

eISSN 2444-7986

DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/orl20167s1.14566>

RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES LIBRES AL XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA. PALENCIA 26, 27 Y 28 DE MAYO DE 2016

Submissions to XXIV Congress of the of Castilla y León, Cantabria and La Rioja Otolaryngological Society. Palencia 26, 27 and 28 May 2016

Fecha de Publicación: 4 de junio de 2016

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



RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

Notificación de incidentes de seguridad del paciente en ORL mediante SISNOT

JOSÉ LUIS PARDAL-REFOYO¹; LOURDES MORENO-CEA²; MONTSERRAT ALCALDE-MARTÍN³; MYRIAM GONZÁLEZ-SÁNCHEZ¹

SACYL. Complejo Asistencial de Zamora. ¹Servicio de ORL. ²Subdirección Médica. ³Gerencia Regional de Salud (Servicio de Calidad. Dirección General de Planificación e Innovación)

Introducción y objetivo: La seguridad del paciente (SP) puede definirse como el conjunto de medidas que evitan la presentación de incidentes de seguridad (IS) que pueden llegar a producir daño no deseado en el paciente (evento adverso, EA). La base del aprendizaje y mejora en SP está en la detección y notificación de los IS y es necesario notificar los IS para analizarlos y adoptar medidas que eviten su repetición. Aproximadamente por cada 300 IS sin daño se produce un EA (con daño en el paciente). **Objetivo:** Presentar a los otorrinolaringólogos el sistema de notificación de incidentes de seguridad sin daño SISNOT desarrollado para SACYL (Sanidad de Castilla y León). **Material y Método:** Revisión narrativa. Presentación de las características generales de SISNOT y organización de la información (notificadores) y análisis (gestores). **Resultados:** SISNOT es una aplicación accesible desde la Intranet de SACYL desde la que cualquier profesional puede notificar incidentes de seguridad que potencialmente podrían haber producido daño en un paciente concreto. **Conclusiones:** Desde los centros debe organizarse la actividad de notificación y análisis de los IS sin daño. La formación en SP es necesaria para crear una cultura de seguridad.

Palabras clave: safety; patient safety; safety management; risk management

Gestión de la información en ORL mediante OJS. El modelo de Revista ORL

JOSÉ LUIS PARDAL-REFOYO¹; ÁNGEL REDERO-HERNÁNDEZ²

¹Revista ORL. Consejo de Redacción. Universidad de Salamanca. Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja. ²Ediciones Universidad de Salamanca

Introducción y objetivo: La actividad científica debe conducir a elaborar informes de investigación (IDI) en distintos formatos. Para que los IDI puedan llegar a los consumidores (lectores) precisan un soporte que permita su archivo y consulta en cualquier momento. Este es uno de los papeles de una revista científica. Para que el IDI llegue desde el autor hasta el lector es necesaria su adecuación a normas a lo largo del Proceso Editorial (PE). **Objetivo:** Presentar las etapas del PE en una publicación de acceso abierto mediante el sistema de gestión de manuscritos OJS (*Open Journal System*). **Material y método:** Revisión narrativa. Se presenta el sistema OJS de Ediciones Universidad de Salamanca aplicado en la gestión de manuscritos de Revista ORL. **Resultados:** El sistema OJS permite la gestión automatizada durante todo el PE, facilitando el proceso de revisión y de edición. **Conclusiones:** Revista ORL es una publicación de acceso abierto gestionada mediante sistema OJS. El sistema OJS mejora la calidad del PE y ayuda a mejorar la visibilidad de los IDI.

Palabras clave: acceso abierto; proceso editorial; open access; editorial process

¿Es fácil encargarse de coordinar un «programa de hipoacusia infantil»?

JOSÉ IGNACIO BENITO-OREJAS¹; MARÍA PONCELA-BLANCO²; FERNANDO GARCÍA-

VICARIO³; FERNANDO BENITO-GONZÁLEZ⁴;
GERARDO MARTÍN-SIGÜENZA⁵; JESÚS SAN
ROMÁN-CARBAJO⁶

Servicio ORL y PCF de ¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ²Complejo Asistencial Universitario de Palencia; ³Complejo Asistencial Universitario de Burgos; ⁴Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; ⁵Complejo Asistencial Universitario de León; ⁶Hospital El Bierzo de Ponferrada.

Introducción y objetivo: La hipoacusia es la deficiencia sensorial más prevalente al nacimiento. Aunque coordinar un programa para su detección y atención tempranas pueden parecer tareas sencillas, no lo son tanto cuando se asume la responsabilidad del impacto negativo que un retraso en la identificación o en el tratamiento, pueden provocar en el desarrollo lingüístico y educativo del niño/a. Con este trabajo pretendemos ofrecer una visión global del compromiso que supone la práctica de este cometido. **Material y Método:** Se revisan las funciones asignadas al supervisor de un «Programa de Hipoacusia Infantil», analizando las que se establecen en el Programa de la Comunidad de Castilla y León, que son fiel reflejo de las de otras comunidades y países, al tratarse de un consenso internacional avalado por diferentes organismos reguladores, que en España corresponde a la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH). **Resultados:** El coordinador de un «Programa de Hipoacusia Infantil» debe vigilar la identificación temprana de los recién nacidos con deficiencia auditiva, realizar un diagnóstico y tratamiento precoces, solicitar pruebas específicas y valorar el éxito de la intervención. Todo este proceso se centra en la familia como motor fundamental del proyecto. El apoyo institucional y administrativo deberían estar al servicio de esta actividad. **Conclusiones:** Encargarse actualmente de un «Programa de Hipoacusia Infantil» implica una concepción global, que consiste en establecer un control preventivo de la salud auditiva del niño/a, lo que incrementa la complejidad de su desarrollo.

Palabras clave: cribado auditivo universal; hipoacusia; seguimiento; factor de riesgo; neonato.

Estudio descriptivo de urgencias ORL en el Hospital San Pedro

AZOR CARRERAS-ALCARAZ; DANILO TERÁN-MUÑOZ; ANA NATALIA ORTIZ-RIVERA; MIRIAM ARANZAZU MICHELENA-TRECU; PEDRO DÍAZ DE CERIO-CANDUELA

Hospital San Pedro. Logroño

Introducción y objetivo: Las urgencias en el área ORL son una parte importante de las admisiones en el servicio de urgencias generando gran carga de trabajo. El objetivo del estudio realizado es mostrar cuál es la prevalencia de patologías ORL en nuestro área de influencia, mostrar la distribución en edad y sexo y ver qué urgencias han precisado ingreso y/o intervención quirúrgica urgente. **Material y Método:** Se trata de un estudio descriptivo prospectivo iniciándose la recogida de datos el 1 de junio hasta el 31 de diciembre de 2015. Los pacientes que presentan urgencias ORL en nuestro hospital son valorados por el residente de ORL, los adjuntos realizan guardias localizadas. Dadas las características del funcionamiento de las urgencias en nuestro hospital, solo se han recogido los datos aquellos días en los que se encontraba un residente de ORL de guardia. De la base de datos quedan excluidas aquellas urgencias generadas en pacientes ya hospitalizados. **Resultados:** Se recogieron 537 casos. Los resultados muestran una distribución de sexo sin diferencias estadísticamente significativas. La media de edad es de 47 años con una desviación estándar de 23,96. Las principales patologías por las que se consulta es por otitis externas (8,3%) y otitis medias (6,79%), fracturas de huesos propios (7,36%), epistaxis (12,45%) y cuerpos extraños faríngeos (10,57%) precisando ingreso hospitalario un 11,36% de los casos y con 4,66% de casos que precisan intervención quirúrgica urgente. Las causas más frecuentes de intervención quirúrgica urgente son los traumatismos faciales. **Conclusiones:** La patología ORL es una de las principales causas de consulta a urgencias por lo que es conveniente conocer la distribución de éstas.

Palabras clave: urgencias médicas; otorrinolaringología

Etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis externa maligna en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

SANDRA VERGARA-PASTRANA; NATALIA CASTAÑEDA-CURTO; MARÍA TERESA GIL-AGUILAR; CORA AIARA VIANA; CARMELO MORALES-ANGULO

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla

Introducción y objetivo: La otitis externa maligna es una enfermedad infecciosa del conducto auditivo externo y del hueso temporal, que puede desencadenar mastoiditis, condritis, osteomielitis y eventualmente compromiso intracraneal que puede tener desenlace fatal. El tratamiento depende del microorganismo causante, siendo el más frecuente la *Pseudomonas aeruginosa*. El objetivo de este estudio es evaluar la etiología, el diagnóstico, tratamiento y complicaciones de ésta patología en un hospital de tercer nivel. **Material y Método:** Se trata de un estudio retrospectivo en el que se recogieron 24 pacientes con otitis externa maligna durante 20 años entre diciembre de 1995 hasta diciembre de 2015. Se revisaron las historias clínicas por edad, síntomas, hallazgos clínicos, comorbilidades, imágenes diagnósticas, agentes microbiológicos y tratamiento. **Resultados:** Las edades comprendidas fueron entre 59 y 90 años, y el tiempo de tratamiento medio fue de 33 días. De los 24 pacientes, 19 eran inmunosuprimidos. El síntoma más frecuente fue la otalgia, seguida de la otorrea. El microorganismo aislado con más frecuencia fue la *Pseudomonas aeruginosa* seguida del *Scedosporium apiospermum*. El tratamiento consistió mayormente en antibióticos locales y sistémicos. Tres pacientes fallecieron como complicación de esta patología. **Conclusiones:** La otitis externa maligna es una patología poco frecuente, que debe sospecharse en todo paciente inmunocomprometido con

otalgia, otorrea y tejido de granulación o exposición ósea del conducto auditivo externo. La oportunidad en el diagnóstico disminuye la probabilidad de complicaciones incluyendo la muerte, y el tratamiento se pauta según el cultivo.

Palabras clave: otitis externa maligna; diagnóstico; tratamiento

Infecciones cervicales profundas: Revisión de casos clínicos presentados durante el período 2013 - 2014 en el Hospital clínico universitario de Valladolid

MARÍA HERNÁNDEZ DE LOS SANTOS; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; ANA FERNÁNDEZ; ANA SÁNCHEZ; MARLENY CASASOLA; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital clínico universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: Las infecciones de los espacios cervicales profundas; aunque son procesos poco frecuentes en la actualidad debido al uso de los antibióticos modernos, continúan asociando una alta morbimortalidad, y la mayoría se asocian a infecciones dentarias y orofaríngeas. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de los casos de infecciones cervicales profundas tratadas en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital clínico universitario de Valladolid durante el periodo 2013-2014, excluyéndose los flemones y abscesos periamigdalinos, flemones y abscesos dentarios aislados y los abscesos postquirúrgicos. Se analizaron los antecedentes y enfermedades asociadas, así como aspectos del diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismo. **Resultados:** Se presentaron un total de 27 infecciones cervicales profundas durante el periodo 2013-2014 en nuestro servicio, 5 abscesos parafaríngeos (19%), 3 abscesos retrofaríngeos (11%), 2 angina de Ludwig (7%), 6 abscesos de suelo de boca (22%), 5 abscesos cervicales (19%), 6 abscesos cer-

vicotorácicos (22%) y 4 casos de adenoflemon-celulitis cervical. El 59% de los pacientes eran de sexo masculino, la edad media estuvo comprendida entre 30-70 años. El 40,7% de los pacientes acudió por tumoración o tumefacción cervical como signo o síntoma inicial. Se realizó Tac en 25 pacientes (93%), los microorganismos más frecuentemente aislados fueron los estreptococos (50%) y la patología asociada con más frecuencia fue la DM tipo 2 con un 22%. Fue preciso realizar abordaje quirúrgico además del tratamiento médico en un 63% de los pacientes y la tasa de mortalidad global fue de un 7,4%. Conclusiones: Aunque la incidencia de infecciones cervicales profundas ha disminuido considerablemente gracias al avance en las técnicas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados críticos en la era moderna son patologías que continúan asociando un alta morbimortalidad

Palabras clave: abscesos cervicales; parafaríngeos; retrofaríngeos; suelo de boca.

Manifestaciones audiovestibulares de la malformación de Chiari tipo I

NATALIA CASTAÑEDA-CURTO¹; GLORIA GUERRA-JIMÉNEZ¹; SANDRA PATRICIA VERGARA-PASTRANA¹; M^a TERESA GIL-AGUILAR¹; AIARA VIANA CORA¹; ROCÍO GONZÁLEZ-AGUADO¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ²Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil, Las Palmas, Gran Canaria

Introducción y objetivo: La malformación de Chiari es una alteración de la base del cráneo, en la que se produce herniación del cerebelo y del tronco cerebral a través del foramen magnum. Aunque su forma de presentación más frecuente es la cefalea occipitonal, no es rara la asociación de síntomas audiovestibulares. El objetivo de nuestro estudio fue conocer las manifestaciones audiovestibulares en la malformación de Chiari tipo I (MCH-I). Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de los pacientes remitidos a nuestra unidad en los últimos diez años así

como una revisión bibliográfica de las manifestaciones audiovestibulares de esta enfermedad. Resultados: Se presentan treinta y dos pacientes (seis varones y veintiséis mujeres) comprendidos entre veintisiete y setenta y un años de edad, con una media de edad de cincuenta y cinco años. La principal manifestación fue inestabilidad (78,1%) seguido de hipoacusia (75%), acúfenos (62,5%) y vértigo (62,5%). Dos pacientes fueron tratados con corticoides intratimpánicos por síndrome vertiginoso, con mejoría tras el tratamiento.

Conclusiones: en la MCH-I es frecuente la patología audiovestibular. Es por ello importante su conocimiento dado que son con frecuencia derivados a otorrinolaringología para su estudio. Son pacientes que pueden presentar inestabilidad, hipoacusia neurosensorial y síndrome vertiginoso.

Palabras clave: Chiari; vértigo; inestabilidad

Adenoma pleomorfo de lóbulo profundo de la parótida

MIRIAM ARANZAZU MICHELENA-TRECU; AZOR CARRERAS-ALCARAZ; ANA NATALI ORTIZ-RIVERA; EDER DANILO TERÁN-MUÑOZ; PEDRO DÍAZ DE CERIO-CANDUELA

Hospital San Pedro Logroño

Introducción y objetivo: Los tumores del espacio parafaríngeo representan menos del 1% de todos los tumores de cabeza y cuello, siendo los tumores del lóbulo profundo de la glándula parótida los más frecuentes. Presentan un crecimiento lento y silente, alcanzando un gran tamaño al diagnóstico. Material y Método: Mujer de 48 años amigdalectomizada en la infancia, que acude a urgencias por odinofagia de dos semanas de evolución sin fiebre, ni otra sintomatología acompañante. A la exploración presenta un abombamiento del pilar amigdalino anterior izquierdo, no fluctuante y doloroso a la palpación. Todos los valores de la analítica son normales. En la tomografía computarizada y en la resonancia magnética se observa una gran masa de partes blandas en el espacio pa-

rafaríngeo izquierdo de 4.6x2.5x4.1 cm de diámetro axial, anteroposterior y craneocaudal. Las imágenes sugieren un adenoma pleomorfo del lóbulo profundo de la glándula parótida izquierda. Se decide realizar una parotidectomía total izquierda, con monitorización del nervio facial. La lesión se extiende desde la porción profunda de la parótida izquierda hasta el espacio parafaríngeo y la fosa pterigomaxilar. El estudio anatomopatológico da el diagnóstico de adenoma pleomorfo. Conclusiones: Los tumores parafaríngeos son poco habituales, siendo los de glándulas salivares los más frecuentes. El estudio con pruebas de imagen es fundamental, sobre todo la resonancia magnética. Debido a la localización anatómica y el tamaño del tumor, se suele llevar a cabo un abordaje quirúrgico cervical-parotídeo.

Palabras clave: pharyngeal neoplasms; pleomorphic adenoma

Herida facial por animal astado

EDER DANILO TERÁN-MUÑOZ; MIRIAM ARANZAZU MICHELENA-TRECU; ANA NATALI ORTIZ-RIVERA; AZOR CARRERAS-ALCARAZ; PEDRO DÍAZ DE CERIO-CANDUELA; JULIÁN PRECIADO-LÓPEZ

Hospital San Pedro, Logroño

Introducción y objetivo: Las festividades taurinas, que involucran la interacción entre un animal astado (toro, vaquilla, etc.) son frecuentes en España, ciertas regiones de Francia y Latinoamérica. Las lesiones producidas por dicha interacción no son infrecuentes. Las características de los animales involucrados en estas festividades, principalmente sus apéndices astados, causan lesiones de considerable magnitud, y cuando se producen en el área cervicofacial pueden condicionar la vida del paciente. Conocer el tipo de lesiones producidas por los animales astados es fundamental para el diagnóstico correcto y temprano para asegurar a nuestro paciente las mayores posibilidades de recuperación. Material y Método: Presentamos el caso de un varón de 18 años de edad, que es traído al hospital San Pedro

por presentar una lesión anfractuosa en tercio medio facial, producida por cuerno de vaquilla, durante festividades de su pueblo. Presentó una herida inciso contusa de aproximadamente 9 cm en región paralateronasal derecha desde el surco nasogeniano hasta el canto interno del ojo ipsilateral, con avulsión nasal, fractura de septum y huesos propios nasales, dichas lesiones fueron corregidas de manera urgente en quirófano, el paciente presentó un post operatorio sin complicaciones y un buen resultado tanto funcional como estético. Resultados: Las heridas por asta de toro tienen características muy especiales, que las diferencian de las heridas contusas, por arma de fuego y arma blanca. Esto se debe a la naturaleza del agente de la herida, el cuerno, de forma cónica, gran longitud y un diámetro. Es capaz de provocar lesiones con gran facilidad, que se pueden presentar a gran distancia desde el punto de impacto. El cuerno del toro alberga gran cantidad de microorganismos por tanto este tipo de herida es considerada una herida sucia. Se describen 3 tipos de lesiones dependiendo del traumatismo: puntazo, varetazo y cornada, siendo esta la más destructiva. Los pacientes que han sufrido heridas por asta de toro deben ser considerados pacientes politraumatizados y deben ser tratados como tal según los algoritmos establecidos. Conclusiones: El correcto conocimiento de la anatomía quirúrgica cervicofacial junto al adecuado entendimiento de la fisiopatología, microbiología y complicaciones de las heridas por animal astado son fundamentales para la rápida identificación de lesiones con el fin de brindar un correcto tratamiento a nuestros pacientes.

Palabras clave: herida facial; asta de toro

Corticoides sistémicos en la neuritis vestibular: efecto a corto plazo

HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; GABRIEL AGUILERA-AGUILERA; CARMEN SÁNCHEZ-BLANCO; ROSALYN CHAVES-ARAUJO; PEDRO BLANCO-PÉREZ; ÁNGEL BATUECAS-CALETRÍO

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: La neuritis vestibular se caracteriza por la aparición brusca de vértigo, con un importante cortejo vegetativo, en ausencia de síntomas auditivos ni otra focalidad neurológica. Estos síntomas mejoran gradualmente con el paso del tiempo como resultado de un proceso de compensación vestibular con eventual restitución de la función vestibular en la mayoría de los pacientes. Existen diferentes estudios que han confirmado el efecto beneficioso de los glucocorticoides sobre la función vestibular periférica en la neuritis vestibular. Sin embargo, sólo un estudio evaluó indirectamente el efecto de los glucocorticoides sobre los síntomas del vértigo en la neuritis vestibular, sin encontrarse beneficio a largo plazo. Esto plantea la cuestión de si la restauración del desequilibrio vestibular agudo y, por tanto la reducción del nistagmo, a través de una reducción en la inflamación, tendría algún efecto sobre los síntomas del vértigo. Los principales objetivos de este estudio fueron analizar el efecto agudo del tratamiento con glucocorticoides en la recuperación de los síntomas de vértigo y la duración de la estancia hospitalaria. **Material y Método:** Se reclutaron pacientes consecutivos con el diagnóstico clínico de neuritis vestibular que acudieron al servicio de ORL-PCF del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca entre marzo de 2005 y abril de 2012. A todos los pacientes se les realizó una audiometría de tonos puros en el primer o segundo día después de su comienzo, una prueba calórica bitérmica en el cuarto o quinto día, resonancia magnética nuclear y realización del cuestionario «*Dizziness Handicap Inventory*» (DHI) al ingreso y al alta hospitalaria, que sirve para cuantificar la autopercepción de la discapacidad en pacientes con vértigo y su impacto en actividades de la vida diaria. Se establecieron dos grupos en función de si habían recibido tratamiento con glucocorticoides sistémicos (N = 32) o no (N = 44) y se realizó un estudio de cohortes. El grupo que recibió glucocorticoides sistémicos (grupo tratamiento) fue reclutado desde septiembre de 2007 hasta abril de 2012 y recibió tratamiento con diazepam 5 mg intravenoso cada 12 horas durante el primer y segundo día de ingreso, metoclopramida 10 mg intravenoso

cada 8 horas durante el primer día, ejercicios de rehabilitación vestibular y metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg durante 5 días, posteriormente se redujo la dosis a la mitad durante otros cinco días y después se finalizó. El grupo que no recibió glucocorticoides (grupo control) fue reclutado desde marzo de 2005 hasta septiembre de 2007 y recibieron el mismo tratamiento sintomático, pero sin los glucocorticoides. **Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a la edad (media \pm desviación estándar de edad $51,74 \pm 15,32$ frente a $18,35 \text{ años} \pm 57,51$, $p = 0,18$). La estancia hospitalaria fue estadísticamente diferente entre los dos grupos, siendo menor en el grupo tratamiento ($2,8 \pm 1,5$ días para el grupo de tratamiento y de $3,6 \pm 1,7$ días para el grupo de control, $p = 0,002$). En cuanto a la paresia canalicular fue significativamente menor en el grupo tratamiento comparado con el grupo control (media \pm SD % $38,04 \pm 21,57$ frente a $82,79 \pm 21,51$, $p < 0,001$). Al ingreso 27 pacientes del grupo de tratamiento tenía nistagmo grado III y 5 tenían grado II, en comparación con 36 que presentaban nistagmo grado II, y 8 con grado II en el grupo control ($p = 0,07$). Al momento del alta hospitalaria, 20 pacientes del grupo de tratamiento tenían nistagmo grado I, 8 grado II y 4 grado III, mientras que en el grupo control, 21 tenían nistagmo grado I, 15 grado II, y 8 grado III ($p = 0,03$). Finalmente, analizando los resultados del cuestionario DHI, su puntuación al momento del alta fue significativamente menor en el grupo de tratamiento (media \pm SD% $23,15 \pm 12,40$ (física (P) = 8,05, funcionales (F) = 7,47, emocional (E) = 8,13) frente a $64,07 \pm 12,87$ (P = 20,31, F = 19,56, E = 24,06), $p < 0,001$). **Conclusiones:** Este estudio demuestra que los glucocorticoides producen una mejoría de la sintomatología y sugiere que pueden acelerar la compensación vestibular a través de una restauración de la función vestibular periférica en pacientes con neuritis vestibular, dada la reducción de la intensidad del nistagmo observado en el grupo tratamiento. Además, se demuestra que disminuye la estancia hospitalaria, con la reducción de gastos económicos que eso supone. **Palabras clave:** glucocorticoides; neuritis vestibular; vértigo

Seguimiento del vértigo paroxístico infantil

GABRIEL ALEJANDRO AGUILERA-AGUILERA;
HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; RAQUEL YÁÑEZ-
GONZÁLEZ; JEAN-FRANCO INTRAPRENDENTE-
MARTINI; SANTIAGO SANTA CRUZ-RUIZ; ÁNGEL
BATUECAS-CALETRÍO

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Introducción: El vértigo paroxístico benigno infantil (VPBI) es la causa más frecuente de vértigo en la infancia afectando predominantemente a niños entre los 2 y 6 años de edad, con una prevalencia estimada cercana al 2,6% de la población infantil de entre 5 y 15 años. Esta entidad se caracteriza por ataques de vértigo recurrentes de corta duración, acompañados de cortejo vegetativo. Hoy en día se considera un equivalente migrañoso en la infancia. **Material y métodos:** Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo de 27 pacientes diagnosticados de VPBI entre los años 1991 y 1997. Estos pacientes se siguieron durante 15 años desde realizado el diagnóstico y se estableció la incidencia de migraña y desordenes de oído interno. Los pacientes incluidos cumplían criterios de migraña basados en la *International Headache Society* y cumplían la definición de VPBI propuesta por Basser. **Resultados:** Los pacientes de nuestro estudio incluyó 18 mujeres y 9 varones, siendo la edad promedio para el inicio de los ataques del VPBI de 3 años y 11 meses. La edad promedio para la resolución espontánea fue de alrededor de 5 años y 7 meses. De los pacientes en el estudio, 9 desarrollaron migraña durante la edad adulta, observándose una prevalencia de 33,4% de la muestra total. Esta observación fue estadísticamente significativa $p < 0,001$. **Conclusiones:** La prevalencia de la migraña en el grupo de pacientes diagnosticados de VPBI fue del 33,4%, al compararlo con la prevalencia de la migraña en España (12,6%), se observa que la prevalencia de la migraña en pacientes diagnosticados con VPBI es casi tres veces mayor que en el resto de la población. Esto nos lleva a la hipótesis de que VPBI puede ser un precursor de la migraña en la infancia y no sólo un equivalente migrañoso en la infancia.

Palabras clave: vértigo paroxístico infantil; migraña; nistagmo

Hormona paratiroidea intacta como predictor temprano de hipocalcemia en la tiroidectomía total

HUGO LARA SÁNCHEZ¹; SARA FERNÁNDEZ CASCÓN¹; ELISA GIL-CARCEDO SAÑUDO¹; LUIS ÁNGEL CUELLAR OLMEDO²; AGUSTÍN MAYO ISCAR³; LUIS ÁNGEL VALLEJO VALDEZATE¹

Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Río Hortega¹, Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Río Hortega², Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid³

Introducción y objetivo: La medición de la hormona paratiroidea intacta (PTHi) se considera que puede ser el régimen más práctico y eficaz para la detección de hipocalcemia posterior a una Tiroidectomía Total (TT) o a una Cirugía para Completar la Tiroidectomía (CCT) detectando de forma más temprana la posibilidad de hipocalcemia que con la medición únicamente de calcio sérico. El objetivo de este estudio es comprobar si la medición de la PTHi pre y postquirúrgica de una TT o CCT es un predictor fiable de la presencia de hipocalcemia postquirúrgica y expresar los resultados de tal manera que puedan ser reproducibles en otras instituciones de salud. **Material y Método:** Estudio prospectivo de pacientes operados de TT o CCT que cumplen criterios de inclusión a los que se les solicita una analítica prequirúrgica incluyendo los siguientes parámetros: PTHi, calcio total, calcio iónico, magnesio, albúmina y proteínas totales. En la fase postquirúrgica se midieron los mismos parámetros bioquímicos a la mañana siguiente de la cirugía. Los pacientes permanecieron ingresados al menos 48 horas para el seguimiento clínico y medición de calcemias cada 10 horas en promedio. Posteriormente al alta se evaluaron a los pacientes a los 10 días, al mes y a los 3 meses posteriores a la cirugía. Se definió como hipocalcemia grado I al nadir de calcio total < 8 mg/dl e hipocalcemia grado II al nadir de calcio

total < 7,2 mg/dl. Resultados: Se han incluido en el estudio 139 pacientes operados de TT o CCT de noviembre de 2013 a octubre de 2015. 24/139 (17,2%) pacientes presentaron hipocalcemia postquirúrgica grado I y 15/139 pacientes presentaron hipocalcemia postquirúrgica grado II (10,7%). Se establecieron 3 Categorias para la Detección Temprana de Hipocalcemia: Riesgo Alto de presentar hipocalcemia los pacientes con una reducción de PTHi > 65% (sensibilidad 80,6%, especificidad 97,1%), Riesgo Moderado con una disminución de entre el 65 y el 45% (sensibilidad 83,9%, especificidad 91,4%) y Riesgo Bajo <45% (sensibilidad 90,3% y especificidad 82,9%). Además se realizaron curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*) en las que se muestra que la combinación de la reducción del porcentaje de PTHi junto con la reducción del porcentaje del calcio total sérico a la mañana siguiente de la cirugía nos dan una mayor sensibilidad y especificidad que la PTHi por si sola pero sin ser estadísticamente significativa. Conclusiones: En nuestra institución, se ha desarrollado una clasificación de riesgo de hipocalcemia de acuerdo al descenso en porcentaje de los niveles de PTHi a la mañana siguiente de la TT o CTT. Esta clasificación con una única medición de PTHi pre y postquirúrgica es un predictor fiable del desarrollo de hipocalcemia clínicamente significativa. Una identificación temprana de estos pacientes en riesgo nos facilitará la rápida terapia de remplazo con suplementos de calcio y vitamina D y una potencial alta hospitalaria temprana y segura.

Palabras clave: tiroidectomía total; hormona paratiroidea intacta; hipocalcemia; calcio; vitamina D

Celulitis orbitaria infantil: protocolo de actuación

HUGO LARA-SÁNCHEZ¹; LUIS ÁNGEL VALLEJO-VALDEZATE¹; HORTENSIA SÁNCHEZ-TOCINO²; LUISA GIRARLDO-AGUEDO²; ELENA PÉREZ-GUTIÉRREZ³; REBECA MOZÚN-TORRICO³

Servicio de Otorrinolaringología¹; Servicio de Oftalmología²; Servicio de Pediatría³. Hospital

Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción y objetivo: La celulitis orbitaria se define como la infección que afecta al tejido graso y músculos oculares de la órbita, posteriores al septum orbitario. Es una patología que afecta predominantemente a pacientes en edad pediátrica. La etiología principal está relacionada con rinosinusitis con afectación etmoidal. El objetivo es presentar un Protocolo de Actuación multidisciplinario para el manejo de los casos de Celulitis Orbitaria Infantil. Material y Método: Se ha hecho una revisión bibliográfica extensa en PubMed y en UptoDate sobre aspectos generales de la celulitis orbitaria, diagnóstico diferencial, microbiología prevalente, tratamiento antibiótico empírico, indicaciones de estudios de imagen, indicaciones de tratamiento quirúrgico y seguimiento. Posteriormente se han discutido los puntos anteriores entre los Servicios de Otorrinolaringología, Oftalmología y Pediatría para así desarrollar un Protocolo de Actuación de forma conjunta que nos permita una mayor comunicación entre los servicios y establecer criterios comunes de manejo de esta patología. Resultados: Los criterios diagnósticos que diferencian la celulitis orbitaria de la pre-septal son la presencia de dolor con los movimientos oculares, proptosis, oftalmoplejia con diplopia, disminución de la agudeza visual y quemosis. El tratamiento antibiótico empírico se realiza con vancomicina junto con una cefalosporina de tercera generación. Las indicaciones para solicitar una TC de orbita, nariz y senos paranasales es la presencia de proptosis, limitación y/o dolor a los movimientos oculares, diplopía, disminución de la agudeza visual, neutrofilia, afectación clínica del SNC, ausencia de mejoría después de 24-48 horas del inicio del tratamiento. El tratamiento quirúrgico debe incluir apertura del seno etmoidal junto con el resto de senos paranasales afectados ± descompresión orbitaria. Un seguimiento estrecho asociado a un tratamiento médico ambulatorio es fundamental realizando revisiones durante las primeras 2 semanas, posterior al mes, 3 y 6 meses de forma conjunta entre los 3 Servicios involucrados. Conclusiones: La celulitis pre-septal es habitualmente una complicación de una rinosinusitis etmoidal que debe ser identificada de forma precoz para realizar un trata-

miento oportuno y así evitar mayores complicaciones. Esto lo podremos lograr de una mejor manera al desarrollar Protocolos de Actuación Multidisciplinares, que nos permitan desarrollar un algoritmo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

Palabras clave: celulitis orbitaria; celulitis preseptal; rinosinusitis etmoidal; cirugía endoscópica nasosinusal; descompresión orbitaria

Parotiditis recurrente juvenil

MARÍA ISABEL CALLE CABANILLAS; ANA ISABEL NAVAZO EGUÍA; FERNANDO GARCÍA VICARIO; JUDIT PÉREZ SÁEZ; CRISTINA IBÁÑEZ MUÑOZ; CRISTINA CORDERO CIVANTOS

Hospital Universitario de Burgos

Introducción: La parotiditis recurrente juvenil es la segunda causa, tras la parotiditis infecciosa, de inflamación de las glándulas salivales en la infancia. De etiología incierta, el diagnóstico se basa en la historia de tumefacción parotídea recurrente y la demostración de sialectasias. La evolución natural es hacia la remisión espontánea durante el período puberal. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los casos estudiados en nuestro hospital en los últimos 5 años. Se presentan los datos epidemiológicos más destacados, así como el protocolo diagnóstico seguido. **Resultados:** Se presentaron 7 casos (57% niñas). La edad media de presentación fue de 7 años, con una media de cuatro episodios por año. Se afectó la glándula derecha con más frecuencia (57%). La tumoración, el dolor y la fiebre fueron los datos clínicos más habituales. El curso medio de los episodios fue de 6 días. La serología (VEB, citomegalovirus, adenovirus y VIH) fue negativa, así como cuantificación de inmunoglobulinas, del factor reumatoide y anticuerpos antinucleares (ANA, anti-Ro y anti-La). En la ecografía se demostró un aumento del tamaño de la glándula afectada con múltiples pequeñas imágenes nodulares hipoeoicas compatibles con sialectasias. Se trataron con antiinflamatorios, sialogogos y antibióticos. El tiempo de seguimiento fue de 1 a 5 años. La evolución a corto plazo fue favorable, con disminución en

el número de episodios en un 90 % de los casos. **Conclusiones:** El diagnóstico de parotiditis recurrente es clínico. La ecografía debe plantearse como primera exploración en el diagnóstico diferencial y seguimiento. La evolución natural de la enfermedad tiende hacia la remisión espontánea durante el período puberal.

Palabras clave: parotiditis recurrente juvenil

Corpectomías láser CO2 para cáncer glótico en estadios T1 y T2: resultados oncológicos

RAQUEL FERNÁNDEZ MORAIS; SARA FERNÁNDEZ CASCÓN; CANDELAS ÁLVAREZ NUÑO; ELISA GIL-CARCEDO SAÑUDO; MILAGROS COLOMA MILANO; LUIS ÁNGEL VALLEJO VALDEZATE

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid

Introducción y objetivo: Presentamos una revisión de los resultados del tratamiento del cáncer glótico en estadio precoz (T1, T2) tratados mediante láser CO2 transoral. **Material y Método:** Realizamos un estudio retrospectivo de 117 pacientes con cáncer glótico en estadio precoz y con un seguimiento mínimo de un año. Se analiza estadio del tumor, tipo de corpectomía realizada según la Clasificación de la *European Laryngological Society*, márgenes de resección y el control local de la enfermedad. **Resultados:** De los 117 pacientes 110 fueron varones y 7 mujeres con una media de edad de 67.8 años y siendo el 93,1% de ellos fumadores.

Los tumores fueron clasificados en Tis (n=9), pT1a (n=80), pT1b (n=11), pT2 (n= 17). Fueron sometidos a corpectomía tipo I (6,83%), tipo II (16,2), tipo III (29,9%), tipo IV (7,6%) y tipo V (39,3%). La supervivencia global fue del 84,6% siendo el 97% para estadio I y 82,3% para estadio II. De los 117 pacientes el 22,2% tuvieron márgenes positivos, de ellos el 15% desarrolló una recidiva local. 11 fueron sometidos a una nueva corpectomía láser, 5 a radioterapia, uno a laringectomía total y 9 se siguieron de forma estrecha. Aparecieron 19 recurrencias locales

(17,09%), 7 fueron sometidas a una nueva cirugía láser transoral, 3 a radioterapia, 8 fueron sometidas a una laringectomía total y uno de ellos se negó a realizarse ningún nuevo tratamiento. La tasa de control local de la enfermedad de forma global fue del 88,4% para aquellos pacientes con márgenes positivos, del 88% para aquellos con márgenes negativos y del 87,5% para los que fueron informados como dudosos por el electrocauterio causado por el láser. Conclusiones: la resección local con láser CO2 conlleva una alta tasa de control local y de preservación de órgano para el cáncer glótico en estadio precoz. Los márgenes positivos no se relacionan con un aumento de las recurrencias locales, esto implica que en márgenes sospechosos o con displasias de todo tipo se puede tomar una actitud expectante. Un nuevo tratamiento con láser, corpectomía abierta o radioterapia siguen siendo opciones terapéuticas válidas en el caso de recidiva.

Palabras clave: cáncer glótico; corpectomía; láser

Timpanoplastia tipo I endoscópica: nuestra técnica

CANDELAS ÁLVAREZ NUÑO; HUGO LARA SÁNCHEZ; RAQUEL FERNÁNDEZ MORÁIS; LUIS ÁNGEL VALLEJO VALDEZATE; ELISA GIL-CARCEDO

Hospital Universitario Río Hortega

Introducción y objetivo: El cierre de perforaciones timpánicas por miringoplastia es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en otología. La endoscopia aplicada a la cirugía otológica está ganando cada vez más adeptos, ya que supone una excelente magnificación de la imagen y permite con menor esfuerzo que bajo control microscópico visualizar recesos y puntos difíciles. Material y Método: Presentamos a través de un caso clínico y vídeo quirúrgico nuestra técnica de miringoplastia o timpanoplastia endoscópica tipo I con colocación de injerto *underlay*. Valoramos nuestra experiencia, indicaciones y resultados.

Resultados: La miringoplastia endoscópica constituye según nuestra experiencia una alternativa ideal frente a la tradicional técnica de miringoplastia con microscopio. La colocación del injerto transperforación supone la gran ventaja de evitar realizar colgajo timpanomeatal o incisiones retroauriculares. Los resultados funcionales son iguales e incluso mejores comparando con la técnica bajo control microscópico, tanto si valoramos el éxito subjetivo de la técnica (satisfacción del paciente al no tener sutura retroauricular) como los objetivos (valorando audiometría tonal liminar y otoendoscopia). La realización de la técnica en un Hospital Universitario, supone una herramienta más para facilitar el entendimiento en la cirugía de oído medio a los estudiantes y residentes que se inician en la misma. Respecto a las desventajas, que se pueden considerar totalmente solventables, está el hecho de tener una sola mano disponible para realizar la cirugía (la otra mano se encuentra ocupada por el otoendoscopio) y que la curva de aprendizaje es algo imposible de evitar.

Conclusiones: 1. La miringoplastia endoscópica es un procedimiento útil y docente en el cierre de perforaciones en pacientes seleccionados. 2. Es un procedimiento menos traumático, con mejor resultado estético, menor dolor postoperatorio y menos caro en términos de costes de equipamiento. 3. Con nuestra técnica transperforación evitamos la realización de cualquier incisión para abordar la perforación. 4. En términos de resultados funcionales, éxito en cierre de perforación y mejoría de la audición coincidimos con otros autores en que los resultados son comparables con la miringoplastia con el uso del microscopio.

Palabras clave: otología; endoscopia; timpanoplastia; *underlay*

Evolución de la conducción ósea en pacientes sometidos a una estapedectomía / estapedotomía

ROSALYN CHAVES-ARAUJO; MANUEL GARCÍA-MUNAR; JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE-MARTINI; HORTENSIA SÁNCHEZ-GÓMEZ; ENRIQUE GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; ÁNGEL BATUECAS-CALETRIO

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: La otosclerosis suele presentarse como una hipoacusia de transmisión, pero en la práctica clínica, se encuentran patrones audiométricos donde además de evidenciarse caídas de la vía aérea, correspondientes al patrón transmisivo, también se evidencian caídas de la vía ósea. Es generalmente aceptado que la otosclerosis puede tener una afectación coclear produciendo una hipoacusia neurosensorial. Sin embargo varios trabajos sugieren que la conducción ósea tiene 3 componentes primarios: la distorsión, la inercia oscicular y el complejo tímpano-cae y que cualquier fenómeno que los altere puede modificar la conducción ósea sin que esto sea un reflejo de la función del oído interno. El objetivo de este estudio fue evaluar la conducción ósea en los pacientes sometidos a estapedectomía y estapedotomía por otosclerosis y valorar si esta se modifica con la fijación estapedial.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes intervenidos de estapedectomía y estapedotomía en el servicio de otorrinolaringología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, entre 1998 y 2014. La muestra incluyó 66 pacientes de los cuales se analizaron las vías óseas de sus audiometrías pre y post quirúrgicas en las frecuencias 250 Hz, 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz y 4000 Hz. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS realizándose comparación de media con T de Student para muestras apareadas para cada frecuencia por separado. **Resultados:** El promedio de ganancia para las distintas frecuencias estudiadas fue el siguiente: 250 Hz: 3.86 dB (p=0.014), 500 Hz: 3.23 dB (p=0.024), 1000 Hz 5.15 dB (p=0.001), 2000 Hz: 3.41 dB (p=0.001), 4000 Hz: 1.97 dB (p=0.168). **Conclusiones:** Los resultados muestran que la conducción ósea mejora con la estapedectomía y la estapedotomía, lo que

sugiere el papel de la inercia oscicular, interrumpida en la otosclerosis por la fijación estapedial, en la conducción ósea.

Palabras clave: otosclerosis; estapedectomía; estapedotomía; conducción ósea.

Importancia de las variantes anatómicas del receso frontal en el abordaje endoscópico de la patología del seno frontal

MARLENY CASASOLA GIRÓN; JAIME SANTOS PÉREZ; ANA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ; ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ; MARÍA HERNÁNDEZ DE LOS SANTOS; DAMIÁN CUBILLAS GARCÍA DE LA TORRE; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y Objetivo: El tratamiento endoscópico de la patología del seno frontal puede suponer un reto para el otorrinolaringólogo. El drenaje del seno frontal se produce a través del receso frontal, limitado medialmente por la órbita y lateralmente por la lamela vertical del cornete medio. Los límites anterior y posterior se corresponden con dos columnas de celdas. Las anteriores, o celdas frontales, fueron descritas clásicamente por Bent y Kunh. Las posteriores, se corresponden con celdas etmoidales suprabulbares, bullar frontales o supraorbitarias. Recientemente se ha propuesto una nueva clasificación de las celdas del receso frontal basada en estas variantes anatómicas (IFAC). La complejidad del acceso al seno frontal va a depender de la experiencia quirúrgica, los medios técnicos y del conocimiento anatómico del cirujano. Debido al interés que despierta la cirugía endoscópica del seno frontal, hemos decidido realizar esta comunicación para dar a conocer esta clasificación anatómica propuesta recientemente, basada en las variantes que podemos encontrar al realizar el abordaje al seno frontal, que implica el receso, el ostium y el seno propiamente dicho. **Material y método:** Se realiza un estudio

descriptivo de 6 casos clínicos de pacientes intervenidos con patología del seno frontal en nuestro servicio, en los cuales encontramos las diferentes variantes anatómicas descritas en el receso frontal. Reseñamos el tipo de patología intervenida, tipo de celda del receso frontal encontrada y su correlación radiológica, amplitud de la cirugía realizada y resultado postquirúrgico. Resultados: En los 6 casos descritos la variación anatómica del receso frontal, fue detectada en TAC, lo que permitió la localización durante la cirugía del seno frontal a través de su receso y el tratamiento de la patología frontal. No se produjeron complicaciones y los pacientes se encuentran libres de enfermedad. Conclusiones: El conocimiento de la anatomía del drenaje frontal es fundamental para la realización de una cirugía segura y efectiva de las enfermedades del seno frontal, evitando enfermedad residual. La importancia de conocer una clasificación internacional no solo radica en aprender técnicas y planificar adecuadamente una cirugía, si no también permite la comunicación entre cirujanos al unificar terminología anatómica y quirúrgica, además de graduar el nivel de dificultad de cada caso.

Palabras clave: seno frontal; receso frontal.

El «minicolgajo nasoseptal» en la cirugía hipofisaria. Descripción, eficacia y complicaciones

ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ; JAIME SANTOS PÉREZ; MARLENY CASASOLA GIRÓN; MARÍA MARTÍN PASCUAL CONSOLACIÓN; JUAN JOSÉ AILAGAS DE LAS HERAS; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: El abordaje endoscópico se ha consolidado como técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la patología hipofisaria. El riesgo de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) durante esta cirugía, hace que en algunos casos, sea necesaria la utilización de colgajos regionales para el cierre

del defecto creado. El colgajo nasoseptal, descrito en 2006 por Hadad y Bassagasteguy, es el colgajo más habitualmente utilizado hoy en día en la reparación de defectos de la base del cráneo, por su sencillez de obtención y su extremada eficacia. Sin embargo su utilización no está exenta de complicaciones, tales como formación de mucocelos esfenoidales, costras persistentes y sobre todo alteraciones de la olfacción, que hace que algunos autores preconicen su uso solamente en casos necesarios. En nuestra experiencia en el abordaje endoscópico de la hipófisis, el uso del colgajo nasoseptal, se limitaba a aquellos casos en que sospechábamos un alto riesgo de fístula LCR. Sin embargo, una fístula inesperada, de alto flujo, a nivel de clivus, nos hizo pensar en la necesidad de disponer siempre de un colgajo de reconstrucción. En este sentido, hemos desarrollado una variación del colgajo descrito por Hadad y Bassagasteguy, que denominamos «Minicolgajo Nasoseptal», pediculado a la misma arteria nasoseptal pero que incluye solamente la mucosa septal, uni o bilateral de la septectomía posterior realizada obligatoriamente durante la cirugía hipofisaria. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia con el uso de este colgajo, su descripción, eficacia y complicaciones. Material y Método: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por patología hipofisaria, de forma conjunta con el Servicio de Neurocirugía, mediante abordaje endoscópico endonasal, desde el año 2013 hasta la fecha actual. Se estudia el número de «minicolgajos» realizados, eficacia en caso de fístula LCR y complicaciones surgidas por su uso. Por último, de todos ellos hemos seleccionado aleatoriamente 5 casos en los que se ha utilizado el «minicolgajo nasoseptal» para la reconstrucción y otros 5 sin colgajo, realizados previamente. Utilizando el BAST-24 hemos comparado el olfato en estos dos grupos. Resultados: En todos los casos se obtuvo mucosa septal suficiente para el cierre completo del defecto óseo creado. En este tiempo sólo se produjeron dos fístulas LCR intraoperatorias, cerradas de forma satisfactoria con el minicolgajo. No se describieron otras complicaciones. En cuanto a la olfacción, se obtuvo, tanto en los pacientes con minicolgajo como los pacientes sin colgajo una detección de entre el 95 y el 100% para aquellos olores que

estimulan los pares craneales I y V. Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el «minicolgajo nasoseptal», en la reconstrucción de los pacientes operados de hipófisis, es suficiente para el cierre del defecto creado durante la cirugía, aunque el número de fistulas LCR, ha sido muy escaso para analizar su eficacia. Frente a la pérdida de olfacción, ya descrita por otros autores por la utilización del colgajo nasoseptal de Hadad y Bassagasteguy, el «minicolgajo» no supone una pérdida de olfato a largo plazo, al igual que en los casos en que no se utiliza ningún tipo de colgajo, aumentando así la seguridad en caso de fístula LCR y disminuyendo las posibles complicaciones. Palabras clave: hipófisis; colgajo de Hadad; olfato

Nuestras primeras experiencias en hemirresección craneofacial endoscópica

MARÍA HERNÁNDEZ DE LOS SANTOS; JAIME SANTOS PÉREZ; MARÍA MARTIN PASCUAL; JUAN JOSÉ AILAGAS DE LAS HERAS; DAMIÁN CUBILLAS GARCÍA DE LA TORRE; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital clínico universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: Los tumores malignos nasosinuales representan el 0,5 % aproximadamente de los tumores malignos de cabeza y cuello, la introducción de la resección craneofacial en la década de los 60 fue el avance más importante en el tratamiento de estos tumores, y durante las últimas 2 décadas gracias al mayor desarrollo de las habilidades quirúrgicas endoscópicas, un mejor conocimiento de la anatomía de la base del cráneo, los avances en las técnicas de imagen, la creación de equipos multidisciplinarios y el desarrollo tecnológico han revolucionaron el tratamiento de estas lesiones, convirtiéndose en el procedimiento estándar en muchos tumores y con indicaciones cada día más extensas. En la última década numerosos autores han modificado esta técnica implementando en pacientes seleccionados con tumoraciones que invaden

la base de cráneo anterior unilateralmente la resección tumoral a través de un abordaje craneofacial endoscópico ampliado unilateral preservando el bulbo olfatorio contralateral, conservándose la olfacción y con límites oncológicos similares a la resección craneofacial clásica. La resección craneofacial endoscópica unilateral asocia las mismas ventajas de la resección craneofacial clásica como una menor morbilidad, una recuperación más rápida, una estancia hospitalaria más corta y mejor calidad de vida comparada con los abordajes abiertos o combinados, además de preservar la función olfatoria. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de tumoraciones nasosinuales con invasión de la base de cráneo anterior unilateral utilizando esta técnica. Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de los tumores nasosinuales malignos con extensión a fosa craneal anterior unilateral tratados mediante hemirresección craneofacial endoscópica en nuestro servicio. Fueron excluidos los casos con infiltración bilateral de la fosa craneal anterior. En todos los casos la función olfatoria inicial estaba alterada. Resultados: Fueron analizadas 2 hemirresecciones craneofaciales endoscópicas realizadas en los últimos 18 meses en nuestro servicio. El tipo histológico en ambos casos fue el adenocarcinoma. Se realizó resección tumoral completa en los dos pacientes. No se presentaron complicaciones perioperatorias ni postoperatorias. No se ha logrado la conservación de la olfacción en ninguno de los casos, ambos presentaban hiposmia y anosmia respectivamente antes de la intervención, probablemente causado por el efecto compresivo del tumor sobre los filetes olfatorios, y postoperatoriamente posiblemente por el efecto tóxico de la radioterapia. Ambos casos fueron tratados con radioterapia postoperatoria. En cuanto a los límites de resección oncológicos no hubo diferencia en comparación con las resecciones craneofaciales clásicas, y durante un seguimiento medio de 15 meses no se ha observado recidivas locales. Conclusiones: La hemirresección craneofacial endoscópica es una técnica que en casos seleccionados de tumores sinuales que invaden unilateralmente la base de cráneo anterior constituye una alternativa a la resección craneofacial endoscópica clásica con las mismas ventajas que ofrece esta sobre los

abordajes abiertos o combinados y con el beneficio añadido de conservar la olfacción. Nuestra serie es escasa con relación a las series publicadas por otros autores, y los objetivos de conservación de la olfacción no fueron factibles, puesto que se realizó la técnica en pacientes con olfacción ya alterada preoperatoriamente, lo que nos lleva a plantearnos la realización de una serie más extensa y seleccionar pacientes sin alteraciones olfatorias previas a la cirugía.

Palabras clave: base cráneo anterior; hemiresecciones craneofaciales endoscópica; olfacción.

Evaluación del sangrado y del dolor postoperatorio en la amigdaloadenoidectomía pediátrica

MARÍA TERESA GIL AGUILAR; AIARA VIANA CORA; MARTA BÁSCONES GARCÍA; RUBIO SUÁREZ; A; SANDRA VERGARA PASTRANA; NATALIA CASTAÑEDA CURTO

Servicio de ORL. H. Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción. La hemorragia postamigdalectomía es la complicación más frecuente en la amigdaloadenoidectomía (AAT) pediátrica. A su vez, el dolor postoperatorio es el síntoma que aparece invariablemente en todos los pacientes tras la intervención y el que más preocupa a los padres de los niños operados. Es objetivo de este estudio evaluar la tasa de ambas complicaciones y cuantificar la asociación entre estas y la técnica quirúrgica empleada. **Material y métodos.** Se realiza un estudio prospectivo de 358 pacientes pediátricos sometidos a AAT en nuestro hospital entre los meses de marzo de 2015 y febrero de 2016. El dolor se cuantificó mediante Escala Visual Analógica (EVA) a las 24 h y cada día durante los primeros 7 días tras la intervención quirúrgica. En el sangrado postamigdalectomía se valoró el tiempo de aparición (precoz o tardío) y si precisó reintervención para hemostasia o se llevó a cabo manejo conservador. **Resultados.**

El 86,3% de los niños presentaron una puntuación en la EVA inferior o igual a 4, siendo la puntuación de 2 la más frecuentemente recogida. La técnica quirúrgica que se relacionó con menos dolor fue la disección extracapsular amigdalar mediante pinza selladora de vasos (94,8% presentó EVA inferior o igual a 4). El 2,8 % de los niños presentó hemorragia postoperatoria. De estos, un 25 % precisó reintervención quirúrgica. Las técnicas que se asociaron con mayor número de casos de sangrado precoz fueron la disección fría con electrocoagulación bipolar y la disección con bisturí monopolar (6,7 y 7,4 % respectivamente). Los menores de 3 años no presentaron mayores complicaciones postoperatorias. **Conclusión:** El incremento de las intervenciones de AAT en pacientes pediátricos exige una evaluación precisa de las complicaciones más frecuentes y su asociación con factores que pudiesen incrementar el riesgo de aparición de estas. En nuestro estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas que hacen concluir que la técnica quirúrgica influye en la tasa de complicaciones hemorrágicas y en el dolor postoperatorio.

Palabras clave: adenoamigdalectomía pediátrica; sangrado postamigdalectomía; dolor postoperatorio

Procedimientos, controversias y experiencia en la cirugía tiroidea

IGNACIO ALONSO CASTAÑEIRA; JOSÉ LUIS ALONSO TRECEÑO; LAURA DíEZ GONZÁLEZ; JULIÁN CARLOS RODRÍGUEZ PAMPLIEGA; FERNANDO MARTÍN PEÑA; JOSÉ MARÍA ESCAPA GARRACHÓN

Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Introducción y objetivo: Superadas las 1300 intervenciones de cirugía endocrina, pensamos que hay suficiente experiencia para dar a conocer algunos matices que no son habitualmente comentados. **Material y Método:** Con carácter retrospectivo, exponemos las primeras 1000 intervenciones, que tuvieron lugar desde 1998 a 2012. Se cuantifican datos

de predominio de sexo, de edad encontrada, resultados y complicaciones, como capítulos más asiduos a todo trabajo de este tipo, pero a la vez se matizan temas como el abordaje, los costes, se incide un poco en la utilidad de la hemitiroidectomía, las peculiaridades de los nódulos tiroideos y los temas siempre controvertidos como sistemas de drenaje, de hemostasia, monitorización y sutura externa. Resultados: La exposición detallará datos al respecto de los puntos antes indicados. Conclusiones: Los datos de morbilidad y costes son perfectamente extrapolables. Nuestra experiencia es amplia y demostrativa. La modernización de técnicas e instrumental ha ido paralela con nuestra evolución.

Palabras clave: tiroidectomía; costes; resultados

Resultados preliminares de 358 adenoamigdalectomías pediátricas realizadas en el HUMV

AIARA VIANA CORA; MARÍA TERESA GIL AGUILART; MARTA BÁSCONES GARCÍA; A RUBIO SUÁREZ; SANDRA VERGARA PASTRANA; NATALIA CASTAÑEDA CURTO ; P MUÑOZ CACHO

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción: La adenoamigdalectomía (AAT) es la cirugía más frecuente en la edad pediátrica. Su indicación principal es la presencia de trastornos respiratorios del sueño (TRS), cuya prevalencia está aumentando. Ante esta situación, nos planteamos la necesidad de realizar un protocolo de recogida de datos de todo el proceso asistencial de estos niños. Presentamos, un año después, nuestros resultados preliminares. Objetivo: Analizar las variables epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de nuestra población de estudio: niños sometidos a AAT desde marzo de 2015 a febrero de 2016 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo en el que se han analizado 358 pacientes de edad pediátrica que precisaron adenoidectomía, amigdalectomía o ambas

en nuestro hospital. Se recopilaron datos relativos a edad, sexo, motivo de consulta, servicio de procedencia, diagnóstico y técnica quirúrgica. Resultados: Se ha obtenido una muestra de 358 niños con una media de 5,83 años hasta los 16 años (58,9% masculinos y 41,1% femeninos). El principal motivo de consulta es el trastorno obstructivo del sueño (63,9%). El 56,8% de los pacientes son derivados al servicio de otorrinolaringología por el pediatra. De los niños que acudieron por trastorno obstructivo, a un 30,35% se les realizó una polisomnografía (PSG) prequirúrgica y la mayoría de estos fueron clasificados como síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) en grado severo. En cuanto a los aspectos quirúrgicos, la mayoría de ellos fue diagnosticado de hipertrofia amigdaloadenoidea siendo tratados con adenoamigdalectomía (63,6%). Las técnicas más usadas en nuestro hospital son la selladora de vasos y la disección fría para las amígdalas y la radiofrecuencia para las adenoides. Conclusiones: En la población pediátrica estudiada se ha visto un predominio masculino en la prevalencia de trastornos obstructivos del sueño con mayor número de indicaciones de AAT. Una tercera parte de los niños con síntomas obstructivos son sometidos a PSG antes de la cirugía. Además, en este hospital, se puede observar que se están utilizando en un porcentaje elevado nuevas técnicas como la selladora de vasos y la radiofrecuencia.

Palabras clave: amigdaloadenoidectomía / adenoamigdalectomía; SAHS; niños.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PÓSTER

Hematoma faringo-laríngeo espontáneo y anticoagulación

MARLENY CASASOLA-GIRÓN; JOSÉ IGNACIO BENITO-OREJAS; MARÍA ANTONIA CARRANZA-CALLEJA; ANA SÁNCHEZ-MARTÍNEZ; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivo: Un caso clínico que nos revela la importancia que tiene realizar una buena exploración de síntomas comunes para nuestra especialidad, así como conocer los antecedentes de nuestros pacientes, en este caso el uso terapéutico de anticoagulantes. **Descripción del caso:** Es una paciente que presenta disfagia como síntoma principal, sin referir ningún mecanismo o situación que la provoque, al realizar la exploración evidencia la formación de hematoma en la zona faringolaríngea, que evoluciona favorablemente revirtiendo la terapia anticoagulante y tratamiento conservador del hematoma. **Discusión:** Debemos centrar el manejo de este caso, en la protección de vía aérea y secundariamente la prevención de hemorragia masiva, algunos casos necesitan intubación orotraqueal o traqueotomía así como intervención quirúrgica para realización de hemostasia y paralelamente manejo médico por hematología. **Conclusiones:** La terapia anticoagulante conlleva varias complicaciones que como especialistas ORL debemos tener en cuenta ante un cuadro clínico de disfagia, disfonía, disnea o signos de hemorragia y conocer las posibles actuaciones que dependen de la gravedad del caso.
Palabras clave: hematoma

Caso insólito: cistadenoma papilar oncocítico laríngeo

MARLENY CASASOLA GIRÓN; ANA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ; ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; JOSÉ ANTONIO CÁMARA; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: La metaplasia oncocítica ocurre frecuentemente en células epiteliales endocrinas con alta actividad metabólica, sin embargo en epitelio laríngeo es inusual. Los oncocitomas papilares, son tumoraciones raras de laringe, de lento crecimiento que se producen con más frecuencia en hombres mayores de 60 años, son lesiones con predominio de oncocitos cuyo citoplasma es abundante y contiene un número elevado de mitocondrias hipertrofiadas. La disfonía es el síntoma principal, el tratamiento es preferiblemente conservador dada la benignidad y lento crecimiento de dicha lesión mediante exéresis por microcirugía. Se recomienda seguimiento por recidiva. Aún no está clara la etiopatogenia de este proceso. **Material y Método:** reportamos un caso de un varón de 49 años que presenta en la exploración estroboscópica, una lesión de aspecto quístico que emerge del ventrículo derecho de aspecto quístico. La tomografía de cuello evidencia una masa derecha de 1.2 mm, por encima de las cuerdas vocales, que no invade grasa preepiglótica, se realiza exéresis y exploración por microcirugía endolaríngea. La anatomía patológica nos evidencia un cistoadenoma papilar oncocítico. Al mes de revisión el paciente no evidencia lesión en cuerdas vocales, ni presencia de disfonía. **Resultados:** **Conclusiones:** El oncocitoma papilar o cistoadenoma papilar oncocítico al ser una lesión benigna y de lento crecimiento, se trata con exéresis sin necesidad de tratamiento concomitante, sin embargo puede presentar recidiva.

Palabras clave: oncocitoma; papilar; laringe

Tonsilolito amigdalario. A propósito de un caso

ANA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ; JOSÉ IGNACIO BENITO OREJAS; ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: Los tonsilolitos son calcificaciones localizadas en la amígdala palatina. De etiopatogenia incierta aunque parece jugar un papel importante la infección de repetición. Suelen presentarse como hallazgos casuales en amigdalectomías o en estudios de imagen, ya que cuando son pequeños pasan desapercibidos. Si son mayores, su clínica puede emular la de un cáncer o la de un absceso. El diagnóstico específico se realiza mediante TC. El tratamiento varía según la clínica. En los asintomáticos es suficiente la observación, produciéndose en ocasiones la extrusión espontánea, pero a veces es necesaria, en función de las molestias, la amigdalectomía unilateral. **Material y Método:** Presentamos el caso clínico de un varón de 35 años, que acude a urgencias por odinofagia de días de evolución y fiebre, con el antecedente de infecciones faringoamigdalares de repetición. A la exploración observamos un abombamiento del pilar amigdalino posterior izquierdo. **Resultados:** La punción de la zona abombada es positiva, con salida de material purulento. Se realiza una TC que identifica el área flemonosa, diagnosticándose de absceso parafaríngeo izquierdo con aparición incidental de un tonsilolito en dicha amígdala. **Conclusiones:** La infección recurrente amigdalario causa una serie de cambios crónicos que pudieran ser responsables de las calcificaciones amigdalares. La inflamación podría obstruir los conductos eferentes de las glándulas salivales accesorias generando un estasis salival que favorecería la concreción cálcica. Por su parte, el tonsilolito es considerado por algunos como un biofilm microbiano relacionado con la halitosis y responsable del desencadenamiento de procesos crónicos infecciosos.

Palabras clave: tonsilolito. halitosis. infección amigdalario.

Parálisis del VI par craneal como primera manifestación del carcinoma de nasofaringe. A propósito de un caso clínico y revisión de la literatura

ANA NATALIA ORTIZ RIVERA; EDER DANILO TERÁN MUÑOZ; AZOR CARRERAS ALCARAZ; MIRIAM MICHELENA TRECU; PEDRO DÍAZ DE CERIO

Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja

Introducción y objetivo: Carcinoma de Nasofaringe es infrecuente en España, menos del 1/100 millones de habitantes/año. Los síntomas se presentan en estadios avanzados. No es común la parálisis del VI par craneal como primera manifestación debido a que previamente ha lesionado otras estructuras vecinas. Nuestro objetivo es describir un caso clínico de carcinoma nasofaríngeo que debutó con parálisis del VI par craneal. **Material y Método:** Varón de 53 años acude a urgencias por diplopía horizontal binocular derecha de 4 horas de evolución, resto asintomático. Como antecedentes refiere cefalea intermitente e hipoacusia neurosensorial bilateral de 10 años de evolución. fue remitido a ORL donde se objetivó parálisis VI par craneal derecho y leve asimetría en cávum. La Resonancia magnética informó masa sólida en cávum de 6,5 cm que infiltra base de cráneo, clivus, esfenoides, temporal, seno cavernoso, coana izquierda extendiéndose a músculos pterigoideos izquierdos, no adenopatías cervicales. El estudio de extensión fue negativo. La biopsia informó carcinoma epidermoide poco diferenciado. Se diagnosticó de Carcinoma de cávum poco diferenciado que infiltra base de cráneo, estadio IV: T4N0M0. El comité de tumores decidió Radioterapia y Quimioterapia durante 5 meses, mejorando la cefalea y parcialmente la parálisis ocular externa. Tras 6 meses de fin de tratamiento permanece asintomático, sólo con paresia del VI par craneal, estabilidad de la enfermedad. Continúa controles por oncología, oncorradioterapia y ORL. **Resultados:** El carci-

noma de nasofaringe representa el 2% de todas las neoplasias de cabeza y cuello en España. La clínica es inespecífica por tanto el diagnóstico es tardío. La primera causa de parálisis del VI par es microvascular, segundo es traumática y tercero es tumoral, entre ellas el carcinoma de nasofaringe, descrito menos del 10-15% de casos como primera manifestación de un carcinoma de nasofaringe. El principal tratamiento consiste en radioterapia con o sin quimioterapia en la mayoría de los casos. Conclusiones: La supervivencia a cinco años varía dependiendo del estadio en el que se diagnostica la enfermedad, estadio I: 90% versus estadio IV: 15-20%. Es por eso que el diagnóstico precoz es crucial para mejorar la tasa de supervivencia. Mejorarlo es una meta cada vez más próxima y un desafío para el futuro.

Palabras clave: carcinoma de nasofaringe; parálisis del VI par craneal; diplopia; estadio TNM

Radionecrosis cervical

SANDRA VERGARA PASTRANA; NATALIA CASTAÑEDA CURTO; MARÍA TERESA GIL AGUILARARIA TERESA; AIARA VIANA CORAIARA; MORALES ANGULO CARMELO

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción y objetivo: La radiación ha sido utilizada para el tratamiento de los carcinomas de cabeza y cuello por muchos años, llegando a ser el de elección para ciertos estadios de carcinoma de células escamosas. Se debe tener en cuenta que todos los métodos tienen complicaciones, e indicaciones. Entre estos tenemos el edema de laringe, condronecrosis, compromiso cutáneo, osteorradionecrosis. En esta comunicación mostramos un caso de necrosis cervical derecha como consecuencia de la radioterapia, y con esto hacer una revisión de los posibles efectos a corto y largo plazo del tratamiento con esta. Material y Método: Mujer de 62 años con cuadro de 15 días de evolución de aumento de tamaño de masa cervical derecha con punto necrótico y supuración, disfagia para sólidos y líquidos, sin fiebre ni disnea ni pérdida de peso. Como antecedentes personales tiene CA epidermoide de amígdala derecha T2N2M0 (lecho amigdalor, pilar posterior y

velo de paladar sin alcanzar úvula que desciende por pared posterior faríngea) tratado con QT de inducción y posterior RT en 1999 con técnica de hiperfraccionamiento 1,2 GY/día por 32 sesiones, CA ductal infiltrante de mama derecha (diciembre de 2008) tratada con tumorectomía + QT (CMF) + *herceptin* + *aromasil* y posterior *tamoxifeno* hasta junio de 2015, CA epidermoide de orofaringe (pared faríngea posterior) T2N0M0 tratado con RT (03/09/2015 – 20/10/2015), fumadora de 5 cig/día, bebedora de un vermut diario, tratamiento habitual con dolocetil, codeína, Adiro, lormetazepam, omeprazol, Oxis turbuhaler. A la exploración física se observa paciente caquética, con masa laterocervical derecha de aproximadamente 5x6 cms con punto necrótico de 1 cm y supuración. Se realizó hemograma que informó leucocitos 34000, segmentados 88%, plaquetas 505000, además ecografía con tejido flemonoso úlcernecrótico submandibular derecho con solución de continuidad en la piel, esternocleidomastoideo hiperecogénico en relación con miositis. Angiotac en la que se observó ulceración y pérdida de tejido en región submandibular y lateroderecha alta (desde naso y orofaringe hasta cartilago cricoides), con trombosis de arteria carótida derecha sin visualización de vena yugular. Se tomó muestra de secreción y se cultivó *S aureus* y *Klebsiella pneumoniae*, consultamos al servicio de infectología quienes pautaron tratamiento Augmentine y metronidazol. Además, con los días el punto necrótico aumentaba de tamaño hasta hacerse un agujero de aproximadamente 6x6 cms que comunicaba con la faringe. Se iniciaron sesiones de cámara hiperbárica pero debido a que la paciente no la toleró, se decidió interrumpir. Se realizaron múltiples cultivos en diferentes tiempos en los que se aislaron varios microorganismos como *Bacteroides fragilis*, *E faecalis*, *E coli*, *S maltophilia*, *E faecium*, y se administró politerapia antibiótica con cloxacilina, ceftazidima, clindamicina, por último teicoplanina, hasta que después de 3 meses de tratamiento hubo negativización de cultivos, por lo que se decidió su interrupción. Se realiza interconsulta al servicio de cirugía plástica quienes sugieren realizar cobertura con colgajo de músculo pectoral mayor. Estamos en espera de la realización del colgajo. Resultados: La ra-

dioterapia envuelve el uso de radiación ionizante dada en fracciones diarias durante semanas para desarrollar la muerte tumoral. La dosis es administrada a un campo que incluye el tumor primario y las estaciones ganglionares circundantes. Por lo tanto, un área de los tejidos adyacentes no envuelta directamente por el tumor también es radiada. Este efecto de radiación causa 2 tipos de daño a los tejidos normales, llamados daños agudos y crónicos. Los efectos agudos son usualmente manifestado en los tejidos los cuales están rápidamente proliferando como la mucosa y el epitelio y esto lleva a úlceras dolorosas, mucositis, y descamación. Esto se resuelve con cuidado de soporte. Los problemas crónicos se pueden manifestar muchos años después del tratamiento. La radioterapia causa edema de la pared de los vasos, estasis y oclusión de los vasos, daño directo a los fibroblastos, pérdida de la fuerza tensional de la herida debido a la producción reducida de colágeno y a la función alterada de ésta, lo que lleva a una pérdida de la arquitectura de los tejidos normales con capacidad de curación disminuida. El trauma a este tejido comprometido resulta en pobre curación por la ausencia de vasos sanguíneos y las células inflamatorias. Clínicamente, los pacientes manifiestan piel fibrótica engrosada en el área radiada y restricción del movimiento, úlceras progresivas con desarrollo de faringostomas. Esto puede necesitar reconstrucción del tracto alimentario usando colgajo de pectoral mayor o un colgajo libre de antebrazo radial o anterolateral del muslo. Debido a la pobre calidad de la piel u los tejidos subcutáneos en el cuello, la provisión para cubrir la piel también puede ser necesaria y se puede conseguir mediante el uso de un injerto de piel de espesor parcial o colgajo de piel adicional. Los estudios recientes han mostrado reversibilidad parcial de la fibrosis con el uso de pentoxifilina, la cual es un derivado de la metilxantina, y alfa tocoferol. Conclusiones: Con todos los avances recientes en técnicas de radiación se hace un intento para reducir la complicación de ella. Aun así, existen problemas significativos de piel, tejidos blandos y óseas. Las modalidades no quirúrgicas han mostrado ser prometedoras en retardar la fibrosis que afecta a los pacientes sometidos a RT. Este papel es limitado para la enfermedad establecida. Las heridas crónicas con hueso desvitalizado expuesto y las fístulas

necesitan una intervención quirúrgica y reconstrucción de colgajo vascularizado para el cierre.

Palabras clave: radioterapia; necrosis

Obstrucción nasal como manifestación inicial de un linfoma del manto en nasofaringe. A propósito de un caso

CRISTINA IBÁÑEZ MUÑOZ; CRISTINA CORDERO CIVANTOS; ELENA RIOJA PEÑARANDA; PABLO CRESPO ESCUDERO; JUDIT PÉREZ SÁEZ; JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo: El linfoma de células del manto es un subtipo de linfoma no Hodgkin de fenotipo B que representa el 3-10% de todos los linfomas, con un curso clínico agresivo. Ocurre principalmente en varones en la sexta década. El 70% se presentan en estadios avanzados, con linfadenopatía generalizada y afectación de médula ósea. Este caso describe la obstrucción nasal como primer síntoma de un linfoma del manto. Material y Método: Varón de 65 años que acude a nuestras consultas por rinolalia y obstrucción nasal tras proceso catarral. A la exploración se evidencia una masa uniforme, rojiza, no pulsátil en cavum. En TC y RM craneal se describe una masa en nasofaringe de 37x23x22cm con adenopatías cervicales <1cm. Resultados: Se toma biopsia de la lesión con diagnóstico definitivo de linfoma de células del manto (ciclina D1 y Bcl2 positiva). Se completa estudio de extensión con PET, gastroscopia, colonoscopia y biopsia de médula ósea. Se confirma linfoma del manto subtipo blastoide, estadio IV-A con afectación de ganglios linfáticos, estómago y médula ósea. Se inicia tratamiento con 6 ciclos de quimioterapia con VR-CAP y profilaxis intratecal con remisión completa tras un año de inicio del tratamiento. Conclusiones: Los linfomas representan el 2.5% de los tumores de ca-

beza y cuello, siendo los segundos más frecuentes después del carcinoma escamoso. Son difíciles de detectar precozmente, lo que implica un diagnóstico tardío, por ello es importante biopsiar cualquier lesión en nasofaringe para detectarlos en estadios iniciales. El pronóstico es malo, siendo generalmente una enfermedad incurable. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con otros tipos de linfoma. Palabras clave: mantle cell; nasopharynx; cyclin D1

Cervicalgia de etiología costal

NURIA MESURO DOMÍNGUEZ; JUAN JOSÉ TAVAREZ RODRÍGUEZ; CARLOS SALVADOR RAMÍREZ

Hospital Medina del Campo

Introducción: La costilla cervical es la malformación costal más frecuente, con mayor prevalencia en el sexo femenino. Consiste en una prolongación de la apófisis trasversa de la séptima vértebra cervical más allá de la apófisis trasversa de la primera vértebra dorsal. Su importancia radica en que puede originar un cuadro compresivo denominado síndrome del estrecho torácico (compresión de plexo braquial y arteria subclavia), si bien sólo en un 10% de los casos esta malformación produce sintomatología. **Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente que acudió a la consulta de ORL por cervicalgia derecha con irradiación a la EESS ipsilateral, además de parestesias y sensación de pesadez hasta la mano, de varios meses de evolución. **Resultados:** Se realiza radiografía simple cervical y torácica. En el TAC cervical se confirma el diagnóstico costilla cervical bilateral. En el electromiograma se objetiva una radiculopatía crónica leve a nivel de C7-C8. **Conclusiones:** La mayoría de las costillas cervicales no suelen originar síntomas. En otras ocasiones pueden manifestarse como dolor en la región supraclavicular, como masa en dicha localización o puede complicarse en los grados más severos provocando la compresión de las estructuras nerviosas y vascula-

res de la vecindad. Parestesias en la extremidad superior o fatiga-dolor con los movimientos del brazo, son algunas de las complicaciones neurológicas. Desaparición del pulso radial al abducir el hombro, sensibilidad al frío, fenómeno de Raynaud e incluso fenómenos tromboembólicos son las complicaciones vasculares. El diagnóstico de confirmación es radiológico y su tratamiento es quirúrgico cuando las complicaciones neurológicas o vasculares no mejoran con medidas conservadoras.

Palabras clave: Costilla cervical; cervicalgia; malformación costal

Linfadenitis tuberculosa abscesificada

MIRIAM ARANZAZU MICHELENA TRECUI; AZOR CARRERAS ALCARAZ; ANA NATALI ORTIZ RIVERA; EDER DANILO TERÁN MUÑOZ; PEDRO DÍAZ DE CERIO CANDUELA

Hospital San Pedro Logroño

Introducción y objetivo: La primoinfección tuberculosa se produce frecuentemente en los pulmones. Hasta el 15% de los infectados manifestarán la forma extrapulmonar, siendo la linfadenitis tuberculosa una de las manifestaciones más frecuentes y el área cervical la más comúnmente afectada. **Material y Método:** Mujer de 84 años que acude a urgencias por absceso cervical derecho sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. Se realiza una tomografía computarizada, donde se observan dos colecciones laterocervicales a ambos lados del cuello de 4.5 cm y 1.8 cm de diámetro respectivamente y otros dos posibles abscesos en orofaringe y nasofaringe. Se decide drenaje de urgencia mediante cervicotomía bilateral, con exéresis de ambos abscesos cervicales y revisión de los espacios parafaríngeos y prevertebral. El estudio anatomopatológico y microbiológico resulta positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Se solicita colaboración con el servicio de infecciosas, donde se descarta patología en otra localización y se comienza con tratamiento tuberculostático durante 8 meses. **Conclusiones:**

La presencia de enfermedad tuberculosa cervical puede darse en ausencia de afectación pulmonar en el 80-90% de los casos. La tuberculosis está incrementando su incidencia en países desarrollados por el incremento de la inmigración de regiones endémicas, mayor número de pacientes inmunodeprimidos y el aumento de organismos multirresistentes. El diagnóstico se establece mediante la identificación de las micobacterias por visión microscópica, cultivo en medio especial o amplificación del DNA. Es importante un tratamiento combinado de tuberculostáticos, durante un periodo largo de tiempo.

Palabras clave: cervical tuberculous lymphadenitis

Enfermedad de Castleman cervical

MYRIAM GONZÁLEZ SÁNCHEZ; ENRIQUE COSCARÓN BLANCO; SOLEDAD SUÁREZ ORTEGA; CRUZ PÉREZ LIEDO; MARÍA DEL MAR DE PRADO SAN JOSÉ; JUAN BARTUAL MAGRO

Hospital Virgen Concha (Zamora)

Introducción y objetivo: La enfermedad de Castleman es un trastorno linfoproliferativo benigno poco frecuente, descrito por Benjamín Castleman en 1956. Existen dos formas clínicas, la localizada que generalmente es benigna y la generalizada de curso progresivo y tres tipos histológicos, el hialino vascular de presentación unicéntrica, el de células plasmáticas de presentación multicéntrica y el mixto. La localización más frecuente es el mediastino, seguido a gran distancia del estómago y el cuello. El tratamiento quirúrgico suele ser a la vez diagnóstico y terapéutico. Material y Método: Presentamos un caso de enfermedad de Castleman en paciente joven, de forma clínica localizada cervical e histológica hialino vascular. Conclusiones: La enfermedad de Castleman es una enfermedad poco frecuente, pero que debido a que su forma localizada puede ser cervical, debe ser conocida por el ORL. El tratamiento quirúrgico es a la vez diagnóstico y curativo en esta forma de presentación,

mientras que en las formas generalizadas pueden ser necesarios tratamientos complementarios.

Palabras clave: Enfermedad de Castleman; Trastornos linfoproliferativos; Tumores linfoides del cuello; Tumores no epiteliales del cuello

Caso clínico: Quiste dermoide en úvula

AIARA VIANA CORA; ANTONIA JESÚS LÓPEZ LÓPEZ; ANA ROSA TARDÁGUILA CALVO; NATALIA CASTAÑEDA CURTO; MARÍA TERESA GIL AGUILAR; SANDRA VERGARA PASTRANA; ERNESTO DE DIEGO GARCÍA

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de otorrinolaringología y servicio de cirugía pediátrica

El origen del quiste dermoide o epidermoide es un tejido ectodérmico aberrante congénito o un tejido epitelial aberrante adquirido secundario a un traumatismo o a una cirugía. La incidencia de estos quistes en cabeza y cuello es de 7% y es aún menor si tenemos en cuenta solo la cavidad oral (1,6%), donde la mayoría se encuentra en el suelo de la boca. Estas lesiones generalmente presentan un crecimiento lento y son asintomáticas. En nuestro caso observamos una niña de 3 años con una lesión blanquecina asintomática de 0,5 cm de diámetro en el vértice de la úvula de 1 año y medio de evolución. Se realizó tratamiento quirúrgico mediante exéresis. El diagnóstico anatomopatológico fue de quiste simple.

Palabras clave: quiste dermoide; úvula

Linfangioma cervical: uso de esclerosantes

PABLO CRESPO ESCUDERO; ANA NAVAZO EGUÍA; CRISTINA IBÁÑEZ MUÑOZ; JUDIT PÉREZ SÁEZ; MARÍA ISABEL CALLE CABANILLAS

Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo: El linfangioma es considerado como una lesión benigna de los vasos linfáticos que muestra una marcada predilección por la región de la cabeza y el cuello. - Se clasifican en tres tipos: linfangioma simple formado por pequeños vasos linfáticos de paredes delgadas, linfangioma cavernoso constituido por vasos linfáticos de pequeño tamaño, y linfangiomas o higruma quístico cuando está compuesto por grandes espacios linfáticos macroscópicos que poseen revestimiento de colágeno y músculo liso. **Material y Método:** paciente de meses de edad que presenta tumoración laterocervical. **TAC:** masa que va desde la rinofaringe, ocupando el espacio retrofaríngeo a uno y otro lado de la línea media, extendiéndose lateralmente hacia los espacios vasculares y alcanzando inferiormente el mediastino superior y posterior a la altura del cayado aórtico. Existe un desplazamiento anterior marcado de la faringe en el esófago cervical y la laringe y tráquea, mostrando una discreta estenosis de los dos tercios distales. Las posibilidades diagnósticas radiológicas eran: 1) malformación linfática extensa, 2) teratomas y 3) neurofibromas. Dado el colapso de la vía aérea hubo que realizar traqueotomía reglada y al ser inabordable de primeras quirúrgicamente, se aprovechó el mismo acto para infiltrar picibanil (OK-432, 0,2 mg disueltos en 20 ml de suero fisiológico) en espacio retrocricoideo previa aspiración de 20 cc de material hemático. Responden mejor los macroquísticos que los microquísticos. Tras 2 infiltraciones, no se consiguió ninguna reducción de la masa, por lo que se optaron por infiltraciones de bleomicina. La bleomicina es un agente antitumoral, antibacteriano y antivírico, con actividad esclerosante del endotelio vascular que se utilizó por primera vez para este fin en 1977. Se fue controlando el efecto de la bleomicina con RMN de control. **Resultados:** La paciente de meses se ha conseguido decanular y las lesiones linfangiomatosas han desaparecido casi en su totalidad. El tratamiento clásico del linfangioma ha sido la cirugía. En caso de desestimarse la opción quirúrgica, ha habido diferentes agentes esclerosantes como esteroides, dextrosa, tetraciclina, etanol, picibanil, bleomicina, tissucol teniendo que valorar en qué ocasiones la cirugía puede acarrear una yatrogenia irreparable. **Conclusiones:** 1)

linfangioma cervical principales tipos: microquístico y macroquístico, 2) tratamiento principal: quirúrgico. 3) irresecabilidad: agentes esclerosantes (OK-432 Y BLEOMICINA).

Palabras clave: agente; esclerosante; OK-432; bleomicina; linfangioma

Metástasis cardiaca de carcinoma epidermoide de cavidad oral

HORTENSIA SÁNCHEZ GÓMEZ; GABRIEL AGUILERA AGUILERA; RAQUEL YAÑEZ GONZÁLEZ; CARMEN SÁNCHEZ BLANCO; JOSÉ MANUEL SERRADILLA LÓPEZ; PEDRO BLANCO PÉREZ

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: El riesgo de metástasis por carcinoma epidermoide de cabeza y cuello es muy bajo en estadios iniciales, incrementándose a medida que progresa el tumor. Los órganos que con más frecuencia se afectan son los pulmones, seguidos de los ganglios linfáticos mediastínicos y el hígado. Los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de dichas metástasis son el tamaño tumoral, la presencia de ganglios cervicales palpables en el momento del diagnóstico, la confirmación de la afectación histológica de los mismos, así como el número de ganglios linfáticos infiltrados (3 o más) y la presencia de invasión capsular de estos por el tumor. **Material y Método:** Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 59 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de cavidad oral en octubre de 2013, tratado mediante vaciamiento cervical funcional izquierdo con hemimandibulectomía y resección de suelo de boca izquierdo, con posterior tratamiento con radioterapia. Se realizó un TAC de control en septiembre de 2015 donde se apreció un conglomerado adenopático en fosa supraclavicular izquierdo, siendo diagnosticado de recidiva cervical izquierda. En la exploración física se aprecia una tumoración supraclavicular izquierda dura, adherida a planos profundos, en nivel IV-V, no rodadera, de diámetro mayor de 5 cm. En cavidad oral cambios propios de una bucofaringectomía. Se solicitó

un PET-TAC de cuerpo entero con los siguientes hallazgos: Captación focal de 18F-FDG con SUV de 16,93 en región laterocervical izquierda en íntima relación de lecho quirúrgico sugerente de recidiva o probable adenopatía. Captaciones difusas en región supraclavicular izquierda con SUV de 12,73 sugerentes de viabilidad tumoral. Adenopatías mediastínicas sugerentes de proceso inflamatorio. Foco hiperactivo en pared ventricular derecha con SUV de 9, compatible con malignidad. Ante la presencia de captación patológica cardiaca, se realizó una RMN Cardíaca, donde se objetivó una masa cardiaca circunscrita en triángulo inferior de ventrículo derecho, de señal isointensa en T1 compatible con posible metástasis. Resultados: El diagnóstico final fue de recidiva cervical de neoplasia de cavidad oral con presencia de metástasis cardiaca en ventrículo derecho (TxN2M1). Se decidió en comité oncológico no realizar tratamiento quirúrgico de la metástasis cervical y tratamiento complementario con quimioterapia. Conclusiones: Las metástasis cardíacas son infrecuentes y de difícil diagnóstico debido a la sintomatología inespecífica y a la aparición tardía de la misma. Debe sospecharse en pacientes con neoplasias diseminadas que presentan clínica inespecífica de probable origen cardiológico. El TEP es una forma de presentación no tan infrecuente que se debe tener en cuenta, sobre todo en ausencia de trombosis en extremidades inferiores.

Palabras clave: metástasis cardiaca; carcinoma epidermoide; cavidad oral

Linfoma MALT en el oído

HORTENSIA SÁNCHEZ GÓMEZ; GABRIEL AGUILERA AGUILERA; JEAN FRANCO INTRAPRENDEnte MARTINI; ROSALYN CHAVES ARAUJO; ÁNGEL BATUECAS CALETRÍO; FERNANDO BENITO GONZÁLEZ

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: El linfoma MALT (linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa) es una forma rara del linfoma no Hodgkin, que

afecta a las células B y que se desarrolla a expensas del tejido linfoide asociado a las mucosas, aunque también ocurre, más raramente, en los ganglios linfáticos. La localización más frecuente de los linfomas tipo MALT corresponde al tracto gastrointestinal (60%-70%), sin embargo, se describe una amplia variedad de sitios no gastrointestinales que incluyen: anexos del globo ocular, glándulas salivales, tiroides, pulmón, timo, mama, riñón, hígado y próstata. Material y Método: Se presenta el caso de un paciente varón de 8 años que presenta edema hemifacial derecho de 4 meses de evolución, sin mejoría clínica tras la administración de corticoide y antibióticos. Estudiado en Alergología, con resultado normal. Se le realizó una ecografía que evidenció edema de partes blandas, sin otros hallazgos. Además el paciente presentaba hipoacusia del oído derecho, motivo por el que fue derivado a nuestro servicio. En la exploración física se objetivó una otoscopia normal. En la audiometría de tonos puros, una hipoacusia de transmisión en oído derecho con Rinne de 40 dB en todas las frecuencias y normoacusia en el oído izquierdo. El timpanograma: curva A con reflejos presentes en el oído izquierdo, mientras que en el derecho, tenía una curva Ad con reflejos ausentes. Se realizó un vHIT con ganancias dentro de la normalidad. El diagnóstico de sospecha fue de una desconexión oscicular del oído derecho y se realizó un TAC de peñascos, con el hallazgo de una masa de densidad de partes blandas que ocupaba de forma prácticamente total mastoides derecha y caja timpánica, con adelgazamiento de la pared ósea que presenta un patrón permeativo, con destrucción de todas las paredes de las celdillas mastoideas así como de la cadena oscicular, además, adelgazamiento de paredes de conductos semicirculares y del techo de la cavidad timpánica. Por tanto, estos hallazgos sugerían un proceso inflamatorio/infeccioso de larga evolución. Además se realizó una RMN en el que se confirmó la presencia de una lesión agresiva en peñasco derecho. Ante estos hallazgos se realizó una biopsia que fue diagnóstica de linfoma marginal de oído medio tipo MALT, motivo por el que posteriormente se realizó una petrosectomía subtotal para su extirpación y se completó tratamiento con quimioterapia. En las sucesivas revisiones, se solicitaron RMN y SPECT-TC con Ga-67 en el

que no se encontró enfermedad activa, hasta 2014 en el que sugería una recidiva de la enfermedad, por ello en junio de 2014 se realizó una revisión de la petrosectomía con toma de biopsias, que fueron negativas. Finalmente en última revisión las pruebas complementarias fueron normales. Resultados: Como consecuencia de su proceso de base y de las intervenciones realizadas para su extirpación, el paciente presenta un déficit vestibular completo derecho con cofosis unilateral derecha. Conclusiones: Dentro de los linfomas MALT no gastrointestinales, los más frecuentemente encontrados pertenecen al área de cabeza y cuello con el 34% de los casos y dentro de ésta, la localización más frecuente es el anillo de Waldeyer, seguido de los senos paranasales y las glándulas salivales. Es muy infrecuente su localización en el oído.

Palabras clave: linfoma MALT; oído.

Xantogranuloma traqueal infantil: tumoración y localización inusuales

PABLO CRESPO ESCUDERO; ANA ISABEL NAVAZO EGUÍA; MARÍA ISABEL CALLE CABANILLAS; CRISTINA CORDERO CIVANTOS; JUAN MANUEL SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivo:-El xantogranuloma juvenil (XGJ) por lo general se presenta con lesiones cutáneas. Las zonas más comúnmente involucrados son la cabeza, el cuello y la parte superior del tronco. Los tumores primarios traqueales infantiles son muy infrecuentes (incidencia de 1 por millón al año). De las localizaciones extracutáneas las más prevalente son: el ojo, seguido por el pulmón y el hígado. mayor frecuencia. La tráquea es por lo tanto, una localización muy inusual para el xantogranuloma. (3 casos publicados en la literatura). Material y Método: paciente de 9 años de edad sin antecedentes previos de interés que acude a urgencias por estridor laríngeo y dificultad respiratoria progresiva de unos 20 días de evolución. Niega infección respiratoria. No tos ni disfonía. Tratada por su pediatra con salbutamol.

La exploración general y pulmonar por su pediatra es normal. La exploración ORL: tumoración subglótica redondeada procedente de la pared posterior traqueal derecha que ocluye más del 80% de la subglotis. No aspecto de hemangioma. Se pide TAC: Lesión sólida de morfología redondeada y contornos muy bien definidos, con alto valor de atenuación (110 UH de media), que se dispone inmediatamente caudal al nivel de las cuerdas vocales verdaderas, ocupando los dos tercios posteriores de la luz traqueal, con unos diámetros de 10 x 10 x 15 mm, Pequeños ganglios infracentimétricos en los niveles IB, II a y b y V, de morfología conservada, inespecíficos. Se deriva el caso al servicio de ORL del 12 de Octubre. En una primera biopsia escisión con láser CO2 bajo anestesia general (sin anastomosis terminoterminal), dio como resultado rhabdomyosarcoma en la biopsia intraoperatoria. La definitiva fue informada como xantogranuloma. Resultados: La paciente tuvo que ser reintervenida el 9/7/2015 y 9/12/2015 ante el recrescimiento de la lesión tras la primera escisión. La paciente está asintomática y acude a sus revisiones periódicas. Conclusiones: El xantogranuloma traqueal infantil es muy infrecuente (3 casos publicados). Pese a ser benigno el tratamiento es complejo por su localización. La posibilidad de márgenes quirúrgicos si no hay resección traqueal es nula.

Palabras clave: xantogranuloma; traqueal; láser; CO2.

Queratosis Folicular Invertida como causa poco común de sensación de cuerpo extraño nasal

ERWIN RACINES; MARÍA MARCO; JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE; ROSALYN CHAVES; SANTIAGO SANTA CRUZ

Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca

Se presenta el caso de un paciente de 65 años sin antecedentes de importancia significativos que presenta una neoformación de crecimiento lento exofítica, verrugosa y de aspecto

queratósico en vestíbulo nasal izquierdo que causa sensación de cuerpo extraño nasal de 3 meses de evolución. No ha presentado epistaxis ni insuficiencia respiratoria nasal. Se realizó exéresis y biopsia con anestesia local. Se envió la muestra para examen histopatológico con hallazgos sugestivos de queratosis folicular invertida. La queratosis folicular invertida es un tumor anexial benigno derivado del epitelio folicular de la vaina externa del folículo piloso, que se manifiesta en la mayoría de los casos como una pápula verrugosa única en la cara. Es un tumor poco frecuente y de difícil diagnóstico motivo por el que se comunica este caso. El diagnóstico diferencial clínico e histopatológico se establece con neoplasias benignas y malignas motivo por el cual el tratamiento de elección es quirúrgico para descartar tumores malignos.

Palabras clave: queratosis folicular invertida

Parálisis facial periférica derecha secundaria a otitis media crónica de oído derecho reagudizada

MARIA MARCO CARMONA; ERWIN RACINES ÁLAVA; ROSALYN CHAVES ARAUJO; JEAN FRANCO INTRAPRENDEnte MARTINI; ÁNGEL MUÑOZ HERRERA

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Paciente que acude al servicio de urgencias por presentar parálisis facial periférica derecha grado III y sensación de mareo secundaria a otitis media crónica supurativa de oído derecho. Antecedentes: intervenida en dos ocasiones de otitis crónica colesteatomatosa de oído derecho. En la otoscopia derecha se objetiva otorrea fétida. En la exploración vestibular no se aprecia nistagmo ni a la fijación ni con gafas de Frenzel, maniobra de impulso oculocefálica positiva hacia el lado derecho, Barany normal, Unterberger normal y Romberg normal. Se realiza audiometría en la que se evidencia hipocusia de transmisión en oído derecho y en la acumetría se aprecia Weber lateralizado

completamente a la derecha. Se decide ingreso en ORL y se instaura tratamiento con corticoides para la parálisis facial y, para la otorrea, se instilan polvos de rifampicina y fluconazol. Durante su ingreso en ORL se realiza un TAC de peñascos donde se aprecia material de densidad partes blandas en cavidad postquirúrgica, ocupando seno timpánico y receso facial y se realiza biopsia de CAE donde se aprecian esporas e hifas en ángulo agudo en la mucosa del CAE. Tras alta por parte del servicio de ORL, la paciente ingresa a cargo del servicio de Infecciosas para tratamiento sistémico de la micosis con voriconazol.

Palabras clave: parálisis facial

Linfoma B difuso con debut en seno maxilar: A propósito de un caso

GABRIEL ALEJANDRO AGUILERA AGUILERA; HORTENSIA SÁNCHEZ GÓMEZ; RAQUEL YÁNEZ GONZÁLEZ; CARMEN SÁNCHEZ BLANCO; ENRIQUE GONZÁLEZ SÁNCHEZ; FERNANDO BENITO GONZÁLEZ L

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Introducción :El linfoma difuso de células grandes B es el linfoma más frecuente, constituyendo un 35% de los de linfoma no Hodgkin. La presentación clínica puede ser nodal o extranodal, Aquellos que se originan en tejido linfoide extraganglionar, presentan como ubicación más frecuentes el tubo digestivo y el cávum. La incidencia de linfomas no Hodgkin extranodales de asentamiento nasal/paranasal es aproximadamente un 10 - 35%, presentando sobretodo clínica de compromiso nasosinusal. Caso clínico: Paciente de 79 años con antecedentes de Poliposis nasosinusal bilateral, operado en el 2013, es derivado desde atención primaria al servicio de urgencias de ORL, por presentar aumento de volumen en mucosa yugal derecha adyacente a la pieza dentaria número 16 . Había sido diagnosticado de flemón de origen dentario y se inició tratamiento con amoxicilina / clavulánico (875/125) completando 10 días sin respuesta objetiva. Agrega que desde el diagnóstico presenta

epistaxis recurrentes y autolimitadas de FND. No presento fiebre ni trismus. Exploración física: aumento de volumen hemifacial derecho, con área indurada a nivel de seno maxilar derecho, doloroso a la palpación apunta de dedo, no parestesias faciales CO y OF: edema de consistencia dura que afectaba a mucosa yugal derecha adyacente a pieza dentaria 16, la cual se punciona sin obtenerse salida de material purulento. Rinoscopia anterior: tumoración de aspecto polipoide que emerge de FND, nasofibrosocpia: fosa nasal izquierda con apertura de seno maxilar, etmoidal y esfenoidal derecho, sin evidenciarse lesiones de aspecto polipoide. TAC cráneo facial: Tumoración agresiva centrada en el seno maxilar derecho, fosa nasal y celdillas etmoidales ipsilaterales. RNM macizo facial: complemento de estudio previo que agrega extensión al seno frontal derecho celdillas anteriores, posteriores y órbita. Biopsia: Linfoma B difuso de célula grande. Conclusiones: Los linfomas extranales son en su mayoría digestivos, pero existen casos puntuales, como en este caso, en que hay una linfoproliferación a nivel de senos paranasales. Es importante tener en consideración la sintomatología atípica de lesiones de aspecto polipoide de fosas nasales, ya que puede esconderse una patología tumoral. El diagnóstico definitivo de estas lesiones es por estudio anatomopatológico.

Palabras clave: maxilar; linfoma B difuso; absceso dentario

Papiloma invertido esfenoidal. A propósito de un caso

CRISTINA CORDERO CIVANTOS; CRISTINA IBÁÑEZ MUÑOZ; ELENA RIOJA PEÑARANDA; MARÍA ISABEL CALLE CABANILLAS; PABLO CRESPO ESCUDERO; JAIME SANTOS PÉREZ

Servicio ORL del Hospital Universitario de Burgos. Servicio ORL del Hospital Clínico de Valladolid

Introducción: El papiloma invertido es un tumor nasal de origen epitelial, relativamente infre-

cuente que, pese a ser un tumor benigno, presenta una agresividad local, tendencia a recurrir y, en ocasiones, procesos de malignización. Su incidencia en la población general se ha estimado en torno a 4,3 casos por millón de habitantes al año. La localización más frecuente son las celdillas etmoidales y seno maxilar, siendo el seno esfenoidal una localización menos frecuente. Material y Método: Presentamos el caso de una mujer de 67 años de edad, intervenida 3 años antes por el servicio de neurocirugía por una meningitis secundaria a un mucocelo esfenoidal que había erosionado toda la pared posterior del seno esfenoidal y parte del clivus. Acude a nuestra consulta por insuficiencia respiratoria nasal y rinorrea progresiva de varios meses de evolución. Se realiza una nasofibrosocpia en la que se objetiva una masa de aspecto polipoide que oblitera la fosa nasal izquierda y cávum. TAC: Lesión expansiva que ocupa el seno esfenoidal con extensión hacia celdillas etmoidales posteriores, base de las apófisis pterigoides y fosa nasal izquierda. La lesión expande y remodela las paredes óseas. Se decide realizar cirugía endoscopia nasal en la que se envía una muestra anatomía patológica resultando positiva para papiloma invertido. Se realiza una resección total de la masa, objetivándose el clivus y la pared posterior del esfenoides cerrada con un tejido sintético colocado en la intervención neuroquirúrgica previa. Conclusiones: En la cirugía del papiloma invertido debe researse la totalidad de la mucosa afectada para evitar las recurrencias. Actualmente la CENS se ha convertido en la técnica de elección para el manejo de esta patología, desbancando los abordajes externos tradicionales, ya que ha demostrado buenos resultados con menor morbilidad. La CENS proporciona una visión cercana y ampliada del papiloma, permitiendo una resección más precisa, así como un buen control de las estructuras vecinas que deben ser respetadas. Además, mediante la CENS, hoy en día es posible realizar técnicas de reconstrucción que evitan complicaciones y facilitan la recuperación postquirúrgica.

Palabras clave: papiloma invertido; seno esfenoidal; CENS.

Tumoración de vaina neural del plexo braquial con debut supraclavicular

GABRIEL ALEJANDRO AGUILERA AGUILERA; HORTENSIA SÁNCHEZ GÓMEZ; JEAN FRANCO INTRAPRENDEnte MARTINI; ROSALYN CHAVES ARAUJO; JOSÉ MANUEL SERRADILLA LÓPEZ; PEDRO BLANCO PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Introducción: Los tumores de nervios periféricos pueden ser no neoplásicos o neoplásicos, originándose estos últimos en las vainas nerviosas. El diagnóstico debe considerar la historia clínica, el examen físico y la evaluación de la imagen. El examen físico debe buscar ciertos elementos como por ejemplo manchas café con leche características de la neurofibromatosis, o tipo de masa a la palpación. Caso clínico: Paciente remitido desde atención primaria, por presentar masa supraclavicular derecha de aproximadamente de 2 meses de evolución, ocasionalmente mostraba pequeñas disestesias a nivel de extremidad superior ipsilateral. No agregaba otra clínica concomitante. Exploración física: tumoración en área IV, de bordes bien definidos, consistencia dura, móvil que genere dolor fulgurante con la compresión.

Resto de exploración normal. Se solicita punción aspiración de aguja fina que informa: celularidad mesenquimal sin criterios de malignidad, sugestiva de origen neural. RNM: región supraclavicular derecha se observa lesión fusiforme hipercaptante dependiente de plexo braquial, probablemente de raíz C8 compatible con tumor de vaina neural. Así mismo en el vago izquierdo se aprecian lesiones de similares características. Área cerebral, columna dorsal y lumbar sin hallazgos, EMG: no se aprecian datos de neuropatía, plexopatía ni radiculopatía en miembro superior derecho. Conclusiones: El hallazgo de una tumoración supraclavicular nos debe hacer pensar sobre todo en una patología de origen tumoral, aunque a veces nos encontramos hallazgos de tumoraciones de otro origen embriológico. El apoyo de la punción con aspiración de aguja

fina, es fundamental para el abordaje diagnóstico.

Palabras clave: tumor de estirpe neural; plexo braquial.

Disfagia y disnea en paciente con espondilitis anquilosante

NATALIA CASTAÑEDA CURTO; SANDRA PATRICIA VERGARA PASTRANA; MARÍA TERESA GIL AGUILAR; AIARA VIANA CORA; CARMELO MORALES ANGULO

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción: la espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas. Los pacientes que la padecen tienen mayor riesgo de fracturas vertebrales. **Material y Método:** Descripción de un caso clínico de un paciente diagnosticado de espondilitis anquilosante que presentó un cuadro de obstrucción de vía aérea superior y posterior revisión bibliográfica de casos similares previamente publicados. **Resultados:** varón de 71 años con espondilitis anquilosante que ingresa por parada respiratoria días después de caída desde su propia altura con traumatismo cervical. En los días previos presentaba disfagia progresiva y disnea. En fibroscopia se observa un gran edema de la mucosa retrocricóidea con herniación de la misma ocluyendo la visión de la glotis. En TAC y RMN se objetiva fractura de odontoides y de C5-C6 con aumento del tejido blando prevertebral que ocluye la vía aérea. El paciente requiere traqueotomía y colocación de sonda nasogástrica durante 20 días, así como artrodesis cervical. **Conclusiones:** La obstrucción de vía aérea superior en pacientes con espondilitis anquilosante por fractura cervical es muy rara, pero puede dar lugar a complicaciones serias.

Palabras clave: espondilitis anquilosante; fractura; disnea; disfagia

Metástasis faciales de carcinoma pulmonar

NATALIA CASTAÑEDA CURTO; MARINA ARANGÜENA PEÑACOBÁ; MARTA FRANCISCA LÓPEZ-BREA PIQUERAS; CARMELO MORALES ANGULO; MARÍA TERESA GIL AGUILAR; AIARA VIANA CORA

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción: El carcinoma epidermoide pulmonar es un tumor maligno que ocasionalmente puede producir metástasis a distancia en cabeza y cuello. **Material y Método:** Se describe un caso clínico de un paciente con carcinoma pulmonar que desarrolló metástasis múltiples a área nasosinusal. Se realiza revisión bibliográfica. **Resultados:** varón de 48 años diagnosticado en junio de 2014 de carcinoma epidermoide de lóbulo superior izquierdo pulmonar T4N3M0 tratado con quimiorradioterapia. En 2015 se objetiva progresión local. Acude a ORL por dolor y deformación nasal derecha así como lesión indurada en región maxilar ipsilateral. Se objetiva lesión vegetante en región septal anterior derecha con oclusión de la fosa. Además lesión indurada por encima de arcada dentaria derecha sin lesión de la mucosa. En anatomía patológica: carcinoma epidermoide. En PET-TAC se objetiva captación en región de tumor primario, adenopatías iniciales y nuevos focos sugestivos de implantes tumorales en tabique nasal, fosa nasal derecha y pared anterior de seno maxilar derecho. **Conclusiones:** El carcinoma epidermoide pulmonar es un tumor agresivo que excepcionalmente puede dar metástasis en región nasosinusal, pudiendo ser confundidos con un tumor primario de dicho área.

Palabras clave: metástasis; carcinoma pulmonar; nasosinusal.

Rinolito en paciente asintomática

JUDIT PÉREZ SÁEZ; MARÍA ISABEL CALLE CABANILLAS; PABLO SANTOS GONZÁLEZ; ANA ISABEL NAVAZO EGUÍA; JUAN SÁNCHEZ

HERNÁNDEZ

Hospital Universitario de Burgos

Introducción: La incidencia descrita para el rinolito se establece en 1/10.000 pacientes. La sintomatología incluye rinorrea, epistaxis y obstrucción nasal. El diagnóstico es clínico, mediante rinoscopia anterior. El tratamiento consiste en la extracción completa del rinolito, bien por rinoscopia anterior o vía endoscópica nasal, aunque en algún caso ha sido necesario la realización de una rinostomía lateral. Las complicaciones asociadas son sinusitis, perforación septal, osteomielitis frontal, y más raramente formación de abscesos epidurales. **Material y métodos:** Se presenta el caso clínico de una mujer de 65 años de edad que acude al servicio de ORL por acufeno. Dentro del protocolo de recepción de pacientes de nuevo ingreso se incluye otoscopia rinoscopia y orofaringoscopia. En la rinoscopia anterior se observa cuerpo extraño de coloración marrónacea enclavado en meato medio de FNI. Reinterrogada la paciente niega cualquier clínica nasal ni otras alteraciones. Se realiza un primer intento de extracción en consulta bajo anestesia local y vasoconstricción tópica, sin resultado dado el tamaño de la lesión y riesgo de sangrado profuso (la paciente toma cumarínicos). Se realiza TC senos paranasales y se realiza extracción endoscópica del rinolito. En la anatomía patológica se describe como conglomerado calcificado sin poder establecer origen. **Discusión y conclusiones:** Aunque la aparición del rinolito es característico de la edad pediátrica y juventud con una clínica específica, se describen casos más tardíos y completamente asintomáticos. La actuación es la exéresis y el diagnóstico diferencial con otros cuadros de sinusitis crónica que pueden dar el aspecto de hueso necrótico asociado.

Palabras clave: rinolito; asintomático; adulto

Manifestaciones otorrinolaringológicas en el síndrome de Kabuki

JUDIT PÉREZ SÁEZ; ELENA RIOJA PEÑARANDA; ANA ISABEL NAVAZO EGUÍA; JUAN SÁNCHEZ

HERNÁNDEZ

Hospital Universitario de Burgos

Introducción: El síndrome KABUKI fue publicado por primera vez en la población infantil nipona. Actualmente se piensa que su incidencia es similar entre las distintas razas (1 de cada 32.000 recién nacidos). Presentan anomalías faciales que usualmente lo definen, (fisuras palpebrales largas con eversión del párpado inferior, puente nasal deprimido, cejas arqueadas, pabellones auriculares prominentes o malformados, paladar alto o hendido, anomalías cardiovasculares, malformaciones renales, y una alta prevalencia de problemas otorrinolaringológicos incluyendo problemas otológicos con pérdida auditiva y problemas de la vía aérea. **Material y método:** Se presentan dos pacientes con características faciales compatibles con el síndrome. **Caso 1:** Niña de 4 años cardiopatía conénita (CoA, CIVs, DAP) corrección quirúrgica a la semana de vida. Desnutrición. Miopía. Estridor congénito que desapareció. Lenguaje escaso. Screening auditivo pEATC-A pasó OI no OD. Drenajes timpánicos por OMS. PEATC onda V a 40 db. 40 db en OI y 45 OD. Estudio genético confirma síndrome de Kabuki. Polisomnografía nocturna que descarta SAHS. **Caso 2:** Niña 4 años. Hipoplasia pulmonar. Ductus arterioso persistente. Fisura palatina intervenida. Anquiloglosia. Gastrostomía. RGE. Intervenida de DTT por OMS. Retraso de lenguaje y psicomotor. Apneas durante el sueño en tratamiento con CPAP. Estudio genético confirma síndrome de Kabuki. PEATC: onda V a 50 dB latencias normales. PEEE: 45 dB en OD y 45 dB OI. Prótesis auditivas. **Conclusión:** La alta prevalencia de los problemas otológicos y pérdida auditiva en los niños con Síndrome de KABUKI, justifican un diagnóstico y tratamiento precoz. **Palabras clave:** Kabuki; hipoacusia; síntomas; pediatría

Abordaje endoscópico de mucocele frontal

IGNACIO ALONSO CASTAÑEIRA; LAURA DÍEZ GONZÁLEZ; MARÍA PONCELA BLANCO; ROSA

RODRÍGUEZ CRESPO

Hospital General Río Carrión

Introducción y objetivo: Los mucocelos son formaciones pseudoquisticas de lento crecimiento y capacidad expansiva. El tratamiento es quirúrgico y tiene como finalidad la eliminación del mucocele y la ventilación del seno paranasal afecto. **Material y Método:** Varón de 61 años con antecedente de traumatismo craneal hacia 4 años. Derivado a Consultas Externas de ORL por cefalea e inestabilidad de un año de evolución, sin otra clínica asociada. La exploración ORL no evidenció alteraciones de interés. La TC objetivó una lesión expansiva con remodelación ósea que ocupaba de forma subtotal el seno frontal izquierdo, con gran erosión de la pared medial de la órbita izquierda y ligero componente de partes blandas intraorbitaria ipsilateral. La RM confirmó la presencia de una masa expansiva de 2,8 x 2 x 1,7 cm ocupando la región medial del seno frontal izquierdo con componente etmoidal anterior izquierdo y abombamiento de la pared superointerna de órbita izquierda con compresión de musculatura extrínseca y discreto desplazamiento de globo ocular. El paciente fue intervenido mediante cirugía endoscópica, realizándose una infundibulotomía y etmoidectomía anterior con entrada en el seno frontal y aspiración del contenido del mucocele. Se extrajo su pared quística y se amplió el ostium frontal hacia delante en el sentido de un DRAF tipo II, preservando la ventilación y drenaje del seno. **Discusión:** Los mucocelos son formaciones benignas, con mayor incidencia entre la 4ª-7ª década de la vida, generalmente unilaterales y sin distinción por sexo. La localización frontoetmoidal es la más frecuente, presentando como primera manifestación clínica, cefalea y tumoración orbitaria. Su crecimiento puede erosionar las paredes óseas, desplazando la órbita y provocando proptosis y diplopía. La TC es la prueba diagnóstica de elección, complementada con la RMN, la cual constituye una técnica adicional en el estudio de partes blandas para evaluar la afectación orbitaria. El abordaje endoscópico constituye en la mayoría de los casos la técnica quirúrgica de elección. Sus ventajas sobre el abordaje externo son la reducción del tiempo quirúrgico, la ausencia de cicatrices externas,

el drenaje más fisiológico del ostium afecto y la disminución de la estancia hospitalaria. Conclusiones: En el caso presentado, de acuerdo con la literatura, el abordaje endoscópico supuso un breve tiempo quirúrgico (inferior a una hora) y una escasa morbilidad, siendo el paciente dado de alta a las 24 horas de la intervención, con buena evolución postoperatoria. Palabras clave: mucoccele; cirugía endoscópica nasosinusal; seno frontal.

Quemadura facial y de cornetes tras deflagración accidental en paciente con oxigenoterapia domiciliaria

RAQUEL FERNÁNDEZ MORAIS; CANDELAS ÁLVAREZ NUÑO; SARA FERNÁNDEZ CASCÓN; HUGO LARA SÁNCHEZ; ELISA GIL-CARCEDO SAÑUDO; LUIS ÁNGEL VALLEJO VALDEZATE

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Introducción y objetivo: La oxigenoterapia domiciliaria es un instrumento muy útil para pacientes con serios problemas respiratorios. Una mala utilización de la misma puede conllevar accidentes inesperados. Material y Método: Presentamos el caso de un varón de 94 años EPOC crónico severo con oxigenoterapia domiciliaria durante 16 horas al día. Acude al Servicio de Urgencias por quemadura facial tras la deflagración que ocurre al encender un cigarrillo mientras utilizaba sus gafas nasales. El paciente presenta quemaduras de segundo grado en la punta nasal, labio superior y región nasogeniana además de notar sensación de quemazón a lo largo de ambas fosas nasales. Realizamos al paciente nasofibroscopia flexible en la que podemos observar como la deflagración ha afectado a los cornetes inferiores de ambas fosas haciendo una intensa quemadura en toda su extensión tornando su coloración habitual rosada a una negruzca. El paciente fue enviado a su domicilio con tratamiento para las quemaduras faciales e hidratación nasal. Se advierte insistentemente del peligro de fumar durante el uso de la oxige-

noterapia. Actualmente el paciente se encuentra completamente recuperado del accidente sin secuelas a nivel facial ni endonasal. Resultados: En nuestro paciente, la llama generada por el mechero para encender el cigarrillo actuó de detonante siguiendo la llamarada producida en la deflagración el recorrido del oxígeno a través de las gafas y fosas nasales. Conclusiones: Los reguladores de oxígeno se utilizan en los servicios médicos de emergencia, en la atención domiciliaria de la salud, en hospitales y en diversas aplicaciones industriales. En 2000, se estimó que había en uso aproximadamente 1.5 millones de reguladores de oxígeno médico. Los incendios causados por reguladores de oxígeno son bastante raros si tenemos en cuenta la cantidad de dispositivos de uso clínico. Aun así, estos incendios tienen consecuencias sumamente graves. Si bien es esencial para la vida, el oxígeno es una sustancia peligrosa por hacer que los materiales se enciendan con mayor facilidad y su combustión resulte más intensa que en el aire. Palabras clave: cornetes; deflagración; oxigenoterapia; quemadura

Neuropatía auditiva infantil

CANDELAS ÁLVAREZ NUÑO; SARA FERNÁNDEZ CASCÓN; RAQUEL FERNÁNDEZ MORAIS; ELISA GIL-CARCEDO; LUIS ÁNGEL VALLEJO VALDEZATE

Hospital Universitario Río Hortega

Introducción y objetivo: El espectro de la neuropatía auditiva (NA) es una entidad que puede englobar diversas enfermedades neurológicas de la vía auditiva y de forma específica cualquier alteración desde el inicio del VIII par hasta el tronco cerebral. La combinación de las otoemisiones acústicas transitorias (OEAT) y los potenciales evocados auditivos del tronco cerebral (PEATC) nos permite identificar a un grupo de pacientes con NA, cuyas implicaciones clínicas y terapéuticas constituyen un reto en nuestra práctica diaria. El objetivo de esta comunicación es a través de la presentación de un caso clínico revisar los pacientes susceptibles a padecer esta entidad, diagnosticarlos, tratarlos y hacer un seguimiento que permita su desarrollo auditivo y comunicacional

apropiado. Material y Método: Presentamos el caso de una recién nacida fenotípicamente normal, sin factores de riesgo ambientales durante el embarazo ni en el periodo neonatal. Parto a término por cesárea debido a posición podálica. No antecedentes familiares de hipoacusia. Siguiendo protocolo de *screening* neonatal de la hipoacusia se realiza durante el ingreso PEATC-A siendo REFER bilateral. Al mes de edad corregida se repiten confirmando resultado. A los 3 y 6 meses de edad corregida se solicita PEATC buscando umbral. Se estimulan ambos oídos de forma monoaural con estímulos de click de 90 dB nHL y ruido blanco contralateral de 20 dB nHL sin obtener potenciales de manera bilateral. Se realizan OEA que están presentes. Para completar el estudio solicitamos pruebas de imagen confirmando normalidad anatómica. Se solicita estudio genético imprescindible en el diagnóstico etiológico de una hipoacusia neurosensorial moderada-severa no sindrómica. El resultado del estudio caracteriza la hipoacusia como: Hipoacusia neurosensorial con patrón autosómico recesivo producida por mutación del gen OTOF (locus DFNB9). Se aconseja adaptación audioprotésica bilateral siguiendo protocolo y según rendimiento, tratamiento definitivo con implante coclear.

Resultados: La mutación del gen OTOF es la responsable del 3.5% de las hipoacusias prelinguales profundas y bilaterales autosómicas recesivas. Tras años de controversia, el implante coclear es una clara indicación para el tratamiento de estos pacientes. Conclusiones: 1. La NA puede afectar a un número importante de niños con hipoacusia congénita. Es la 3ª causa de HNS profunda bilateral en los neonatos españoles. 2. La naturaleza heterogénea de este desorden, los diferentes hallazgos clínicos y variabilidad en los resultados con los distintos tratamientos hacen que sea necesario la aplicación de diferentes opciones de manejo. 3. El *screening* neonatal de la hipoacusia neonatal con PEATC-A favorece que ninguno de estas niños pasen el cribado sin ser diagnosticados, como puede ocurrir con un *screening* basado en las OEA. 4. Es importante un conocimiento detallado y en profundidad de las causas genéticas de cada una de las formas de hipoacusia por su impacto inmediato en la implementación con terapias que buscan la estimulación auditiva temprana.

Palabras clave: neuropatía; hipoacusia; OTOF; implante coclear.

¿Teratocarcinoma coanal radioinducido?

ROSALYN CHAVES-ARAUJO; JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE-MARTINI; GABRIEL AGUILERA-AGUILERA; FELIPE GÓMEZ-CAMINERO LÓPEZ; MARÍA ASUNCIÓN GÓMEZ-MUÑOZ; ÁNGEL MUÑOZ-HERRERA

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Paciente de 46 años, con antecedentes de neoplasia de cívum (linfoepitelioma) a los 18 años, tratada con poliquimioterapia de inducción, telerradioterapia con fotones y electrones, y quimioterapia post-radioterapia. Presenta como secuelas Hipotiroidismo (2007) y estenosis faríngea progresiva que obliga a realizar en 2012 una traqueostomía y gastrostomía, para mantener seguridad en las funciones ventilatoria, fonatoria con válvula fonatoria y una adecuada nutrición. En Enero de 2016 consulta por insuficiencia ventilatoria nasal y rinitis anterior izquierda, con imposibilidad de limpieza mediante sonado. Exploración: La endoscopia nasal muestra una estenosis coanal bilateral (postradioterapia) y una oclusión de la coana estenosada izquierda por una formación pseudopolipoidea, congestiva. asociándose una membrana timpánica izquierda atrófica con derrame retrotimpánico. Estudios complementarios: Audiometría: aumento de la hipoacusia conductiva izquierda, con timpanogramas tipo C bilaterales. PET-TAC : imagen nodular hipermetabólica (SUV 8.35) en región coanal izquierda, que protruye ligeramente en la luz faríngea de 9 mm x 1.9mm. Biopsia-exéresis endoscópica de la lesión. Diagnóstico anatómopatológico :teratocarcinoma.

Ante el diagnóstico recibido y posibles márgenes infiltrados se realiza seguimiento SPET-TAC y endoscopias de control semanales, comprobando crecimiento progresivo localizado de la formación, por lo que se decide realizar una exéresis del presumible residuo tumoral coanal. Se realiza resección del tercio

posterior del suelo de la fosa nasal y cara superior del velo y pared lateral nasal con rinofaringectomía grado I izquierda mediante CENS y estudio diferido de márgenes. La anatomía patológica reporta infiltración por teratocarcinoma de margen anterior del suelo de fosa nasal izquierda, margen posterior de la pared lateral rinofaríngea retrotubárica, margen inferolateral infratubárico. Ante estos hallazgos se discuten las dos alternativas de tratamiento complementario en comité oncológico multidisciplinar y le son presentadas a la paciente.

Palabras clave: teratocarcinosarcoma; Estenosis coanal.

Parálisis facial periférica e hipoacusia neurosensorial. Debut de carcinomatosis meníngea

SARA FERNÁNDEZ CASCÓN; RAQUEL FERNÁNDEZ MORAIS; HUGO LARA SÁNCHEZ; MARIO CUETOS AZCONA; ELISA GIL-CARCEDO SAÑUDO; LUIS ÁNGEL VALLEJO VALDEZATE

Hospital Universitario del Río Hortega

Introducción y objetivo: La parálisis facial periférica acompañada de hipoacusia neurosensorial se presenta, generalmente, en lesiones ocupantes de espacio a nivel del ángulo pontocerebeloso y conducto auditivo interno. A pesar de ello no debemos infravalorar a otras patologías. Material y Método: Presentamos el caso clínico de un varón de 64 años con reciente diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón estadio IV. Presenta un cuadro de parálisis facial periférica izquierda grado III con una hipoacusia neurosensorial de aparición súbita y sensación de inestabilidad. Se solicita TC informado de lesión osteolítica frontal. Se decide la solicitud de RM que nos ayude a filiar dicha sintomatología. En la RM se observa un tenue realce ligeramente asimétrico en la profundidad del CAI izquierdo en contacto con los pares craneales VII y VIII sugestivo de carcinomatosis. Con esta información, se realiza una punción lumbar resultando una bioquímica compatible para carcinomatosis meníngea, se

confirma posteriormente con una citología positiva. Discusión: Se revisa la literatura. A pesar de los pocos casos encontrados, la parálisis facial periférica asociada a hipoacusia neurosensorial puede ser secundaria a una carcinomatosis meníngea. Conclusiones: La carcinomatosis meníngea es la diseminación neoplásica al espacio leptomeníngeo. Ocurre en aproximadamente el 5-10 % de los pacientes con tumores malignos. La causa más común de afectación de VII y VIII par es una lesión ocupante de espacio a nivel de ángulo pontocerebeloso o CAI, a pesar de ello, debemos considerar la carcinomatosis meníngea como un diagnóstico posible, aunque improbable, en un contexto de neoplasia. La RM con gadolinio es la herramienta diagnóstica más útil ante la sospecha de carcinomatosis meníngea, muestra un realce de la meninge a nivel del CAI. Es necesario una punción de LCR con bioquímica y citología positiva para confirmar el diagnóstico.

Palabras clave: parálisis facial periférica. hipoacusia neurosensorial. carcinomatosis meníngea.

Mucocele esfenoide. Una causa infrecuente de cefalea en la infancia

SARA FERNÁNDEZ CASCÓN; CANDELAS ÁLVAREZ NUÑO; RAQUEL FERNÁNDEZ MORAIS; MARINA MADRIGAL REVUELTA; MANUEL ACUÑA GARCÍA; LUIS ÁNGEL VALLEJO VALDEZATE

Hospital Universitario del Río Hortega

Introducción y objetivo: Los mucocelos son masas benignas encapsuladas delimitadas por epitelio y con un contenido mucoso, que se expanden localmente en el interior de los senos paranasales. En su evolución pueden llegar a producir remodelación, resorción e incluso erosión ósea. Material y Método: Se presenta el caso clínico de una niña de 10 años que presenta cefalea holocraneal opresiva de meses de evolución. La intensidad de la clínica ha ido aumentando progresivamente hasta requerir ingreso hospitalario. Se acompaña de despertares nocturnos y ocasionalmente diplopía. La

exploración neurológica es rigurosamente normal. A pesar del tratamiento analgésico no presenta mejoría clínica. Se decide solicitar una TC para descartar organicidad del cuadro. En la TC se muestra lesión de aspecto quístico en seno esfenoidal izquierdo. Se completa el estudio con RM observándose una ocupación del seno esfenoidal marcadamente intensa en T2 e hipointensa en T1 compatible con mucocoele. Los límites óseos están conservados. Ante estos hallazgos y la persistencia de clínica cada vez más intensa, se decide intervenir mediante cirugía endoscópica. Se realiza una exéresis completa del mucocoele por vía transetmoidal y esfenoidotomía. La paciente evoluciona favorablemente presentando una desaparición completa de los síntomas a los 15 días. Conclusiones: Sólo el 1-2% de los mucocoeles sinusales aparecen en el seno esfenoidal. Su presentación en la edad pediátrica son aún más infrecuentes por encontrarse el seno esfenoidal sin un completo desarrollo. Su presencia provoca una sintomatología muy inespecífica, siendo la cefalea y las alteraciones visuales las más frecuentes. La cefalea es producida por el crecimiento del mucocoele contactando con la duramadre que cubre el plano esfenoidal y la fosa craneal media. Los mucocoeles pueden presentar variabilidad en la intensidad de la señal en RM en T1 y T2, en función de su contenido proteico. El diagnóstico definitivo nos lo aporta el estudio anatomopatológico de la lesión. La inespecificidad del cuadro clínico y la variabilidad en las pruebas de imagen obliga a realizar un enfoque meticuloso para llegar a un correcto diagnóstico. El abordaje quirúrgico mediante CENs es la técnica de elección ante una lesión ocupante de espacio y una clínica refractaria al tratamiento médico.

Palabras clave: seno esfenoidal; mucocoele; cefalea crónica en la infancia

Vía aérea obstruida por quiste de vallécula

ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ; ANA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ; MARÍA ANTONIA CARRANZA CALLEJA; JAIME SANTOS PÉREZ; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: Los quistes de epiglotis son los quistes laríngeos más frecuentes. Se forman casi siempre en el mismo lugar, al lado de la línea media de la cara anterior de la epiglotis o profundamente en la vallécula glosopiglótica. Presentamos un caso que fue diagnosticado de manera casual. Material y Método: Paciente de 66 años de edad con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, intervenido de cálculo renal y diagnosticado de estenosis L3-S1 que ingresa a cargo del Servicio de Traumatología para ser intervenido. Durante la inducción anestésica se visualiza un quiste laríngeo que impide la intubación del paciente, por lo que se suspende la intervención programada. Resultados: Durante el ingreso fue visto por nuestro servicio, se le realizó una fibroscopia donde se visualizó una lesión quística localizada en la vallécula. Se programó para realizar una microcirugía endolaríngea y exéresis de la lesión. Dados los antecedentes de dificultad para intubación se solicitó la presencia de un neumólogo por si el paciente precisaba ser intubado con broncoscopio, pero finalmente la intubación se realizó sin problemas por parte del anestesista utilizando un *airtrack*. El quiste se extirpó sin incidencias y a día de hoy el paciente no presenta ninguna lesión en la laringe. Conclusiones: Los quistes de epiglotis no suelen producir sintomatología salvo cuando son muy grandes, pudiendo dar trastornos en la deglución o sensación de nudo en la garganta. Los de tamaño excepcionalmente grande pueden producir síntomas de obstrucción respiratoria suponiendo a la vez una gran dificultad para la intubación. Lo más habitual es que se diagnostiquen como hallazgo casual durante la exploración. Como hemos visto, nuestro paciente no presentaba ninguna sintomatología y fue diagnosticado de manera casual como ocurre normalmente con estas lesiones. En caso de precisar tratamiento se realiza exéresis quirúrgica mediante microcirugía laríngea, siempre que sea posible en una pieza y sin abrirlos.

Palabras clave: quiste; laringe; intubación; vía aérea

Papiloma ductal invertido de glándulas salivales menores

DAMIÁN CUBILLAS GARCÍA DE LA TORRE; JOSÉ IGNACIO BENITO OREJAS; MARÍA ÁLVAREZ-QUIÑONES SANZ; MARÍA LOURDES HERNÁNDEZ DE LOS SANTOS; ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: El papiloma ductal invertido es un tumor benigno que consiste en una proliferación papilar intraluminal endofítica del epitelio de un ducto de una glándula salival. Es similar al que encontramos en la nariz, senos paranasales, vejiga, cérvix, etc., aunque la incidencia del papiloma ductal invertido en las glándulas salivales menores es mucho menor. A diferencia del que asienta en la cavidad nasal, la proliferación celular no tiene lugar en la superficie del epitelio, sino en la unión del ducto con el epitelio de revestimiento de la cavidad oral. Hay muy pocos casos descritos en la literatura. Se localiza con más frecuencia en el labio, seguido de la mucosa oral y el paladar. En la clasificación histológica de la WHO (*World Health Organization*) del año 2011, se incluye como papiloma ductal, también referido como papiloma intraductal y sialoadenoma papiliforme. **Material y Método:** Varón de 75 años, ingresado en Neumología por hemoptisis, desde donde nos solicitan una interconsulta, como protocolo diagnóstico. A la exploración de la orofaringe observamos una formación blanquecina de unos 2 cm, irregular, de aspecto papilomatoso y consistencia fibrosa, localizada en el pilar posterior amigdalino. Mediante anestesia local se realiza una resección completa de la lesión, con escaso sangrado. **Resultados:** El diagnóstico anatómopatológico es el de «papiloma invertido de células escamosas de probable origen en glándulas salivales menores, con metaplasia escamosa focal». La revisión a los 2 meses es absolutamente normal, sin signos de recidiva. **Conclusiones:** El papiloma invertido más frecuente es el nasosinusal y se caracteriza por su tendencia a la recidiva y la posibilidad de evolucionar hacia un carcinoma de células escamosas entre un 10-15%. Sin embargo el de

las glándulas salivales menores, muestra un escaso índice de recurrencia y rara vez se maligniza. Teniendo en cuenta este comportamiento biológico y su escasa tasa de recurrencia, el tratamiento de elección es la resección simple, con seguimiento posterior de su evolución.

Palabras clave: papiloma ductal invertido; glándulas salivales; pilar posterior amigdalino

Lipoma cervical gigante

DAMIÁN CUBILLAS GARCÍA DE LA TORRE; JAIME SANTOS PÉREZ; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; MARÍA LOURDES HERNÁNDEZ DE LOS SANTOS; ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: Los lipomas son los tumores benignos más frecuentes de los tejidos blandos. La localización más frecuente es en el tórax o en las extremidades, no obstante en torno al 13% se localizan en la región de la cabeza y el cuello. Pueden ser únicos o múltiples, cuando son múltiples hablamos de lipomatosis. Clínicamente suelen presentarse como masas subcutáneas. Suelen ser blandos, redondeados, móviles, no adheridos a planos profundos, recubiertos de piel sana. Normalmente son de pequeño tamaño, no siendo frecuente que superen los 10 cm en ninguno de sus ejes, de ser así pasa a denominarse lipoma gigante, entidad relativamente rara. **Material y Método:** Nos remiten a las consultas externas de ORL de nuestro servicio un paciente varón de 68 años para valoración de lipoma cervical gigante. A la exploración objetivamos una masa cervical blanda, móvil, no adherida, situada en el área cervical V derecha. Desplaza el ECM hacia delante y se introduce a través de la clavícula al tórax. Ante la sospecha de lipoma cervical gigante y para valorar extensión de cara a intervención quirúrgica se realiza un TC, donde objetiva una masa de contenido graso de aproximadamente 57,5 x 55,8 x 122 mm (diámetros anteroposterior, transversal y longitudinal respectivamente), que se encuentra totalmente encapsulado, en la encrucijada cervicotorácica lateral derecha

desplazando hacia delante al ECM y a la yugular. No se observan adenopatías relevantes ni patología faringolaríngea. Compatible con lipoma. Resultados: Ante tal hallazgo, se realiza exéresis bajo anestesia general sin complicaciones. El diagnóstico final nos lo da la Anatomía Patológica: Lipoma cervicotorácico, a los cortes histológicos se muestra una lesión constituida por tejido adiposo maduro, revestido de una cápsula fibrosa. En el seguimiento del paciente por parte de Otorrinolaringología no se objetiva recidiva del lipoma a los 9 meses tras la intervención quirúrgica, observándose en la radiografía de tórax una elevación del hemidiafragma derecho por probable parálisis del nervio frénico derecho. Exploración ORL sin alteraciones. Conclusiones: Los lipomas son tumores benignos de crecimiento lento. No se conocen bien las causas por las cuales algunos crecen hasta convertirse en lipomas gigantes. Es de vital importancia realizar el diagnóstico diferencial con el liposarcoma. El liposarcoma bien diferenciado es un tumor maligno que tanto microscópica como macroscópicamente es muy similar al lipoma. El diagnóstico de liposarcoma es anatomopatológico y se realiza cuando se encuentran atipias nucleares y lipoblastos (células con vacuolas lipídicas que desplazan o deforman el núcleo). Hay que realizar además una anamnesis completa de tal forma que si los lipomas son múltiples o hay antecedentes familiares debemos descartar las lipomatosis, como la enfermedad de Dercum o la enfermedad de Madelung (Lipomatosis Simétrica Múltiple), en muchos casos estas enfermedades se asocian a síndromes sistémicos.

El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica y el control postoperatorio mediante técnicas de imagen.

Palabras clave: lipoma cervical gigante; lipomatosis; liposarcoma

Fistula de líquido cefalorraquídeo ótica espontánea recidivante

MARÍA DE LOURDES HERNÁNDEZ-DE LOS SANTOS; EDUARDO MENA-DOMÍNGUEZ; JAIME SANTOS-PÉREZ; ANA SÁNCHEZ; DAMIÁN

CUBILLAS; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: Las fistulas de líquido cefalorraquídeo (FLCR) óticas espontáneas son una entidad poco frecuente y pueden ser infradiagnosticadas en el adulto. Deben sospecharse en pacientes mayores de 50 años, sobre todo en mujeres con episodios de otitis media serosa de repetición y/o antecedentes de meningitis. La obesidad, la hipertensión intracraneal benigna y la silla turca parcial o total vacía son condiciones que predisponen a su desarrollo. Estas son consecuencia de un defecto dural que causa una anormal comunicación entre el espacio subaracnoideo y las cavidades neumatizadas del hueso temporal, las mayorías son secundarias a traumatismo, malformaciones congénitas o iatrogénicas y su principal importancia es que constituyen una puerta de entrada hacia el sistema nervioso central. El riesgo de meningitis en estos pacientes varía de un 4-50%, y puede ser el primer síntoma de presentación. Material y Método: Presentamos un caso de una paciente femenina de 56 años con antecedentes de meningitis neumocócica que acude por sensación de plenitud ótica de oído izquierdo de varios años de evolución. Se realizó miringocentesis, con determinación bioquímica de beta-traza +. Tomografía Computarizada (TC) Resonancia Magnética (RM) compatibles con fistula LCR. Resultados: Se realizó cierre de la fistula de líquido cefalorraquídeo ótica izquierda por vía transmastoides, visualizándose área dehisciente en aditus con salida de LCR y meninge herniada. Se efectuó un cierre en multicapa con fascia temporal, Surgicel Fibrillar® y Tissucol®. Colocando drenaje lumbar posteriormente y reposo con cabecera 30 grados. Postoperatorio inmediato sin complicaciones. Al tercer mes paciente refiere nueva sensación de plenitud ótica de oído izquierdo, inestabilidad y cefaleas. En el TC se visualizan cambios postquirúrgicos y varias soluciones de continuidad en *tegmen timpani*, compatible con recidiva de Fistula de líquido cefalorraquídeo ótica izquierda y meningocele contralateral. Se decidió reintervención por abordaje previo, realizándose cierre de la fistula con multicapas usando fascia lata, Duragen® y Surgicel Fibrillar®. Se coloca drenaje lumbar y reposo con

cabecera 30 grados. El post-operatorio inmediato curso sin complicaciones. Dos semanas después empezó a presentar nuevamente cefaleas ocasionales enviándose al servicio de Neurocirugía donde fue diagnosticada de hipertensión endocraneal benigna y estenosis bilateral de senos transversos tratándose con *stent* en seno transverso derecho. Las revisiones en los 5 años sucesivos han mostrado una buena evolución clínica, sin evidencia de nueva recidiva de FLCR ótica y controles radiográficos mediante RM que muestran permeabilidad del *stent* y encefalocele en situación estable. Conclusiones: Las fístulas de LCR son predominantemente de etiología traumática, aunque recientes estudios demuestran un predominio de la etiología quirúrgica. Las espontáneas representan sólo el 10%, y se presentan en dos subgrupos: niños con anomalías congénitas del hueso temporal y adultos de mediana edad con otitis media serosa. Existen unos 100 casos descritos en el mundo de fístula LCR espontáneas, con claro predominio en niños (72%) sobre adultos. La obesidad, el sexo femenino, la hipertensión intracraneal benigna y la silla turca parcial o total vacía son condiciones que predisponen al desarrollo de estas fístulas de LCR. La prueba de imagen estándar para confirmar el diagnóstico es la TC. La RM se usa de manera complementaria para detectar la presencia o el estado de los tejidos blandos. Los defectos óseos se localizan mayoritariamente en el *tegmen timpani* y el *tegmen mastoideo*. El tratamiento de las FLCR ótica es eminentemente quirúrgico. Los principales abordajes son la craneotomía de fosa media y la vía transmastoides que es más apropiada para el abordaje de fosa posterior y defectos del *tegmen mastoideo*. El factor más importante para el éxito de la cirugía es el uso de una técnica multicapa con dos o más materiales de soporte.

Palabras clave: fístula; líquido cefalorraquídeo; meningitis; ótica

Frenillo lingual. Revisión y tratamiento quirúrgico

IGNACIO ALONSO CASTAÑEIRA; JOSÉ LUIS ALONSO TRECEÑO; JULIÁN CARLOS RODRÍGUEZ

PAMPLIEGA; RAFAEL ÁLVAREZ OTERO; ROSA RODRÍGUEZ CRESPO; JOSÉ MARÍA ESCAPA GARRACHÓN

Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Introducción y objetivo: El frenillo lingual es un cordón que conecta la cara ventral de la lengua con el borde de la arcada dentaria inferior. Su anómala constitución o longitud, constituirá un cordón fibroso o muscular que ocasionará un determinado grado de anquiloglosia. Material y Método: Se estudian resultados del tratamiento quirúrgico de 50 pacientes, comprendidos en edades que oscilan entre 6 meses y 10 años, sometidos a diversas técnicas quirúrgicas y bajo anestesia tópica o local. Resultados: Los trastornos de succión en edades tempranas y los de fonación un poco más adelante, que la anquiloglosia supone, obtienen unos resultados favorables en el 80%. Los resultados estéticos y funcionales reflejan fallos en el 28%. Conclusiones: el tratamiento del frenillo lingual es una técnica sencilla desde el punto de vista de riesgo-beneficio por lo que pensamos que debe ser aplicada ante la más mínima impresión de necesidad.

Palabras clave: frenillo lingual. anquiloglosia. tratamiento quirúrgico.

Duplicidad parcial de la vena yugular interna: descripción de dos casos

ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ; LUIS MIGUEL TORRES-MORIENTES; JOSÉ IGNACIO BENITO OREJAS; ANA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ; JESÚS BACHILLER ALONSO; DARÍO MORAIS-PÉREZ

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivo: La duplicidad de la vena yugular interna es un hallazgo anatómico muy raro cuya incidencia se estima que es de un 0.4 en la población general. Existen varios tipos de duplicidad pudiendo ser ésta total, parcial y con distintas relaciones con el nervio espinal. Material y Método: Presentamos dos casos de duplicidad parcial de la vena yugular

interna izquierda, que fueron descubiertos incidentalmente durante la cirugía de cuello. El primer paciente es un varón de 79 años fumador con antecedentes de cardiopatía isquémica que acude a nuestro servicio por disfonía de larga evolución, fue diagnosticado de cáncer de laringe T3 N0 M0, estadio III. El segundo paciente es un varón de 75 años ex-fumador, hipertenso, que acudió a urgencias por disfonía y disnea, se le diagnosticó también de cáncer de laringe T4 N1 M0, estadio IVa. Resultados: Los dos pacientes fueron tratados con cirugía y posteriormente radioterapia. En el primer caso, se realizó una laringectomía total y vaciamiento cervical funcional ganglionar izquierdo. En el segundo caso, se practicó una laringectomía total, faringectomía parcial y un vaciamiento cervical radical modificado izquierdo. Fue durante la cirugía cuando se visualizó una duplicidad parcial de la vena yugular interna izquierda, localizada en el tercio superior de la misma, además en el segundo paciente el nervio espinal en su trayecto cruzaba la bifurcación pasando por el medio de ésta. Conclusiones: Los pacientes que presentan una vena yugular duplicada no padecen ningún tipo de complicación especial pero a la hora de ser operados, hay que tener en cuenta que puede alargarse el tiempo quirúrgico y hacerse más difícil la disección. Además de tener relevancia en la cirugía de cuello es conveniente saber de su posible existencia a la hora de poner una vía central. A día de hoy las pruebas de imagen podrían ayudarnos para detectar estos casos previos a la cirugía. Palabras clave: duplicidad; vena yugular; espinal

Hipoacusia neurosensorial fluctuante como debut de síndrome de Sjögren. A propósito de un caso

JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE MARTINI;
ROSALYN CHAVES ARAUJO; HORTENSIA SÁNCHEZ GÓMEZ;
GABRIEL ALEJANDRO AGUILERA AGUILERA;
MARÍA MARCO CARMONA; SANTIAGO SANTA-CRUZ RUÍZ

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: La enfermedad inmunomediada del oído interno es una entidad clínica bien establecida, cuya etiopatogenia y fisiopatología no están aún aclaradas. Esta patología puede expresar todo el cortejo sintomático de las enfermedades del oído interno: hipoacusia (desarrollo rápido), acúfeno y síntomas vestibulares. La afectación puede ser unilateral o bilateral y asimétrica. Mc Cabe en 1979 fue el primer autor que utilizó el término hipoacusia neurosensorial autoinmune, en una serie de pacientes con una hipoacusia rápidamente progresiva, generalmente bilateral y asimétrica, incluso en algunos casos acompañada de parálisis facial, su trabajo constituye el punto de partida de lo que denominamos enfermedad autoinmune del oído interno. El síndrome de Sjögren (SS) es la segunda enfermedad reumatológica autoinmune más frecuente, después de la Artritis Reumatoide (AR). Fue descrito en 1930 por el oftalmólogo sueco Henrik Sjögren, como una enfermedad reumática inflamatoria crónica sistémica, de causa y progresión desconocida y de patogenia autoinmune que se caracteriza por un proceso inflamatorio constituido predominantemente por linfocitos T CD4 activados. Es una enfermedad que puede llegar a afectar al 3% de la población, es 9–10 veces más frecuente en mujeres que hombres. Se han demostrado manifestaciones extraglandulares como la afectación directa del oído interno, debido a la misma respuesta autoinmunitaria. Cada una de las estructuras anatómicas del oído pueden afectarse en estas enfermedades, lo que se traduce en síntomas como otalgia, acúfenos, vértigo e hipoacusia neurosensorial, y en signos como sequedad de la piel del conducto auditivo, cera seca y ocupación del oído medio por mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio. El diagnóstico se realiza según los criterios revisados de la clasificación internacional para SS y a las reglas revisadas para la clasificación de SS primario y secundario. Material y Método: Paciente de 56 años que es derivada a la consulta de otología por presentar hipoacusia rápidamente progresiva bilateral. Al examen físico se constata otoscopia normal y audiometría tonal liminar, donde se evidencia hipoacusia neurosensorial severa bilateral con

resto de la exploración sin alteraciones. Ante estos hallazgos se administra pauta descendente de corticoides orales (1 mg/Kg) y se solicita protocolo de enfermedad autoinmune, que incluye la siguiente analítica: Eo 715, ANA + 1/160, factor Reumatoide 136, antiRo >600, C3 y C4 normal, IgG 2550, VSG 39, PCR 0.08, Vitamina D 6.9, serología VHB, VHC y VIH -, IgG CMV y EBV +, y Mantoux -. Rx tórax normal. TC peñascos y RM de CAIs normales. En revisiones sucesivas se constata mejoría de la audición mediante audiometría, pero se asocia sequedad de boca, disminución del lagrimeo y sequedad vaginal, por lo que se deriva al servicio de reumatología, quienes valoran y realizan test de Schirmer, siendo patológico en ambos ojos. Solicitan sialometría (normal), gammagrafía de glándulas salivares (hipofunción de la secreción ante estímulos) y TC torácico (adenopatía mediastínica calcificada, bronquiectasias en lóbulos inferiores y ocupación de la pequeña vía aérea). Se inicia tratamiento con deflazacort 30 mg/día, hidroxiquina 200mg/día, azatioprina 50mg (1-0-1), risedronato 35mg/semanal, calcio carbonato / colecalciferol 600 mg / 1000 UI al día, mejorando la clínica parcialmente y persistiendo fluctuaciones auditivas. Ante esto se plantea diagnóstico de síndrome de Sjögren primario, con hipoacusia neurosensorial inmunomediada. Resultados: La analítica del protocolo de enfermedad autoinmune resultó: ANA + 1/160, factor Reumatoide 136, antiRo >600, C3 y C4 normal. Test de Schirmer patológico en ambos ojos. Gammagrafía de glándulas salivares con hipofunción de la secreción ante estímulos, sugestiva de síndrome de Sjögren. Conclusiones: La afectación del oído interno en la enfermedad de Sjögren puede producir, además de una hipoacusia neurosensorial, una disfunción vestibular y provocar la aparición de un síndrome vertiginoso, aunque es infrecuente y no se ha evidenciado en otros estudios mediante electronistagmografía. La cronología de la pérdida auditiva es uno de los datos más característicos, así como la evolución episódica, equiparándose a otras enfermedades inmunomediadas. Se debe tratar de diagnosticar precozmente para evitar daños auditivos irreversibles.

Palabras clave: hipoacusia neurosensorial;

síndrome de Sjögren; hipoacusia inmunomediada.

Disfagia lusoria: a propósito de un caso

MYRIAM GONZÁLEZ SÁNCHEZ; JOSÉ LUIS PARDAL REFOYO; SOLEDAD SUÁREZ ORTEGA; CRUZ PÉREZ LIEDO; ENRIQUE COSCARÓN BLANCO; RAQUEL PEÑA GONZÁLEZ

Hospital Virgen Concha de Zamora

Introducción y objetivo: Los trastornos deglutorios son una causa muy frecuente de consulta al especialista. La disfagia lusoria se define como aquella disfagia secundaria a la compresión extrínseca del esófago por estructuras vasculares. La arteria subclavia derecha aberrante es la anomalía congénita más frecuente del arco aórtico y la alteración asociada con más casos descritos en la literatura. Material y Método: Presentamos el caso ilustrativo de un paciente con disfagia lusoria en la que se demostró la presencia de una arteria subclavia derecha aberrante que impronta en la pared posterior del esófago. Conclusiones: La arteria subclavia derecha aberrante es una anomalía congénita cuya prevalencia es del 0,5-1,8%. Muchos pacientes no desarrollan síntomas y aparecen como hallazgos en realizaciones de autopsia sin embargo otros pacientes desarrollan una disfagia cuyo manejo es complejo, individual y multidisciplinar.

Palabras clave: disfagia; disfagia lusoria; arteria subclavia derecha aberrante

Neurofibroma Solitario de Vestíbulo Nasal

IGNACIO ALONSO CASTAÑEIRA; JOSÉ LUIS ALONSO TRECEÑO; LAURA DíEZ GONZÁLEZ; LAURA CURIESES BECERRIL; MARÍA PONCELA BLANCO; JOSÉ MARÍA ESCAPA GARRACHÓN

Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Introducción y objetivo: El neurofibroma solitario de esta localización, supone el 4% de todos los neurofibromas encontrados en cabeza y cuello. A su clínica que suele ser escasa, se añade la necesidad de diagnóstico por inmunohistoquímica y de tratamiento que será quirúrgico. **Material y Método:** Aportamos un caso, en una niña de 3 años de edad con localización tumoral en el vestíbulo nasal derecho, sin otros síntomas que la obstrucción respiratoria, por esa fosa nasal, desde el nacimiento. La localización de estos tumores puede variar y ubicarse en cualquier zona de las estructuras nasales, dorso o punta nasal, cornetes. **Resultados:** El tratamiento, por abordaje transnasal y posterior comprobación endoscópica intraoperatoria de la resección, supuso un resultado totalmente satisfactorio, comprobado a los 2 y 3 años de la cirugía. **Palabras clave:** neurofibroma. tumores nasales

Adenopatía metastásica cervical de carcinoma basocelular infiltrante. A propósito de un caso

JEAN FRANCO INTRAPRENDENTE MARTINI;
ROSALYN CHAVES ARAUJO; GABRIEL ALEJANDRO
AGUILERA AGUILERA; HORTENSIA SÁNCHEZ
GÓMEZ; ERWIN ALEJANDRO RACINES ALAVA;
PEDRO BLANCO PÉREZ

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: El carcinoma basocelular (CBC) es un tumor epitelial maligno de localización cutánea, que surge de células pluri-potentes de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo a nivel del istmo inferior y de la protuberancia. Es el cáncer más frecuente en el humano, especialmente en la raza blanca, con continuo incremento de su tasa de incidencia en las últimas décadas, involucrando a grupos etarios cada vez más jóvenes. Aunque se trata de un cáncer, sólo es invasivo localmente y rara vez produce metástasis. El 70% de los cánceres de

piel se localiza en la región de la cabeza y el cuello, el 80% de ellos son de tipo carcinoma basocelular. El sitio más frecuente de localización es la región facial (máscara facial) formada por las regiones peri-orbitaria, peri-bucal, nasal, peri-nasal y auricular, los tumores originados en esta área son considerados de alto riesgo, por tener mal pronóstico, comparado con los tumores originados en otros sitios de la cara, el cuero cabelludo y fuera de la cabeza y el cuello. **Material y Método:** Paciente de 29 años con antecedente de extirpación quirúrgica de carcinoma basocelular infiltrante en cuero cabelludo (temporal izquierdo) en 3 ocasiones por recidiva local, la última se realizó en el 2012, sin signos de recidiva hasta el 2015. En control del 2015 se visualiza aumento de tamaño en ganglio laterocervical izquierdo, por lo que es remitido a la consulta de ORL. Se valora y se solicita ecografía de cuello donde se encontró adenopatía cervicooccipital izquierda de 9 mm, hipoecogénica, de bordes irregulares y con pérdida de centro graso, por lo que se realiza PAAF ecoguiada de la adenopatía y se envía muestra a anatomía patológica. En el PET/TC con 18-F desoxiglucosa se muestra aumento de la actividad metabólica de adenopatía occipital izquierda, sugerente de afectación metastásica ganglionar. Ante estos hallazgos se realiza adenectomía diagnóstica laterocervical izquierda de 3 ganglios, incluyendo adenopatía occipital izquierda, siendo los 3 positivos para metástasis basocelular, por lo que se planifica para vaciamiento radical ganglionar ampliado izquierdo y radioterapia postquirúrgica. **Resultados:** En la anatomía patológica para la PAAF ecoguiada de la adenopatía occipital izquierda se reportó positivo para células malignas, metástasis de carcinoma, compatible con antecedente de carcinoma primario basocelular y en el estudio inmunocitoquímico: Ber-EP4. Posteriormente la adenectomía diagnóstica mostró tres ganglios positivos para metástasis de carcinoma basocelular. **Conclusiones:** En el carcinoma basocelular no existe indicación de disección ganglionar debido a la baja tasa de metástasis regionales, sin embargo es importante obtener márgenes de sección negativos, ya que este es el factor de riesgo más importante para la recurrencia local, el control con radioterapia de estas lesiones es dudoso cuando el tumor es

voluminoso, por lo que es aconsejable el tratamiento quirúrgico inicial.

En general, el tratamiento de elección de las metástasis del carcinoma basocelular localizadas en ganglios linfáticos es la resección quirúrgica. Por otro lado, en aquellos casos en los que haya metástasis a distancia, el tratamiento incluye una combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Palabras clave: Carcinoma basocelular; metástasis ganglionar cervical.

Abscesos retrofaríngeos en Cantabria. Revisión clínica de los últimos veinticinco años

C SANZ SÁNCHEZ; MARÍA TERESA GIL AGUILAR²
CARMELO MORALES ANGULO²; SANDRA VERGARA
PASTRANA²; NATALIA CASTAÑEDA CURTO²

¹Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria (Santander). ²Servicio de ORL. H. Marqués de Valdecilla (Santander)

Introducción: los abscesos retrofaríngeos constituyen una entidad grave con una elevada morbimortalidad. Debido a su escasa frecuencia y a compartir sintomatología con otros procesos, constituyen un reto diagnóstico para el clínico, siendo esencial realizar un diagnóstico temprano para no demorar el tratamiento antibiótico empírico y/o quirúrgico y evitar así complicaciones. **Objetivos:** Conocer la epidemiología, etiopatogenia, clínica, microorganismos más frecuentes, tipo de tratamiento y sus modalidades, morbilidad y mortalidad de los abscesos retrofaríngeos en Cantabria en los últimos 25 años. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de todos los pacientes de Cantabria con absceso retrofaríngeo entre el 1 de enero de 1990 hasta el momento actual. Treinta y tres pacientes fueron incluidos. De la historia clínica se recogieron diferentes variables que fueron agrupados en las siguientes categorías: antecedentes personales, enfermedad actual, procedimientos diagnósticos realizados y tratamiento. Resulta-

dos: Se incluyen 33 pacientes. Los antecedentes personales más frecuentemente asociados fueron el etilismo, tabaquismo, diabetes y obesidad. La etiología más frecuente es la traumática por espina de pescado. La prueba de imagen que mejor nos ayuda al diagnóstico es la TAC cervical. Las complicaciones más frecuentes fueron la mediastinitis necrotizante descendente, neumonías, fascitis necrotizante y sepsis. Las secuelas más frecuentes fueron una parálisis de cuerda vocal unilateral y un síndrome de Horner. No se objetivó mortalidad en los pacientes del estudio. **Conclusiones:** los abscesos retrofaríngeos deben ser considerados urgencias médico-quirúrgicas ya que son susceptibles de producir complicaciones graves gracias a su compleja anatomía. Debemos prestar atención a los síntomas de alarma como son la disnea, estridor, trismus, rigidez cervical. Los avances en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y en los cuidados del paciente crítico han sido decisivos en la mejora del pronóstico y mortalidad de estos pacientes. **Palabras clave:** absceso retrofaríngeo; clínica, TAC cervical; tratamiento; mortalidad

Marsupialización de mucocele expansivo de seno maxilar

RAFAEL ÁLVAREZ OTERO; L DIEZ GONZÁLEZ;
LAURA CURIÉSES BECERRIL; ROSA RODRÍGUEZ
CRESPO; IGNACIO ALONSO CASTAÑEIRA; JOSÉ
MARÍA ESCAPA GARRACHÓN

Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Introducción y objetivo: La marsupialización es una técnica quirúrgica para lesiones quísticas que aboca la pared del quiste hacia una cavidad o exterior convirtiéndolo en un saco. Permite la descompresión del contenido para favorecer su posterior tratamiento quirúrgico definitivo o que la bolsa resultante se reduzca de tamaño. **Material y Método:** Presentamos el caso de un varón de 84 años que acude a nuestra consulta por dificultad respiratoria nasal de la fosa derecha y una expansión del hemimaxilar superior ipsilateral. En la tomografía

computarizada de senos paranasales se aprecia una masa de aspecto quístico que ocupa todo el seno maxilar derecho y obstruye la fosa nasal homolateral. Se decide la marsupialización de la lesión por vía intraoral, con anestesia local, lo cual permite tomar una muestra de la pared y el aspirado de su contenido. Se deja un tubo de drenaje suturado al orificio que permita la descompresión continuada. Resultados: El paciente refiere mejoría inmediata de su obstrucción nasal tras el procedimiento. La anatomía patológica describe un epitelio pseudoestratificado compatible con mucocoele. Animamos al paciente a emplear su prótesis dental superior para favorecer el remodelado de la cresta alveolar superior que recupera un aspecto sano. Por último el paciente sufre algunas molestias que precisan tratamiento antibiótico y se aprecia la inclusión del drenaje bajo la encía, pero posteriormente mejora y se encuentra satisfecho y asintomático, por lo que se acuerda una actitud expectante dado el resultado. Conclusiones: La marsupialización endoscópica se ha propuesto como tratamiento de elección en los mucocoeles de senos paranasales. En el caso de los que afectan a los senos maxilares se puede considerar su abordaje intraoral como técnica diagnóstica y terapéutica, con baja morbilidad, que permite una remodelación del hueso y puede ser curativa.

Palabras clave: mucocoele; senos paranasales; marsupialización