophil identification was performed. Surgical revision rate was investigated. Data from our preliminary experience in biologics for patients with nasal polyps are also reported.

Results: The global revision surgery rate for CRS was 18%. Eosinophil count was performed in 157 patients with nasal polyps. Out of them, 71% ($n=111$) had a high eosinophil count in the surgical specimens. Patients with nasal polyps and an elevated eosinophil count had a Revision Surgical Rate of 34,2% (38/111). If the eosinophils were not elevated in polyp tissue, the Revision Surgical Rate was 16,6% (8/48), with significant differences in Chi-square test ($p=0,0125$). The comparison of patients having a high eosinophil mucosa count revealed an OR of 3,2117 (IC95% 1,2440-8,2918). Biologic therapy is administrated in 7 patients with severe asthma poorly controlled with corticosteroids and beta agonists. Despite the short follow-up, to date we have not reoperated patient after biologics.




Discussion and Conclusions: Many patients with nasal polyps need successive surgeries, so they need better treatment. It is important to consider patient-specific factors that affect revision surgery rates such as elevate eosinophil count to find better treatments. Biological therapies may change the management of the polyp recurrences and could avoid successive procedures or radical surgeries in these high risk patients.

KEYWORDS: nasal polyps; nasal obstruction; fess; surgical procedures; biologics.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

EPIDEMIOLOGÍA DE LA PARÁLISIS FACIAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN: UN ESTUDIO POBLACIONAL

Epidemiology of the Facial Palsy during the COVID-19 Pandemic in the Complejo Asistencial Universitario de León: A Population-Based Study

Cristina MARTÍN-VILLARES ; Carmen ÁLVAREZ-TATO ; Laura DÍEZ-GONZÁLEZ;
Ana RODRÍGUEZ; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN ; Carmen MANZANARES-LÓPEZ-RENDO;
Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ 

Complejo Asistencial Universitario de León.

Correspondencia: crismvillares@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: Están surgiendo en la literatura diferentes series clínicas sobre la prevalencia de la parálisis facial (PF) en la pandemia. Algunos investigadores sugieren un vínculo entre la parálisis facial y el SARS-CoV-2, aunque otros autores no encuentran diferencias significativas en la incidencia de parálisis facial coincidiendo con PCR-SARS-CoV-2 positiva. Tras dos años de la pandemia de COVID-19, sigue sin estar claro atribuir al virus SARS-CoV-2 un aumento de la incidencia de casos de PF.

Método: Presentamos los resultados de las investigaciones sobre la incidencia de PF durante la pandemia de COVID-19 en una población de más de 350.000 personas en una única institución del norte de España. Nuestra investigación se centra en algunos aspectos epidemiológicos de la distribución temporal de los casos de PF durante las ondas pandémicas. Revisamos los casos de PF durante 2018-21 y calculamos la incidencia bruta anual. También recolectamos 7 pacientes a los que se les realizó la prueba de SARS-CoV-2 por PCR en hisopo nasal. Finalmente, exploró la posibilidad de grupos de PF alrededor de los «picos» de la pandemia de COVID-19 según los datos del Ministerio de Salud de España sobre la incidencia acumulada de 14 días de casos positivos de COVID-19 por cada 100,000 habitantes.

Resultados: Recogimos 209 pacientes que desarrollaron PA entre el 1 de marzo de 2020 y el 30 de mayo de 2021. Los clasificamos según las 4 ondas pandémicas de incidencia acumulada de 14 días de SARS-CoV-2 por 100.000 habitantes en España. Un número similar de casos de PF fueron diagnosticados a lo largo de toda la pandemia, sin identificarse “clusters” de PF durante las “olas” o los “picos”. En base a esta distribución uniforme de casos durante los 14 meses de pandemia, concluimos que no hemos encontrado un aumento de la incidencia de casos de BP en relación al aumento de la incidencia acumulada de contagio por virus SARS-CoV-2 en nuestra población. La incidencia bruta anual de PF fue: 34 por 100.000 personas-año en 2018, 30 por 100.000 personas-año en 2019, 31 por 100.000 personas-año en 2020 y 29 por 100.000 personas-año en 2021. A 7 pacientes se les realizó la prueba de SARS-CoV-2 por PCR en hisopo nasal coincidiendo con el episodio de PF, pero solo 2 resultaron positivos.

Discusión y Conclusiones: Tras detectar una distribución uniforme de casos durante los 14 meses de pandemia, concluimos que no hemos encontrado un aumento de la incidencia de casos de BP en relación al aumento de la incidencia acumulada de contagio por virus SARS-CoV-2 en nuestra población.

PALABRAS CLAVE: parálisis facial; parálisis de Bell; COVID-19; SARS-CoV-2.

SUMMARY: Introduction and objective: Different clinical series on the prevalence of Bell's palsy (BP) in the pandemic are emerging in the literature. Some researchers suggest a link between facial palsy and SARS-CoV-2, although other authors do not find significant differences in the incidence of facial palsy, with low rate of detection of SARS-CoV-2 viral genome in nasal swab coinciding with paralysis. After two year of the COVID-19 pandemic, attributing to the SARS-CoV-2 virus an increase of incidence of BP cases remains unclear.

Method: We present findings of investigations in incidence of BP during the COVID-19 pandemic in a population of over 350,000 people in a single institution in the northern of Spain. Our research focuses on some epidemiological aspects of the temporal distribution of BP cases during the pandemic waves. We reviewed the BP cases during 2018-2021 and we calculated the crude annual incidence of BP. We also collected 7 patients were tested for SARS-CoV-2 by PCR in nasal swab during the BP in 2020. Finally, we explored the possibility of clusters of BP around the “peaks” of COVID-19 pandemic based on data from the Health Ministry of Spain over the 14-day Accumulated Incidence of COVID-19-positive cases per 100,000 inhabitants.

Results: We collected 209 patients who developed a BP between March 1, 2020, and May 30, 2021. We classified them according to the 4 pandemic waves of 14-day accumulated incidence of SARS-CoV-2 per 100,000 inhabitants in Spain. A similar number of cases of BP were diagnosed throughout the whole pandemic, without identifying clusters of BP during the “waves” or the “peaks.” Based on this uniform distribution of cases during the 14 pandemic months, we conclude that we have not found an increase in the incidence of BP cases in relation to the increase in the accumulated incidence of contagion by SARS-CoV-2 virus in our population. The crude annual incidence of BP was: 34 per 100,000 person-years in 2018, 29 in 2019, 31 in 2020 and 29 in 2022. Out of the 7 patients were tested for SARS-CoV-2 by PCR in nasal swab during the BP in 2020, and only 2 resulted positive.

Discussion and Conclusions: Based on this uniform distribution of cases during the 14 pandemic months, we conclude that we have not found an increase in the incidence of BP cases in relation to the increase in the accumulated incidence of contagion by SARS-CoV-2 virus in our population.

KEYWORDS: facial palsy; Bell's palsy; COVID-19; SARS-CoV-2.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS TRASTORNOS DEL OÍDO Y EL LABERINTO. ANÁLISIS DE LA OTOTOXICIDAD TRAS FÁRMACOS Y VACUNAS EN EUDRAVIGILANCE

Impact of the COVID-19 Pandemic on Ear and Labyrinth Disorders. Analysis of Ototoxicity after Drugs and Vaccines in the European Pharmacovigilance Database EudraVigilance

Cristina MARTÍN-VILLARES ; Carmen MANZANARES LÓPEZ-RENDO; Ana RODRÍGUEZ;

Silvia GANCEDO; Carlos DURÁN; Mercedes GONZÁLEZ; Antonio BLANCO;

Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ 

Complejo Asistencial Universitario de León.

Correspondencia: crismvillares@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: En los últimos años se ha detectado un aumento en la incidencia de efectos adversos ototóxicos sobre el oído interno por medicamentos y/o vacunas, que parecen haberse incrementado exponencialmente durante la pandemia COVID-19. El análisis de las notificaciones de efectos adversos en las bases de datos sanitarias como Fedra (España) o EudraVigilance (Europa) puede permitir profundizar en el conocimiento de nuevos fármacos causantes de RAM ototóxicas, de variables epidemiológicas y factores pronósticos. El objetivo de este trabajo es investigar sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la Ototoxicidad con sintomatología de hipoacusia, acúfenos y vértigo.

Método: Hemos realizado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de las notificaciones espontáneas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) que generaron algún síntoma de ototoxicidad, englobando la hipoacusia (hipoacusis), el vértigo (vértigo) y el acúfeno (tinnitus) registradas en la base de datos europea EudraVigilance entre 2010 y 2022.

Resultados y Discusión: El mayor número de notificaciones RAM ototóxicas ocurrió en 2021 con 10.548 casos de vértigo, 8.812 de tinnitus y 1.697 de hipoacusia. En los años anteriores (2010-2020), los rangos de casos

anuales de RAM de ototoxicidad por fármacos y vacunas oscilaron entre 311-2.255 para el vértigo, 150-1.000 para los acúfenos y 129-548 para la hipoacusia.

Conclusiones: La pandemia COVID-19 ha disparado la notificación de RAM ototóxicas desde 2021. A la vista de la frecuencia, gravedad y discapacidad persistente o secuelas que genera la ototoxicidad como RAM, se deben implementar programas de monitorización de la función coclear y vestibular, para detectar de forma precoz la aparición de ototoxicidad, identificando a los pacientes más susceptibles en función de su patología, tratamiento necesario, comorbilidades y demás factores asociados. Los sistemas de Farmacovigilancia realizan una labor importantísima, proporcionando una valiosa base de datos de las que los otorrinolaringólogos podemos extraer gran cantidad de conocimiento útil para nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: COVID-19; farmacovigilancia; ototoxicidad; EudraVigilance; reacciones adversas.

SUMMARY: Introduction and objective: In recent years, an increase in the incidence of ototoxic adverse effects on the inner ear due to medications and/or vaccines has been detected, which seem to have increased exponentially during the COVID-19 pandemic. The analysis of notifications of adverse effects in health databases such as Fedra (Spain) or EudraVigilance (Europe) can allow us to deepen our knowledge of new drugs that cause ototoxic ADRs, epidemiological variables and prognostic factors. The objective of this work is to investigate the impact of the COVID-19 pandemic on Ototoxicity with symptoms of hearing loss, tinnitus and vertigo.

Method: We have carried out an observational, descriptive and retrospective study of the spontaneous reports of adverse drug reactions (ADRs) that generated some symptom of ototoxicity, encompassing hearing loss (hypoacusis), vertigo (vertigo) and tinnitus (tinnitus) recorded in the European database EudraVigilance between 2010 and 2022.

Results: The highest number of ototoxic ADR notifications occurred in 2021 with 10,548 cases of vertigo, 8,812 of tinnitus, and 1,697 of hearing loss. In previous years (2010-2020), the annual ranges of ADR cases of ototoxicity due to drugs and vaccines ranged from 311-2,255 for vertigo, 150-1,000 for tinnitus, and 129-548 for hearing loss.

Discussion and Conclusions: The COVID-19 pandemic has triggered the notification of ototoxic ADRs since 2021. In view of the frequency, severity and persistent disability or sequelae that generates ototoxicity as ADR, monitoring programs should be implemented cochlear and vestibular function, to detect early the appearance of ototoxicity, identifying the most susceptible patients based on their pathology, necessary treatment, comorbidities and other associated factors. Pharmacovigilance systems perform a very important task, providing a valuable database from which otorhinolaryngologists can extract a large amount of useful knowledge for our patients.

KEYWORDS: COVID-19; pharmacovigilance; ototoxicity; Eudra Vigilance; adverse reactions.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Kikuchi-Fujimoto Disease. Report of Clinical Case

Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ ; Laura Manuela BAYONA-ROMERO ; Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ 

Isidora Paz RETTIG-INFANTE ; Manuel ACUÑA-GARCÍA; María Miguel LUCERO-SALAVERRY;

María Ángeles TORRES-NIETO

Hospital Universitario Río Hortega.

Correspondencia: clorentea@saludcastillayleon.es

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) o linfadenitis necrotizante no granulocítica fue descrita por primera vez en 1972 en mujeres jóvenes japonesas, sin embargo actualmente se han visto casos tanto en distintas etnias como países. La etiología es desconocida, aunque se postula que podría tener un origen autoinmune o por infecciones virales, siendo los resultados de los estudios sobre la etiología viral inconsistentes.

Método: Paciente de 41 años que presenta 2 adenopatías laterocervicales derechas dolorosas que aumentan de tamaño progresivamente. No presenta fiebre, sudores nocturnos ni pérdida de peso asociada. No refiere otra clínica.

Resultados: En la exploración se palpan adenopatías laterocervicales derechas de 1,5cm, blanda, móvil y no adherida con el resto de la exploración dentro de la normalidad. Se realizó análisis de sangre, incluyendo proteinograma, estudio de autoinmunidad y serología de VHB, VHC, VIH, CMV, VVZ, VEB, Rubeola, Toxoplasma y Treponema pallidum. Todas ellas con resultado negativo. Se decide realizar ecografía con PAAF de la misma con el resultado compatible con linfadenitis histiocítica necrotizante o linfadenitis de kikuchi. Se decide realizar exéresis del ganglio, confirmando el diagnóstico y posterior tratamiento conservador.

Discusión: La EKF es una forma benigna y autolimitada de linfadenitis necrotizante, existiendo una recurrencia del 15% hasta 8 años tras la clínica inicial. Entre el 60-90% de los pacientes presentan adenopatías posterocervicales dolorosas a la palpación, que se pueden asociar a síntomas B sistémicos. En el diagnóstico

diferencial debemos incluir las linfadenitis de origen infeccioso, linfomas y enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico. El diagnóstico definitivo es el examen histológico de una adenopatía, en la que se observa hiperplasia reactiva con focos de necrosis paracortical con detritus celulares, rodeados por infiltrado inflamatorio de linfocitos CD4+, histiocitos CD68 y escasa presencia de polimorfonucleares neutrófilos y células plasmáticas. El tratamiento más habitual es la observación, y en caso de pacientes muy sintomáticos pueden beneficiarse de la administración de corticoides o antiinflamatorios no esteroideos.

Conclusiones: La EKF se debe incluir en el diagnóstico diferencial de un paciente que presenta linfadenopatías cervicales y fiebre de origen desconocido. A pesar de su carácter autolimitado y resolución completa en la mayoría de los casos, existe el riesgo de progresión a una enfermedad autoinmune o de una recidiva. El diagnóstico definitivo es el examen histológico.

PALABRAS CLAVE: enfermedad de Kikuchi Fujimoto; linfadenitis necrotizante no granulocítica; adenopatía; fiebre.

SUMMARY: Introduction and objective: Kikuchi-Fujimoto disease (KDF) or non-granulocytic necrotizing lymphadenitis was first described in 1972 in young Japanese women; however, cases have now been observed in different ethnic groups and countries. The etiology is unknown, although it is postulated that it could have an autoimmune origin or due to viral infections, results of studies on viral etiology being inconsistent.

Method: A 41-year-old patient presented with 2 painful right lateral cervical lymphadenopathy, that progressively increased in size. The patient presented no fever, night sweats, or associated weight loss. No other symptoms appeared.

Results: On examination, right lateral cervical lymphadenopathy of 1.5cm were palpated, soft, mobile and not adhered, with the rest of the examination being normal. Blood tests were performed, including a proteinogram, autoimmunity study, and serology for HBV, HCV, HIV, CMV, VZV, EBV, Rubella, Toxoplasma, and Treponema pallidum. All of them with negative results. It was decided to perform an ultrasound with FNA of the same with the result compatible with necrotizing histiocytic lymphadenitis or Kikuchi lymphadenitis. It was decided to perform exeresis of the lymphadenopathy, confirming the diagnosis and subsequent conservative treatment.

Discussion: KFD is a benign and self-limited form of necrotizing lymphadenitis, with a recurrence of 15% up to 8 years after the initial symptoms. Between 60-90% of patients have postero-cervical lymph nodes that are painful on palpation, which can be associated with systemic B symptoms. In the differential diagnosis we must include lymphadenitis of infectious origin, lymphomas and autoimmune diseases such as systemic lupus erythematosus. The definitive diagnosis is the histological examination of adenopathy, in which reactive hyperplasia is observed with foci of paracortical necrosis with cellular debris, surrounded by an inflammatory infiltrate of CD4+ lymphocytes, CD68 histiocytes, and scarce presence of polymorphonuclear neutrophils and plasma cells. The most common treatment is observation, and highly symptomatic patients may benefit from the administration of corticosteroids or non-steroidal anti-inflammatory drugs.




Conclusiones: EKF should be included in the differential diagnosis of a patient presenting with cervical lymphadenopathy and fever of unknown origin. Despite its self-limited nature and complete resolution in most cases, there is a risk of progression to autoimmune disease or recurrence. The definitive diagnosis is histological examination.

KEYWORDS: Kikuchi-Fujimoto disease; non-granulocytic necrotizing lymphadenitis; lymphadenopathy; fever.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

DOCENCIA EN LA CIRUGÍA DE LA OTOSCLEROSIS: ENTRENAMIENTO QUIRÚRGICO EN MODELOS EXPERIMENTALES EXVIVO DE OÍDO MEDIO

Teaching in Otosclerosis Surgery: Surgical Training in Ex Vivo Experimental Models of the Middle Ear

Cristina MARTÍN-VILLARES ¹; Maria José GONZÁLEZ-GIMENO²; Rafael PÉREZ¹;
Luis José DOMÍNGUEZ-UGIDOS¹; Ana RODRÍGUEZ¹; Sara FERNÁNDEZ-CASCÓN ¹;
Carmen MANZANARES-LÓPEZ-RENDO¹; Ignacio ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ¹

¹ Complejo Asistencial Universitario de León.

² Hospital universitario Infanta Sofía, Madrid.

Correspondencia: crismvillares@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: La investigación y docencia en Cirugía se basa fundamentalmente en tres fuentes de conocimiento: el hombre enfermo, el cadáver (hueso temporal humano) y los simuladores quirúrgicos físicos o virtuales. La legislación y la ética limita el acceso a huesos temporales en nuestros Departamentos. Proponemos dos modelos costo-efectivos para entrenamiento, docencia e investigación de la cirugía de la cadena osicular, poniendo el foco en la cirugía de la otosclerosis.

Método: Tras revisar la literatura, hemos entrenado en dos modelos experimentales de simulación quirúrgica de la cadena osicular: a) modelo experimental exvivo de oído medio de conejo b) modelo experimental exvivo ovino de oído medio.

Resultados: Los modelos animales exvivo de oído medio de cordero y conejo (menos de 4 euros por pieza) son modelos quirúrgicos de muy bajo costo, con una anatomía del oído medio muy similar a la humana. En el conejo, la cadena osicular es muy pequeña, lo que hace compleja la cirugía. Las cadena osicular del cordero es de aproximadamente 2/3 el tamaño de la cadena humana, lo que hace más real la simulación de la técnica quirúrgica, aunque el tamaño 2/3 menor. Técnicamente la estapedectomía es más difícil en estos modelos animales que en humanos. El acceso a la cavidad de oído medio a través de la bulla es algo complicada y precisa

fresado o escoplo en los primeros ejercicios. En cordero, el abordaje retroauricular consigue un acceso adecuado a la membrana timpánica y a la cadena.

Discusión y Conclusiones: Los modelos ex vivo de conejo y cordero ofrecen una alternativa costo-efectiva a los residentes y cirujanos otológicos jóvenes a los huesos temporales de cadáver humano para el entrenamiento de la cirugía de oído medio.

PALABRAS CLAVE: cirugía experimental; otosclerosis; simulación; entrenamiento.

SUMMARY: Introduction and objective: Research and teaching in Surgery is fundamentally based on three sources of knowledge: the sick man, the cadaver (human temporal bone) and physical or virtual surgical simulators. Legislation and ethics limit access to temporary bones in our Departments. We propose two cost-effective models for training, teaching and research in ossicular chain surgery, focusing on otosclerosis surgery.

Method: After reviewing the literature, we have trained in two experimental models of surgical simulation of the ossicular chain: a) ex vivo experimental model of rabbit middle ear b) ex vivo sheep middle ear experimental model.

Results: The ex vivo animal models of the middle ear of lamb and rabbit (less than 4 euros per piece) are very low-cost surgical models, with a middle ear anatomy very similar to that of the human. In the rabbit, the ossicular chain is very small, which makes surgery complex. The ossicular chain of the ovine model is approximately 2/3 the size of the human chain, which makes the simulation of the surgical technique more realistic. Technically, stapedectomy is more difficult in these animal models than in humans. Access to the middle ear cavity through the bulla is complicated and requires drilling in the first exercises. In the ovine model, the retroauricular approach achieves adequate access to the tympanic membrane and chain.






Discussion and Conclusions: Ex vivo rabbit and ovine models offer a cost-effective alternative to otologic residents and junior surgeons as an alternative to human cadaver temporal bones for middle ear surgery training.

KEYWORDS: experimental models; stapedectomy; simulation; training surgery.

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

LA NUEVA SOLUCIÓN AUDITIVA DE IMPLANTE DE ESTADO ESTABLE OSTEOINTEGRADO ACTIVO (OSIA): PRESENTACIÓN DEL PRIMER CASO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID

The new Hearing Solution Steady-State Osseointegrated Active Device (OSIA): Report of the First Case in Hospital Universitario Río Hortega

Carmen VALLÉS-RODRÍGUEZ ; Laura Manuela BAYONA-ROMERO ; Claudia LLORENTE-ÁLVAREZ ;
Isidora Paz RETTIG-INFANTE ; Elisa GIL-CARCEDO-SAÑUDO 

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Correspondencia: car.vallesr@gmail.com

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

RESUMEN: Introducción y objetivo: En los últimos años se ha producido un gran avance en el tratamiento de la hipoacusia de transmisión y mixta debido al gran desarrollo de los implantes de conducción ósea. Los implantes de conducción ósea o audífonos de anclaje óseo son sistemas que se emplean para el tratamiento de hipoacusias uni o bilaterales, tanto de conducción como mixtas, y también en casos de sorderas unilaterales.

Existen dos tipos de sistemas de conducción ósea: los transcutáneos y los percutáneos. En los percutáneos existe una comunicación directa entre el procesador y el implante, el cual se encuentra atravesando la piel. Sin embargo los transcutáneos mantienen intacta la piel y se unen procesador e implante por un sistema de imanes. Dentro de los transcutáneos se ha desarrollado un nuevo sistema, el sistema piezoeléctrico Osia®. El objetivo de este trabajo es presentar el nuevo sistema de Osia® a propósito del primer paciente al que se implanta en nuestra provincia.

Método: Se presenta el caso de un varón de 47 años, con alergia a AINEs y yodo y sin antecedentes médicos de interés. Diagnosticado de otitis media crónica colesteatomatosa bilateral hace años. Intervenido de ambos oídos de timpanoplastia con mastoidectomía a demanda y reconstrucción y posteriormente mastoidectomía radical con meatoplastia en oído derecho tras recidiva de colesteatoma. En la audiometría tonal liminar presenta

hipoacusia de transmisión bilateral, con GAP de 40dB en ambos oídos. Se decide colocación de implante transcutáneo piezoeléctrico Osia® en oído derecho.

Resultados: La intervención se realiza bajo anestesia general. Inicialmente medimos sobre la piel el punto donde irá colocado el tornillo del implante, aproximadamente a la altura del meato auditivo. Se puede marcar con azul de metileno el punto del tornillo. Se pueden emplear múltiples incisiones para realizar esta técnica. En nuestro caso empleamos la incisión retroauricular que presentaba el paciente de intervenciones anteriores de ese oído, ampliando con una incisión de descarga en el borde caudal para facilitar la implantación. Se mide el grosor de piel, se recomienda que este sea menor de 9mm. En nuestro paciente rebajamos el tejido ya que presentaba demasiado volumen, lo cual dificulta la fijación de los imanes. Se disecciona el plano subperióstico y se crea un bolsillo donde irá el transductor. Identificamos el punto marcado donde fijaremos el tornillo y se procede a su colocación. La perforación que se realiza tiene una profundidad de entre 3-4mm. Posteriormente aseguramos que el hueso en torno al implante es un lecho liso para la correcta colocación del transductor. Por último fijamos el transductor aplicando una fuerza de 25 Newton y procedemos al cierre por planos. En nuestro caso no se observaron complicaciones durante el procedimiento ni en el postoperatorio inmediato.

Discusión: Osia® es un tipo nuevo de implante activo piezoeléctrico. En este tipo de implantes, la transmisión transcutánea entre el procesador y el transductor se produce por una señal digital de radiofrecuencia, la cual se transforma en vibraciones en el transductor que es lo que se transmitirá al hueso.

De esta forma se evita cualquier molestia en la transmisión transcutánea y los problemas a nivel cutáneo que conllevan los implantes percutáneos. Su principal ventaja es que se puede emplear en pacientes con pérdidas de conducción ósea de hasta 55 dB, y ofrece una ganancia pantonal mayor que los sistemas pasivos. Esto permite que Osia® sea eficaz en pacientes que puedan padecer una hipoacusia progresiva. Además al no contener material electromagnético permite el uso de resonancia magnética de hasta 3T.

Conclusiones: El sistema piezoeléctrico Osia® es un sistema de conducción ósea innovador y constituye un avance en los sistemas de conducción ósea. La técnica quirúrgica para su implantación es sencilla y no requiere de fresado óseo ni tiempos quirúrgicos muy prologados. Presenta ventajas frente a otros sistemas en cuanto a la ganancia que aporta, así como una mejor percepción del lenguaje. Por último también evita los problemas cutáneos derivados de otros sistemas y es más estético.

PALABRAS CLAVE: OSIA; BAHA; implante de conducción ósea; pérdida auditiva.

SUMMARY: Introduction and objective: During the last few years there has been a great advance in conduction and mixed hearing loss treatment due to the big development of bone conduction implants. Bone conduction implants or bone-anchored hearing aids are used to treat uni or bilateral hearing loss, conductive as well as mixed, and also in cases of single-sided deafness.

There are two types of bone conduction systems: transcutaneous and percutaneous. In percutaneous devices there is a direct connection between the processor and the implant, which goes through the skin. However transcutaneous devices don't break the skin barrier and processor and implant connect through a system of magnets. Piezoelectric Osia® is a newly developed transcutaneous system.

The aim of this study is to present the new Osia® system in order of the first patient with this implant in our community.

Method: We report the case of a 47 year old man, allergic to NSAID and iodine with no other medical history of interest. Diagnosed of bilateral chronic cholesteatomatous otitis media years ago. He underwent surgery in both ears, tympanoplasty with mastoidectomy on demand and reconstruction. Subsequently radical mastoidectomy with meatoplasty on his right ear due to a recurrence of the cholesteatoma. Liminar tonal audiometry shows a bilateral and almost symmetrical conductive hearing loss with a 40dB GAP in both ears. We decide to

implant the transcutaneous piezoelectric Osia® system in his right side.

Results: Surgery is performed under general anesthesia. Initially we plan over the skin where we will place the implant, approximately at the level of the meatus. We can mark the location of the screw with methylene blue. There are multiple incisions that can be used. In this case we use the same retroauricular incision from previous surgeries, enlarging it on its caudal border. We measure the skin thickness as it is recommended to be less than 9mm. In our patient we thin it since it was too thick for the magnets to connect properly. We complete a subperiosteal pocket where the transducer will be placed. We identify the location of the screw and drill a hole of 3-4mm. After we have the screw in place, we make sure the surrounding bone is flat enough to place the transducer. Finally we place it and tighten the screw with 25 Newton and close the skin flap over the implant. In our case we didn't experience any problems during or after the procedure.

Discussion: Osia® is a new type of active piezoelectric device. In this kind of devices, the transcutaneous transmission between the processor and the transducer is produced by a digital signal, which later is transformed in vibrations by the transducer. This vibration will be transmitted to the bone. This way we avoid any problems and discomfort that percutaneous devices can produce. The main advantage is that Osia® can be used in patients with a conductive hearing loss over 55Db and it provides a bigger pantonal gain than passive devices. This way, Osia® is useful in patients with progressive hearing loss. Furthermore it can be used in magnetic resonance imaging as it doesn't have any electromagnetic material.

Conclusions: The piezoelectric Osia® device is a new system of bone conduction and it constitutes an advance in the bone conduction field. The surgical procedure is simple and short. It offers a bigger gain as well as a better speech perception. Finally it also prevents any skin complications and aesthetic issues we could find with other devices.

KEYWORDS: OSIA; BAHA; bone conduction implant; hearing loss.