

SEORL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA

PCF
Y PATOLOGÍA
CÉRVICO-FACIAL

Acta Otorrinolaringológica Española

Noviembre 2007. Vol. 58. Especial Congreso

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española
de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial
y
VI Congreso Nacional de la Asociación Española de
Enfermería de Otorrinolaringología

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

Full English text available

Incluida en:
MEDLINE/Index Medicus
EMBASE/Excerpta Medica
Concerlit, Aidsline
Bibliomed, Biosis,
Healfnstar, IBECS

ISSN: 0001-6519



RhinoDouche®

SISTEMA DE IRRIGACIÓN NASO-SINUSAL

Modo de empleo:
a) depositar el contenido de un sobre de SinuSal (incluido) en el interior de la botella; b) llenar con agua tibia del grifo y cerrar con el tapón-adaptador nasal;
c) agitar para disolver las sales; d) aplicar el adaptador nasal en un orificio nasal y apretar la botella para impulsar el líquido de irrigación al interior de la nariz, que arrastra la mucosidad, costras, secreciones, etc. hacia el exterior por el orificio contralateral. Repetir la operación sobre el otro orificio nasal.



De venta en farmacias
CN 226522

Lavados eficaces

Mecanismo de arrastre

Tratamiento no farmacológico de la rinitis y sinusitis

Avalado por más de 50 publicaciones



Acta Otorrinolaringológica Española

COMISIÓN DELEGADA DE LA SEORL-PCF

PRESIDENTE

Prof. Jesús Algaba Guimera
San Sebastián

VICESECRETARIO

Dr. Cristóbal López-Cortijo
Gómez de Salazar
Madrid

DIRECTOR DE RELACIONES INTERNACIONALES

Prof. Jaime Marco Algarra
Valencia

SECRETARIO GENERAL

Dr. Bartolomé Scola Yurrita
Madrid

TESORERO

Dr. Juan Luis Gómez González
Salamanca

DIRECTOR DE REUNIONES Y CONGRESOS

Prof. Ángel Ramos Macías
Las Palmas de Gran Canaria

VICEPRESIDENTE

Dr. Primitivo Ortega del Álamo
Madrid

DIRECTOR DE LA REVISTA

Dr. Juan Pablo Rodrigo Tapia
Oviedo

DIRECTOR DE FORMACIÓN

Dr. Manuel Tomás Barberán
Palma de Mallorca



ELSEVIER
DOYMA

Travesera de Gracia, 17-21
Tel.: 932 000 711
08021 Barcelona
Infanta Mercedes, 90
Tel.: 914 021 212
28020 Madrid

Publicación mensual (10 números al año)

Tarifa de suscripción anual

Personas físicas	140,64 €
Instituciones	325,86 €
MIR y estudiantes	70,32 €

Suscripciones y atención al cliente:

Elsevier Doyma, S.L.
Travesera de Gracia, 17-21 • 08021 Barcelona.
Tel.: 902 888 740
Correo electrónico: suscripciones@doyma.es

Protección de datos: Elsevier Doyma, S.L., declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

Papel ecológico libre de cloro
Esta publicación se imprime en papel no ácido
This publication is printed in acid-free paper

E-mail: otorrino@doyma.es

© Copyright 2007 Elsevier Doyma, S.L.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de

recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

ELSEVIER DOYMA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA ESPAÑOLA con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier acto de explotación de la totalidad o parte de las páginas de ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA ESPAÑOLA con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales necesitará la oportuna autorización, que será concedida por CEDRO mediante licencia dentro de los límites establecidos en ésta.

ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA ESPAÑOLA se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina
Miembro de la Asociación de Prensa Profesional.
Sección Ciencias de la Salud

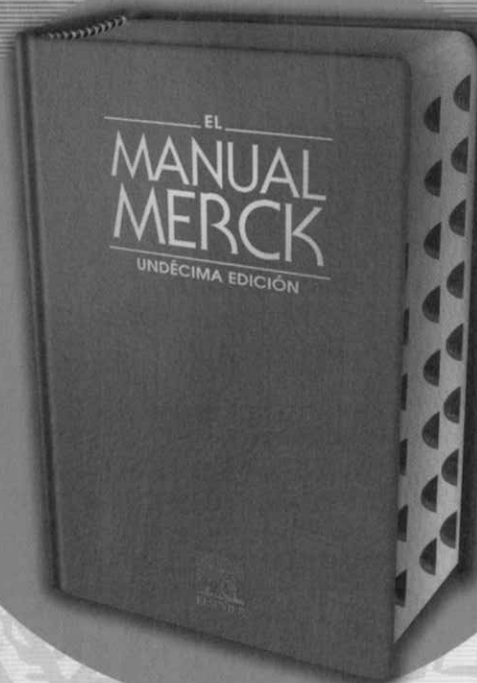
Control voluntario de difusión realizado por

Impreso en España
Depósito legal: M-7.022-1959
ISSN: 0001-6519

NOVEDAD 2007

Sólo un libro le dirá qué hacer ante cualquier enfermedad: El nuevo MERCK

11ª EDICIÓN



Con la información clínica
más reciente en medicina
general y en todas las
especialidades.

EL TEXTO MÉDICO DE MAYOR VENTA
EN EL MUNDO, CON MÁS DE CIEN AÑOS
EN PERMANENTE ACTUALIZACIÓN.

INFORMACIÓN
Y PEDIDOS
TEL. 91 425 11 81



www.elsevier.es

Composición por 1 ml: Dequalinio cloruro 1,0 mg, Enoxolona 0,6mg, Acetato de hidrocortisona 0,6 mg, Tirotricina 4,0 mg, Lidocaína clorhidrato 1,0 mg. Excipientes: Sacarina sódica 3,2 mg, Propilenglicol, Esencia de piña y Alcohol 96°, c.s.

Indicaciones: Tratamiento preventivo-curativo de las afecciones buco-faríngeas: Amigdalitis, Faringitis, Laringitis, Estomatitis, Úlceras y Aftas bucales, Glositis.

Dosificación: Dosis de ataque: 1-2 aplicaciones cada 2-3 horas. Dosis de sostén o como preventivo: 1 aplicación cada 6 horas.

Normas para la correcta administración del preparado: Abrir bien la boca. Dirigir la boquilla inhaladora hacia la región afectada (garganta, boca, lengua, etc., según casos). Presionar la parte superior de la cápsula de arriba abajo hasta el tope, manteniendo el frasco en posición vertical. El frasco se halla provisto de una válvula dosificadora: cada presión hasta el tope origina la salida regulada de medicamento.

Contraindicaciones: Efectos secundarios e incompatibilidades: No se conocen.

Advertencia: Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado analítico de Control del dopaje, como positivo.

Intoxicación y posible tratamiento: Dada la escasa toxicidad del preparado, no se prevé la intoxicación, ni aún la accidental. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20

Presentación: Envase conteniendo 20 ml. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños.



Anginovag®

ferrer

Fihshh...

la faringe se da por vencida
estomatitis amigdalitis laringitis glositis

 **ferrer**

Anginovag[®]





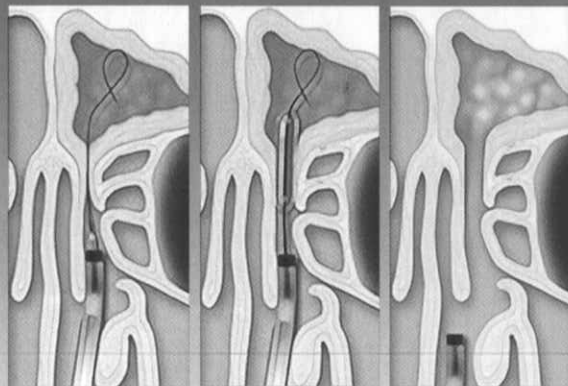
TENER O NO SENSACIONES esa es la diferencia

Acclarent®

**Presentamos el balón
de dilatación de senos paranasales.**

El nuevo producto que permite realizar la técnica para poder recuperar funcionalmente los senos paranasales de forma **MÍNIMAMENTE INVASIVA.**

- Para pacientes con Sinusitis Crónica
- Solución rápida y eficaz.
- Mínimamente invasivo.
- Herramienta para ayudarle en su cirugía convencional.



Paso 1

Paso 2

Paso 3

Acta Otorrinolaringológica Española

COMISIÓN DE REDACCIÓN Y EDICIÓN

Director: Dr. J.P. Rodrigo Tapia

Secretario: Dr. R. Cabanillas Farpón

Vocales: Dres. C. Morales Angulo
y C. Orús Dotú

COMISIÓN EDITORIAL NACIONAL

Algaba Guimerá, Jesús
San Sebastián

Antolí Candela, Francisco
Madrid

Aristegui, Miguel
Madrid

Bartual Pastor, Juan
Puerto Real

Basterra Alegría, Jorge
Valencia

Bernal Sprekelsen, Manuel
Barcelona

Cenfor Español, Carlos
Madrid

Cobeta Marco, Ignacio
Madrid

Esteban Ortega, Francisco
Sevilla

García-Ibáñez, Luis
Barcelona

Gavilán Bouzas, Javier
Madrid

Gil-Carcedo García, Luis M.
Valladolid

Gil Loyzaga, Pablo
Madrid

Gómez González, Juan Luis
Salamanca

Herranz González-Botas, Jesús
La Coruña

León Vintró, Xavier
Barcelona

Llorente Pendas, José Luis
Oviedo

Manrique Rodríguez, Manuel
Pamplona

Maños Pujol, Manel
Barcelona

Marco Algarra, Jaime
Valencia

Martínez Vidal, José
La Coruña

Massegur Solench, Humbert
Girona

Montserrat Gili, Joan Ramon
Barcelona

Morera Pérez, Constantino
Valencia

Mullol Miret, Joaquim
Barcelona

Muñoz Herrera, Ángel
Salamanca

Ortega del Álamo, Primitivo
Móstoles

Perelló Scherdel, Enrique
Barcelona

Pérez Fernández, Nicolás
Pamplona

Poch Broto, Joaquín
Madrid

Quer Agustí, Miquel
Barcelona

Ramírez Camacho, Rafael
Madrid

Ramos Macías, Ángel
Las Palmas de Gran Canaria

Roca Ribas, Francesc
Badalona

Rodrigo Tapia, Juan Pablo
Oviedo

Sanz Fernández, Ricardo
Madrid

Sáinz Quevedo, Manuel
Granada

Scola Yurrita, Bartolomé
Madrid

Suárez Nieto, Carlos
Oviedo

Tomás Barberán, Manuel
Palma de Mallorca

COMISIÓN EDITORIAL INTERNACIONAL

Anniko, Matti
Sweden

Andrea, Mario
Portugal

Arriaga, Moises
USA

Bento, R.F.
Brazil

Brackman, Derald
USA

Bradley, Patrick J.
UK

Carrau, Ricardo
USA

Cassiano, Roy
USA

De la Cruz, Antonio
USA

Eckel, Hans
Austria

Ferlito, Alfio
Italy

Gleeson, Michel
UK

Goycoolea, Marcos
Chile

Gullane, Patrick
Canada

Honrubia, Vicente
USA

Howard, David
UK

Jackler, Robert
USA

Johnson, Jonas
USA

Kowalski, L.P.
Brazil

Leemans, Rene
Netherlands

Lefebvre, Jean Louis
France

Lenarz, Thomas
Germany

Lund, Valerie J.
UK

Magnan, Jacques
France

Maniglia, J.V.
Brazil

Medina, Jesús
USA

Moffat, David
UK

Monier, Philippe
Switzerland

Olias, Joao
Portugal

Olsen, Kerry
USA

Prieto, José Luis
Colombia

Remacle, Marc
Belgium

Rondon, Hector
Perú

Sanna, Mario
Italy

Shah, Jatin
USA

Stamberger, Heinz
Austria

Steiner, Wolfgang
Germany

Trinidad Pinedo, Juan
Puerto Rico

Weber, Randall
USA

Werner, Jochen
Germany

Audifon

Centros Auditivos

Experiencia e Innovación para
ofrecer **soluciones auditivas**

Centros Auditivos • Aparatos • Reeducción Auditiva • Logopedia • Servicio Técnico Propio



Retro
Adaptación
retroarticular



Intra
Adaptación
intracanal



C.I.C.
Adaptación
profunda

SU DIAGNÓSTICO NUESTRO COMPROMISO

- Más de 30 gabinetes en España, equipados con los más modernos **avances tecnológicos**
- **Personal altamente calificado:** audioprotesistas titulados
- Adaptación **a la medida** de cada paciente
- La más completa gama de **audífonos digitales** de todas las marcas
- Amplio abanico de **accesorios** para sordos
- **Entrenamiento auditivo GRATUITO** con cada adaptación

MADRID

>> CENTRAL

Conde de Peñalver, 2 (Local)
Tfno. 91 577 67 93 / Fax. 91 576 40 03

Alcalá, 304 (Local)
Tfno. 91 377 21 45 / Fax. 91 407 90 12

Av. Albufera, 53 (Local)
Tfno. y Fax. 91 552 80 40

Bravo Murillo, 173 (Local)
Tfno. 91 459 49 12 / Fax. 91 311 03 63

La Oca, 81 (Local)
Tfno. 91 461 81 46 / Fax. 91 462 39 58

Luchana 11 (Local)
Tfno. y Fax. 91 446 20 01

Marcelo Usera, 54 (Local)
Tfno. y Fax. 91 500 35 31

Pº Delicias, 38 (Local)
Tfno. 91 539 59 92 / Fax. 91 468 42 59

Pº Extremadura, 109 (Local)
Tfno. 91 463 30 73 / Fax. 91 463 30 29

Princesa, 69 1º Izq. Of. 2
Tfno. y Fax. 91 544 46 81

>> ALCORBENDAS

Marquesa Viuda de Aldama, 35 (Local)
Tfno. y Fax. 91 653 07 66

>> ALCORCÓN

C/ Mayor, 54 (Local)
Tfno. y Fax. 91 641 52 16

>> GETAFE

C/ Madrid, 52 (Local)
Tfno. y Fax. 91 601 15 06

>> LEGANES

Av. Fuenlabrada, 43 (Local)
Tfno. 91 694 48 02 / Fax. 91 693 79 12

>> MÓSTOLES

Av. Dos de Mayo, 21 (Local)
Tfno. 91 613 13 73 / Fax. 91 613 13 12

>> ANDALUCÍA

>> CORDOBA

José Cruz Conde, 9 (Local)
Tfno. 957 49 20 17 / Fax. 957 48 84 81

>> SEVILLA

Orfila, 8 - 1º Dcha.
Tfno. 954 56 30 72 - 35 85 / Fax. 954 56 32 62

Virgen de Luján, 12 (Local)

Tfno. 954 27 92 61 / Fax. 954 27 05 78

ASTURIAS

>> GIJÓN

Celestino Junquera, 15 (Local)
Tfno. y Fax. 985 33 51 26

>> OVIEDO

Fray Ceferino, 20 (Local)
Tfno. y Fax. 985 21 99 45

CASTILLA LA MANCHA

>> TALAVERA DE LA REINA

Prado, 12 (Local)
Tfno. 925 81 49 45 / Fax. 925 80 11 58

CASTILLA LEÓN

>> VALLADOLID

Teresa Gil, 3 - 1ª
Tfno. 983 29 32 34 / Fax. 983 30 99 91

EXTREMADURA

>> CÁCERES

Avda. Gral. Primo Rivera, 3 (Local)
Tfno. 927 21 43 83 / Fax. 927 22 14 44

>> BADAJOZ

Av. Europa, 8 C (Local)
Tfno. 924 26 10 13 / Fax. 924 26 10 19

>> DON BENITO

Avda. de la Constitución, 44 (Local)
Tfno. 924 80 53 33 / Fax. 924 80 52 98

>> PLASENCIA

Avda. José Antonio, 21 (Local)
Tfno. 927 42 54 35 / Fax. 927 42 54 36

GALICIA

>> A CORUÑA

Ramón y Cajal, 40 - 1º Dcha
Tfno. 981 13 63 55 / Fax. 981 13 63 30

>> O FERROL

Galiano, 42 (Local)
Tfno. y Fax. 981 35 95 09

>> VIGO

Urzaiz, 35 - 1ºD
Tfno. y Fax. 986 22 05 31

VALENCIA

Plaza Los Pinazo, 2 - 1º Pta. 1
Tfno. 963 51 45 78 - 99 / Fax. 963 51 45 48

Avda. Antiguo Reino de Valencia, 61 (Local)
Tfno. 963 73 33 22 / Fax. 963 73 96 61

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial y VI Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Otorrinolaringología

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

SUMARIO | Noviembre 2007. Vol. 58. Especial Congreso

1 INTRODUCCIÓN

PROGRAMA OFICIAL DEL 58 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-SOCIAL

- 2 Comités
- 2 Profesorado Internacional
- 3 Distinciones de la SEORL
- 4 C.V. Prof. James Neterville
- 9 C.V. Prof. Remy Pujol
- 10 Premios concedidos en la convocatoria 2007 de la SEORL-PCF
- 11 Salas de interés
- 12 Plano del Palacio de Congresos
- 13 Cuadro sinóptico
- 17 Programa
- 30 Conferencias
- 32 Mesas redondas
- 34 Talleres de trabajo
- 36 Otras actividades
- 37 Comunicaciones orales
- 75 Pósteres
- 140 Videos
- 144 Cursos de instrucción
- 158 Normativa para la valoración de pósteres
- 158 Propuestas para las ponencias oficiales del año 2011
- 158 Próximas ponencias oficiales de la SEORL-PCF

159 INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON INNER EAR RESEARCH

EXPOSICIÓN COMERCIAL

- 162 Introducción
- 163 Plano general de exposición
- 164 Empresas expositoras
- 169 Patrocinadores destacados

VI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

- 170 Programa oficial
- 173 Comunicaciones y ponencias
- 177 Pósteres

183 ÍNDICE DE AUTORES



Harmonic™

Máximo rendimiento con un sólo instrumento

Muy pronto un producto
revolucionario cambiará
por completo
la cirugía de tiroides



ETHICON ENDO-SURGERY
Johnson & Johnson Medical

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

■ INTRODUCCIÓN

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

El próximo Congreso Nacional de la Sociedad Española de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial será la 58ª edición. En esta ocasión cambiamos de sede en Madrid, la nueva es el Palacio de Congresos situado en el paseo de la Castellana, número 99.

Como ya va siendo tradicional, tenemos el placer de celebrar simultáneamente con nuestro Congreso el VI Congreso Nacional de Enfermería en Otorrinolaringología.

Este año como novedad, también celebraremos la Reunión de la Comisión de Residentes. Tendrá lugar el viernes 9 de noviembre y todas sus actividades (comunicaciones, cursos de instrucción...) quedan englobadas en el marco del Congreso Nacional, recibiendo el mismo tratamiento en cuanto a los premios y acreditación de sus actividades.

Por primera vez en este congreso, la SEORL ha decidido apostar por una forma más dinámica y moderna desde el punto de vista tecnológico para la exposición de los pósteres. El sistema constará de 8 pantallas táctiles en las que se visualizarán los pósteres, programadas con un ín-

dice de búsqueda por primer autor, número de registro o título de póster. En las 8 pantallas se podrán ver todos los pósteres de la sesión. Los premios de los pósteres presentados al congreso, así como este nuevo sistema de presentación, están patrocinados por Industrial Farmacéutica Cantabria.

El comité organizador ha decidido incluir dentro del precio de la inscripción las comidas de trabajo para los asistentes que hayan confirmado su asistencia a estas comidas. Se celebrarán en el mismo Palacio de Congresos los días 10, 11 y 13. El día 12 tendrá lugar el Cóctel de Bienvenida, también incluido para todos los congresistas.

Otra novedad que esperamos que sea bien acogida es el "circuit de Stands". En el apartado de Exp-o-rl se puede ver en qué consiste esta iniciativa.

Esperamos que este 58 Congreso Nacional tenga al menos la misma acogida que los anteriores, y os animamos a todos a participar en él, tanto en las actividades científicas como en las sociales.

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. D. José María Álvarez del Manzano – Presidente de IFEMA
D. Isacio Siguero Zurdo – Presidente de la Organización Médica Colegial

COMITÉ ORGANIZADOR

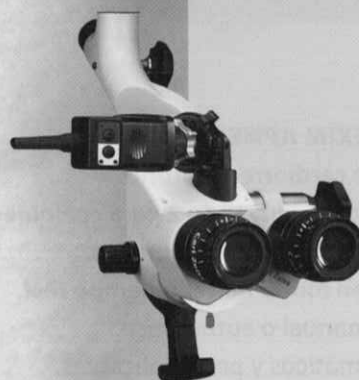
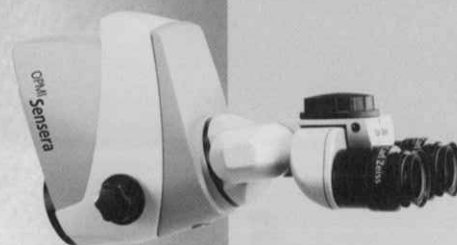
Presidente	Prof. Jesús Algaba Guimera
Vicepresidente	Dr. Bartolomé Scola Yurrita
Secretario	Prof. Ángel Ramos Macías
Vocales	Dr. Primitivo Ortega del Álamo
	Dr. Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar
	Prof. Juan Luis Gómez González
	Prof. Juan Pablo Rodrigo Tapia
	Prof. Jaime Marco Algarra
	Dr. Manuel Tomás Barberán
	Dra. Teresa Rivera Rodríguez
	Prof. Miquel Quer i Agustí
	Dr. Jaime Sanabria Brassart

PROFESORADO INTERNACIONAL

Ricardo F. Bento	Brasil
Rogelio Chavolla	México
Salvatore Conticello	Italia
Stefan Dazert	Alemania
German Fajardo	México
Bruce Gantz	Estados Unidos
Bruce Haughey	Estados Unidos
Amin Kassam	Estados Unidos
José Víctor Maniglia	Brasil
Ralph Metson	Estados Unidos
Marcos Mocellín	Brasil
James Netterville	Estados Unidos
Antonio Diogo Paiva	Portugal
José Antonio Patrocinio	Brasil
Milan Profant	Eslovaquia
Remy Pujol	Francia
Carl Snyderman	Estados Unidos
Jean-Michel Triglia	Francia
Juan Trinidad	Puerto Rico
Cengiz Yagiz	Turquía
James Zinreich	Estados Unidos

Sienta la diferencia

Microscopios
quirúrgicos para
ORL



We make it visible.



POLÍGRAFOS RESPIRATORIOS

desde **5.896€**
Iva no incluido



EXIM APNEA

Polígrafo cardiorrespiratorio.

14 canales de entrada, incluyendo 2 para cualquier señal neurofisiológica o poligráfica.

Funcionamiento en modo holter o tiempo real.

Análisis manual o automático.

Informes automáticos y personalizables.

Pequeño tamaño.

Batería recargable.

desde **2.205€**
Iva no incluido



SIBELHOME PLUS

Polígrafo respiratorio.

Cinco modelos con prestaciones crecientes.

Registro de hasta 13 canales.

Funcionamiento en modo holter.

Análisis manual o automático (opcional).

Informes automáticos y personalizables.

Pequeño tamaño, gran portabilidad
y comodidad para el paciente.

POLIGRAFÍA POLISOMNOGRAFÍA FUNGIBLE SENSORES SOLUCIONES

www.bitmed.com

MEDITEL INGENIERIA MEDICA S.L. C/ Pablo Iglesias 28 50018 Zaragoza (Spain) Tel: +34 976 466 009 Fax: +34 976 466 132

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

DISTINCIONES DE LA SEORL

Socios de honor

James Netterville
Remy Pujol

Estados Unidos
Francia

Socios corresponsales electos

Ricardo F. Bento
Rogelio Chavolla
Germán Fajardo
José Víctor Maniglia
Carl Snyderman

Brasil
México
México
Brasil
Estados Unidos

Medalla de Oro

Juan Trinidad Pinedo
Por su dilatada actividad y contribución a la SEORL

Medalla de Plata

Manuel Sáinz Quevedo
Por la organización del 57 Congreso Nacional en Granada

Medalla de Bronce

Jorge Basterra Alegría
Por la Ponencia Oficial de 2007 "Carcinomas de la faringe"

Héctor Vallés Varela
Por la coordinación y redacción de los "Consentimientos Informados en ORL"

James L. Netterville, M.D.

PRESENT POSITION

Mark C. Smith Professor
Professor, Dept of Otolaryngology
Associate Director of the Bill Wilkerson Center
For Otolaryngology and Communication Sciences
Vanderbilt University Medical Center
7209 Medical Center East, South Tower
Nashville, Tennessee 37232-8605

EDUCATION

High School: David Lipscomb High School
Nashville, Tennessee, 1972

Undergraduate: David Lipscomb College
Nashville, Tennessee. B.S., 1976

Medical School: University of Tennessee Center for Health Sciences
Memphis, Tennessee. M.D., 1980

Internship: Methodist Hospitals
Memphis, Tennessee, July 1980 - June 1981

Residency: Resident - Surgery, Methodist Hospital
Memphis, Tennessee, July 1981-June 1982
Resident - Otolaryngology-Head and Neck Surgery, University of Tennessee Center for Health Sciences, July, 1982-June 1985
Preceptorship - Skull Base Surgery, M.E. Glasscock, M.D. Nashville, Tennessee, October 1984

Fellowship: Fellow - Head and Neck Surgery, Facial Plastic and Reconstructive Surgery, University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City, Iowa, July 1985 - July 1986

HONORS/AWARDS

Who's Who in American Colleges and Universities
Donald H. Earl, M.D. Outstanding Resident Award, Dept. of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, University of Tennessee, 1985

Outstanding Teaching Award, Residents, University of Iowa, 1985

Honorable Mention (Second Place), Harris P. Mosher Award for Triological Thesis: "Bilateral Carotid Body Tumors: Etiology and Management of Physiological Changes Resulting from Bilateral Excision", 1993

AOA - Election by Medical Students as Faculty Candidate, July 1995

Election as Senior Examiner to American Board of Otolaryngology, 1999

Guest Examiner - American Board of Otolaryngology, Chicago, Illinois, 1997, 1998, 1999

Alumnus of the Decade - David Lipscomb University, Nashville, Tennessee, 1998

Board of Director - North American Skull Base Society, 1993-1996

Council of the American Society for Head and Neck Surgery, 1996-1999

Election to Nominating Committee, American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 1996-1997

Election to Nominating Committee, American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 1999-2001

Honored Guest - XLII Congresso Nacional - Veracruz Mexico, 1993

Honored Guest - First Turkish-Italian Laryngeal Congress - Antalya, Turkey, May 1997

Honored Guest - Scandinavian Conference on Laryngeal Surgery - Stockholm, Sweden, May 1997

Honored Guest - Asian Surgical Society - Brisbane, Australia, March 1999

Honored Guest - Australian Otolaryngology Head and Neck Society - Canberra, Australia, March 1999

Honored Guest - American Osteopathic Otolaryngology Annual Meeting, 1999

"Axel Dietrichson Award" - The Yul Brynner Head and Neck Cancer Foundation, April 2000

"Doctors of Excellence Awards" - Dystonia Medical Research Foundation, Southeast Regional Dystonia Symposium - Atlanta, Georgia, April 2000

"Distinguished Alumnus of the Year" - David Lipscomb University College of Science - 2002

Best Contributed Paper - Oral Presentation: Garth T. Olson and James L. Netterville, "Laryngeal Rehabilitation After Skull Base Cranial Nerve Resection," - 12th Annual Meeting of the North American Skull Base Society, Lake Buena Vista, Florida, February 2001

Election to America's Top Doctors, Castle Connolly Medical Ltd, First Edition, New York, NY, August 2001

1st Winner of the SPIO Award [Society for Promotion of the International Oto-Rhino-Laryngology, Inc. (SPIO)] for Most Outstanding Paper published in *Auris Nasus Larynx*: Billante CR, Spector BS, Hudson MC, Burkard KA, **Netterville JL**. Voice outcome following thyroplasty in patients with cancer-related vocal fold paralysis. *Auris Nasus Larynx* 2001; 28; 315-321. Cash prize awarded May 2002

"Distinguished Service Award Recognition" for volunteer contributions to the Academy and its Foundation. Presented by the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery at the Annual Meeting in the Orange County Convention Center - Orlando, FL on September 21, 2003

"Candle Award" - First recipient of award for teaching Vanderbilt medical students. Presented by the Vanderbilt University School of Medicine - 2003

"Communication Services Award" for continued advocacy and constant support for the field of Speech-Language Pathology. Award presented at a reception by The Department of Hearing and Speech Sciences-The Speech Pathology Hospital at Vanderbilt University Medical Center June 10, 2004.

"Distinguished Award For Humanitarian Efforts" for all of his time and effort in mission works, performing surgeries and working to furnish, medical supplies and equipment, agricultural aid and school supplies in Nigeria, Honduras, and many other impoverished Third World countries. Presented by the American Academy of Otolaryngology-Head & Neck Surgery at the Annual Meeting and Oto Expo in New York City, New York, September 19, 2004.

PRC "Overall Top Performer Award", Leadership Development Institute, presented at Vanderbilt University, August 24, 2006.

GUEST PROFESSOR/ INVITED LECTURERSHIP

Guest Lecturer - Nashville Academy of Otolaryngology - Nashville, TN 1987

Guest Lecturer - Memphis Society of Otolaryngology - Memphis, TN 1991

Guest Lecturer - Mt. Sinai Head and Neck Surgery Update 1991

Guest Lecturer - East Tennessee Otolaryngology Society - Knoxville, TN 1992

Guest Lecturer - University of Texas at Dallas - Dallas, TX 1992

Guest Lecturer - XXIII Pan American Congress 1992

Guest Lecturer - American Neurotologic Society 1992

Guest Lecturer - Rochester Otolaryngology Society - Rochester, NY 1993

Guest Lecturer - Ohio Otolaryngology Society Annual Meeting - Cleveland, OH 1993

Guest Lecturer - Chicago Laryngological and Otological Society - Chicago, IL 1993

Guest Professor -Pennsylvania State University - Henry, PA 1993

Guest Lecturer - Northeast Ohio Otolaryngology Head and Neck Society - Cleveland, OH 1994

Guest Lecturer - University of Texas at San Antonio - San Antonio, TX 1994

Guest Lecturer - Tennessee Academy of Otolaryngology - Nashville, TN 1994

Guest Lecturer - University of Pittsburgh, Department of Otolaryngology - Pittsburgh, PA 1994

Guest Lecturer - Pittsburgh Society of Otolaryngology - Pittsburgh, PA 1994

Guest Lecturer - Tri-State Tennessee/Alabama/Georgia Otolaryngology Association 1994

Guest Lecturer - Research Study Club of Los Angeles - Pasadena, CA 1995

Guest Lecturer - Michigan Society of Otolaryngology - Detroit, MI 1995

Guest Lecturer - "Management of Cranial Nerve Dysfunction" - Duke University 1995

Guest Lecturer - Utah Society for Otolaryngology 1995

Guest Professor -Henry Ford Medical Center, Department of Otolaryngology - Detroit, MI 1995

Guest Lecturer - American College of Surgeons 1996

Guest Lecturer - University of Tennessee Department of Otolaryngology -Head and Neck Society - Knoxville, TN 1996

Guest Lecturer - Fourth International Conference on Head and Neck Cancer 1996

Guest Professor -Portsmouth Naval Medical Center - Portsmouth, VA 1996

Guest Lecturer - Kansas City Ophthalmology and Otolaryngology Society - Kansas City, KS 1997

Guest Lecturer - Sylvester Cancer Center - University of Miami - Miami, FL 1997

Guest Lecturer - Louisiana - Mississippi Ophthalmology and Otolaryngology Society - Biloxi, MS 1997

Guest Lecturer - North American Society for Skull Base Surgery - 1997

Guest Lecturer - Kentucky Society for Otolaryngology - Louisville, KY 1997

Guest Lecturer - Memorial Sloan Kettering Head and Neck Course - 1997

Guest Professor -Brown Memorial Lectureship - Columbus Otolaryngology Society - Columbus, OH 1997

Guest Professor -University of North Carolina/Chapel Hill, Department of Otolaryngology - Chapel Hill, NC 1998

Guest Professor -Stanford University, Department of Otolaryngology -Stanford, CA 1998

Guest Lecturer - Oregon Society of Otolaryngology - Portland, OR 1998

Guest Lecturer - University of Washington Laryngeal Update - Seattle, WA 1998

Guest Lecturer - Missouri/Arkansas Society for Otolaryngology - Branson, MO 1999

Guest Lecturer - Ed Cocke Head and Neck Symposium - Memphis, TN 1999

Guest Lecturer - The Sixth Interdisciplinary Voice Intervention Conference - Christian University -Voice Institute of West Texas - Abilene, TX 2003

Guest Lecturer - West Virginia Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery and West Virginia University Department of Otolaryngology - Morgantown, WV 2004

Guest Lecturer - Harvard Medical School Department of Continuing Education and Department of Otolaryngology- Massachusetts Eye and Ear Infirmary - Boston, MA 2004

Guest Lecturer - Cairo University, Egypt 2006

SPECIALTY BOARD

Diplomate, American Board of Otolaryngology, 1985

STATUS

Medical Licensure

Tennessee -1981; Arkansas -1981 (currently inactive); Iowa -1985

Hospital Appointments

Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee

Veterans Administration Medical Center, Nashville, Tennessee

Baptist Medical Center, Nashville, Tennessee

St. Thomas Hospital, Nashville, Tennessee

University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City, Iowa

PROFESSIONAL SOCIETIES

Iowa City Veterans Administration Hospital, Iowa City, Iowa

American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery (Fellow)

American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery

American Broncho-Esophagological Association

American College of Surgeons

American Laryngological Society (Fellow)

American Laryngological, Rhinological and Otological Society, Inc. (The Triological Society)

American Medical Association

American Society of Head and Neck Surgery

H. William Scott Society

Nashville Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery

North American Skull Base Society

Society of University Otolaryngologists

Tennessee Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery

PROFESSIONAL ACTIVITIES

Member of the Review Board of:

Journal of the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery

Annals of Otolaryngology, Rhinology, Laryngology Laryngoscope

Member, Department of Otolaryngology Executive Committee, Vanderbilt University Medical Center, 1987 - Present

Member, Resident Education Committee of the Department of Otolaryngology, Vanderbilt University Medical Center, 1987 - Present

President, Tennessee Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 1992-1995

Member, Board of Directors North American Skull Base Society, 1993-1996

Member, Vanderbilt University Medical Center Cancer Committee, 1993 - Present

Section Editor - Skull Base Surgery, Otolaryngology: The Journal Club Journal

Member, Patient Aggregation Committee, Vanderbilt University Medical Center, 1995

Member, Craniomaxillofacial Committee, American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, 1995-1998

Member, Product Line Consult, 1996 - Present

Member, Nominating Committee, American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 1996-1997

Member, Neurology Subcommittee, American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 1996-1999

Member, Council of the American Society for Head and Neck Surgery, 1996-1999

Member, Vanderbilt Chapter/Sigma Xi, Vanderbilt University, 1997

Member At Large, Vanderbilt University Medical Board, 2006

Member, Executive Editorial Board of the Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 1997-2002

Site Visit to Joint Council for Head and Neck Fellowship Training, Rosewell Park - Buffalo, New York, 1997

Member, Specialty Surgery Committee, American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, 1998

Site Visit to Joint Council for Head and Neck Fellowship Training, Wayne State University, Detroit, MI, 1998

Member and Co-Editor, Practice Guidelines Committee, American Head and Neck Society, 1998 - 2000

Program Representative, Advisory Council for Otorhinolaryngology, American College of Surgeons, 1999-2001

Advisory Council for Otorhinolaryngology, American College of Surgeons, 1999-2001

Senior Examiner, American Board of Otolaryngology, 1999-2000

Member, Neurolaryngology Committee, American Laryngological Association, 1999-2002

Member, Nominating Committee, American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 2000-2001

Consultant, Neurolaryngology Subcommittee, American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, October 1, 2002 - September 30, 2003.

Member, Endocrine Surgery Committee, American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 2002 - 2005.

Member, Membership & Credentials Committee, North American Skull Base Society, 2003-2004.

ACADEMIC APPOINTMENTS

Mark C. Smith, Professor, Department Of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Vanderbilt University Medical Center 2005 - Present

Associate Director, The Vanderbilt Bill Wilkerson Center for Otolaryngology and Communications Sciences, Vanderbilt University Medical Center 1998 - Present

Professor, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Vanderbilt University Medical Center 1998 - Present

Associate Professor, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Vanderbilt University Medical Center 1992 - 1998

Director of Head and Neck Surgical Oncology, Department of Otolaryngology, Vanderbilt University Medical Center 1987 - Present

Chief of Otolaryngology, Veterans Administration Hospital, Surgical Services, Nashville, TN 1987 - 1995

Assistant Professor, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Vanderbilt University Medical Center 1986 - 1992

Instructor/Fellow, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, University of Iowa, Iowa City, IA 1985 - 1986

RESEARCH ACTIVITIES

1. Principal Investigator - Zealer DL, Ph.D. (Advisor), Ossoff RH, D.M.D., M.D., (Advisor). Laryngeal pacing in the human. American Laryngological Association.
2. Co-Principal Investigator - Phase II Multi-Institutional Trial of Targeted Supradose Cisplatin Chemoradiation for Stage IV Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck (RADPLAT) with University of Tennessee - Memphis. NIH Grant No. 1 R01 CA 67789-01A1. Project Period: 7/1/1996 - 6/30/2000.
3. Co-Investigator - (PI - Billante, CR, Ph.D.), Spector, BC, M.D. and Moore, JR, S.L.P. Restoration of Voice in Patients With Laryngeal and Palatal Paralysis Secondary to Cancer or Its Treatment. NCI Cancer Center Support Grant No. 1P30 CA 68485. Project Period: 9/01/99 - 8/30/2000. Award: \$21,992.
4. Co-Investigator - Spector, B, M.D., Billante, C. Moore, J, Smith, T. Quality of Life Assessment in Patients with Unilateral Vocal Cord Paralysis Before and After Medialization Laryngoplasty With or Without Arytenoid Adduction.
5. Co-Investigator - Billante, CR, Ph.D. (Co-Investigator). Rehabilitation of the Paralyzed Larynx. NIH (NIDCD) Grant No. 1R01-DC01149. Project Period: 1990 - 1994. Award: \$410,193
6. Co-Investigator - Billante, CR, Ph.D. (Co-Investigator). Rehabilitation of the Paralyzed Larynx. NIH (NIDCD) Grant No. 2R01-DC01149. Project Period: 1995 - 2000. Award: \$1.36 million.
7. Co-Investigator - Courey, MS, M.D. (Co-Investigator). Outcomes of Botox Therapy for Patients with Adductor Spasmodic Dysphonia and Tremor. Pacific Voice Conference, San Francisco, California. October 17-20, 1996.
8. Co-Investigator - Billante, CR, Ph.D. (Co-Investigator), of contract with Medtronic, Inc. Clinical Investigation of Electrical Stimulation of the Larynx for Bilateral Vocal Cord Paralysis. Project Period: 1996-1998. Award: \$15,000.
9. Co-Investigator - (PI - Carbone). Dendritic Cell Studies in Head and neck Cancer: Function and Phenotype of Dendritic Cells.
10. Co-Investigator - (PI - Carbone). Vascular Endothelial Growth Factor on the Maturation of Endothelial Growth Cells in Head and Neck Cancer.
11. Principal Investigator. Long Term Effects and Safety of Silicone Laryngeal Implants in Canine Model. Internal Funding - Vanderbilt Voice Center. Project Period: 1995 - 1999. Award: \$21,000.
12. Principal Investigator. Development of Artificial Laryngeal/Pulmonary Airflow Pump for Cadaveric Laryngeal-function Testing. Internal Funding - Vanderbilt Voice Center. Project Period: 1999 - 2000. Budget: \$9,000.
13. Co-Investigator - (PI - Courey). Collagen Intracordal Injections. Postop Function in Relation to Depth of Injection. Internal Funding - Vanderbilt Voice Center. Project Period: 1999 - 2000.
14. Co-Investigator. Phase II Multi-center, Open Label, Randomized Study to Evaluate Effectiveness and Safety of

Two Treatment Regimens of Ad5CMU-p53 Administered by Intra-tumoral Injections in 78 patients with Recurrent Squamous Cell Cancer of the Head and Neck. Sponsor: Introgen Therapeutics. Protocol # Ad CMV-p53 T-201. Project Period: 05/01/1997 - 12/31/1998. Award: \$121,000.

15. Co-Investigator. Clinical Efficacy of Molecular Analysis of Surgical Margins in Regional Lymph Nodes in Management of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: ECOG p53 Mutation in Margins of Squamous Carcinoma Project (E4393).
16. Principal Investigator. The Effect of Treatment of Carotid Body Tumors on the Baroreflex System. Vanderbilt Clinical Research Center. NIH Grant No. RR00-00095.

ONGOING CLINICAL RESEARCH

1. Long Term Followup of Patients With First Bite Syndrome.
2. Long Term Followup of Patients With Observation Treatment Only for Residual Paraganglioma.
3. Baroreceptor Failure Secondary to Denervation of Carotid Sinus.
4. Anterior and Central Skull Base Tumors

5. Supracricoid Laryngectomy - Long Term Followup
6. Long Term Followup of Hereditary Paragangliomas of the Head and Neck
7. Rehabilitation After Cranial Nerve Loss Secondary to Skull Base Surgery
9. Reconstruction After Skull Base Surgery
10. Adenoid Cystic Cancer - Long Term Outcome
11. Perineural Spread of Cutaneous Cancer of the Head and Neck
12. Etiology of Vocal Cord Paralysis vs Long Term Outcome

PATENTS/INVENTIONS

1. Laryngeal - "Phonoform" Implants for Medialization of Paralyzed Vocal Cords.
2. Instrumentation - Medialization Laryngoplasty.
3. Adjustable Laryngeal Implants for Medialization of Paralyzed Vocal Cords.

More than 170 presentations, director of many instructional courses, with 75 publications, 22 publications submitted, author of chapters in more than 40 books, and co-author of more than 20 abstracts.

Prof. Rémy Pujol



Lugar y fecha de nacimiento: Florensac (Francia), marzo 12, 1939.

Resumen breve: Sería muy difícil extraer la vida profesional del Prof. Rémy Pujol en unos párrafos por ese motivo se comentan a continuación, de forma muy resumida, algunas de sus contribuciones más destacadas:

1. Ha dedicado más de 40 años de su vida al estudio de la audición y la fisiopatología de la sordera.
2. Creador de muchos de los conceptos y modelos experimentales (modelo de ototoxicidad, modelo de estudio de neurotoxicidad y hipoxia-isquemia auditiva, modelo de estudio para acúfenos, etc.) que se han utilizado durante décadas y se siguen utilizando en investigación auditiva por los investigadores de todo el mundo.
3. Ha participado de forma directa en estudios conducentes al desarrollo y, especialmente, a la aplicación clínica de técnicas diagnósticas (entre otros: los primeros equipos de registro de otoemisiones auditivas en 1983-1984, contribuciones al desarrollo de la técnica para registro de productos de distorsión, etc.) y terapéuticas (contribución al desarrollo de diversos fármacos para prevención y tratamiento de lesiones auditivas, desarrollo de la utilización de microbombas para perfusión intracoclear de fármacos, etc.)
4. Ha promovido el desarrollo de foros de investigación auditiva como los Workshop Europeos a Inner Ear Biology o los Symposia on Inner Ear Neuropharmacology.
5. Ha realizado diversas campañas para "educación a la Salud en Prevención de la Sordera" mediante diversos CDs en Francia y Portugal y mediante la creación de la página web oficial titulada Promenade around the Cochlea (<http://www.iurc.montp.inserm.fr/cric/audition/english/cochlea/fcochlea.htm>)

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESEMPEÑADAS:

- **Catedrático de Universidad** de Psicofisiología. Universidad d'Aix en Provence – Marsella (Francia) 1972-1981
- **Catedrático de Universidad** de Neurobiología de la Audición. Facultad de Ciencias. Universidad Montpellier (Francia) 1981-1993.
- **Catedrático de Universidad** de Neurociencias. Facultad de Medicina. Universidad Montpellier (Francia) 1993-2003.

- **Catedrático Emérito de Universidad** de Neurociencias. Facultad de Medicina. Universidad Montpellier (Francia) 2003-2006.

- **Director y creador de la Unité INSERM 254** Montpellier (Francia) "Laboratoire de Neurobiologie de l'Audition". Hôpital Clinique St. Charles (Montpellier). Vinculado al Departamento ORL de ese Hospital dirigido por el Prof. Guerrier y en la colaboración continuada con el Prof. A. Uziel.

- **Creador y Director** de la página web oficial para "avances en la audición y la sordera" titulada "Promenade around the Cochlea" (<http://www.iurc.montp.inserm.fr/cric/audition/english/cochlea/fcochlea.htm>)

PREMIOS POR INVESTIGACIÓN AUDITIVA (Resumen).

- 1.- Premio Phillips (Francia).
- 2.- Grand Prix on Biomedical Research Institut d'Electricité "Sensory abnormalities in children" (Francia)
- 3.- Gold Medal of the Prosper Meniere Society (USA)

SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES A LAS QUE PERTENECE.

- Collegium OtoRhinoLaryngologycum Amicitiae Sacrum
- Association for Research y Oto-Rhino-laryngology (USA)
- Inner Ear Biology (Europea)
- Otras muchas

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- Investigador Principal/Responsable de numerosas ayudas. Destacamos su colaboración con grupos españoles en Acciones y Convenios Franco-Españoles durante más de 10 años.

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

- Ha presentado más de 350 Comunicaciones Orales y Paneles en Congresos Internacionales.
- Ha realizado más de 250 trabajos de investigación básica y clínica y ha realizado más de 60 revisiones. Cuanta con numerosos capítulos en libros de Fisiología y de ORL.

Premios concedidos en la convocatoria 2007 de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

PREMIO ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA ESPAÑOLA - ELSEVIER

Se ha decidido repartir el premio entre los dos trabajos siguientes:

- "Resultados de la aplicación de mitomicina en la dacriocistorrinostomía endonasal y endocanalicular con láser diodo. 57(8):355" de los Dres. M.A. Alañón Fernández, F.J. Alañón Fernández, A. Martínez Fernández, M. Cardenas Lara.

- "Presbiacusia: Degeneración neuronal y envejecimiento en el receptor auditivo del ratón C57/BL6J. 57(9):383" de los Dres. E. Castillo, F. Carricondo, M.V. Bartolomé, A. Vicente-Torres, J. Poch Broto, P. Gil-Loyzaga.

PREMIO SEORL-PCF

A la mejor tesis doctoral en Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial leída en el año 2006.

Se decide otorgar este premio a la tesis doctoral "Implicaciones pronósticas de la expresión de HIF-1 α en carcinomas epidermoides de cabeza y cuello". Dr. Rubén Cabanillas Farpón

PREMIO FUNDACIÓN DE OTOLOGÍA DR. GARCÍA-IBÁÑEZ

Al mejor trabajo libre de la especialidad sobre el tema "OTOLOGÍA – OTONEUROLOGÍA"

Al no recibirse ningún trabajo, se proclama desierto.

PREMIO AL MEJOR TRABAJO CLÍNICO PUBLICADO EN UNA REVISTA INTERNACIONAL

Se decide otorgar este premio al trabajo "Barcelona Smell Test – 24 (BAST-24): validation and smell characteristics in the healthy Spanish population" de los Drs. Alda Cardesin, Isam Alobid, Pedro Benítez, Erika Sierra, Joseph de Haro, Manuel Bernal Sprekelsen, César Picado, Joaquín Mullol

PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA O APLICADA PUBLICADO EN UNA REVISTA INTERNACIONAL

Se decide otorgar el premio al trabajo "Intratumoral Lymphatic Vessels and VEGF-C Expression Predictive Factors of Lymph Node Relapse in T1-T4 N0 Laryngopharyngeal Squamous Cell Carcinoma" de los Dres. Adolfo Hinojar Gutiérrez, M^a E. Fernández-Contreras, Rocío González González, M^a Jesús Fernández Luque, Adolfo Hinojar Arzadun, Miguel Quintanilla y Carlos Gamillo

PREMIO FORUM DE INVESTIGACIÓN 2007

Se decidirá una vez presentadas y leídas las comunicaciones científicas para el Forum de Investigación en la sesión destinada a tal fin y se hará entrega del premio durante la Ceremonia Inaugural.

Estos premios se entregarán durante la Ceremonia Inaugural del 58 Congreso Nacional que se celebrará en Madrid, el lunes 12 de noviembre de 2007 a las 11:00 horas en el Auditorio del Palacio de Congresos de Madrid, Paseo de la Castellana n^o 99.



A member of the Bien-Air Group

DUO-S80 la potencia con precisión suiza

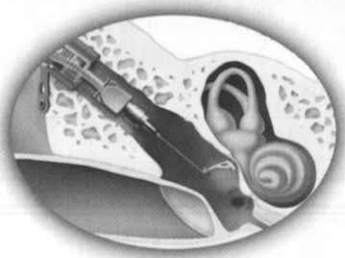
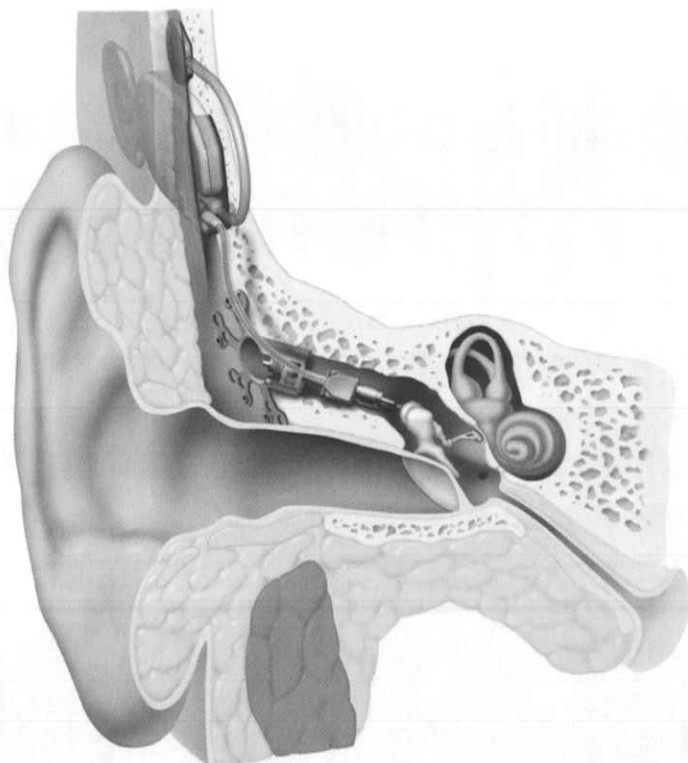
El sistema DUO-S80 es una solución 2 en 1, que combina un microdesbridador con una fresa de alta velocidad a 80.000 r.p.m. La excelente ergonomía de la pieza de mano Maestro, los ajustes personalizados y una tecnología de última generación son las características más importantes que se han desarrollado para facilitar el trabajo y aportar una mayor precisión.

Además el sistema se complementa con una completa gama de cánulas de un solo uso o reutilizables, que permiten satisfacer todas sus necesidades.

¿Por qué hacerlo complicado si puede disponer de la solución DUO-S80?

DISPOSITIVO TOTALMENTE IMPLANTABLE

TM
Carina
by  **OTOlogics**



**SOLUCION PARA LAS HIPOACUSIAS
NEUROSENSORIALES,
CONDUCTIVAS Y/O MIXTAS**



OTOlogicsTM

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

SALAS DE INTERÉS

Secretaría General del Congreso
Entrega de Audiovisuales
Recogida de documentación
Inscripciones In Situ
Tickets Cena de Confraternidad

Salas de conferencias:

Auditorio
UNESCO
Sala Goya
Sala 2
Sala 7
Sala 8
Sala 10
Sala Anticis (Enfermería)
Sala 11
Sala 9 (exposición vídeos y pósteres)
Hall Anticis (exposición pósteres enfermería)

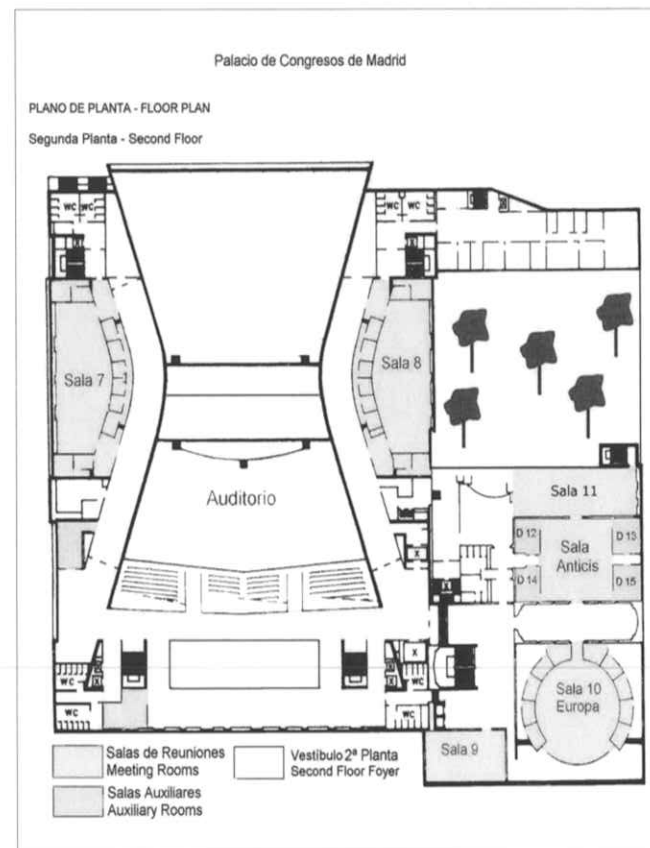
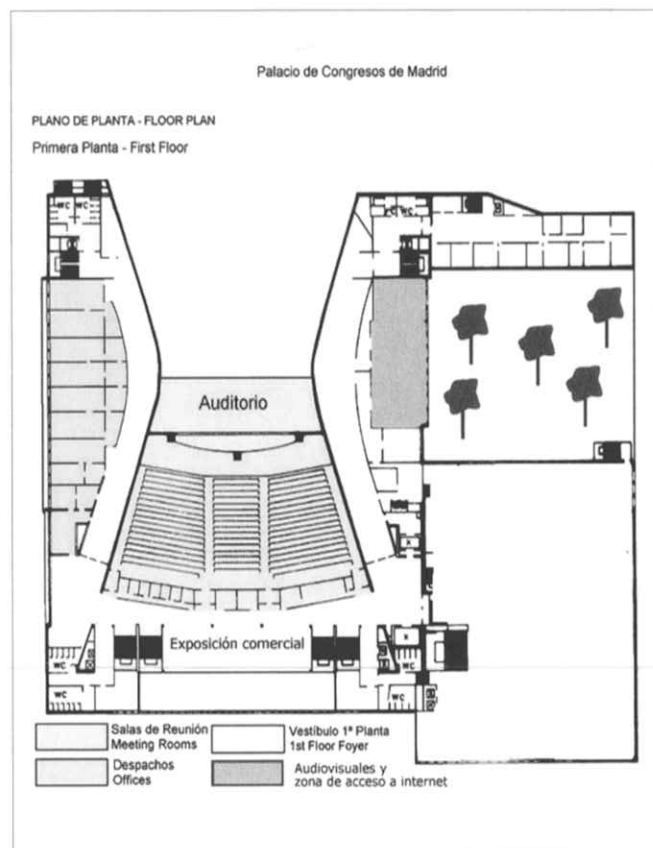
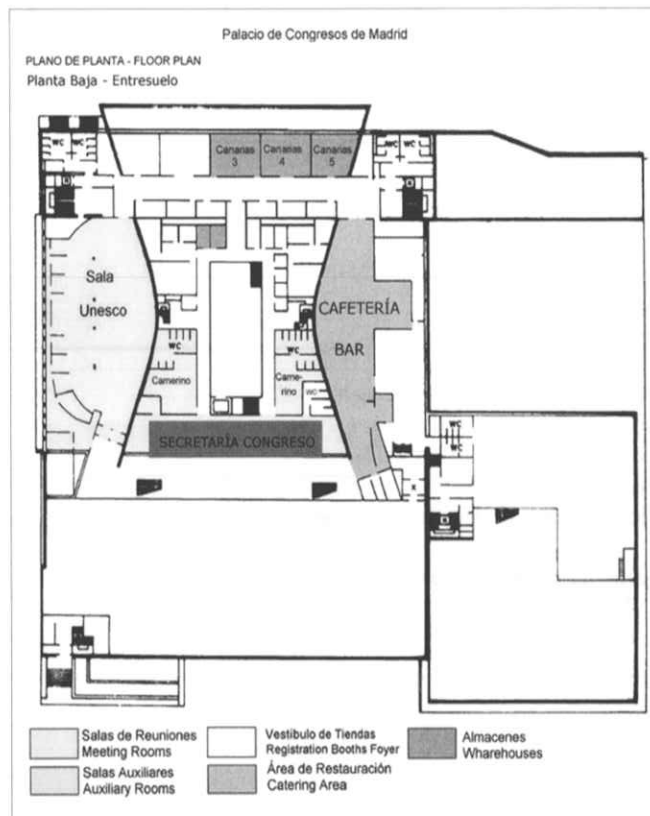
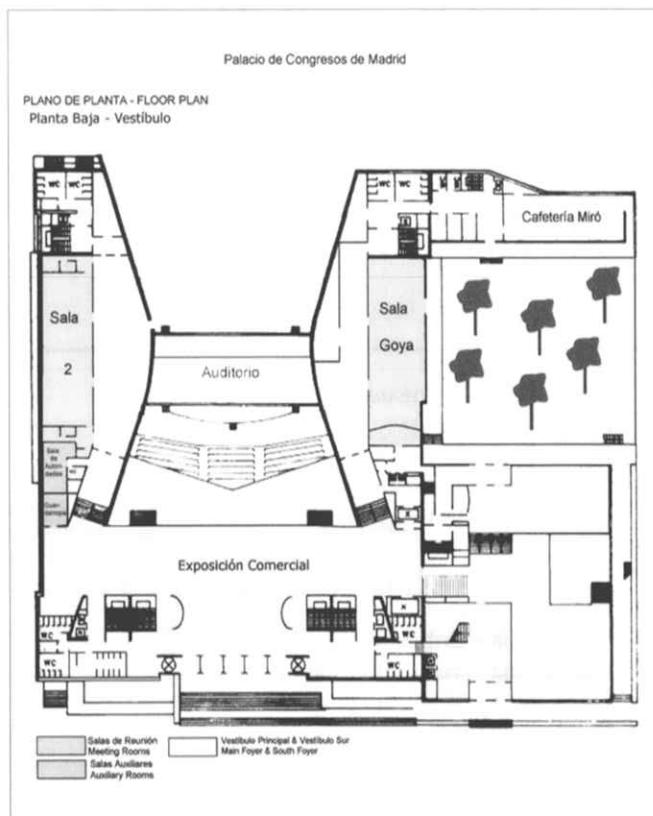
Exposición Comercial
Cafés de trabajo
Comidas de trabajo
Área de descanso y acceso a Internet

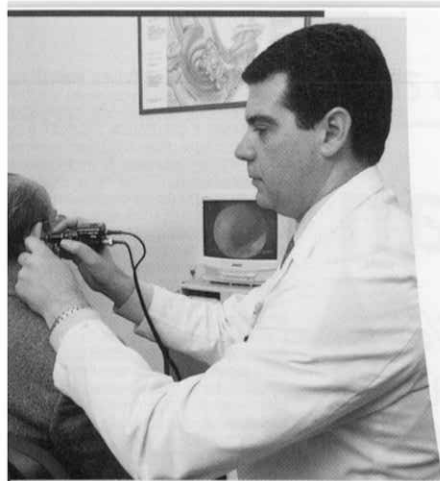
Planta Baja – Entresuelo
Planta 1 (dcha.)
Planta Baja – Entresuelo
Planta Baja – Entresuelo
Planta Baja – Entresuelo

Planta 1
Planta Baja – Entresuelo
Planta Baja – Vestíbulo (dcha.)
Planta Baja – Vestíbulo (izqda.)
Planta 2 (izqda.)
Planta 2 (dcha.)
Planta 2
Planta 2
Planta 2
Planta 2
Planta 2

Planta Baja y Planta 1
Planta Baja y Planta 1
Planta Baja – Entresuelo (cafetería)
Planta 1 (dcha.)

PLANO DEL PALACIO DE CONGRESOS





Abrimos un NUEVO CENTRO en Majadahonda



Clinisord pone a su alcance todas las soluciones para tratar de forma adecuada los problemas auditivos.

Todo con la más alta tecnología y ofreciendo una garantía al 100%.



LOGOPEDIA

REEDUCACIÓN AUDITIVA

AUDÍFONOS ANALÓGICOS Y DIGITALES

COMPLEMENTOS AUDITIVOS

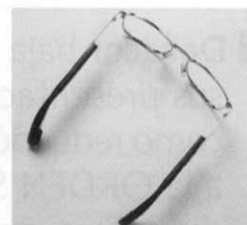
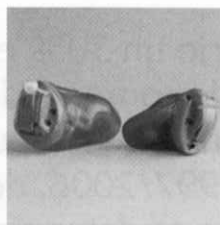
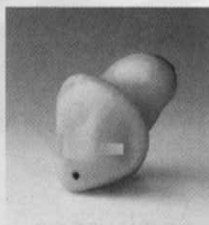
REPARACIONES DE TODAS LAS MARCAS

PILAS

1ª CONSULTA GRATUITA

PRESUPUESTOS SIN COMPROMISO

MUTUAS MÉDICAS COLABORADORAS



Madrid

Avda. Felipe II, 6
28009 Madrid
TEL.: 91 426 35 35

Pº de las Acacias, 4 - Local
28005 Madrid
TEL.: 91 506 18 79

C/ Dtor. Calero, 38
28220 Madrid
Majadahonda
TEL.: 91 639 71 55

Barcelona

Vía Augusta, 166 1º 2º
08006 Barcelona
TEL.: 93 240 53 18

C/ Mallorca, 171, Entlo 2º
08036 Barcelona
TEL.: 93 452 09 28

Los precios se disparan

■ Llenar el carro de la compra es hoy un 88'5% más caro que cuando se pagaba en pesetas



Imagen del momento justo del espectacular despegue de precios.

¿Cuántas veces le hemos echado la culpa al pollo del desequilibrio en la cuenta de la alimentación? Hoy podemos indultarle o al menos no hacerle cargar con toda la culpa. Todo ha subido entre un 2 y un 4% levantando entre los ciudadanos una mezcla de estupor, sorpresa e indignación. Sea como fuere, finalmente pagamos resignados lo que tengan a bien demandarnos. Un ejemplo es el precio del café con churros del desayuno, cuyo precio ha pasado a ser de casi el triple y con el agravante de que, en lugar de 4 churros, ahora la ración se ha visto reducida a tres.

Cuando todo sube, algo baja

DEZACOR®

Deflazacort

reduce su precio



hasta un

30%

■ Dezacor baja su precio un 30% en sus presentaciones de comprimidos, como reducción voluntaria en respuesta a la ORDEN SCO/3997/2006, de 28 de diciembre, por la que se determinan los conjuntos homogéneos de medicamentos y sus precios de referencia.

DEZACOR® (Deflazacort (D.O.E.)). NOMBRE DEL MEDICAMENTO: DEZACOR® 6 mg Comprimidos, DEZACOR® 30 mg Comprimidos, DEZACOR® Gotas. **COMPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA:** DEZACOR® 6 mg Comprimidos: 6 mg de deflazacort (D.O.E.) por comprimido. DEZACOR® 30 mg Comprimidos: 30 mg de deflazacort (D.O.E.) por comprimido. DEZACOR® Gotas: 22,75 mg/ml de deflazacort (D.O.E.). Una gota de suspensión contiene 1 mg de deflazacort (D.O.E.). **Indicaciones terapéuticas:** **Enfermedades reumáticas y del colágeno:** Agudizaciones y/o terapia de mantenimiento de la artritis reumatoide y de la artritis psoriásica cuando se han mostrado ineficaces los tratamientos conservadores; polimialgia reumática; fiebre reumática aguda; lupus eritematoso sistémico; dermatomiositis grave; periartitis nudosa; arteritis craneal y granulomatosis de Wegener. **Enfermedades dermatológicas:** pénfigo penfigoide buloso, dermatitis exfoliativa generalizada, eritema severo multiforme, eritema nodoso y psoriasis grave. **Enfermedades alérgicas:** Asma bronquial refractaria a la terapia convencional. **Enfermedades pulmonares:** sarcoidosis con afectación pulmonar, alveolitis alérgica extrínseca (neumoconiosis por polvo orgánico), neumonía intersticial descamativa (fibrosis pulmonar idiopática). **Patología ocular:** coroiditis, coriorretinitis, iritis e idioctitis. **Enfermedades hematológicas:** trombocitopenia idiopática, anemias hemolíticas y tratamiento paliativo de leucemias y linfomas. **Patología gastrointestinal y hepática:** colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y hepatitis crónica activa. **Enfermedades renales:** síndrome nefrótico. **Posología y forma de administración:** Dosis inicial en adultos: 6-90 mg/día. Dosis inicial en niños: 0,25-1,5 mg/Kg. Mantener la dosis inicial o modificarla a fin de obtener una respuesta clínica satisfactoria. Dosis de mantenimiento: siempre la mínima capaz de controlar la sintomatología. La reducción de la posología debe ser siempre gradual. DEZACOR® Gotas puede ser administrado en lactantes (1 gota contiene 1 mg de deflazacort). No ha sido establecida la eficacia en menores de 2 meses. **Contraindicaciones:** En tratamientos cuya duración supere la de un tratamiento de sustitución o de emergencia de corto plazo: Úlcera péptica, infecciones bacterianas y víricas como tuberculosis activa, herpes simplex ocular, herpes zoster (fase vírica), varicela, así como en las infecciones micóticas sistémicas y en el periodo pre y post-vacunal, hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** 6 mg de DEZACOR® posee una equivalencia terapéutica aproximada a 5 mg de prednisona. El requerimiento corticosteroideo es variable, la posología debe ser individualizada, teniendo en cuenta la patología y la respuesta terapéutica del paciente. Extremar precauciones en: Cardiopatías o insuficiencia cardíaca congestiva (excepto si existe cardiopatía reumática activa), hipertensión, enfermedades tromboembólicas, infecciones, gastritis o esofagitis, diverticulitis, colitis ulcerosa con riesgo de perforación o de infección piógena, anastomosis intestinal reciente, diabetes mellitus, inestabilidad emocional o tendencia psicótica, epilepsia, glaucoma, hipotiroidismo y cirrosis. Las situaciones estresantes pueden requerir un aumento de la dosis. Controlar el balance electrolítico en los tratamientos prolongados o a dosis elevadas. Tras la suspensión del tratamiento, puede persistir durante meses una insuficiencia suprarrenal secundaria relativa, evitar la retirada brusca de DEZACOR® en tratamientos prolongados. Sustituir un adecuado tratamiento hormonal en situaciones de estrés, también puede ser necesario administrar sales y/o mineralocorticoides. El uso prolongado de glucocorticoides en los niños puede detener su crecimiento y desarrollo. DEZACOR® Comprimidos contiene lactosa. El deflazacort puede establecer un resultado analítico positivo en el control de dopaje. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Antiinflamatorios no esteroideos, salicilatos, diuréticos, depletores de potasio, digitálicos, antidiabéticos, rifampicina, barbitúricos, fenitoina, anticolinérgicos, relajantes musculares, anticoagulantes, estrógenos o anticonceptivos orales, yodo, D31, tiroxina (T4). Disminuye la respuesta inmunológica a vacunas y toxoides, y potencia la replicación de los gérmenes de las vacunas vivas atenuadas. **Embarazo y lactancia:** No existe evidencia suficiente acerca de la seguridad en mujeres embarazadas. La administración de corticosteroides en animales preñados puede causar anomalías en el desarrollo fetal. Antes de iniciar el tratamiento en embarazadas evaluar la relación beneficio-riesgo. No se aconseja su utilización durante la lactancia materna. **Efectos sobre la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No existen datos disponibles. **Reacciones adversas:** Insuficiencia adrenal relativa. Mayor susceptibilidad a las infecciones, dispepsia, úlcera péptica, perforación de úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, pancreatitis aguda (especialmente en niños), retención de sodio e hipertensión, edema e insuficiencia cardíaca, hipertensión intracraneal, depósitos de potasio, miopatía, necrosis ósea aséptica, complicaciones tromboembólicas, osteoporosis, adelgazamiento de la piel, estrías, acné, cefaleas, vértigos, euforia, insomnio, hipomanía, depresión, pseudotumor cerebral en niños, aumento de peso con distribución cushingoides y cara de luna llena, amenorrea, diabetes mellitus, supresión del eje hipotálamo-hipofisis-adrenal, disminución del crecimiento en niños, cataratas subcapsulares posteriores, principalmente en niños, y aumento de la presión intraocular. **Sobredosisificación:** No se han descrito casos de intoxicación con DEZACOR® de cualquier forma, se aconsejan medidas sintomáticas. La administración por vía oral de dosis elevadas de corticosteroides durante un periodo prolongado de tiempo puede conducir a la supresión del eje hipotálamo-hipofisis-adrenal. **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Instrucciones de uso/manipulación:** En la presentación en suspensión, deberá agitarse el frasco antes de su empleo. La suspensión a administrar puede diluirse inmediatamente antes de la toma en agua azucarada o en bebidas no carbonícas. Tratamiento de larga duración. Aportación normal Con receta médica. **Presentaciones:** DEZACOR® 6 mg, 20 comprimidos: 6,20 € (IVA). Envasado clínico, 500 comprimidos: 175,51 € (IVA). DEZACOR® 30 mg, 10 comprimidos: 13,83 € (IVA). Envasado clínico, 500 comprimidos: 788,30 € (IVA). DEZACOR® gotas, 13 ml: 13,60 € (IVA). **Titular de la autorización:** LABORATORIOS FAES FARMA 48940 Leica. CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA ANTES DE PRESCRIBIR ESTE MEDICAMENTO. Texto revisado: 27 de marzo de 2003.

■ CUADROS SINÓPTICOS

58 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL VI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Viernes, 9 de noviembre de 2007 - Recogida de documentación

Viernes, 9 de noviembre de 2007 - Congreso de Residentes Patrocinado por M4 Farma

Sábado, 10 de noviembre															
COMISIÓN DE RINOLOGÍA			COMISIÓN DE ORL PEDIÁTRICA			COMISIÓN DE AUDIOLOGÍA			COMISIÓN DE OTONEUROLOGÍA			COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN			SALA 9
Sala	AUDITORIO		Sala	UNESCO		Sala	SALA 2		Sala	SALA 7		Sala	SALA 8		SESIÓN DE PÓSTERES DE LAS COMISIONES
Horario			Horario			Horario			Horario			Horario			
08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESION 3		08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESION 4		08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESION 5		08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESION 6		08:30 - 10:30	COMUNICACIONES ORALES - SESION 7 (FORUM)		
09:30 - 11:00	MESA REDONDA 13		09:30 - 11:30	TALLER DE TRABAJO 16		09:30 - 11:00	MESA REDONDA 10		09:30 - 11:00	MESA REDONDA 11		10:30			
11:00 - 11:30	CONFERENCIA 23					11:00 - 11:30	CONFERENCIA 12		11:00 - 11:30	CONFERENCIA 13					
11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ		11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ		11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ		11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ					
12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 13		12:00 - 13:30	MESA REDONDA 16		12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 10		12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 11					
14:00 - 16:00	COMIDA		14:00 - 16:00	COMIDA		14:00 - 16:00	COMIDA		14:00 - 16:00	COMIDA					
16:00 - 18:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 24		16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 7		16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 44		16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 22					
18:00 - 18:30	CONFERENCIA 28		17:10 - 18:10	CURSO DE INSTRUCCION 29		17:10 - 18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 41		17:10 - 18:10	CURSO DE INSTRUCCION 1					
18:30 - 19:00	CONFERENCIA 33		18:10 - 18:40	CONFERENCIA 31		18:10 - 18:40	CONFERENCIA 16		18:10 - 18:40	CONFERENCIA 17					
			18:40 - 19:10	CONFERENCIA 36		18:40 - 19:10	CONFERENCIA 20		18:40 - 19:10	CONFERENCIA 21		19:00	Ver programa por días y salas		

14:00 - 16:00	SALA 10	SIMPOSIUM SCHERING PLOUGH
14:00 - 16:00	ANTICICIS	SIMPOSIUM OTOLOGICS
14:00 - 16:00	GOYA	COMIDA DE TRABAJO WIDEX
	SALA 11	

Domingo, 11 de noviembre																
COMISIÓN DE CABEZA Y CUELLO			COMISIÓN DE OTOLÓGIA			COMISIÓN DE FINIATRÍA			COMISIÓN DE SUEÑO Y RONQUIDO			COMISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL			SALA 9	
Sala		AUDITORIO	Sala		UNESCO	Sala		SALA 2	Sala		SALA 7	Sala		SALA 8	SESIÓN DE PÓSTERES DE LAS COMISIONES	
Horario			Horario			Horario			Horario			Horario				
08:30 - 09:30		COMUNICACIONES ORALES - SESION 8	08:30 - 09:30		COMUNICACIONES ORALES - SESION 9	08:30 - 09:30		COMUNICACIONES ORALES - SESION 10	08:30 - 09:30		COMUNICACIONES ORALES - SESION 11	08:30 - 09:30		COMUNICACIONES ORALES - SESION 12		
09:30 - 11:00		MESA REDONDA 8	09:30 - 11:00		MESA REDONDA 12	09:30 - 11:00		MESA REDONDA 14	09:30 - 11:00		MESA REDONDA 15	09:30 - 11:00		MESA REDONDA 9		
11:00 - 11:30		CONFERENCIA 10	11:00 - 11:30		CONFERENCIA 22	11:00 - 11:30		CONFERENCIA 24	11:00 - 11:30		CONFERENCIA 25	11:00 - 11:30		CONFERENCIA 11		
11:30 - 12:00		PAUSA CAFÉ	11:30 - 12:00		PAUSA CAFÉ	11:30 - 12:00		PAUSA CAFÉ	11:30 - 12:00		PAUSA CAFÉ	11:30 - 12:00		PAUSA CAFÉ		
12:00 - 14:00		TALLER DE TRABAJO 8	12:00 - 14:00		TALLER DE TRABAJO 12	12:00 - 14:00		TALLER DE TRABAJO 14	12:00 - 14:00		TALLER DE TRABAJO 15	12:00 - 14:00		TALLER DE TRABAJO 9		
14:00 - 16:00		COMIDA	14:00 - 16:00		COMIDA	14:00 - 16:00		COMIDA	14:00 - 16:00		COMIDA	14:00 - 16:00		COMIDA		
16:00 - 17:00		CURSO DE INSTRUCCIÓN 32	16:00 - 17:00		CURSO DE INSTRUCCIÓN 53	16:00 - 17:00		CURSO DE INSTRUCCIÓN 28	16:00 - 17:00		CURSO DE INSTRUCCIÓN 33	16:00 - 17:00		CURSO DE INSTRUCCIÓN 13		
17:10 - 18:40		CURSO DE INSTRUCCIÓN 49	17:10 - 18:10		CURSO DE INSTRUCCIÓN 10	17:10 - 18:10		CURSO DE INSTRUCCIÓN 51	17:10 - 18:10		CURSO DE INSTRUCCIÓN 12	17:10 - 18:10		CURSO DE INSTRUCCIÓN 38		
18:10 - 19:40		CONFERENCIA 14	18:10 - 18:40		CONFERENCIA 27	18:10 - 18:40		CONFERENCIA 29	18:10 - 18:40		CONFERENCIA 30	18:10 - 18:40		CONFERENCIA 15		
18:40 - 19:10		CONFERENCIA 18	18:40 - 19:10		CONFERENCIA 32	18:40 - 19:10		CONFERENCIA 34	18:40 - 19:10		CONFERENCIA 35	18:40 - 19:10		CONFERENCIA 19		
13:30 - 16:00		SALA 11	JUNTA DIRECTIVA													
14:00 - 16:00		SALA 10	SIMPOSIUM ZAMBON													
14:00 - 16:00		SALA 2	COMIDA DE TRABAJO GAES													
		SALA 10														

Domingo, 11 de noviembre															
13:30 - 16:00		SALA 11	JUNTA DIRECTIVA												
14:00 - 16:00		SALA 10	SIMPOSIUM ZAMBON												
14:00 - 16:00		SALA 2	COMIDA DE TRABAJO GAES												
		SALA 10													

Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58(Espec Congr):13-6 15

Martes, 13 de noviembre										
SALA		AUDITORIO	UNESCO	SALA 2	SALA 7	SALA 8	SALA GOYA	SALA 10	ANTICICIS	SALA 9
HORARIO										10:00 - 18:00
08:30 - 09:30		COMUNICACIONES ORALES - SECCIÓN 15	COMUNICACIONES ORALES - SECCIÓN 16	COMUNICACIONES ORALES - SECCIÓN 17	COMUNICACIONES ORALES - SECCIÓN 18	COMUNICACIONES ORALES - SECCIÓN 19	COMUNICACIONES ORALES - SECCIÓN 20	COMUNICACIONES ORALES - SECCIÓN 21	VI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	SESIÓN DE PÓSTERES Y VÍDEOS
09:30 - 11:00		MESA REDONDA 1	MESA REDONDA 2	MESA REDONDA 7	MESA REDONDA 4	MESA REDONDA 5	MESA REDONDA 6	MESA REDONDA 3		
11:00 - 11:30		CONFERENCIA 3	CONFERENCIA 4	CONFERENCIA 5	CONFERENCIA 6	CONFERENCIA 7	CONFERENCIA 8	CONFERENCIA 9		
11:30 - 12:00		PAUSA CAFÉ								
12:00 - 14:00		TALLER DE TRABAJO 1	TALLER DE TRABAJO 2	TALLER DE TRABAJO 3	TALLER DE TRABAJO 4	TALLER DE TRABAJO 5	TALLER DE TRABAJO 6	TALLER DE TRABAJO 7	VI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	
14:00 - 16:00		COMIDA								
16:00 - 17:00		CURSO DE INSTRUCCIÓN 3	CURSO DE INSTRUCCIÓN 62	CURSO DE INSTRUCCIÓN 20	CURSO DE INSTRUCCIÓN 18	CURSO DE INSTRUCCIÓN 34	CURSO DE INSTRUCCIÓN 45	CURSO DE INSTRUCCIÓN 46	VI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	
17:10 - 18:10		CURSO DE INSTRUCCIÓN 4	CURSO DE INSTRUCCIÓN 19	CURSO DE INSTRUCCIÓN 14	CURSO DE INSTRUCCIÓN 17	CURSO DE INSTRUCCIÓN 31	CURSO DE INSTRUCCIÓN 35	CURSO DE INSTRUCCIÓN 50		
18:20 - 19:20		CURSO DE INSTRUCCIÓN 2	CURSO DE INSTRUCCIÓN 55	CURSO DE INSTRUCCIÓN 5		CURSO DE INSTRUCCIÓN 56	CURSO DE INSTRUCCIÓN 27	CURSO DE INSTRUCCIÓN 37		
14:00 - 16:00		SIMPOSIUM GAES								
		SALA 11								

■ PROGRAMA

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

Viernes, 9 de noviembre

UNESCO

COMISIÓN DE RESIDENTES

Patrocinado por M4 Pharma

8.30-11.30

Comunicaciones orales - Sesión 1

Presidente Manuel Tomás Barberán

Secretario Elena Mora Rivas

08:30 - 08:38	53
08:38 - 08:46	485
08:46 - 08:54	448
08:54 - 09:02	275
09:02 - 09:10	168
09:10 - 09:18	374
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN
09:30 - 09:38	372
09:38 - 09:46	406
09:46 - 09:54	377
09:54 - 10:02	385
10:02 - 10:10	387
10:10 - 10:18	467
10:18 - 10:30	DISCUSIÓN
10:30 - 10:38	472
10:38 - 10:46	133
10:46 - 10:54	222
10:54 - 11:02	315
11:02 - 11:10	132
11:10 - 11:18	61
11:18 - 11:30	DISCUSIÓN

11.30-12.00

Pausa Café

12.00-13.30

Curso de Instrucción

63 Anatomía radiológica del oído
Juan Martínez San Millán

13.30-14.00

Visita pósteres

14.00-15.00

Comida

15.00-16.30

Comunicaciones orales - Sesión 2

Presidente Jesús Iniesta Turpín

Secretario Ignacio Alonso Castañeira

15:00 - 15:08	224
15:08 - 15:16	376
15:16 - 15:24	458
15:24 - 15:32	69
15:32 - 15:40	DISCUSIÓN
15:40 - 15:48	245
15:48 - 15:56	466
15:56 - 16:04	473
16:04 - 16:12	375
16:12 - 16:20	460
16:20 - 16:30	DISCUSIÓN

16.30-17.30

Discusión pósteres seleccionados

17.30-19.00

Curso de Instrucción

64 Cirugía endoscópica cervical

Mario Fernández Fernández

19.00 - 19:30

Asamblea de Residentes

PÓSTERES Y VÍDEOS

Pósteres (para ver el título y los autores, ver pág. 75).

Presidente Mario Fernández Fernández

Secretario Alejandro Lowy Benoliel

15	95	228	384
16	119	233	388
20	123	235	390
29	146	244	397
30	155	253	405
31	156	255	425
35	163	280	428
37	164	282	430
42	185	283	445
51	189	286	446
55	190	288	462
65	195	303	469
75	208	322	482
91	215	344	484
94	218	356	486

Videos (para ver el título y los autores, ver pág. 140. Se pueden ver los vídeos durante todo el congreso).

98	276	411
150	324	417
159	329	435
166	355	440
247	366	450
265	368	468

Sábado, 10 de noviembre

AUDITORIO COMISIÓN DE RINOLOGÍA Y ALERGIA

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 3***Presidente* Ramona Soler Vilarrasa*Secretario* Alfonso del Cuviello Bernal

08:30 - 08:38	59
08:38 - 08:46	102
08:46 - 08:54	104
08:54 - 09:02	114
09:02 - 09:10	179
09:10 - 09:18	268
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 **Mesa Redonda**13 Cirugía endoscópica avanzada -
Advanced endoscopic surgery*Presidente* José María Fabra Llopis*Secretario* Juan Ramón Gras Cabrerizo*Moderador* Humbert Massegur Solench*Panelistas* Ralph Metson

Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar

Carl Snyderman

Juan Ramón Gras Albert

11.00 - 11.30 **Conferencia**23 Obliteración endoscópica del seno
frontal. Nueva técnica para el
tratamiento de la sinusitis crónica frontal

Endoscopic obliteration of frontal sinus.

New technique for the treatment of
frontal chronic sinusitis

Ralph Metson

11.30 - 12.00 **Pausa Café**12.00 - 14.00 **Taller de trabajo**

13 Casos difíciles en rinoplastias

Moderador Joan Ramón Montserrat i Gili*Panelistas* Marcos Mocellín

José Víctor Maniglia

Juan Trinidad Pinedo

Adolfo Sarandeses García

Miguel Armengot Carceller

14.00 - 16.00 **Comida**16.00 - 18.00 **Curso de instrucción**24 Curso básico de cirugía endoscópica
nasosinusal.

Humbert Massegur Solench

18.00 - 18.30 **Conferencia**

28 Tumores Nasosinuales

Rogelio Chavolla

18.30 - 19.00 **Conferencia**

33 Actualidad en rinoplastia

Juan Trinidad Pinedo

UNESCO COMISIÓN DE ORL PEDIÁTRICA

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 4***Presidente* Juan Luis Miró Viar*Secretario* Marc Pellicer i Sa Rasa

08:30 - 08:38	82
08:38 - 08:46	121
08:46 - 08:54	200
08:54 - 09:02	262
09:02 - 09:10	403
09:10 - 09:18	443
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.30 **Taller de trabajo**

16 Masas cervicales en niños

Moderador Blas Pérez Piñero*Panelistas* Andrés Clarós

Luis Jiménez Ferreres

Félix Fumarola Segura

Miguel Ángel Villafruela Sanz

11.30 - 12.00

Pausa Café

12.00 - 13.30

Mesa Redonda16 Actualización en el tratamiento de la
otitis media serosa -Update in the
treatment for secretory otitis media*Presidente* Teodoro Sacristán Alonso*Moderador* Javier Cervera Escario*Panelistas* Jean Michel Triglia

Marc Pellicer i Sa Rasa

Margarita Bartolomé Benito

Isabel de Miguel Martínez

13.30 - 14.00

Conferencia26 Colesteatoma en niños - Cholesteatoma
in children

Jean Michel Triglia

14.00 - 16.00

Comida

16.00 - 17.00

Curso de instrucción

7 Técnicas de amigdalectomía:

¿qué aportan las nuevas

Josep F. Casamitjana Claramunt

17.10 - 18.10

Curso de instrucción29 Resonancia magnética en ORL:
enfoque práctico.

Miguel Ángel López Pino

18.10 - 18.40

Conferencia31 Radiología de nariz y senos pediátricos:
anatomía y patología - Imaging the
pediatric nose and sinuses: anatomy
and pathology.

James Zinreich

18.40 - 19.10

Conferencia36 Tratamiento de la rinitis en edades
pediátricas

Ramona Soler Vilarrasa

SALA 2 COMISIÓN DE AUDIOLOGÍA

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 5**
Presidente Manuel Manrique Rodríguez
Secretario Amparo Postigo Madueño

08:30 - 08:38	2
08:38 - 08:46	169
08:46 - 08:54	193
08:54 - 09:02	234
09:02 - 09:10	416
09:10 - 09:18	487
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 **Mesa Redonda**
 10 Hipoacusia neurosensorial inducida por ruido
Presidente Manuel Dicenta Sousa
Secretario Antonio Morant Ventura
Moderador Amparo Postigo Madueño
Panelistas Rafael Pérez Aguilera
 Germán Trinidad Ramos
 Salvador Santiago
 Enrique Salesa Batlle

11.00 - 11.30 **Conferencia**
 12 Criterios del procesamiento eléctrico de la voz: actualización del ensayo multicéntrico del implante coclear híbrido Iowa/Nucleus - Expanding criteria for electrical speech processing: update on the Iowa/Nucleus Hybrid Cochlear implant multicenter trial
 Bruce Gantz

11.30 - 12.00 **Pausa Café**

12.00 - 14.00 **Taller de trabajo**
 10 Estudio de las hipoacusias fluctuantes a través de casos clínicos
Moderador Manuel Manrique Rodríguez
Panelistas Antonio Morant Ventura
 Justo Gómez Martínez
 Rafael Ramírez Camacho
 Teresa Rivera Rodríguez
 M.^a Cruz Tapia Toca

14.00 - 16.00 **Comida**

16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
 44 Protocolo diagnóstico audiológico de 0-3 años

Pablo L. Parente Arias
 17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
 41 Acúfenos 2007: puntos clave en el tratamiento.
 Carlos Herraiz Puchol

18.10 - 18.40 **Conferencia**
 16 Protocolo para la valoración de la audición en un programa de implantes cocleares a la luz de 19 años de experiencia
 Alicia Huarte Irujo

18.40 - 19.10 **Conferencia**
 20 Sistemas de evaluación audiológica. Objetivos
 Rafael Urquiza de la Rosa

SALA 7 COMISIÓN DE OTONEUROLOGÍA

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 6**
Presidente Herminio Pérez Garrigues
Secretario Ricardo Sanz Fernández

08:30 - 08:38	8
08:38 - 08:46	41
08:46 - 08:54	386
08:54 - 09:02	171
09:02 - 09:10	203
09:10 - 09:18	459
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 **Mesa Redonda**
 11 VPPB. Actualización
Presidente Constantino Morera Pérez
Secretario Andrés Soto Varela
Moderador José Antonio López Escámez
Panelistas Ismael Arán González
 Paz Pérez Vázquez
 Juan Carlos Amor Dorado
 Carlos Escobar Sánchez

11.00 - 11.30 **Conferencia**
 13 Impacto del vértigo en la asistencia médica
 Herminio Pérez Garrigues

11.30 - 12.00 **Pausa Café**

12.00 - 14.00 **Taller de trabajo**
 11 Casos clínicos en otoneurología. Toma de decisiones
Moderador Andrés Soto Varela
Panelistas Constantino Morera Pérez
 Manuel Oliva Domínguez
 Ricardo Sanz Fernández
 Ricardo Bento
 Pedro Manuel Amaro Merino

14.00 - 16.00 **Comida**

16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
 22 Diseño y manejo de una clínica otoneurológica: aspectos diagnósticos.
 Rafael Barona de Guzmán

17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
 1 Parálisis facial periférica aguda: actualización y tratamiento.
 Manuel Maños Pujol

18.10 - 18.40 **Conferencia**
 17 Fisiopatología del sentido del equilibrio y la orientación durante el vuelo
 Torcuato Labella Caballero

18.40 - 19.10 **Conferencia**
 21 Rehabilitación vestibular. Problemas frecuentes
 Nicolás Pérez Fernández

SALA 8 COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 7**
Presidente Jesús Algaba Guimera
Secretario Bartolomé Scola Yurrita

08:30 - 08:42	FORUM 1
08:42 - 08:54	FORUM 2
08:54 - 09:02	393
09:02 - 09:10	327
09:10 - 09:18	396
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 **International Symposium on Inner Ear Research.**
 "New Frontiers on Inner Ear Regeneration, Protection and Neuroplasticity"

SALA 9 PÓSTERES Y VÍDEOS

Sábado, 10 de noviembre

Pósteres (para ver el título y los autores, ver pág. 88).

Presidente Ignacio Cobeta Marco
Secretario Alberto Encinas Vicente

3	68	151	249	364
4	77	158	263	379
5	78	175	271	382
10	89	180	272	394
21	106	182	289	414
32	107	194	301	427
38	108	196	309	433
39	113	205	325	454
40	118	219	331	463
54	120	225	349	465
62	136	237	351	475
63	143	248	352	492

Vídeos (para ver el título y los autores, ver pág. 140). Se pueden ver los vídeos durante todo el congreso.

98	276	411
150	324	417
159	329	435
166	355	440
247	366	450
265	368	468

SALA 10

14.00 - 16.00 **Symposium satélite Schering-Plough**
 Controversias en rinosinusitis y poliposis nasal. Presentación de la actualización del EP3OS - Controversies in rhinosinusitis and nasal polyps. Presentation of the EP3OS guidelines

Adolfo Sarandeses García, Joaquim Mullol y Miret y Peter Hellings

ANTICCIS

14.00 - 16.00 **Symposium satélite Otologics**
 Carina™ de Otologics, sistema totalmente implantable

Jesús Algaba Guimera, Jesús Rodríguez Jorge y Luis García Ibáñez

SALA GOYA

14.00 - 16.00 **Symposium satélite Widex**
 Sumar esfuerzos para escuchar a los niños sordos etíopes: Crónica de un estudio de campo que permite la construcción de un futuro mejor

Proyecto de Cooperación Solidaria: SEORL, Fundación WIDEX Audiología, AFNE e IPI, con el soporte de WIDEX MARATHON TEAM

Domingo, 11 de noviembre

AUDITORIO COMISIÓN DE CABEZA Y CUELLO

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 8**
Presidente César Álvarez Marcos
Secretario Rogelio Charlone Granucci

08:30 - 08:38	28
08:38 - 08:46	93
08:46 - 08:54	145
08:54 - 09:02	187
09:02 - 09:10	426
09:10 - 09:18	470
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 **Mesa Redonda**
 8 Cirugía de base de cráneo -
 Skull base surgery
Presidente Antonio Martínez Vidal
Secretario David Lobo Duro
Moderador Carlos Suárez Nieto
Panelistas Amin Kassam
 Bruce Haughey
 José Luis Llorente Pendás
 Carl Snyderman

11.00 - 11.30 **Conferencia**
 10 Cirugía endoscópica de base de cráneo -
 Skull base endoscopic surgery
 Amin Kassam

11.30 - 12.00 **Pausa Café**

12.00 - 14.00 **Taller de trabajo**
 8 Base de cráneo y endoscopia -
 Skull base and endoscopy
Moderador Ángel Muñoz Herrera
Panelistas Manuel Bernal Sprekelsen
 Humbert Massegur Solench
 Carl Snyderman
 Amin Kassam
 Bruce Haughey

14.00 - 16.00 **Comida**

16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
 32 Cirugía mínimamente invasiva de cuello
 José Martínez Vidal

17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
 49 Recidivas y metástasis en carcinoma
 diferenciado tiroideo
 Francisco José García-Purriños García

18.10 - 18.40 **Conferencia**
 14 Cirugía endoscópica de base de cráneo
 (ORL) -Skull base endoscopic
 surgery (ORL)
 Carl Snyderman

18.40 - 19.10 **Conferencia**
 18 Pasado, presente y futuro de la cirugía
 de la base de cráneo
 Carlos Suárez Nieto

UNESCO COMISIÓN DE OTOLOGÍA

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 9**
Presidente Rafael Ramírez Camacho
Secretario Alejandro Harguindey Antolí-
 Candela

08:30 - 08:38	71
08:38 - 08:46	160
08:46 - 08:54	231
08:54 - 09:02	232
09:02 - 09:10	243
09:10 - 09:18	257
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 **Mesa Redonda**
 12 Cirugía del Schwannoma vestibular -
 Surgery for vestibular Schwannoma
Presidente Angel López Rico
Secretario Javier Olarieta Soto
Moderador Francisco Antolí-Candela Cano
Panelistas Rafael García de Sola
 Miguel Arístegui Ruiz
 Francisco Roca-Ribas Serdá
 Emilio García-Ibáñez Ferrándiz
 Bruce Gantz

11.00 - 11.30 **Conferencia**
 22 Etiopatogenia del colesteatoma -
 Etiopathogenesis of the cholesteatoma
 Stefan Dazert

11.30 - 12.00 **Pausa Café**

12.00 - 14.00 **Taller de trabajo**
 12 Tratamiento de los paragangliomas de
 cabeza y cuello -Treatment for head and
 neck paragangliomas
Moderador Carlos Suárez Nieto
Panelistas Felipe Álvarez de Cozar
 Bruce Gantz, Joaquín Poch Broto,
 Jaime Marco Algarra, Carlos Cenjor Español

14.00 - 16.00 **Comida**

16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
 53 Implantes cocleares
 Manuel Manrique Rodríguez
 y Ángel Ramos Macías

17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
 10 Tratamiento quirúrgico del colesteatoma
 Francisco Antolí-Candela Cano

18.10 - 18.40 **Conferencia**
 27 Estado actual del tratamiento de la
 parálisis facial
 Ricardo Bento

18.40 - 19.10 **Conferencia**
 32 Actitud terapéutica en los pequeños
 schwannomas vestibulares: cirugía,
 observación o radioterapia -Therapeutical
 management of small vestibular - hwan
 nomas: surgery, observation or radiotherapy
 Bruce Gantz

SALA 2 COMISIÓN DE FONIATRÍA

08.30 - 09.30 Comunicaciones orales - Sesión 10

Presidente Ignacio Cobeta Marco
Secretario Antonio Lara Peinado

08:30 - 08:38	6
08:38 - 08:46	230
08:46 - 08:54	343
08:54 - 09:02	251
09:02 - 09:10	310
09:10 - 09:18	434
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 Mesa Redonda

14 Reflujo gastroesofágico y extraesofágico
Presidente Serafín Sánchez Gómez
Secretario Carmén Gorriaz Gil
Moderador Gabriel Jaume Bauza
Panelistas Guillermo Til Pérez
Raimundo Gutiérrez Fonseca
José María Cuyas de Torres
Hugo Galera Ruiz

11.00 - 11.30 Conferencia

24 Cirugía de marco laríngeo. Aducción aritenoides - Laryngeal framework surgery. Arytenoid adduction
James Netterville

11.30 - 12.00 Pausa Café

12.00 - 14.00 Taller de trabajo

14 Introducción al diagnóstico de los trastornos vocales

Moderador Faustino Núñez Batalla
Panelistas Carmen Górriz Gil
Antonio Lara Peinado
Secundino Fernández González
Enrique Cantillo Baños
Juan Carlos Casado Morente

14.00 - 16.00 Comida

16.00 - 17.00 Curso de instrucción

28 Valoración aerodinámica de la voz y sus trastornos.
Secundino Fernández González

17.10 - 18.10 Curso de instrucción

51 Fonocirugía de las lesiones congénitas de las cuerdas vocales
Mikel Landa

18.10 - 18.40 Conferencia

29 Tumores del espacio parafaríngeo - Tumors of the parapharyngeal space
James Netterville

18.40 - 19.10 Conferencia

34 La voz en el anciano
Ignacio Cobeta Marco

SALA 7 COMISIÓN DE SUEÑO Y RONQUIDO

08.30 - 09.30 Comunicaciones orales - Sesión 11

Presidente Enrique Fernández Julian
Secretario Juan Lorente Guerrero

08:30 - 08:38	58
08:38 - 08:46	149
08:46 - 08:54	292
08:54 - 09:02	345
09:02 - 09:10	363
09:10 - 09:18	399
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 Mesa Redonda

15 SAOS infantil: diagnóstico y tratamiento
Presidente Pedro Quesada Marín
Secretario Juan Gomez-Ullate Alvear
Moderador Juan Lorente Guerrero
Panelistas Eleuterio Cánovas Robles
Eduard Esteller Moré
Javier Cervera Escario
Manuel Gutiérrez Triguero

11.00 - 11.30 Conferencia

25 Exploración videofibroscópica del ronquido
José Dalmau Galofre

11.30 - 12.00 Pausa Café

12.00 - 14.00 Taller de trabajo

15 Trastornos respiratorios obstructivos del sueño. Manejo de los pacientes y discusión de casos clínicos

Moderador Enrique Fernández Julián
Panelistas Marina Carrasco Llatas
Eugenio Vicente González
Isabel Vilaseca González
Agustín del Cañizo Álvarez
Claudio Fragola Arnau

14.00 - 16.00 Comida

16.00 - 17.00 Curso de instrucción

33 Interpretación de los estudios poligráficos del sueño en pacientes con SAHOS: conceptos básicos.

Enrique N. Fernández Julián
Agustín Baixauli Beso

17.10 - 18.10 Curso de instrucción

12 Mortalidad en el SAOS y tratamiento mecánico ventilatorio no invasivo.
J. M. Marín Trigo, E.A. Vicente González

18.10 - 18.40 Conferencia

30 Selección de pacientes y técnica quirúrgica en el SAOS
José Víctor Maniglia

18.40 - 19.10 Conferencia

35 Roncopatía y Apnea del sueño: Modas, expectativas y realidad
Juan Bartual Pastor

SALA 8 COMISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL

08.30 - 09.30 Comunicaciones orales - Sesión 12

Presidente Juan Trinidad Pinedo
Secretario Eduardo Morera Serna

08:30 - 08:38	14
08:38 - 08:46	36
08:46 - 08:54	48
08:54 - 09:02	86
09:02 - 09:10	117
09:10 - 09:18	395
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 Mesa Redonda

9 Cómo iniciarse en la cirugía del mentón:
mentoplastia y genioplastia

Presidente Esteban Scola Pliego
Secretario Julián Trujillo Piedrahita
Moderador Nuria Mir Ulldemolins
Panelistas José Antonio Patrocinio
César Colmenero Ruiz
Juan Trinidad Pinedo
Marcos Mocellín

11.00 - 11.30 Conferencia

11 Sistemas informáticos de tratamiento
de la imagen en cirugía plástica facial
Manuel Tomás Barberán

11.30 - 12.00 Pausa Café

12.00 - 14.00 Taller de trabajo

9 Otoplastia
Moderador Esteban Scola Pliego
Panelistas Francisco García-Purriños García
José Antonio Patrocinio
Pedro Clarós
Julio José López Moya
Eduardo Morera Serna

14.00 - 16.00 Comida

16.00 - 17.00 Curso de instrucción

13 Reconstrucción de las diferentes
"unidades cosméticas" de la cara,
tras la extirpación de lesiones cutáneas
malignas

Juan Tomás Bezos Capelastegui

17.10 - 18.10 Curso de instrucción

38 Reanimación facial.
Manuel D. Tomás Barberán

18.10 - 18.40 Conferencia

15 Aumento de volumen de la región malar
José Antonio Patrocinio

18.40 - 19.10 Conferencia

19 Blefaroplastia
Juan Trinidad Pinedo

SALA 9 PÓSTERES Y VÍDEOS

Pósteres (para ver el título y los autores, ver pág. 101).

Presidente Teresa Rivera Rodríguez
Secretario Julio Romera Aibar

9	64	128	229	353
13	67	137	236	402
18	79	138	238	413
19	80	172	241	415
23	83	188	277	419
24	85	202	312	439
43	90	204	316	444
44	97	209	317	447
46	99	210	321	476
49	115	216	339	479
50	124	217	341	491
52	125	227	342	371

Vídeos (para ver el título y los autores, ver pág. 140). Se pueden ver los vídeos durante todo el congreso

98	276	411
150	324	417
159	329	435
166	355	440
247	366	450
265	368	468

SALA 2

14.00 - 16.00 Simposium satélite GAES

Videonistagmografía, Posturografía y Rehabilitación del Vértigo
Michel Petrak

SALA 10

14:00 - 16:00 Simposium satélite Zambón

Presente y futuro del manejo de la patología nasosinusal

Lunes, 12 de noviembre

AUDITORIO

- 09.00 - 11.00 **Ponencia oficial**
Carcinomas de la faringe
Director: Jorge Basterra Alegría
- 11.00 - 11.30 **Inauguración oficial, entrega de premios y menciones**
- 11.30 - 12.00 **Pausa Café**
- 12.00 - 12.30 **Conferencia Magistral**
1 De la investigación experimental a la práctica clínica: algunas tendencias y perspectivas - From experimental research to clinic: some trends and perspectives
Remy Pujol
- 12.30 - 13.00 **Conferencia Magistral**
2 Tumores carotídeos - Carotid body tumors
James Netterville
- 13.00 - 14.00 **Curso de instrucción**
30 Manejo del paciente disfónico con una nueva aplicación
Agustín Pérez Izquierdo
- 14.00 - 16.00 **Comida**
- 16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
59 Casos prácticos en cáncer de cabeza y cuello
Miquel Quer i Agustí, Bartolomé Scola Yurrita
- 17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
52 Casos prácticos en cirugía del colesteatoma
Ángel Ramos Macías,
Manuel Manrique Rodríguez,
Carlos Cenjor Español,
Luis García-Ibáñez Cisneros,
Constantino Morera Pérez
- 18:30 **Asamblea general de la SEORL-PCF**

UNESCO

Lunes, 12 de noviembre

- 13.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
60 Disección - dissection
Amin Kassam, Carl Snyderman

GOYA

Lunes, 12 de noviembre

- 13.00 - 14.00 **Curso de instrucción**
26 Dacriocistorrinostomía endoscópica
Manuel Bernal Sprekelsen
- 14.00 - 16.00 **Comida**
- 16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
39 Cavitación ultrasónica: bases y manejo práctico.
Claudio Fragola Arnau
- 17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
25 Cirugía láser transoral de tumores malignos de la vía aerodigestiva superior
Manuel Bernal Sprekelsen

SALA 2

- 13.00 - 14.00 **Curso de instrucción**
11 Cirugía endoscópica asistida por ordenador
Carlos Sprekelsen Gassó
- 14.00 - 16.00 **Comida**
- 16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
57 Radiología de la cavidad nasal y senos paranasales: lo que es necesario saber - Imaging of the nasal cavity and paranasal sinuses: what you need to know
James Zienreich
- 17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
42 Electromiografía laríngea y valoración neurolaringológica.
M^a Carmen Górriz Gil

SALA 7

Lunes, 12 de noviembre

- 13.00 - 14.00 **Curso de instrucción**
61 Manejo de la disfagia y la aspiración
Gabriel Jaume Bauza
- 14.00 - 16.00 **Comida**
- 16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
58 Tratamiento quirúrgico de la estenosis laringotraqueal pediátrica - Surgical correction of pediatric laryngo-tracheal stenosis
Jean Michel Triglia
- 17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
43 Programa de deshabitación tabáquica.
Francisca Trobat Company

SALA 8

Lunes, 12 de noviembre

- 13.00 - 14.00 **Curso de instrucción**
48 Búsqueda eficiente de la información otorrinolaringológica
Antonio J. Martín Mateos
- 14.00 - 16.00 **Comida**
- 16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
8 Correlación clínico-radiológica en patología otológica (oído externo y medio)
Luis Ángel Vallejo Valdezate
- 17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
54 Dacriocistorrinostomía endonasal, técnicas quirúrgicas, referencias anatómicas, problemas y soluciones
Mustafa Kadiri

SALA 11**13.00 - 14.00 Comunicaciones orales - Sesión 13**

Presidente Carlos García Linares
Secretario José Víctor Tísner Nieto

13:00 - 13:08	221
13:08 - 13:16	87
13:16 - 13:24	449
13:24 - 13:32	96
13:32 - 13:40	198
13:40 - 13:48	326
13:48 - 13:56	152
13:56 - 14:10	DISCUSIÓN

14.00 - 16.00 Comida**16.00 - 17.00 Curso de instrucción**

9 Cáncer de cavidad oral: estudio
 de 150 casos
 Francisco Rivera Pesquera

17.10 - 18.10 Curso de instrucción

21 Papel de la videonistagmografía en
 el vértigo de origen central
 Eduardo Martín Sanz

SALA 10**13.00- 14.10 Comunicaciones orales - Sesión 14**

Presidente José Herrero Herrero
Secretario Sandra Domínguez Sosa

13:00 - 13:08	174
13:08 - 13:16	373
13:16 - 13:24	70
13:24 - 13:32	126
13:32 - 13:40	131
13:40 - 13:48	161
13:48 - 13:56	1
13:56 - 14:10	DISCUSIÓN

14.00- 16.00 Comida**16.00- 17.00 Curso de instrucción**

15 Timpanoplastia con cartílago en
 empalizada
 Manuel Bernal Sprekelsen

17.10- 18.10 Curso de instrucción

47 Estudio y tratamiento de la patología
 olfatoria
 Adolfo Toledano Muñoz

**SALA 9
PÓSTERES Y VÍDEOS**

Pósteres (para ver el título y los autores, ver pág. 114).

Presidente Francisco Estaban Ortega
Secretario José Manuel Morales Puebla

25	199	273	383	436
26	206	284	389	438
33	211	298	398	452
34	212	307	404	464
66	213	313	408	477
127	242	314	409	480
140	252	332	410	483
144	256	336	412	488
162	258	340	421	489
165	261	350	422	490
184	264	357	423	
192	270	380	432	

Vídeos (para ver el título y los autores, ver pág. 140). Se
 pueden ver los vídeos durante todo el congreso.

98	276	411
150	324	417
159	329	435
166	355	440
247	366	450
265	368	468

Martes, 13 de noviembre

AUDITORIO**08.30 - 09.30 Comunicaciones orales - Sesión 15**

Presidente José Manuel Gozalbo Navarro
Secretario Dolores Bulnes Plano

08:30 - 08:38	45
08:38 - 08:46	17
08:46 - 08:54	207
08:54 - 09:02	266
09:02 - 09:10	297
09:10 - 09:18	424
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 Mesa Redonda

1 Implante coclear - Cochlear implant
Presidente Antonio Blasco Huelva
Secretario Íñigo Ruiz de Erenchun Lasa
Moderador Manuel Manrique Rodríguez
Panelistas Juan Royo López
 Ángel Ramos Macías
 Milan Profant
 Manuel Sáinz Quevedo

11.00 - 11.30 Conferencia

3 Aparatos auditivos implantables -
 Implantable hearing devices
 Stefan Dazert

11.30 - 12.00 Pausa Café**12.00 - 14.00 Taller de trabajo**

1 Timpanoplastias - Tympanoplasties
Moderador Ángel Ramos Macías
Panelistas Stefan Dazert
 Francisco Antolí-Candela Cano
 María Jose Lavilla Martín de Valmaseda
 Luis García-Ibáñez Cisneros
 Daniel Alaminos Ferrater

14.00 - 16.00 Comida**16.00 - 17.00 Curso de instrucción**

3 Permeabilidad nasal I, rinomanometría
 anterior activa, ¿qué podemos esperar
 de la RNMAA?, ¿correlación de la
 RNMAA con la clínica y exploración?
 Joan Ramon Montserrat i Gili
 Juan Ramón Gras Cabrerizo
 Josep María Fabra Llopis

17.10 - 18.10 Curso de instrucción

4 Permeabilidad nasal II, rinometría
 acústica ¿qué podemos esperar de la
 R.A.C.? ¿Correlación de la R.A.C. con la
 clínica y la exploración?
 Joan Ramon Montserrat i Gili
 Juan Ramón Gras Cabrerizo,
 César Orús Dotú

18.20 - 19.20 Curso de instrucción

2 Dacriocistorinostomía transcanalicular:
 ¿qué podemos hacer con ella?
 José Maeso Riera

UNESCO**08.30 - 09.30 Comunicaciones orales - Sesión 16**

Presidente Manuel Navarro Cunchillos
Secretario Juan José Navarro Sampedro

08:30 - 08:38	72
08:38 - 08:46	81
08:46 - 08:54	88
08:54 - 09:02	181
09:02 - 09:10	250
09:10 - 09:18	330
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 Mesa Redonda

2 Manejo del cuello con "tumor de origen
 desconocido" - Management of the neck
 with "tumor of unknown origin"
Presidente Juan José Alvarez Vicent
Secretario Consuelo Ortega Fernández
Moderador Jorge Basterra Alegría
Panelistas Bruce Haughey
 Daniel López Aguado
 Julio Rama Quintela
 Carlos Almodovar Álvarez

11.00 - 11.30 Conferencia

4 Imagen guiada por FESS - FESS guided
 imaging
 James Zinreich

11.30 - 12.00 Pausa Café**12.00 - 14.00 Taller de trabajo**

2 Manejo del GAP glótico - Management
 of the glottic GAP
Moderador Jaime Sanabria Brassart
Panelistas James Netterville
 Ferrán Ferrán Vila
 Agustín Pérez Izquierdo
 Pablo Ruiz Vozmediano

14.00 - 16.00 Comida**16.00 - 17.00 Curso de instrucción**

62 Nuevas opciones quirúrgicas
 implantables (V.S.B.) en las hipoacusias
 de conducción y mixtas
 Pedro Clarós Blanch,
 Carlos Cenfor Español,
 Ángel Ramos Macías

17.10 - 18.10 Curso de instrucción

19 Implantes de paladar: nuevas
 indicaciones y contraindicaciones.
 Nuestra experiencia.
 Carlos O'Connor Reina

SALA 2**08.30 - 09.30 Comunicaciones orales - Sesión 17***Presidente* José Galán Morales*Secretario* Pedro Sarriá Echegaray

08:30 - 08:38	73
08:38 - 08:46	111
08:46 - 08:54	139
08:54 - 09:02	142
09:02 - 09:10	154
09:10 - 09:18	269
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 Mesa Redonda

7 Parálisis facial

Presidente Juan Antonio Gil Melgarejo*Secretario* Julian López Ríos*Moderador* Manuel Mañós Pujol*Panelistas* Pedro Quesada Marín

Daniel López Campos

Ricardo Bento

Luis Lassaletta Atienza

11.00 - 11.30 Conferencia

5 Del cribado auditivo universal al éxito del implante coclear - From universal hearing screening to successful cochlear implantation

Milan Profant

11.30 - 12.00 Pausa Café**12.00 - 14.00 Taller de trabajo**

3 Epistaxis

Presidente Francini Pádua*Moderador* Miguel Muñoz Colado*Panelistas* Ralph Metson

Juan Ramón Gras Cabrerizo

Juan Luis Quesada Martínez

José María Cuyás Lazarich

Julio García-Polo Alguacil

14.00 - 16.00 Comida**16.00 - 17.00 Curso de instrucción**

20 Potencial vestibular miogénico evocado: técnica de obtención. Aplicaciones prácticas. Posibilidades futuras.

Herminio Pérez Garrigues

17.10 - 18.10 Curso de instrucción

14 Ruta diagnóstica del síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Alberto Labra Herrera

18.20 - 19.20 Curso de instrucción

5 Introducción a la codificación en ORL: concepto, generación e importancia de los grupos relacionados por el diagnóstico, GRDS.

F. Javier Martín Arregui

SALA 7**08.30 - 09.30 Comunicaciones orales - Sesión 18***Presidente* Francisco Isasa González de Ubieta

08:30 - 08:38	11
08:38 - 08:46	170
08:46 - 08:54	226
08:54 - 09:02	455
09:02 - 09:10	456
09:10 - 09:18	457
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 Mesa Redonda

4 Organopreservación

Presidente Salvatore Conticello*Secretario* Jaime Ferrán Bernal*Moderador* Bartolomé Scola Yurrita*Panelistas* Juan Pablo Rodrigo Tapia

J. Manuel Alcade Navarrete

Francisco Esteban Ortega

Juan Luis Gómez González

11.00 - 11.30 Conferencia6 Génesis de la poliposis nasal
Germán Fajardo**11.30 - 12.00 Pausa Café****12.00 - 14.00 Taller de trabajo**

4 Manejo quirúrgico del cáncer de laringe no avanzado: láser vs cirugía abierta

Moderador José Luis Llorente Pendás*Panelistas* Ángel Muñoz Herrera

José Miguel Villacampa Aubá

Jorge Roquette Gaona

Agustín Zulueta Lizaur

Francisco Piqueras Pérez

14.00 - 16.00 Comida**16.00 - 17.00 Curso de instrucción**18 El informe pericial en ORL
Fernando Cristóbal García**17.10 - 18.10 Curso de instrucción**

17 Diseño y mantenimiento de una base de datos de cáncer de cabeza y cuello en un servicio de orl

Javier Herrero Agustín

SALA 8

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 19**
Presidente José Luis de Serdio Arias

08:30 - 08:38	105
08:38 - 08:46	186
08:46 - 08:54	201
08:54 - 09:02	300
09:02 - 09:10	392
09:10 - 09:18	429
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 **Mesa Redonda**

5 Tumores de las glándulas salivales
Presidente Manuel Mañós Gozalbo
Secretario Marta Faubel i Serra
Moderador José Enrique Estelles Ferriol
Panelistas José Víctor Maniglia
 Miquel Quer i Agustí
 Juan Francisco Rivero Suárez
 Vicente Pino Rivero

11.00 - 11.30 **Conferencia**

7 Movilidad ciliar
 Miguel Armengot Carceller

11.30 - 12.00 **Pausa Café**

12.00 - 14.00 **Taller de trabajo**

5 Manejo del nódulo tiroideo
Moderador Primitivo Ortega del Álamo
Panelistas Eloy Infante Matarredona
 Mario Fernández Fernández
 Pablo Ortiz García
 Cesar Orús Dotú
 Ricardo Bernáldez Millán

14.00 - 16.00 **Comida**

16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**

34 Avances en la TAC y la RNM para la
 patología del oído interno
 Luis Lassaletta Atienza,
 A. Royo

17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**

31 Implante coclear: resultados y
 expectativas según la edad de
 implantación en niños prelocutivos.
 M^a José Lavilla Martín de Valmaseda

18.20 - 19.20 **Curso de instrucción**

56 Introducción a Reference manager
 Emilio Martín Gutiérrez

SALA GOYA

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 20**
Presidente Ángel Sancho Álvarez

08:30 - 08:38	12
08:38 - 08:46	100
08:46 - 08:54	239
08:54 - 09:02	333
09:02 - 09:10	346
09:10 - 09:18	391
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 **Mesa Redonda**

6 Vértigo Menière
Presidente Eloy López Menchen
Moderador Herminio Pérez Garrigues
Panelistas Antonio Alonso Seco
 Francisco González Martín
 Carmelo Morales Angulo
 Andrés Soto Varela

11.00 - 11.30 **Conferencia**

8 El audífono totalmente implantable
 Jesús Algaba Guimera

11.30 - 12.00 **Pausa Café**

12.00 - 14.00 **Taller de trabajo**

6 Casos difíciles en la cirugía de la
 otosclerosis

Moderador Teresa Rivera Rodríguez
Panelistas Antonio M. Diogo Paiva
 Víctor Palomar García
 Ignacio Isasa González de Ubieta
 Luis Ángel Vallejo Valdezate
 Carlos Sprekelsen Gassó

14.00 - 16.00 **Comida**

16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**

45 Estapedectomía paso a paso: trucos,
 incidencias, dificultades y sus soluciones
 José Dalmau Galofre

17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**

35 Informatización de la consulta orl:
 asistencia pública o privada.
 Guillermo Til Pérez

18.20 - 19.20 **Curso de instrucción**

27 Cirugía endoscópica sinusal asistida
 por balones de dilatación (sinuplastia
 o bass)
 Guillermo Plaza Mayor

SALA 10

08.30 - 09.30 **Comunicaciones orales - Sesión 21**
Presidente Antonio Cabanas López

08:30 - 08:38	291
08:38 - 08:46	294
08:46 - 08:54	335
08:54 - 09:02	400
09:02 - 09:10	431
09:10 - 09:18	451
09:18 - 09:30	DISCUSIÓN

09.30 - 11.00 **Mesa Redonda**
 3 Vía lacrimal
Presidente Mustfá Kadiri
Secretario Alfonso Ambel
Moderador Manuel Bernal Sprekelsen
Panelistas Miguel Alañón Fernández
 José Maeso Riera
 Carlos Ramírez Calvo
 Alfredo Jurado Ramos

11.00 - 11.30 **Conferencia**
 9 Tumores de senos paranasales?
 Luis M^a Gil-Carcedo García

11.30 - 12.00 **Pausa Café**

12.00 - 14.00 **Taller de trabajo**
 7 Laringectomía total en el 2007

Presidente Delfo Casolino
Moderador Miquel Quer i Agutí
Panelistas José Martínez Vidal
 Miguel González Pérez
 Alfonso Moñux Martínez
 José Risco Arenas

Francisco Gamboa Mutuberría

14.00 - 16.00 **Comida**

16.00 - 17.00 **Curso de instrucción**
 46 Rejuvenecimiento del tercio medio facial

Julián Trujillo Piedrahita.

17.10 - 18.10 **Curso de instrucción**
 50 ¿Se pueden prevenir las complicaciones en la implantación coclear?
 Santiago Santa Cruz Ruiz

18.20 - 19.20 **Curso de instrucción**
 37 Cómo mejorar nuestras presentaciones en público.

Pedro Luis Sarria Echegaray

**SALA 9
PÓSTERES Y VÍDEOS**

Pósteres (para ver el título y los autores, ver pág. 127).

Presidente Miquel Quer i Agustí
Secretario Iván Méndez-Benegassi Silva

74	173	278	334	418
101	176	279	337	420
103	177	281	338	437
109	178	285	347	441
110	183	293	354	442
116	197	295	359	453
122	214	296	360	461
129	220	305	361	474
141	223	306	365	167
148	254	311	367	
153	259	323	369	
157	274	328	407	

Vídeos (para ver el título y los autores, ver pág. 140). Se pueden ver los vídeos durante todo el congreso.

98	276	411
150	324	417
159	329	435
166	355	440
247	366	450
265	368	468

SALA 11

14.00 - 16.00 **Simposium satélite GAES**
 Potencial de disparidad
 Carles Escera

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

Sábado, 10 de Noviembre

Auditorio

Comisión: Rinología y Alergia

11:00 - 11:30

- CF23** Obliteración endoscópica del seno frontal. Nueva técnica para el tratamiento de la sinusitis crónica frontal - Endoscopic obliteration of frontal sinus. New technique for the treatment of frontal chronic sinusitis

Conferenciante: Ralph Metson

18:00 - 18:30

- CF28** Tumores nasosinusales

Conferenciante: Rogelio Chavolla Magaña

18:30 - 19:00

- CF33** Actualidad en rinoplastia

Conferenciante: Juan Trinidad Pinedo

Sala 2

Comisión: Audiología

11:00 - 11:30

- CF12** Criterios del procesamiento eléctrico de la voz: actualización del ensayo multicéntrico del implante coclear híbrido Iowa/Nucleus - Expanding criteria for electrical speech processing: update on the Iowa/Nucleus Hybrid Cochlear implant multicenter trial

Conferenciante: Bruce Gantz

18:10 - 18:40

- CF16** Protocolo para la valoración de la audición en un programa de implantes cocleares a la luz de 19 años de experiencia

Conferenciante: Alicia Huarte Irujo

18:40 - 19:10

- CF20** Sistemas de evaluación audiológica. Objetivos

Conferenciante: Rafael Urquiza de la Rosa

Sala 7

Comisión: Otoneurología

11:00 - 11:30

- CF13** Impacto del vértigo en la asistencia médica

Conferenciante: Herminio Pérez Garrigues

18:10 - 18:40

- CF17** Fisiopatología del equilibrio y la orientación durante el vuelo

Conferenciante: Torcuato Labella Caballero

18:40 - 19:10

- CF21** Rehabilitación vestibular. Problemas frecuentes

Conferenciante: Nicolás Pérez Fernández

Unesco

Comisión: ORL Pediátrica

13:30 - 14:00

- CF26** Colesteatoma en niños - Cholesteatoma in children

Conferenciante: Jean Michel Triglia

18:10 - 18:40

- CF31** Radiología de nariz y senos pediátricos: anatomía y patología - Imaging the pediatric nose and sinuses: anatomy and pathology

Conferenciante: James Zinreich

18:40 - 19:10

- CF36** Tratamiento de la rinitis en edades pediátricas

Conferenciante: Ramona Soler Vilarrasa

Domingo, 11 de Noviembre

Auditorio

Comisión: Cabeza y cuello

11:00 - 11:30

- CF10** Cirugía endoscópica de base de cráneo - Skull base endoscopic surgery

Conferenciante: Amin Kassam

18:10 - 18:40

- CF14** Cirugía endoscópica de base de cráneo (ORL) - Skull base endoscopic surgery (ORL)

Conferenciante: Carl Snyderman

18:40 - 19:10

- CF18** Pasado, presente y futuro de la cirugía de la base de cráneo

Conferenciante: Carlos Suárez Nieto

Sala 2

Comisión: Voz y Foniatría

11:00 - 11:30

- CF24** Cirugía del marco laríngeo. Aducción aritenoides - Laryngeal framework surgery. Arytenoid adduction

Conferenciante: James Netterville

18:10 - 18:40

- CF29** Tumores del espacio parafaríngeo - Tumors of the parapharyngeal space

Conferenciante: James Netterville

18:40 - 19:10

CF34 La voz en el anciano**Conferenciante:** Ignacio Cobeta Marco**Sala 7****Comisión:** Sueño y Ronquido

11:00 - 11:30

CF25 Exploración videofibroscópica del ronquido.**Conferenciante:** José Dalmau Galofre

18:10 - 18:40

CF30 Selección de pacientes y técnica quirúrgica en el SAOS**Conferenciante:** Jose Victor Maniglia

18:40 - 19:10

CF35 Roncopatía y apnea del sueño: modas, expectativas y realidad.**Conferenciante:** Juan Bartual Pastor**Sala 8****Comisión:** Cirugía plástica

11:00 - 11:30

CF11 Sistemas informáticos de tratamiento de la imagen en cirugía plástica facial**Conferenciante:** Manuel D. Tomás Barberán

18:10 - 18:40

CF15 Aumento de volumen de la región malar**Conferenciante:** Jose Antonio Patrocinio

18:40 - 19:10

CF19 Blefaroplastia**Conferenciante:** Juan Trinidad Pinedo**Unesco****Comisión:** Otolología

11:00 - 11:30

CF22 Etiopatogenia del colesteatoma - Etiopathogenesis of the cholesteatoma**Conferenciante:** Stefan Dazert

18:10 - 18:40

CF27 Estado actual del tratamiento de la parálisis facial**Conferenciante:** Ricardo Bento

18:40 - 19:10

CF32 Actitud terapéutica en los pequeños schwannomas vestibulares: cirugía, observación o radioterapia - Therapeutical management of small vestibular Schwannomas: surgery, observation or radiotherapy**Conferenciante:** Bruce Gantz**Lunes, 12 de Noviembre****Auditorio**

12:00 - 12:30

CF01 De la investigación experimental a la práctica clínica: algunas tendencias y perspectivas - From experimental research to clinic: some trends and perspectives**Conferenciante:** Remy Pujol

12:30 - 13:00

CF02 Tumores carotídeos - Carotid tumors**Conferenciante:** James Netterville**Martes, 13 de Noviembre****Auditorio**

11:00 - 11:30

CF03 Aparatos auditivos implantables - Implantable hearing devices**Conferenciante:** Stefan Dazert**Goya**

11:00 - 11:30

CF08 El audifono totalmente implantable**Conferenciante:** Jesús Algaba Guimera**Sala 2**

11:00 - 11:30

CF05 Del cribado auditivo universal al éxito del implante coclear - From universal hearing screening to successful cochlear implantation**Conferenciante:** Milan Profant**Sala 7**

11:00 - 11:30

CF06 Génesis de la poliposis nasal**Conferenciante:** Germán Fajardo**Sala 8**

11:00 - 11:30

CF07 Movilidad ciliar**Conferenciante:** Miguel Armengot Carceller**Sala Europa - 10**

11:00 - 11:30

CF09 Tumores de senos paranasales.**Conferenciante:** Luis María Gil-Carcedo García**Unesco**

11:00 - 11:30

CF04 Imagen guiada por FESS - FESS guided imaging**Conferenciante:** James Zinreich

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

Sábado, 10 de Noviembre

Auditorio

Comisión: Rinología y Alergia

9:30 - 11:00

MR13 Cirugía endoscópica avanzada - Advanced endoscopic surgery

Presidente: José María Fabra Llopis

Secretario: Juan Ramón Gras Cabrerizo

Moderador: Humbert Massegur Solench

Panelistas: Ralph Metson

Cristóbal López-Cortijo Gómez Salazar

Carl Snyderman

Juan Ramón Gras Albert

Sala 2

Comisión: Audiología

9:30 - 11:00

MR10 Hipoacusia neurosensorial inducida por ruido

Presidente: Manuel Dicenta Sousa

Secretario: Antonio Morant Ventura

Moderador: Amparo Postigo Madueño

Panelistas: Germán Trinidad Ramos

Enrique Salesa Batlle

Rafael Pérez Aguilera

Sala 7

Comisión: Otoneurología

9:30 - 11:00

MR11 VPPP. Actualización

Presidente: Constantino Morera Pérez

Secretario: Andrés Soto Varela

Moderador: José Antonio López Escámez

Panelistas: Ismael Arán González

Paz Pérez Vázquez

Juan Carlos Amor Dorado

Carlos Escobar Sánchez

Unesco

Comisión: ORL Pediátrica

12:00 - 13:30

MR16 Actualización en el tratamiento de la otitis media serosa - Update in the treatment for secretory otitis media

Presidente: Teodoro Sacristán Alonso

Moderador: Javier Cervera Escario

Panelistas: Jean Michel Triglia

Marc Pellicer i Sa Rasa

Margarita Bartolomé Benito

Isabel de Miguel Martínez

Domingo, 11 de noviembre

Auditorio

Comisión: Cabeza y cuello

9:30 - 11:00

MR08 Cirugía de base de cráneo - Skull base surgery

Presidente: Antonio Martínez Vidal

Secretario: David Lobo Duro

Moderador: Carlos Suárez Nieto

Panelistas: Amin Kassam

Bruce Haughey

José Luis Llorente Pendás

Carl Snyderman

Sala 2

Comisión: Voz y Foniatría

9:30 - 11:00

MR14 Reflujo gastroesofágico y extraesofágico

Presidente: Serafín Sánchez Gómez

Secretario: María Carmen Górriz Gil

Moderador: Gabriel Jaume Bauza

Panelistas: Guillermo Til Pérez

Raimundo Gutiérrez Fonseca

José María Cuyas de Torres

Hugo Galera Ruiz

Sala 7

Comisión: Sueño y Ronquido

9:30 - 11:00

MR15 SAOS infantil: diagnóstico y tratamiento

Presidente: Pedro Quesada Marín

Secretario: Juan Gómez-Ullate Alvear

Moderador: Juan Lorente Guerrero

Panelistas: Eleuterio Cánovas Robles

Manuel Gutiérrez Triguero

Eduard Esteller Moré

Sala 8*Comisión: Cirugía plástica*

9:30 - 11:00

MR09 Cómo iniciarse en la cirugía del mentón: mentoplastia y genioplastia*Presidente:* Esteban Scola Pliego*Secretario:* Julián Trujillo Piedrahita*Moderador:* Nuria Mir Ulldemolins*Panelistas:* Jose Antonio Patrocinio
César M. Colmenero Ruiz
Juan Trinidad Pinedo
Marcos Mocellin**Unesco***Comisión: Otolología*

9:30 - 11:00

MR12 Cirugía del Schwannoma vestibular - Surgery for vestibular Schwannoma*Secretario:* Francisco Javier Olarieta Soto*Moderador:* Francisco Antoli-Candela Cano*Panelistas:* Miguel A. Aristegui Ruiz
Francisco Roca-Ribas Serda
Emilio García-Ibáñez Ferrándiz
Bruce Gantz
Rafael García de Sola**Martes, 13 de noviembre****Auditorio**

9:30 - 11:00

MR01 Implante coclear - Cochlear implant*Presidente:* Antonio Blasco Huelva*Secretario:* Íñigo Ruiz de Erenchun Lasa*Moderador:* Manuel Manrique Rodríguez*Panelistas:* Ángel Ramos Macías
Milan Profant
Manuel Sainz Quevedo**Goya**

9:30 - 11:00

MR06 Vértigo Menière*Moderador:* Herminio Pérez Garrigues*Panelistas:* Antonio Alonso Seco
Francisco González Martín
Carmelo Morales Angulo
Andrés Soto Varela**Sala 2**

9:30 - 11:00

MR07 Parálisis facial*Presidente:* Juan Antonio Gil Melgarejo*Secretario:* Julián López-Ríos Velasco*Moderador:* Manuel Maños Pujol*Panelistas:* Pedro Quesada Marín
Ricardo Bento
Luis Lassaletta Atienza
Daniel Ignacio López Campos**Sala 7**

9:30 - 11:00

MR04 Organopreservación*Presidente:* Salvatore Conticello*Secretario:* Jaime Ferrán Bernal*Moderador:* Bartolomé Scola Yurrita*Panelistas:* Juan Pablo Rodrigo Tapia
Juan Manuel Alcalde Navarrete
Francisco Esteban Ortega
Juan Luis Gómez González**Sala 8**

9:30 - 11:00

MR05 Tumores de las glándulas salivales*Secretario:* Marta Faubel y Serra*Moderador:* José Enrique Estelles Ferriol*Panelistas:* Guillermo Plaza Mayor

Jose Victor Maniglia

Juan Francisco Rivero Suárez

Miquel Quer i Agustí

Sala Europa - 10

9:30 - 11:00

MR03 Vía lacrimal*Presidente:* Mustafa Kadiri*Secretario:* Alfonso Ambel Albarrán*Moderador:* Manuel Bernal Sprekelsen*Panelistas:* José Maeso Riera
Carlos Ramírez Calvo
Alfredo Jurado Ramos
Miguel Ángel Alañón Fernández**Unesco**

9:30 - 11:00

MR02 Manejo del cuello con "tumor de origen desconocido" - Management of the neck with "tumour of unknown origin"*Presidente:* Juan José Álvarez Vicent*Secretario:* Consuelo Ortega Fernández*Moderador:* Jorge Basterra Alegría*Panelistas:* Bruce Haughey
Daniel López Aguado
Julio Rama Quintela
Carlos L. Almodóvar Álvarez

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

Sábado, 10 de Noviembre

Auditorio

Comisión: Rinología y Alergia

12:00 - 14:00

WS13 Casos difíciles en rinoplastias

Moderador: Joan R. Montserrat i Gili

Panelistas: Marcos Mocellin

Jose Victor Maniglia

Adolfo Sarandeses García

Miguel Armengot Carceller

Juan Trinidad Pinedo

Sala 2

Comisión: Audiología

12:00 - 14:00

WS10 Estudio de las hipoacusias fluctuantes a través de casos clínicos

Moderador: Manuel Manrique Rodríguez

Panelistas: Antonio Morant Ventura

Justo Ramón Gómez Martínez

Rafael Ramírez Camacho

Teresa Rivera Rodríguez

María Cruz Tapia Toca

Sala 7

Comisión: Otoneurología

12:00 - 14:00

WS11 Casos clínicos en otoneurología. Toma de decisiones

Moderador: Andrés Soto Varela

Panelistas: Constantino Morera Pérez

Manuel Oliva Domínguez

Ricardo Sanz Fernández

Ricardo Bento

Pedro Manuel Amaro Merino

Unesco

Comisión: ORL Pediátrica

9:35 - 11:30

WS16 Masas cervicales en niños

Moderador: Blas A. Pérez Piñero

Panelistas: Andrés Clarós Blanch

Félix Pumarola Segura

Luis Jiménez Ferreres

Luis María Gil-Carcedo García

Miguel Ángel Villafruela Sanz

Domingo, 11 de Noviembre

Auditorio

Comisión: Cabeza y cuello

12:00 - 14:00

WS08 Base de cráneo y endoscopia - Skull base and endoscopy

Moderador: Ángel Muñoz Herrera

Panelistas: Manuel Bernal Sprekelsen

Humbert Massegur Solench

Carl Snyderman

Amin Kassam

Bruce Haughey

Sala 2

Comisión: Voz y Foniatria

12:00 - 14:00

WS14 Introducción al diagnóstico de los trastornos vocales

Moderador: Faustino J. Núñez Batalla

Panelistas: María Carmen Górriz Gil

Antonio José Lara Peinado

Secundino Fernández González

Juan Carlos Casado Morente

Enrique Cantillo Baños

Sala 7

Comisión: Sueño y Ronquido

12:00 - 14:00

WS15 Trastornos respiratorios obstructivos del sueño. Manejo de los pacientes y discusión de casos clínicos

Moderador: Enrique N. Fernández J

Panelista: Marina Carrasco Llatas

Eugenio A. Vicente González

Isabel Vilaseca González

Agustín del Cañizo Álvarez

Claudio Fragola Arnau

Sala 8

Comisión: Cirugía plástica

12:00 - 14:00

WS09 Otoplastia

Moderador: Esteban Scola Pliego

Panelistas: Francisco José García-Purriños García

Jose Antonio Patrocinio

Pedro Clarós Blanch

Julio J. López Moya

Eduardo Morera Serna

Unesco*Comisión: Otolología*

12:00 - 14:00

WS12 Tratamiento de los paragangliomas de cabeza y cuello - Treatment for head and neck paragangliomas*Moderador:* Carlos Suárez Nieto*Panelistas:* Felipe Álvarez de Cózar
Bruce Gantz
Joaquín Poch Broto
Jaime Marco Algarra
Carlos Cenjor Español**Martes, 13 de Noviembre****Auditorio**

12:00 - 14:00

WS01 Timpanoplastias - Timpanoplasties*Moderador:* Ángel Ramos Macías*Panelistas:* Stefan Dazert

Francisco Antoli-Candela Cano

María José Lavilla Martín de Valmaseda

Luis García-Ibañez Cisneros

Daniel Alaminos Ferrater

Goya

12:00 - 14:00

WS06 Casos difíciles en la cirugía de la otosclerosis*Moderador:* Teresa Rivera Rodríguez*Panelistas:* Antonio M. Diogo Paiva

Víctor Palomar García

Luis Ángel Vallejo Valdezate

Carlos Sprekelsen Gasso

Ignacio Isasa González de Ubieta

Sala 2

12:00 - 14:00

WS03 Epistaxis - Epistaxis*Presidente:* Francini Pádua*Moderador:* Miguel Muñoz Colado*Panelistas:* Ralph Metson

Juan Ramón Gras Cabrerizo

Juan Luis Quesada Martínez

Jose María Cuyas Lazarich

Julio García-Polo Alguacil

Sala 7

12:00 - 14:00

WS04 Manejo quirúrgico del cáncer de laringe no avanzado: láser vs. cirugía abierta*Moderador:* José Luis Llorente Pendás*Panelistas:* Ángel Muñoz Herrera

Jorge M. Roquette Gaona

Agustín Zulueta Lizáur

Francisco M. Piqueras Pérez

Sala 8

12:00 - 14:00

WS05 Manejo del nódulo tiroideo*Moderador:* Primitivo Ortega del Álamo*Panelistas:* Eloy Infante Matarredona

Mario Fernández Fernández

Pablo Ortiz García

César Orus Dotu

Ricardo Bernáldez Millán

Sala Europa - 10

12:00 - 14:00

WS07 Laringectomía total en el 2007*Presidente:* Delfo Casolino*Moderador:* Miquel Quer i Agusti*Panelistas:* Alfonso Moñux Martínez

José Risco Arenas

Francisco Javier Gamboa Mutuberría

José Enrique Estelles Ferriol

Unesco

12:00 - 14:00

WS02 Manejo del GAP glótico - Management of the glottic GAP*Moderador:* Jaime Sanabria Brassart*Panelistas:* James Netterville

Ferrán Ferrán Vila

Agustín Pérez Izquierdo

Pablo Ruiz Vozmediano

Luis Fernando Cejas Méndez

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

Sábado, 10 de Noviembre

Sala 10

14:00 - 16:00

Simposium satélite Schering-Plough

Controversias en rinosinusitis y poliposis nasal.
Presentación de la actualización del EP3OS -
Controversies in rhinosinusitis and nasal polyps.
Presentation of the EP3OS guidelines

Adolfo Sarandeses García, Joaquim Mullol y Miret y Peter Hellings

ANTICCIS

14:00 - 16:00

Simposium satélite Otologics

Carina™ de Otologics, sistema totalmente implantable

Jesús Algaba Guimera, Jesús Rodríguez Jorge y Luis García Ibáñez

Sala Goya

14:00 - 16:00

Simposium satélite Widex

Sumar esfuerzos para escuchar a los niños sordos etíopes: Crónica de un estudio de campo que permite la construcción de un futuro mejor

Proyecto de Cooperación Solidaria: SEORL, Fundación WIDEX Audiología, AFNE e IPI, con el soporte de WIDEX MARATHON TEAM

Domingo, 11 de Noviembre

Sala 2

14:00 - 16:00

Simposium satélite GAES

Videonistagmografía, Posturografía y Rehabilitación del Vértigo

Michel Petrak

Sala 10

14:00 - 16:00

Simposium satélite Zambón

Presente y futuro del manejo de la patología nasosinusal

Lunes, 12 de Noviembre

AUDITORIO

09:00 - 11:00

Ponencia oficial

Carcinomas de la faringe

Jorge Basterra Alegría.

AUDITORIO

11:00 - 11:30

Inauguración oficial, entrega de premios y menciones

Martes, 13 de Noviembre

Sala 11

14:00 - 16:00

Simposium satélite GAES

Potencial de disparidad

Carles Escera.

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

COMUNICACIONES ORALES

VIERNES, 9 DE NOVIEMBRE

SALA UNESCO

8,30-11,30

COMISIÓN DE RESIDENTES

Sesión de comunicaciones orales 1

53

PAPEL DE LA PREGABALINA EN EL TRATAMIENTO DEL ACÚFENO

A. Medinilla, I.M. Reyes-Tejero, M.A. López-González, M.D. Allely Teruel, F.J. Aguilar Vera, D. Castro de Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, E. Mata, F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El acúfeno activa el sistema límbico y la corteza temporal. La vía dopaminérgica auditivolímbica y el modelo neurotransmisor justifican el tratamiento mediante la modelación de neurotransmisores para el control de los acúfenos. Se presenta un estudio en el que se usa pregabalina, con actividad gabaérgica y antiglutaminérgica para el tratamiento del acúfeno.

Material y método: Cincuenta pacientes con acúfeno por encima de 4000 Hz de más de un año de evolución y sin hiperacusia fueron aleatorizados en dos grupos de veinticinco pacientes. El grupo de estudio recibió pregabalina en dosis crecientes y el grupo control un placebo (lactosa). Se evaluó mediante acufenometría y escala analógica visual.

Resultados: En el grupo placebo la intensidad y la frecuencia del acúfeno no variaron. En la escala analógica visual se observaron cambios en el segundo y el tercer mes de tratamiento. En el grupo tratado con pregabalina la intensidad del acúfeno no varió de forma significativa. La frecuencia del acúfeno disminuyó, relacionándose con el descenso de los valores en la escala analógica visual.

Discusión/Conclusión: El tratamiento con pregabalina puede transformar la percepción de un acúfeno de frecuencias agudas a graves, disminuyendo sus molestias.

485

TC DE LAS VÍAS LAGRIMALES: COMPARACIÓN CON LA DACRIOCISTOGRAFÍA CONVENCIONAL

J.L. Merán Gil, F.J. Avilés Jurado, E. Doménech, E. Masgoret Palau, J.P. Vives Abelló, E. Figuerola Massana, M.D. Martínez Novoa, J.C. Flores Martín, J. Risco Arenas.

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Muchas técnicas se han utilizado para visualizar el sistema lacrimonasal, tales como la dacriocistografía convencional (DC), TC de vías lagrimales e incluso la RM. Para la exploración TC, inyectamos contraste yodado diluido en un tercio en el canalículo lagrimal superior. En el presente estudio, comparamos la sensibilidad de la TC de vías lagrimales frente a la dacriocistografía convencional.

Material y método: Se realiza un estudio prospectivo en el que se compara un mismo grupo de pacientes afectados de epífora, a los que se

realizó una dacriocistografía convencional y posteriormente se les realiza una TC de vías lagrimales mediante inyección de contraste. Los hallazgos radiológicos encontrados en la TC fueron comparados con los encontrados en la DC y finalmente confirmados mediante cirugía (dacriocistorrinostomía).

Resultados: Todos los pacientes de nuestro estudio respondieron positivamente a la canalización y administración del medio de contraste después de que se les administrara unas gotas de colirio anestésico. En un mayor porcentaje de los pacientes, se observó una estenosis postsacal con dilatación de saco lagrimal que luego se confirmó mediante cirugía. Los hallazgos de la TC de vías lagrimales fueron comparados con los de la DC con resultados dispares.

Conclusiones: La TC de vías lagrimales en pacientes afectados de epífora permite mayor visualización de la morfología de las vías lagrimales en su conjunto, mejor localización de un posible obstáculo en la vía lagrimal así como la causa del mismo. Además, nos permite comprobar el estado de las cavidades nasosinuales adyacentes, especialmente ante la posibilidad de practicar una dacriocistorrinostomía por vía endonasal.

448

IMPACTO DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL SOBRE EL SENTIDO DEL OLFATO EN PACIENTES CON POLIPOSIS NASAL GRAVE

S. Cardelús¹, I. Alobid¹, J.M. Guilemany¹, S. Centellas¹, A. García-Piñero¹, P. Benítez², C. Picado², J. Mullol^{1,4}

¹Servei d'ORL. ²Servei de Pneumologia, Hospital Clínic, Barcelona. ³Servei d'ORL, Hospital Municipal de Badalona.

Introducción: La poliposis nasal (PN) es una enfermedad inflamatoria crónica con gran impacto negativo sobre el sentido del olfato. La cirugía endoscópica nasosinususal (CENS) es el tratamiento de elección en PN grave cuando falla el tratamiento médico.

Objetivo: Evaluar la influencia del tratamiento quirúrgico sobre el sentido del olfato en pacientes con PN grave.

Material y método: Estudio prospectivo y aleatorizado (Ib) de 62 pacientes con PN grado III de Lindhold (34 con asma) a los que se practicó CENS seguida de budesonida intranasal (200 µg/12 horas) o fluticasona (100 µg/12 horas) durante un año. Se realizó olfatometría BAST-24 para el 1º par craneal antes (sem-0) y después (sem-12, 24 y 48) de la CENS.

Resultados: En la sem-0 los pacientes con PN tenían un peor olfato ($p < 0,05$) que la población general: detección (6% vs 99%), identificación (7% vs 55%), aciertos (15% vs 77%). Los pacientes asmáticos presentaban valores basales significativamente ($p < 0,05$) peores que en no asmáticos: detección (5% vs 25%), identificación (2% vs 12%), aciertos (3% vs 9%). Todos los pacientes presentaron mejoría ($p < 0,05$) en la sem-12, 24 y 48. En la sem-48 los pacientes asmáticos mejoraron menos del olfato ($p < 0,05$) en detección (45% vs 72%) e identificación (13% vs 32%) que los no asmáticos.

Conclusión: La CENS seguida de tratamiento corticoideo intranasal mejora el sentido del olfato en pacientes con PN grave. El asma ejerce un efecto negativo adicional sobre el olfato y hace que éste mejore menos tras la cirugía.

ASPECTOS CLÍNICOS Y TRATAMIENTO DE LOS MUCOCELES DE SENOS PARANASALES: NUESTRA EXPERIENCIA EN 73 PACIENTES

S. Obeso Agüera, J.L. Llorente Pendas, R. Sánchez Fernández, G. Mancebo Mata, Carlos Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Los mucocelos son cavidades recubiertas de mucosa respiratoria que pueden afectar a los senos paranasales y tienen capacidad de expandir hueso.

Material y métodos: Se revisan 73 historias clínicas sobre pacientes intervenidos por mucocelos nasosinuales entre 1980 y 2006 en nuestro centro. Se registran datos sobre la localización, clínica, antecedentes rinológicos, procedimientos quirúrgicos, microbiología, complicaciones, y recidivas.

Resultados: La muestra se compone de 73 pacientes con una media de edad de 52 años y seguimiento medio de 30 meses, que presentaban 82 mucocelos, 6 de los pacientes presentaban más de 1 mucocelo (8%). En el 54% afectaban senos etmoidales o frontales, 34% maxilar, 11% esfenoidal o esenoetmoidal. La presentación clínica más frecuente en el caso de mucocelos frontoetmoidales fueron alteraciones orbitarias (82%).

Se realizó cultivo en el 25% de los casos. Se realizaron 75 intervenciones: 44 CENS, 20 Cx abiertas y 11 abordajes combinados. Tras la introducción de la CENS, 16 de los 18 abordajes externos o mixtos se realizaron por enfermedad del seno frontal. Se constató recidiva en 7 pacientes (10%). Apareció recidiva en el 16% de las cirugías abiertas/mixtas y 7% de CENS.

No aparecieron complicaciones graves con ninguna técnica

Conclusiones: Los mucocelos paranasales históricamente han sido tratados mediante técnicas abiertas.

La CENS ha supuesto un cambio en el tratamiento de esta patología, presentándose la marsupialización endoscópica como técnica segura y con bajo índice de recidivas.

Permanece como limitación de la técnica el tratamiento de los mucocelos frontales laterales o las dificultades de acceso a través del infundíbulo frontal.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE LOS PAPILOMAS ETMOIDO-MAXILARES

C. Martín, C. López-Cortijo, A. Rodríguez, A. Ibáñez, C. Gorriaz, D. Laguna, J. Vicente

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo es mostrar, a través de nuestra experiencia, que el tratamiento quirúrgico de los papilomas etmoideo-maxilares puede realizarse por vía endoscópica exclusiva, siempre que se haga un abordaje completo del seno maxilar, incluyendo su zona antero-lateral.

Material y método: Presentamos 23 pacientes intervenidos exclusivamente mediante cirugía endoscópica para resección de papilomas invertidos de los que existía confirmación histológica. Se recoge la sintomatología previa, imagen de endoscopia y extensión de la enfermedad mediante TC, el estadio tumoral según la clasificación de Krouse (5 casos estadio T2 y 18 casos T3), la técnica quirúrgica empleada y el periodo de seguimiento postoperatorio (media de 52 meses).

Resultados: Todos los pacientes presentaban enfermedad unilateral. En ningún caso se objetivó malignización. Se realizó una resección total en todos los casos, sin necesidad de abordaje externo en ninguno de ellos. En ocho de los 23 casos se produjo una recidiva muy temprana siempre a nivel maxilar. Todos los casos fueron rescatados mediante una segunda intervención, también endoscópica que ampliaba el abordaje del seno maxilar.

Conclusiones: En el abordaje endoscópico de estas lesiones es importante acceder de forma suficiente a la pared anterolateral del seno maxilar, para evitar la necesidad de nuevas intervenciones.

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR. CLAVES PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL CANDIDATO IDEAL A REHABILITAR

J. Llorens, J. Olóriz, I. Alonso, J. Horno, R. Calvente, S. Pérez, J. Salinero

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: La rehabilitación vestibular (RV) está en auge por desarrollo de las plataformas de posturografía dinámica (PD). Para un adecuado rendimiento de los programas de RV es importante una adecuada selección de los candidatos a tratar. Nuestro objetivo es mostrar los resultados de la implantación de un programa de rehabilitación vestibular en nuestro centro y las claves para definir el candidato ideal a rehabilitar.

Material y método: Analizamos los resultados correspondientes a 27 pacientes sometidos RV realizada por otorrinolaringólogos. Los agrupamos en función de sus diagnósticos y analizamos los resultados pre y postratamiento de los valores objetivos de PD y subjetivos de calidad de vida a través del DHI. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 13.0 y se aplicó el test de Wilcoxon para muestras apareadas con una significación $p < 0,05$.

Resultados: En global, el 55,56% de los pacientes mejoró subjetivamente de sus síntomas. Los pacientes con hipofunción vestibular estable o fluctuante presentaron mejorías significativamente superiores al resto (76,92% vs 30%) $p < 0,05$, con cambios cercanos a los 30 puntos en el DHI. En ninguno de los pacientes no vestibulares hubo resolución completa de los síntomas. La mejoría subjetiva se correlacionó con mejoría en la PD, sobre todo en pacientes vestibulares, donde la condición vestibular del sistema sensorial presentó aumentos en torno al 26%.

Discusión/Conclusiones: La RV se muestra como una herramienta útil en el tratamiento de los trastornos del equilibrio sobre todo en patologías de origen vestibular. Una adecuada selección de los candidatos se hace fundamental para conseguir un buen rendimiento de los programas de RV.

LAS MANIOBRAS DE RECOLOCACIÓN DE PARTÍCULAS Y SU EFECTO EN LA MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS TÍPICOS Y ASOCIADOS DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

J. Llorens, J. Olóriz, R. Calvente, S. Pérez, J. Salinero.

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: El tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) se basa en las maniobras de recolocación de partículas (MRP). Los síntomas típicos son la sensación de giro de objetos ante los giros de cabeza, pero también con frecuencia encontramos otros muchos síntomas asociados (inestabilidad, abotargamiento,...). Nuestro objetivo es evaluar los resultados obtenidos con las distintas MRP y el efecto sobre el conjunto de síntomas referidos por los pacientes.

Material y método: Analizamos los resultados de un total de 43 pacientes diagnosticados de VPPB y tratados mediante MRP. Recogemos los síntomas presentes al diagnóstico y los valores del cuestionario de calidad de vida (DHI) y estudiamos la evolución de los mismos. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 13.0 y se aplicó el test de Wilcoxon para la comparación de 2 muestras apareadas con una significación $p < 0,05$.

Resultados: En un 93,02% de los casos conseguimos una negativización del Dix Hallpike. El 69,77% mejoraron de forma completa de los síntomas con las MRP. La mejoría supuso una disminución próxima a los 20 puntos en el DHI.

Un 27,91% presentó mejorías parciales, persistiendo síntomas asociados como la inestabilidad, presente al inicio en un 51,16% de los pacientes.

El uso combinado de varias MRP aportó mejores resultados que el uso aislado de la maniobra de Epley, aunque de forma no significativa.

Discusión/Conclusiones: Las MRP son la base del tratamiento del VPPB. Con su realización conseguimos la mejoría de los síntomas típicos y también de un importante porcentaje de síntomas asociados, lo que repercute en una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

EXPRESIÓN DE CICLINA D1 Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS E HISTOPATOLÓGICAS EN EL SCHWANNOMA VESTIBULAR

L. del Río, L. Lassaletta, M. Patrón, C. Alfonso, J.M. Roda, J.A. Rey, J. Gavilán
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La ciclina D1 es una proteína clave en la regulación del ciclo celular. Alteraciones en su expresión causan tumorigénesis, aunque su papel en el schwannoma vestibular (SV) no es bien conocido. Nuestro trabajo es el primero que analiza la relación entre la expresión de la ciclina D1, los hallazgos histológicos y las características clínico-radiológicas de los pacientes con SV.

Material y método: Se estudiaron 21 pacientes intervenidos por SV entre 2002 y 2004. Se revisaron sus historias clínicas, audiometrías y RM. Se realizó un estudio histológico del tejido tumoral extirpado, fijándose en el tipo de Antoni y en los cambios degenerativos en el núcleo y en el estroma. Para el análisis inmunohistoquímico se emplearon anticuerpos anticiclina D1.

Resultados: Se hallaron 15 tumores tipo A de Antoni, 3 tipo B y tres mixtos. El tipo B se asocia a tumores más grandes y peor audición preoperatoria. Se encontraron cambios degenerativos en el núcleo y en el estroma en el 48% y el 24%, respectivamente. Los tumores con cambios degenerativos nucleares se relacionan con hipoacusia de mayor duración. La ciclina D1 se expresaba en el 52% de los casos. La expresión de ciclina D1 es más frecuente en tumores derechos, con hipoacusias más largas y cambios nucleares degenerativos.

Conclusión: El tipo de Antoni y la presencia de cambios degenerativos pueden tener implicaciones clínicas. La expresión de ciclina D1 puede intervenir en la tumorigénesis del SV. Son necesarios más estudios para entender la contribución de factores histopatológicos e inmunohistoquímicos en la tumorigénesis del SV.

377

IMPLANTE COCLEAR EN CÓCLEAS OSIFICADAS

J. Donderis Sala, M. Uehara Benites, L. Martí Gomar, L. Cavallé Garrido, C. Morera Pérez
Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La pérdida de permeabilidad coclear puede imposibilitar total o parcialmente la inserción completa de la guía de electrodos del implante coclear (IC). Se han descrito diversas causas de osificación coclear. Para estos casos se han desarrollado técnicas quirúrgicas específicas, así como IC con electrodos de menor longitud o con doble guía. El objetivo es estudiar los casos de osificación coclear en nuestro programa de IC.

Material y método: Estudio retrospectivo de 7 pacientes con osificación coclear que recibieron un IC, de un total de 400 pacientes implantados desde 1991. Se estudió: etiología, resultados de pruebas radiológicas, técnica quirúrgica, tipo de IC empleado y resultados auditivos post-implantación.

Resultados: La incidencia de osificación fue 1.75%. La etiología fue desconocida en 42,85% y por meningitis en 28,57%. Otras causas fueron otosclerosis y procesos autoinmunes. El diagnóstico del grado de osificación se basó en RM. Se utilizaron electrodos bifurcados en seis casos y en uno un electrodo corto. No han aparecido complicaciones vestibulares tras la cirugía. Todos los casos mejoraron en los umbrales audiométricos tonales. Los resultados en la percepción del habla fueron variables (5-92%).

Conclusión: La osificación coclear es infrecuente. La etiología más frecuente en nuestra serie es desconocida. La RM es el diagnóstico de elección. En las osificaciones cocleares pueden necesitarse electrodos especiales, por lo que debe conocerse su existencia para planificar la cirugía.

385

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL COMO COMPLICACIÓN EN LA CIRUGÍA DEL COLESTEATOMA

V. Palomar Asenjo, M. Borràs Perera, S. Tobías Gómez, L. Andreu Mencía, E. Sarroca Capell, V. Palomar García
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Universitat de Lleida, Lleida.

Introducción: En la evolución natural del colestoma se produce generalmente una pérdida de audición progresiva, que inicialmente es de

transmisión y más tarde mixta, pudiendo llegar incluso a la cofosis. El principal objetivo del tratamiento quirúrgico es el control de la enfermedad y, a continuación el mantenimiento o mejoría de la capacidad auditiva. Se ha propuesto que el tratamiento quirúrgico puede ser fuente de una pérdida neurosensorial debida al traumatismo acústico que ocasiona el empleo de la fresa o del propio aspirador durante el acto quirúrgico.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo sobre una muestra de 122 pacientes intervenidos por presentar colestoma de oído medio (74 hombres y 48 mujeres), siendo un 52,5% oídos derechos y un 47,5% izquierdos. La edad media era de 41,6 años (rango 3-80) con una evolución media de la sintomatología de 9,4 años (1 mes - 70 años). Para realizar el estudio disponemos, junto con otros datos exploratorios, de la audiometría preoperatoria, así como de la postoperatoria a los 3 meses (115 casos) y al año (96).

Resultados: La mayoría de los colestomas originaban una perforación atical (61,5%), pero en 6 casos no existía perforación (4,9%). En 6 casos se observó fístula del canal semicircular lateral. En un 47% se realizó técnica cerrada, 38% abierta y 15% a demanda. La audición media por vía ósea al año (24,05 dB) no difiere significativamente ($p > 0,05$) de la obtenida en el estudio preoperatorio (23,74 dB), mientras que si se observa una mejoría significativa de la audición por vía aérea. Estudiamos así mismo la afectación auditiva en las diversas situaciones en función de las características del colestoma.

Discusión/Conclusiones: Pese a que se ha propuesto que pudiera existir una afectación neurosensorial secundaria a la cirugía del colestoma parece observarse que si se realiza una técnica cuidadosa, sin traumatizar cadena osicular, platina, canales semicirculares... la afectación puede ser mínima o inexistente en la mayoría de los casos.

387

CALIDAD DE VIDA TRAS LA CIRUGÍA DEL BAHÁ

I. Sánchez, A. Castro, L. Lassaletta, J. Gavilán
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El BAHÁ es un dispositivo de conducción por vía ósea indicado en pacientes con malformaciones congénitas de oído externo y medio, otitis media crónica, otosclerosis, determinados pacientes con cofosis unilateral y como alternativa si el paciente no puede emplear audífonos convencionales.

Material y método: Este estudio incluye a 28 pacientes implantados entre junio de 2004 y junio de 2006 con una edad media de 48 años. La media de la vía aérea para las frecuencias de 500, 1000 y 2000Hz fue 72dB. Tres pacientes (10,8%) eran portadores previos de una prótesis de conducción por vía ósea. El instrumento empleado para la medición de calidad de vida fue el Glasgow Benefit Inventory y un cuestionario con preguntas abiertas, uso del BAHÁ, modificación del acúfeno y presencia o no de dolor.

Resultados: La puntuación media del GBI total fue 38, y en las subescalas general, social y física 54, 10 y 1 respectivamente. La media de horas al día de utilización fue de 12. No se encontró relación significativa entre el grado de audición preoperatorio, la etiología de la hipoacusia o el tipo de hipoacusia con la calidad de vida. La presencia de acúfeno disminuyó de un 37,5% a un 20,8%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que el uso del BAHÁ se asocia a una clara mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Asimismo muestran que el uso del BAHÁ tiene un efecto beneficioso sobre el acúfeno.

467

RESULTADOS DE LAS TIMPANOPLASTIAS EN LAS VÍCTIMAS DEL ATENTADO DEL 11-M EN MADRID

M. Mancheño Losa; F. García de Pedro, A. Encinas Vicente, A. Lowy Benoliel, C. Martín Oviedo, X. Araujo Piedra, B. Scola Yurrita
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Entre las múltiples lesiones que se producen como consecuencia de atentados terroristas por agentes explosivos, una de las más frecuentes es el blast auricular o estallido timpánico, provocado por la onda expansiva.

Material y método: De los más de 500 heridos atendidos en nuestro Hospital el 11 de marzo de 2004, 92 fueron seguidos en nuestras consultas y 30 han sido operados (38 oídos).

Resultados: De los 38 oídos operados, en 35 de ellos (92%) la perforación se ha cerrado de forma satisfactoria si bien en 8 pacientes (22,8%) hubo necesidad de una segunda intervención para solucionar una perforación residual. De los tres pacientes restantes, dos rechazaron una nueva cirugía y otro está pendiente de reintervención. En 4 pacientes (10,5%) se observó la aparición de colesteatoma secundario, un paciente (2,6%) presentó blunting anterior. Se comparan los resultados con los publicados en otras series sobre atentados de características similares.

Discusión/Conclusiones: En las perforaciones de pequeño tamaño debemos esperar al cierre espontáneo. En los pacientes con perforaciones totales o subtotales, que no cierran espontáneamente en 4-6 meses, debemos considerar la reparación quirúrgica. El porcentaje de reparaciones y aparición de colesteatoma secundario es mayor que en perforaciones de otras etiologías.

472

LA TÉCNICA DE TIMPANOPLASTIA CON ANTROEXCLUSIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LOS COLESTEATOMAS DE OÍDO MEDIO: RESULTADOS A 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

H. Niyim, C. Frade, C. Castro, I. Pensado, T. Labella

Servicio de ORL. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

Introducción: La técnica de timpanoplastia con antroexclusión fue descrita en 1985 por el Dr. Olaizola.

Objetivos: Evaluar a largo plazo, los resultados anatómicos, patológicos y funcionales de la técnica de antroexclusión.

Material y método: Estudio retrospectivo de 91 pacientes (62% hombres, edad media de 37,7 años con rango 7-77 años) intervenidos mediante timpanoplastia con antroexclusión entre enero 1994 y diciembre 2001. Todos los pacientes han presentado un seguimiento de al menos 5 años.

Resultados: *Anatómicos:* con respecto a la membrana timpánica/injerto, en el 44% estaba normal, perforado en el 11% y en el 45% presentaba algún grado de atelectasia. En los casos en los que se utilizó prótesis auditiva (71,4%), ésta se extruyó en el 42%, con un tiempo medio de extrusión de 32 meses. Hemos observado que la interposición de cartílago entre la prótesis y el neotímpano previene contra la extrusión de la misma. *Patológicos:* en el 7,6% de los casos se observó una recurrencia del colesteatoma. Mediante un modelo de regresión de Cox, hemos visto que por cada año de edad el riesgo de recidiva disminuye en un 4,8%. El 15% de los pacientes presentaron otorrea continua. *Funcionales:* a 5 años de seguimiento, la audición preoperatoria ha sido conservada o mejorada en 62% de los casos.

Discusión/Conclusiones: La técnica de timpanoplastia con antroexclusión nos ha reportado resultados aceptables en cuanto al control de la recidiva del colesteatoma y a la conservación de la función auditiva.

133

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE 140 PACIENTES CON BAHÁ EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Marco¹, I. Alonso¹, J. Dalmau², V. Murcia², F. Bataller³, L. Payá³, C. Morera⁴, I. Ibáñez⁴, J.M. Gozalbo⁵, M. Faubel⁶, A. Hernández⁷, A. Campos⁸, F.J. Gisbert⁹

¹Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia. ²Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ³Hospital General, Alicante. ⁴Hospital U

Introducción: La hipoacusia de transmisión por OMCr bilateral con imposibilidad de llevar prótesis auditivas ha supuesto un reto para los ORL. En la actualidad la utilización del BAHÁ supone una nueva aportación para estos pacientes.

Material y método: Presentamos los resultados de un estudio multicéntrico retrospectivo sobre un total de 120 pacientes a los que se ha implantado un dispositivo BAHÁ, un 13% se aplicó a mayores de 64 años siendo un 4,6% a menores de 14 años. 89 casos tenían como etiología una otitis media crónica, mientras que 14 casos eran malformaciones de oído externo y medio. En dos casos se trataba de una cofosis unilateral y en otro de una hipoacusia de transmisión unilateral.

Resultados: La media de cirugías previas era de 1,99. El 13% presentó complicaciones postquirúrgicas; un 3,7% en el pedestal, 1,9% exceso de tejido, 1,9% falta de aseo. En cuanto al colgajo un 30,6% presentaron en algún momento complicaciones menores; 6,5% necrosis parcial, 5,6% problemas en el pedestal/pilar, 4,6% eczema, 3,7% infección. Se produjo extrusión del tornillo en el 5,6% con una media de antigüedad desde la implantación de 44 meses. La media de curas por paciente fue de 4 mientras que en los casos de extrusión fue de 5,4%. Con los sistemas previos la media en dB en la ATL era de 55 y con el BAHÁ de 32.

Conclusiones: La satisfacción en general era muy buena en el 66%, buena en el 30%, regular en el 3% y mala o sin notar mejoría en el 1%. Al evaluar los resultados en ambiente ruidoso éstos eran muy satisfactorios en el 26%, satisfactorios en el 53, y regulares en el 21%. En cuanto a la mejora de la comprensión del habla los resultados eran muy buenos en el 61%, buenos en el 367% y regular en el 3%.

222

ANÁLISIS ACÚSTICO DE LA VOZ DEL ANCIANO

D. Ruba, S. Fernández

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: En los ancianos se producen cambios anatómicos y fisiológicos en la laringe que modifican las características de la voz. No es fácil precisar que es la presbifonía "normal" y que es la presbifonía patológica.

Material y método: Hemos estudiado 60 personas mayores de 65 años de edad, 28 mujeres y 32 varones, a los que se les ha realizado un análisis acústico de la voz. El protocolo seguido para la recogida de la muestra consistió en la grabación de vocales, palabras y frases balanceadas representativas. Se analizaron mediante el programa informático "Sound Scope" y se revisa la morfología del espectrograma tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Resultados: El análisis acústico reveló un aumento de la frecuencia fundamental en varones (146 Hz) y una disminución en mujeres (223 Hz), se objetivaron perturbaciones en el 43% de los analizados, fluctuaciones y variabilidad en el 100%, irregularidades en el 26% y tremor en el 76,7%. En cuanto al ataque vocal se ha observado un patrón característico en el 40% de los ancianos estudiados.

Conclusiones: Alteraciones en los parámetros acústicos son muy frecuentes en ancianos. La alteración más importante se encuentra en la frecuencia fundamental, especialmente en mujeres. Existen también patrones característicos de la presbifonía sobre todo relacionados con el control y precisión de la fonación sostenida. Es necesario evaluar un mayor número de parámetros y una muestra más amplia para establecer correlaciones entre parámetros acústicos, aerodinámicos y anatómicos que ayuden a la distinción entre lo normal y lo patológico para poder ofrecer medidas preventivas, terapia logopédica y tratamiento fonocirúrgico.

315

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: BUPROPION VS SERTRALINA

F. Trobat, E. Novas, E. Fedullo, G. Till, C. Magri, G. Jaume

Hospital Universitaria Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: El tabaquismo es la principal causa mundial de morbilidad y mortalidad evitable hoy en día. La tasa de mortalidad de los fumadores triplica a los no fumadores, y su vida se reduce en 15 años.

Material y método: Valoramos si sertralina puede ser una alternativa en el abandono del tabaco frente a bupropión. Se realiza un estudio prospectivo aleatorio randomizado, comparando sertralina con bupropión durante 6 meses. Se considerará éxito en la abstinencia tabáquica cuando el enfermo declare no fumar ni un solo cigarrillo durante los 6 meses de seguimiento. Se confirmará mediante la realización de una cooximetría en cada una de las visitas. Incluimos a 66 pacientes. Randomizados aleatoriamente en dos grupos, grupo sertralina (33 pacientes) o grupo bupropión (33 pacientes).

Resultados: No existían diferencias significativas en cuanto éxito-fracaso en edad, sexo, entorno, tipo de cigarrillos. No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a los resultados tanto con tratamiento con bupropión (42,42%) como con sertralina (30,30%). El número de abandonos es mayor en aquellos pacientes tratados con sertralina

(21,21%) que en los tratados con bupropión (12,12%). A mayor Fagerström (grado de dependencia) mayor probabilidad de éxito. El Fagerström en el grupo sertralina era mayor que en el grupo bupropión, aunque no había diferencias significativas.

Conclusión: En conjunto el tratamiento con bupropión parece ser mejor tolerado que el tratamiento con sertralina, dado el menor número de abandonos del tratamiento. Sin embargo no existen diferencias significativas en cuanto a la eficacia del mismo.

132

CIRUGÍA PARATIROIDICA, NUESTRA EXPERIENCIA

G. Barrutieta Baztán, A.M. Maeso Plaza, P.A. Escobar Rincón, E. Macon Liqueite, M. Rey García, M.J. Pascual Delso, P. Ortega del Álamo
Hospital de Móstoles, Móstoles, Madrid.

Introducción: La cirugía paratiroidica es una superespecialización de la cirugía de cuello que requiere cierta experiencia para abordarla con éxito. Los equipos quirúrgicos acostumbrados a la cirugía tiroidea obtienen de ella un buen campo de entrenamiento para la cirugía paratiroidica.

Material y método: Recogemos en este estudio retrospectivo 94 casos de hiperparatiroidismo primario intervenidos en el hospital de Móstoles desde enero de 1997 hasta febrero de 2007. Se describe la localización de los adenomas, la frecuencia de hiperplasias, la relación del sesta-mibi con los hallazgos intraoperatorios, la correlación de los niveles de PTH y las calcemias con el tamaño de los adenomas. Además se analizan las secuelas más frecuentes, hipocalcemia y parálisis, la clínica y las indicaciones y técnicas quirúrgicas.

Resultados: Estudio descriptivo de 94 paratiroidectomías con anatomía patológica de adenoma paratiroidico. En uno de los casos existía además una hiperplasia paratiroidica y otro resultó ser un carcinoma paratiroidico. Se realizaron 16 tiroidectomías no selectivas como consecuencia de los hallazgos intraoperatorios con un total de 7 carcinomas tiroideos, todos ellos papilares.

Discusión: El tratamiento de los hiperparatiroidismos primarios ha resultado ampliamente satisfactorio con las técnicas empleadas así como la reducida tasa de complicaciones experimentada por este equipo quirúrgico.

61

CIRUGÍA LÁSER CO₂ EN CÁNCER DE LARINGE, NUESTRA EXPERIENCIA

M.D. Allely Teruel, A. Medinilla Vallejo, A. Menoyo, F. Aguilar Vera, I. Reyes Tejero, D. Castro Gutiérrez de Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, E. Mata López, F. Esteban
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La historia de la aplicación clínica del láser CO₂ en lesiones orofaríngeas, laringeas y traqueobronquiales es relativamente corta y reciente. La laringología láser ha cambiado muchos conceptos acerca del manejo del cáncer de la vía aereodigestiva superior.

Material y método: Se presenta una serie de 210 pacientes que en un período comprendido entre noviembre de 2000 y enero del 2006 fueron intervenidos mediante cirugía láser CO₂ por presentar sospecha de cáncer de laringe, practicándose distintas técnicas quirúrgicas dependiendo de la localización del mismo con seguimiento mínimo superior a un año: 185 cordectomías, 21 laringectomías parciales horizontales supraglóticas (LPHS), 14 hemilaringectomías (HL).

Resultados: Durante este período de estudio no se ha registrado ninguna morbilidad relevante peroperatoria. Se han rescatado tras recidiva 13 pacientes, realizándose 11 laringectomías totales (LT) tras 1 LPHS, 4 HL y 6 cordectomías, 1 LT por un segundo tumor primario subglótico y 1 Tucker por una recidiva en comisura anterior. Ha fallecido en el momento actual 7 pacientes, de los cuales 2 estaban rescatados con LT. La estancia hospitalaria media fue de 2,9 días.

Conclusión: El empleo del láser en otorrinolaringología ha cambiado tanto el pensamiento clínico como el cuidado de los pacientes. Se ha conseguido una mejora de la efectividad (coste/beneficio) relacionada con la disminución de la estancia media hospitalaria y el ahorro de fungibles. La morbilidad es mínima, aumentando notablemente la calidad percibida por los pacientes.

SALA UNESCO

15,00-16,30

Sesión de comunicaciones orales 2

224

SEGUIMIENTO DE 71 TUMORES MALIGNOS DE LA OROFARINGE (1996-2007).

C. Sánchez Herrero, E. Sánchez Terradillos, M. Cuetos Azcona, E. Gil-Carcedo Sañudo, P. Pomar Blanco, L.M. Gil-Carcedo García
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Los tumores de la orofaringe representan en España el 1% de los tumores malignos y el 15% de los de vías aero-digestivas superiores. Se estiman 4 casos nuevos/100.000 habitantes/año.

Material y método: Presentamos 71 tumores malignos de orofaringe diagnosticados entre 01/01/96 y 01/04/07. Varones 61, Mujeres 10. Media de edad: 57 años (28-91). Para la inclusión/exclusión de los casos: criterios topográficos, clínicos y anatomopatológicos.

Resultados: Factores de riesgo (99% de casos): 56 hombres fumadores (91,8%), 2 de ellos no bebedores; 58 bebedores (95,08%), de ellos 3 no fumadores. De 10 mujeres, 7 fumadoras (70%), 5 mujeres bebedoras (50%), 3 no fumadoras no bebedoras. Deficiente estado buco-dentario 86%. Clínica tardía y poco expresiva. Síntoma/signo más precoz: Odinofagia (61%), otalgia (52%), disfagia (46%), adenomegalia cervical (28%), dolor espontáneo (25%), sensación cuerpo extraño (25%), AAA (7%), sangrado (7%), asintomáticos/hallazgo casual ($\geq 2\%$), sialorrea fétida ($\geq 2\%$), fiebre ($\geq 2\%$). Localización primitiva: amígdala (41,5%), trigono (18,87%), base de lengua (16,98%), úvula (9,43%), pilar anterior (7,55%), pilar posterior (3,77%), pared posterior (1,89%). Gradación: estadio IV: 60% (IVA 45%, IVb 10%, IVc 5%). Estadio III: 27,5%. Estadio II: 7,5%. Estadio I: 5%. Tratamiento quirúrgico (81,8%): Trotter: 45%; Transoral: 22,5%; Mandibulotomía: 15%; Mandibulectomía: 10%; Pull-Through: 7,5%. Vaciamientos: 83,4%. RT y/o QT: complementarias 66%, exclusivamente 13%. Patología: carcinoma epidermoide 64 (90,14%), linfomas 5 (7,04%), adenoma pleomorfo 2 (2,82%). Seguimiento: 2 meses-11 años. Libres de enfermedad (49%), vivos con enfermedad (13%), fallecidos (19%), no seguimiento (19%).

Discusión/Conclusión: Extrema importancia de los factores de riesgo. Diagnóstico tardío (estadios III/IV). Tratamiento individualizado (principal: cirugía).

376

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES PAROTÍDEOS

M. Rodríguez Paradinas, F.J. Gamboa Mutuberría, T. Rivera Rodríguez
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción: El objetivo de este trabajo es realizar un estudio retrospectivo de nuestra casuística sobre el tratamiento de los tumores parotídeos durante el período 1991-2006.

Material y método: Se presenta una serie de 94 pacientes en los que se han realizado 96 parotidectomías. Realizamos 50 parotidectomías por adenoma pleomorfo, 22 por tumor de Warthin, 4 por mioepitelioma, 3 por quiste linfoepitelial, 2 por neurofibroma, 2 por tuberculosis parotídea, 1 por adenoma monomorfo, 1 por hemangioma epiteliode. 9 de las parotidectomías fueron realizadas por tumores malignos. A todos los pacientes se realizó historia clínica, exploración física, punción aspiración con aguja fina (PAAF) y estudio radiológico. Se valora también la incidencia de complicaciones (fístula salival, hematoma, infección, síndrome de Frey).

Resultados: La PAAF coincidió con el diagnóstico anatomopatológico en el 96% de los adenomas pleomorfos y en el 86% de los tumores de Warthin. El 85% de los tumores benignos se trataron con parotidectomía superficial, realizándose parotidectomía total o subtotal en el resto de los casos por encontrarse tumor en el lóbulo profundo. En el 61% de los casos no hubo alteraciones de la motricidad facial postquirúrgica, mientras que el 33% de los casos presentaron alteraciones transitorias, con un 6% de casos en los que persistió una paresia facial leve de algunas de las ramas.

Conclusión: La PAAF tiene una alta sensibilidad sobre todo para el adenoma pleomorfo. El tratamiento quirúrgico de los tumores benignos de la parótida presenta baja morbilidad de la motricidad facial.

INFECCIONES PARAFARÍNGEAS: UNA ENTIDAD NO TAN INFRECIENTE

M. Borràs Perera, S. Tobías Gómez, V. Palomar Asenjo, Z. Ibars Valverde, J.C. Fortuny, A. Ruiz Giner, V. Palomar García
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Las infecciones cervicales profundas son complicaciones infrecuentes de las infecciones respiratorias. El espacio parafaríngeo es el más frecuentemente afectado, después del espacio periamigdalino. Publicaciones recientes han observado un aumento relativo de estas infecciones. Por ello, hemos querido revisar los casos diagnosticados en nuestro centro en los últimos 10 años.

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes con infección del espacio parafaríngeo en el Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, entre 1996 y 2006.

Resultados: Se revisan 33 pacientes con diagnóstico de infección parafaríngea. Encontramos 23 hombres (69,6%) y 10 mujeres (30,3%), con una edad media de 22,09 años (DE = 21,46). En el intervalo 1996-2000 hubo 4 casos, y entre 2001-2006 se registraron 29. El síntoma y el signo más frecuentes fueron odinofagia (81,81%) y adenopatías laterocervicales (84,84%), respectivamente. Se cursó TC cervical a todos los pacientes, hallando absceso en el 72,72% y flemón en el 27,27%. El tratamiento más utilizado fue cefotaxima + clindamicina (45,5%). La duración media del tratamiento antibiótico fue 17,3 días (DE = 5,89). La tasa de éxito con tratamiento conservador fue del 81,82%. Se realizó drenaje quirúrgico en 6 pacientes (18,18%).

No encontramos complicaciones sistémicas. La estancia media fue de 10,45 días.

Discusión: Observamos un aumento de incidencia de las infecciones parafaríngeas en los últimos años. Ello podría corresponder a cambios biológicos en los agentes etiológicos más frecuentes. Obtenemos una alta tasa de respuesta al tratamiento médico, relegando el tratamiento quirúrgico a los pacientes con mal estado general o con ausencia de mejoría después de 48 horas.

COLGAJO MIOCUTÁNEO DE PECTORAL MAYOR: EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL

D. Virós, M. Quer, X. León, M. López, J. García, J. Masià
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La cirugía oncológica de cabeza y cuello ha ido avanzando a medida que se ha podido ofrecer una reconstrucción adaptada al acto quirúrgico. El colgajo pediculado de pectoral mayor supuso el principal método de reconstrucción tras resecciones amplias de lesiones de cabeza y cuello durante muchos años. El desarrollo de las técnicas microquirúrgicas ha condicionado su uso progresivo en este tipo de reconstrucciones en detrimento del colgajo pectoral.

Material y método: Presentamos una revisión retrospectiva de 351 actos reconstructivos. Se analizan 275 colgajos pectorales realizados en nuestro centro desde 1984, analizando la indicación, las complicaciones, el uso de radioterapia previa, la estancia hospitalaria, lado del colgajo y uso de Salivary By-Pass Tube. Revisamos también la indicación de 76 colgajos libres y su evolución histórica en nuestro centro.

Resultados: De los 275 pectorales, 147 presentaron alguna complicación cervical (114 infección/dehiscencia, 29 dehiscencia/hematoma, 4 necrosis total/parcial), 36 pacientes torácicas (16 infección, 10 hematoma, 10 dehiscencia). No se encontró relación estadísticamente significativa con la realización de radioterapia previa. A partir de 2001 incorporamos la técnica de reconstrucción con colgajos libres. De 1998 a 2000 se realizaron 58 pectorales, de 2001 a 2003, 53 pectorales y 29 libres, y de 2004 a 2007, 34 pectorales y 47 libres. Está variación se debe principalmente a la reconstrucción de orofaringe y cavidad oral donde se hicieron 22 pectorales en 1998 a 2000, 12 pectorales y 21 libres en 2001-2003, y 4 pectorales y 28 libres en 2004-2007.

Discusión/Conclusiones: En la era de los colgajos microanastomosados creemos que el colgajo de pectoral mayor se sigue manteniendo un lugar privilegiado para la reconstrucción de la hipofaringe y defectos de la región cervical, con una aceptable morbilidad y buenos resultados.

Sin embargo, actualmente, en determinadas localizaciones como la cavidad oral y orofaringe, preferimos el uso de colgajos libres microanastomosados para la reconstrucción.

TUMORES DE SENOS PARANASALES

C. Martín Oviedo, A. Lowy, A. Encinas, F. García de Pedro, M. Mancheño, C. Bachiller, X. Araujo, B. Scola
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los tumores nasosinuales malignos son tumores que van a afectar a las cavidades nasosinuales en conjunto, englobando los del maxilar superior, etmoides y de las fosas nasales. A diferencia de otros tumores de las VADS son poco frecuentes representando alrededor del 3% de los tumores de cabeza y cuello, con una proporción distinta según el sexo, no dependiendo ni del alcohol ni del tabaco.

Material y método: Hemos realizado un estudio retrospectivo de 34 pacientes diagnosticados entre los años 1990 al 2004, representando el 1,5% de todos los tumores de cabeza y cuello diagnosticados en ese tiempo, 24 de ellos varones y 10 mujeres. La edad media fue 62 con un rango entre 14-91. El motivo de consulta más frecuente fue tumefacción local (29%), seguida de dolor facial y disestesias (23%), IRN (17%). En cuanto al manejo diagnóstico fueron TC (65%), TC más RMN (27%), RMN (18%), biopsia (94%). Localización: 79% maxilar, 21% etmoidal. El diagnóstico histopatológico principal fue el carcinoma epidermoide (61%), seguido de ca. pobremente diferenciado (12%), adenocarcinoma y rhabdomyosarcoma (9%), linfoma, linfopitelioma y indiferenciado (6%). Clasificación: TNM: T2 (8%), T3 (24%), T4 (54%). y en los rhabdomyosarcomas estadio 3 (65%) y 4 (35%).

Resultados: El 94% fue tratado con intención curativa, practicándose cirugía con o sin otros tratamientos en el 41%. Se presenta un análisis estadístico detallado de los tratamientos efectuados en cada estadio, de las principales complicaciones y de la supervivencia conseguida en cada grupo. Teniendo finalmente en esta serie una supervivencia global a los 3 años del 44%, libre de enfermedad del 29% y a los 5 años una supervivencia global del 23% y libre de enfermedad del 20%.

Conclusiones: Al igual que las series revisadas son tumores poco frecuentes, con mayor frecuencia de carcinoma epidermoide. Su manejo terapéutico debe ser valorado según el estadio y generalmente es multidisciplinar. Dado el grado de evolución al diagnóstico son tumores con baja supervivencia.

TUMORES MALIGNOS DE BASE DE LENGUA

F. García de Pedro, M. Mancheño, A. Encinas, C. Martín, A. Löwy, X. Araujo, B. Scola
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los tumores malignos de la base de la lengua son lesiones insidiosas y de mal pronóstico dado que suelen ser asintomáticas hasta que ya han progresado. La metástasis a los ganglios linfáticos es común en el momento del diagnóstico debido al abundante drenaje linfático de la base de la lengua.

Material y método: Hemos realizado un estudio retrospectivo de un total de 79 pacientes (72 varones y 7 mujeres) con una media de edad de 60 años (rango: 36-92) vistos en nuestro centro por presentar un tumor maligno de base de lengua entre los años 1991 y 2004, representando el 1,51% de todos los tumores de cabeza y cuello diagnosticados en nuestro centro en ese periodo. Recogemos datos en cuanto a hábitos tóxicos, clínica al diagnóstico, tipo histológico, extensión local, regional y a distancia, tratamientos efectuados en cada caso, complicaciones derivadas de los mismos y necesidad de tratamiento de rescate.

Resultados: Analizamos la supervivencia al año, a los tres años y a los cinco años obteniendo una supervivencia global de 70,8% al año, 37,9% a los 3 años y 26,6% a los 5 años. El análisis de la supervivencia libre de enfermedad nos muestra unos valores de 36,7% al año, 25,3% a los 3 años y 22,6% a los 5 años.

CÁNCER DE CAVUM. TUMORES DIAGNOSTICADOS EN EL HGUGM ENTRE 1990 Y 2004

A. Lowy Benoliel, F. García de Pedro, M. Mancheño Losa, A. Encinas Vicente, C. Martín Oviedo, X. Araujo Piedra, B. Scola Yurrita

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El cáncer de cavum es un tumor infrecuente en el que el papel del ORL es fundamental a la hora del diagnóstico, siendo necesario un alto grado de sospecha por la posible banalidad de su clínica. En la actualidad el tratamiento de elección es la radioterapia con o sin quimioterapia simultánea. El papel de la cirugía es mucho menos relevante que en el resto de los tumores de cabeza y cuello y suele limitarse al rescate quirúrgico de las recidivas cervicales del tumor. En esta comunicación presentamos nuestra serie de tumores de cavum diagnosticados entre 1990 y 2004.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo para estudiar distintos aspectos de los pacientes y tumores en cuestión. Mediante la revisión de historias clínicas obtuvimos datos sobre edad, sexo, estadio, tratamiento inicial y de segunda línea, supervivencia, mortalidad e histología de los tumores de cavum. La serie presentada consta de 77 casos de tumores malignos de cavum diagnosticados y tratados entre 1990 y 2004.

Resultados: La edad de presentación media de nuestros pacientes fue de 51 años, con rango entre 1 y 91. En la mayoría de los casos (85,5%) el diagnóstico fue tardío, en estadios III y IV, con frecuente afectación ganglionar (N1-N3) en el 79,3%. El tratamiento varió en función del estadio de forma que en estadio I el 100% recibió exclusivamente RT mientras que en el resto la mayor parte de los pacientes fue tratada con quimioradioterapia simultánea. El papel de la cirugía en nuestra serie fue muy limitado.

Discusión/Conclusiones: Nuestra serie confirma datos ya conocidos (sobre la importancia de la afectación ganglionar el pronóstico por ejemplo) sobre esta patología, así como la importancia de la quimioradioterapia simultánea en el tratamiento de la mayoría de estos tumores.

TUMORES DE PALADAR BLANDO Y AMÍGDALA. NUESTRA EXPERIENCIA A LO LARGO DE 13 AÑOS

A. Encinas Vicente, M. Mancheño Losa, F. García de Pedro, C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, X. Araujo Piedra, B. Scola Yurrita

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los tumores de orofaringe son relativamente frecuentes dentro de las neoplasias de cabeza y cuello (4 casos por cada 100000 habitantes y año), pudiéndose dividir en tumores de región amigdalina, de base de lengua, de paladar blando y de pared posterior, todos ellos con similares factores carcinogénicos aunque con diferentes frecuencias relativas de aparición (60% en región amigdalina, 20-25% en base de len-

gua, 10% en paladar blando y 5-10% en pared posterior). En este trabajo nos vamos a centrar solamente en los tumores de región amigdalina y paladar blando.

Material y método: Se han analizado de forma retrospectiva 70 pacientes diagnosticados de tumores de paladar blando (16 pacientes) y de tumores de región amigdalina (54 pacientes) entre los años 1991 y 2004 en los servicios de ORL y Cirugía Maxilofacial del hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Resultados: Los pacientes fueron diagnosticados de carcinoma epidermoide en el 100% de los casos de tumores de paladar blando y en el 92% de los tumores de amígdala (7,4% fueron linfomas y 1,8% sarcomas). El 81,25% de los tumores de paladar blando eran estadio I o II al diagnóstico, frente al 58,16% de los tumores de amígdala, que eran estadio IV. Se les trató siguiendo múltiples modalidades terapéuticas, que podían incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia o combinaciones de todas ellas. La supervivencia en los tumores de paladar blando era de un 71,42% a los 3 años y un 50% a cinco años y en los de amígdala era de 53,84% y 25%.

Discusión/Conclusiones: Los datos obtenidos en este estudio son similares a los que se puedan encontrar en la literatura. Es de remarcar el elevado estadio al diagnóstico en los tumores de amígdala, teniendo en cuenta la facilidad para su exploración.

ESTUDIO DE LA AUDICIÓN Y DE LA PRESIÓN DEL LÍQUIDO PERILINFÁTICO CON LA ADMINISTRACIÓN DE GLICEROL EN ENFERMOS DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

S.A. García Fernández, J.I. Vargas Fernández, E. Fernández Pascual, I. Aguadero García,

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Se realiza estudio audiológico y medida de la presión perilinfática antes de la administración del glicerol, a las 2 horas y a las 72 horas tras la administración.

Material y método: Se realiza estudio con audiometría tonal liminar, otoemisiones acústicas y medida de la presión del líquido perilinfático en pacientes diagnosticados de enfermedad de Ménière de menos de tres años de evolución.

Resultados: En el 40% de los pacientes se obtiene una mejoría en la ATL que concuerda con la mejoría en la amplitud de los productos de distorsión. En un 40% se obtiene un empeoramiento de todos los parámetros que mejoran a las 72 horas y en un 20% no hay modificación.

Discusión/Conclusiones: De nuestros resultados se puede deducir que es posible orientar diferentes tratamientos en la enfermedad de Ménière en base a las respuestas obtenidas en los productos de distorsión, la ATL y la modificación en las presiones perilinfáticas. La existencia de productos de distorsión en enfermedades con hipoacusia que no lo justifican podrían estar en concordancia con la supervivencia de las células ciliadas externas.

SÁBADO, 10 DE NOVIEMBRE

SALA AUDITORIO

8,30-9,30

COMISIÓN DE RINOLOGÍA Y ALERGIA

Sesión de comunicaciones orales 3

59

CORRELACIÓN TOMOGRÁFICA ENTRE PATOLOGÍA NASOSINUSAL Y GRAVEDAD DE LAS BRONQUIECTASIAS

J.M. Guilemany¹, I. Alobid¹, J. Angrill², J. Berenguer³, S. Centellas¹, M. Bernal-Sprekelsen¹, A. Valero², C. Picado², J. Mullol^{1,4}.¹Unitat de Rinologia, Servei d'ORL (ICEMEQ). ²Servei de Pneumologia i Alergia (ICT).³Servei de Radiodiagnòstic, Barcelona.

Introducción: Patologías asumidas como exclusivamente pulmonares o bronquiales pueden asociarse a patología nasal y/o sinusal, apareciendo el concepto de "una única vía, una única patología". Las bronquiectasias (BQs) se asocian con alta frecuencia a rinosinusitis crónica (RSC) y poliposis nasal (PN), causando un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Demostrar que en pacientes con BQs: a) existe una gran afectación de los senos paranasales; b) investigar la relación entre el grado de ocupación sinusal (mediante TC nasosinusal) y la extensión de las BQs (mediante TC torácica).

Método: Se estudiaron 88 pacientes con BQs, cuya edad media fue de $55 \pm 1,5$ años, con predominio de mujeres (2,3:1). Se evaluó la ocupación sinusal (TC, 0-24) y la extensión de las BQs (TC; 0-18, % afectación pulmonar). También se evaluaron los síntomas nasales (RASP, 0-3) y la presencia de pólipos por endoscopia nasal (0-3).

Resultados: El 77% de los pacientes con BQs presentan criterios EP3OS de rinosinusitis crónica. El 25% de los pacientes presentan pólipos nasales ($1,6 \pm 0,2$). La TC sinusal está afectada en el 100% de los pacientes con criterios clínicos de RSC, con predominio maxilar ($2,1 \pm 0,1$), etmoidal anterior ($1,9 \pm 0,1$) y del complejo ostiomeatal ($2,2 \pm 0,2$). Los pacientes con RSC presentan peor puntuación ($p < 0,01$) en la TC pulmonar (CRS: $7,2 \pm 0,5$, 40%; no CRS: $3,7 \pm 0,7$, 20,5%).

Conclusiones: Los pacientes con BQs y criterios de RSC presentan una afectación pulmonar más extensa de sus BQs, con lo que la patología nasosinusal podría constituir un factor de diagnóstico y control de la gravedad de las BQs. En consecuencia, en los pacientes con BQs se debe realizar un estudio sistemático de la nariz y los senos paranasales.

102

LA IL-1B ESTIMULA LA CICLOOXIGENASA-2 Y LA PGE2 EN FIBROBLASTOS DE PACIENTES CON TOLERANCIA A LOS AINES PERO NO EN LOS DE PACIENTES CON INTOLERANCIA

J. Roca-Ferrer¹, C. Picado³, L. Pujols¹, I. Alobid^{2,3}, A. Martínez¹, M. Pérez¹, M. Fuentes¹, A. Haubert^{1,3}, J. Mullol^{1,2}¹IDIBAPS. ²Unidad de Rinología, Departamento de Otorrinolaringología. ³Unidad de Alergia, Departamento de Neumología y Alergia. Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La inhibición de la ciclooxigenasa-1 (Cox-1) provoca broncoespasmo en pacientes con intolerancia a los AINES. En estos pacientes se ha descrito un déficit de secreción de PGE2 y de expresión de Cox-2. El objetivo de este estudio fue investigar el efecto de IL-1beta sobre la PGE2, Cox-1 y -2 en fibroblastos de pólipos nasales de pacientes con tolerancia (PN-TA) e intolerancia (PN-IA) a la aspirina.

Material y método: Los cultivos de fibroblastos (PN-TA, n = 4; PN-IA, n = 4) obtenidos por polipectomía, fueron estimulados con IL-1beta (10 ng/ml) de 30 min a 24 horas. El ARNm de Cox fue estudiado por PCR a tiempo real (cambio normalizado con beta-actina), la proteína Cox-1 por western blot, y la proteína Cox-2 (ng Cox-2/mg proteína total) y la PGE2 (pg PGE2/mg proteína total) por ELISA.

Resultados: IL-1beta incrementó la expresión de ARNm de Cox-2 (de 30 min a 4 horas) y de proteína Cox-2 (de 1 a 24 horas), y la secreción de PGE2 (de 1 a 24 horas) únicamente en fibroblastos de PN-TA. El efecto

de IL-1beta en los TA fue significativamente superior en fibroblastos de PN-TA que de PN-IA a las 4 horas (ARNm de Cox-2: PN-TA = 66; PN-IA = 6,2; $p < 0,01$; proteína de Cox-2: PN-TA = 0,95; PN-IA = 0,43; $p < 0,05$; PGE2: PN-TA = 39,8; PN-IA = 4,2; $p < 0,05$) y a las 24 horas (PGE2: PN-TA = 54,3; PN-IA = 15,5; $p < 0,05$). No se observó ningún efecto sobre el ARNm y la proteína de Cox-1.

Conclusiones: La valoración dinámica del metabolismo de la Cox-2 y PGE2 demuestran una falta de respuesta al estímulo inflamatorio de los fibroblastos de pólipos de pacientes con intolerancia a los AINES. Esta alteración podría inducir una mayor susceptibilidad de dichos pacientes a los efectos adversos provocados por la inhibición de la Cox-1.

Patrocinado en parte por SEORL y FIS.

104

IMPACTO DEL ASMA Y LA ATOPIA SOBRE EL SENTIDO DEL OLFATO EN PACIENTE CON POLIPOSIS NASAL MASIVA

I. Alobid^{1,3}, S. Cardelús¹, P. Benítez³, J.M. Guilemany¹, S. Centellas¹, C. Picado², J. Mullol^{1,4}¹Unidad de Rinología, Servicio de ORL. ²Servicio de Neumología, Hospital Clínic.³Servicio de ORL, Hospital Municipal de Badalona. ⁴IDIBAPS, Barcelona.

Introducción: La poliposis nasal es una patología inflamatoria crónica de la mucosa nasosinusal que tiene un gran impacto negativo sobre el sentido del olfato. El objetivo de este estudio fue evaluar el sentido del olfato en paciente con poliposis nasal masiva y valorar el impacto añadido del asma y la atopia sobre el olfato.

Material y método: Se estudiaron 222 pacientes con poliposis nasal masiva (grado III de Lildholt) con una edad media de 49 ± 14 años. Se realizó la olfatometría mediante BAST-24 para el 1º (I-PC) y 5º (V-PC) pares craneales analizando detección, identificación y acierto de los olores. Los resultados se compararon con un grupo de población sana (120 voluntarios).

Resultados: El 54% de los pacientes eran asmáticos y el 30% atópicos (prick test positivo). Todas las características de la olfatometría fueron significativamente ($p < 0,05$) peores que en la población sana: detección (I-PC = 37% vs 99%; V-PC = 34% vs 98%), identificación (I-PC = 15% vs 55%; V-PC = 17% vs 59%) y aciertos (I-PC = 18% vs 77%; V-PC = 16% vs 43%). Los asmáticos tenían peor olfato ($p < 0,05$) que los no asmáticos: detección (I-PC = 27% vs 48%; V-PC = 27% vs 41%), identificación (I-PC = 11% vs 19%) y aciertos (I-PC = 13% vs 24%). No hubo diferencias significativas entre asmáticos tolerantes e intolerantes al AAS ni entre atópicos y no atópicos.

Conclusión: Estos resultados demuestran que los pacientes con poliposis nasal masiva 1º) tienen una importante disminución del olfato (detección, identificación y acierto), 2º) el asma empeora todavía más el olfato, mientras 3º) la atopia no tiene ningún impacto sobre el sentido del olfato.

114

ESTUDIO ALEATORIZADO DEL EFECTO DE LOS CORTICOIDES ORALES E INTRANASALES SOBRE EL SENTIDO DEL OLFATO EN PACIENTES CON POLIPOSIS NASAL GRAVE

P. Benítez¹, I. Alobid^{1,2}, J. De Haro¹, S. Cardelús¹, C. Picado², J. Mullol³¹Servei d'ORL, Hospital Municipal de Badalona. ²Servei d'ORL, Hospital Clínic i Universitari. ³IRCE, IDIBAPS, Barcelona.

Introducción: La poliposis nasal (PN) es una enfermedad inflamatoria crónica nasosinusal que cursa con una disminución del olfato. Los corticoides, intranasales y orales, constituyen el tratamiento de primera línea en la PN.

Objetivo: Evaluar el efecto de los corticoides orales (CO) e intranasales (CI) sobre el olfato en pacientes con PN grave.

Material y método: Estudio controlado y aleatorizado (Ib) de 89 pacientes con PN, tratados (n = 67) o no (n = 22) con prednisona oral (30 mg/día, dosis decreciente) 2 semanas y budesonida intranasal (400 µg/12 horas) 12 semanas. Se practicó una olfatometría BAST-24 para el I par craneal antes (sem-0) y después (sem-2 y -12) del tratamiento. Se comparó a un grupo control de población sana (n = 120).

Resultados: En los pacientes con PN, todas las características de la olfatometría fueron peores ($p < 0,05$) que en la población sana: detección (30,7% vs 99%), identificación (7% vs 55%) y aciertos (13,8% vs 77%). En la sem-2, la prednisona mejoró ($p < 0,05$) el olfato respecto a la sem-0: detección (60,4% vs 30,7%), identificación (19,2% vs 7%) y aciertos (29,8% vs 13,8%). Estas características no mejoraron en los pacientes no tratados. En la sem-12, la budesonida fue capaz de mantener la mejoría ($p < 0,05$) obtenida en la sem-2, que respecto a la sem-0 fue: detección (45,1% vs 30,7%), identificación (14,6% vs 7%) y aciertos (25% vs 13,8%). **Conclusión:** Para obtener una mejoría en el sentido del olfato en pacientes con PN grave se recomienda el uso de una tanda corta de corticoides orales y el tratamiento crónico con corticoides intranasales.

179

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE SENOS PARANASALES. ¿QUÉ PODEMOS HACER?

G. De los Santos, R. Polo, P. Cabrera, E. Mora, T. Labatut

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El cáncer de senos paranasales es una enfermedad infrecuente que suele diagnosticarse en estadios avanzados, lo que condiciona tratamientos agresivos y mal pronóstico. Estas peculiaridades hacen necesaria la revisión de las terapéuticas aplicadas, sus resultados y las perspectivas futuras.

Material y método: Estudiamos retrospectivamente los tumores malignos de senos paranasales diagnosticados en nuestro hospital desde el año 2000. Se revisa su distribución por edad y sexo, localización, estadio, tratamiento realizado y recaídas.

Resultados: Se diagnosticaron 24 pacientes, 7 mujeres y 17 hombres, con tumores malignos nasosinuales, 16 carcinomas (6 adenocarcinomas 5 epidermoides, 3 adenoides quísticos y 2 indiferenciados), 3 linfomas, 3 estrosarcomas, 1 osteosarcoma y 1 teratocarcinoma. La media de edad fue de 59 años, con un rango entre 19 y 86. Las localizaciones más frecuentes fueron etmoides y maxilar. Todos los carcinomas excepto uno eran estadio III o IV. El tratamiento habitual fue cirugía (incluyendo 7 resecciones craneofaciales y 4 exenteraciones orbitarias) y radioterapia radical, a excepción de los linfomas y dos pacientes con tumores muy extensos. De los 16 carcinomas, 10 presentaron recidivas, en un intervalo medio de 22 meses, con variaciones según el tipo histológico, más alargado en los carcinomas adenoides quísticos.

Discusión/Conclusiones: Los tumores malignos de senos paranasales tienen muy mal pronóstico a pesar de los tratamientos agresivos empleados, que conllevan secuelas muy importantes durante el tiempo de supervivencia. Esto nos debe hacer estudiar nuevas estrategias que permitan concentrar casos de esta patología y aplicar las técnicas más modernas y eficaces.

268

ALTERACIÓN OLFATIVA EN EL SÍNDROME DE KALLMANN

A. García-Piñero^{1,2}, J.M. Guilemany¹, I. Albid¹, S. Torrejón³, S. Centellas¹, J. Mullol¹¹Unitat de Rinologia, Hospital Clínic, Barcelona. ²Servei d'ORL, Hospital Mateu Orfila, Menorca. ³Servei d'Endocrinologia, Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El Síndrome de Kallmann (SK) consiste en un hipogonadismo hipogonadotrópico (HH) congénito. Asocia anosmia o hiposmia grave. La prevalencia es de 1:10000 en varones y 1:50000 en mujeres. La anosmia es debida a la hipoplasia o aplasia de los bulbos y cintillas olfatorias. El hipogonadismo es debido a un defecto en la secreción de GnRH. Se ha relacionado con mutaciones en los genes KAL1, FGFR1 y PROKR2.

Objetivo: Describir las características del sentido del olfato en el SK.

Metodología: Se estudiaron 15 casos de HH (10 mujeres y 5 hombres, edad media 34,3 años). Se realizó: olfatometría BAST-24, endoscopia nasal, evaluación de síntomas nasales por escala RAST y EVA.

Resultados: El olfato se halló significativamente alterado respecto a la población general para el 1er par (detección = 54,3 ± 43,9%; identificación = 17 ± 23,5%; acierto = 27,3 ± 27,3%) y ligeramente para el 5º par (detección = 61,6 ± 22,8%; identificación = 15 ± 18,4%; acierto = 26,67 ± 27,5%). El valor medio de las escalas RAST para síntomas nasales (0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave): obstrucción 0,16, picor 0,21, estornudos 0,16, rinorrea 0,05, hiposmia 2,3. La EVA para el síntoma hiposmia (0 = nada, 100 = anosmia): 70,1 ± 26,4 mm.

Discusión/Conclusiones: En el 73% la detección por el 1er par está por debajo del valor normal (99%) y en el 93% la identificación forzada es muy baja (normal = 72%). La detección por el 5º par se encuentra preservada, aunque la identificación forzada también es baja (normal = 42,6%). Solamente el síntoma hiposmia es puntuado como moderado a grave en el RAST y percibido como grave en la EVA. Los pacientes no se quejan de los síntomas atribuibles a una etiología alérgica o inflamatoria de la alteración olfativa.

SALA UNESCO

8,30-9,30

COMISIÓN DE ORL PEDIÁTRICA

Sesión de comunicaciones orales 4

82

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN UNIVERSAL DE HIPOACUSIA NEONATAL EN EL HOSPITAL DE PONIENTE.

M.J. Gámiz Maroto, I. Sánchez Canet, C. Zapata Garrido, M.J. Palma Castillo, M.I. Molina Palma, A.J. Fernández Pérez, J. Ruiz-Cuello Moratalla, J.A. López Escámez, C. De la Fuente Jambrina, M. Gómez Fiñana

Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

Introducción: La implantación de un programa de detección universal de hipoacusia supone una mejoría de la calidad de la atención sanitaria y un esfuerzo profesional para alcanzar unos estándares de calidad. El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados del programa de detección universal de hipoacusia neonatal en nuestra área de salud.

Material y método: Han sido explorados 7041 recién nacidos en el Hospital de Poniente desde mayo de 2003 a diciembre de 2006. La fase de detección se realizó con otoemisiones acústicas transitorias (OAT) antes del alta, en todos los recién nacidos vivos del Hospital de Poniente, mediante un dispositivo portátil de OAT Y ABR. Los niños que no pasaron el primer screening se citaron para repetir la prueba al mes. Si esta segunda prueba fue patológica, se realizaron potenciales evocados del tronco cerebral (PEATC) antes de los 6 meses de vida. Los pacientes con PEATC patológicos recibirán tratamiento y si procede se les derivará a centros de referencia para valoración de implante coclear.

Resultados: La cobertura alcanzada en 2006 es del 96,46% en 2006. El porcentaje de falsos positivos ha evolucionado desde el 30,6% en 2003 hasta el 4,41% en 2006. La tasa de hipoacusia en el periodo 2003-2006 es de 0,12% (7 casos/5931 recién nacidos explorados).

Conclusiones: La mejora en la cobertura del programa de 72,69% en 2003 a 96,46% en 2006, es debida a la experiencia profesional y a la colaboración entre Servicios. El resto de indicadores del programa han evolucionado muy favorablemente a pesar de las características especiales de nuestra población con un 40% de partos de otra nacionalidad.

121

RESULTADOS EN NIÑOS DEL PROGRAMA DE IMPLANTES COCLEARES DEL HOSPITAL CLÍNICO DE VALENCIA

A. Platero, M.I. Pitarch, A. Morant, J. Marco

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: El implante coclear es un tratamiento establecido desde hace una década, cuyos resultados son ampliamente reconocidos en el tratamiento de la sordera.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo sobre resultados, complicaciones y experiencias en nuestros niños implantados, un total de 61. Para el análisis del estudio hemos dividido la muestra en dos grupos prelinguales y postlinguales, analizando batería de pruebas (palabras en cerrado, frases, bislabios, audiometría y test de Nothingam) tras los primeros 5 años de implantación. Describiendo resultados en niños sin y con otras patologías asociadas a la hipoacusia.

Resultados: En sujetos prelinguales, observamos una clara diferencia a partir del 4-6 año de edad. Así, en menores de 5 años sin patología asociada son: test de palabras en cerrado 80% al año, 90% segundo año y

95% tercer, cuarto y quinto año, test de bisílabos, 57,6%; 86,5%; y 87% a partir del tercer año respectivamente, test de frases sin apoyo, 57%; 76%; y 80% a partir del tercer año. Test de Nottingham 6 al primer año y 7 o superior a partir del segundo año. En prelinguales mayores de 5 años son: test bisílabos, 10%, 16% y 17% partir del tercer año. Test de frases 8,8%; 14%; y 16,8% para tercer, cuarto y quinto año. Test Nottingham 4,5 al primer año y 5 para los sucesivos. En el grupo de postlinguales se observa unos resultados muy superiores a los obtenidos pre-implantación. En ambos grupos llegamos a obtener umbrales audiométricos estables entorno a los 30 dB al año de implantación.

Conclusiones: El análisis de nuestros datos corroboran los obtenidos por otros autores, poniendo de manifiesto mejores resultados cuanto más temprana edad de implantación y menor privación auditiva. Como datos a destacar el grado elevado de satisfacción en pacientes sin drómicos pese a los escasos resultados objetivos encontrados.

200

SCREENING AUDITIVO UNIVERSAL EN UN HOSPITAL DE RÉGIMEN ABIERTO 1999-2005. HOSPITAL CASA DE SALUD DE VALENCIA

R. Barona, M. Úbeda, A. Platero, E. Martín

Unidad de Otorrinolaringología. Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Presentar resultados del screening auditivo universal mediante otoemisiones acústicas transitorias (OEAT) y Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC) en la Unidad de ORL del Hospital Casa de Salud de Valencia, hospital de régimen abierto, entre mayo-99 y diciembre-05.

Material y método: El screening mediante OEAT se realizó a todo recién nacido (RN) de riesgo y voluntariamente al resto, en 2 etapas: la primera a 3-5 días del nacimiento y la segunda, en caso de negatividad de la primera, al mes. Todos los RN de riesgo y aquellos con OEAT negativas en la segunda etapa fueron estudiados mediante PEATC.

Resultados y discusión: Se exploraron 11.280 RN (84% de todos los RN), siendo el 92,4% pertenecientes a la población general y 7,6% de riesgo. De los RN explorados, 8% no pasaron la primera etapa del screening, OEAT negativas unilateral o bilateral, 7% de la población general y 19% de la población de riesgo. 707 se les realizó la segunda prueba (81% que no pasan la primera), siendo negativa en 198, 141 de la PG y 57 de la PR. Fueron remitidos para estudio mediante PTC 1,8% de los RN estudiados. 18 niños presentaron problemas auditivos (1,6/1000): 10 hipoacusia neurosensorial profunda bilateral; 3 cofosis unilateral; 2 neurosensorial moderada; 1 neurosensorial leve y 2 hipoacusia de transmisión. El tratamiento: 10 implantes cocleares; 2 prótesis auditivas; 1 logopedia, y 5 control evolutivo.

Conclusiones: Aunque con mayor dificultad que en hospitales cerrados, es posible hacer screening auditivo con carácter universal y es posible alcanzar una cobertura del 93%, realizando un diagnóstico y tratamiento precoz, antes de los seis meses.

262

PARÁLISIS LARÍNGEA EN POBLACIÓN INFANTIL

I. García López, J. Peñarrocha Terés, R.M. Pérez Mora, I. Rabanal Retolaza, J. Gavilán Bouzas

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las parálisis laríngeas han sido tradicionalmente un problema infrecuente en la población infantil. En los últimos años ha aumentado su incidencia, suponiendo en la actualidad una patología relevante en la otorrinolaringología pediátrica.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo de 20 pacientes diagnosticados de parálisis laríngea en nuestro hospital. Las variables recogidas son: sexo, edad de comienzo de los síntomas y del diagnóstico, síntomas, tipo de parálisis (unilateral o bilateral), posición de las cuerdas vocales, etiología, evolución y tratamiento recibido.

Resultados: El 55% son varones. El síntoma de presentación más frecuente es el estridor (65% de los casos), seguido de la disfonía (45%) y la aspiración (15%). El comienzo de los síntomas oscila entre el momento del nacimiento y los 8 años. El 80% de las parálisis fueron unilaterales, de éstas el 95% son izquierdas. La causa más fre-

cuenta de parálisis es la iatrogénica (65%) casi siempre por cirugía cardíaca, seguida de la idiopática (20%), la neurológica (10%) y la obstétrica (5%). Un 45% de pacientes han sido dados de alta por curación, de estos, sólo ha precisado intervención quirúrgica un paciente (5%). En un 20% de casos se ha producido una compensación que ha permitido el alta. 2 pacientes (10%) han precisado traqueotomía. Se ha intervenido quirúrgicamente a 2 pacientes (10%) mediante cirugía láser.

Conclusiones: Las parálisis laríngeas constituyen una patología en aumento en la población infantil. Los factores etiológicos están cambiando. El manejo terapéutico conservador ofrece unos resultados satisfactorios en la mayor parte de los casos.

403

EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS EN EL CRIBAJE DE LA HIPOACUSIA NEONATAL

A. Faraldo, M. Del Río, E. San Román, I. Porto, C. Dios, T. Labella

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción: La hipoacusia neurosensorial congénita es un problema de especial importancia en la infancia, ya que afecta al desarrollo cognitivo, social y emocional del niño. Desde hace cuatro años se ha instaurado el "Programa Galego para a Detección da Xordeira en Período Neonatal" (PGDXPN) en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de dicho programa.

Material y método: Estudiamos los casos del PGDXPN en nuestro centro, así como otros pacientes que no lo realizaron pero fueron remitidos posteriormente a nuestra consulta de Audiología Infantil (procedentes de otros centros) El período de estudio es del 1 septiembre de 2002 a 1 de septiembre de 2006.

Resultados: PGDXPN: nacidos: 10365, cribados: 9542, derivados: 48, altas del programa: falsos positivos: 42, verdaderos positivos: 4, falsos negativos: 2. Procedentes de otros: 6 hipoacusias bilaterales, 2 hipoacusias unilaterales

Conclusiones: 1. Cobertura del programa: No se ha cumplido el objetivo: cobertura menor al 95%; 2. Tasa de participación: participación mayor al 95%; 3. Acceso rápido al diagnóstico: menor de 60 días en más del 95% de los niños (24 días en nuestro Servicio); 4. Tasa de detección (verdaderos positivos): baja tasa de detección del programa, alrededor de los 0,57 casos por mil niños cribados en Galicia; 5. Falsos negativos: existencia de 2 casos y consecuencias del retraso diagnóstico.

443

PREVENCIÓN DEL VÓMITO POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA ADENO-AMIGDALAR

F.J. García-Purriños, J. Calvo Cases, M.D. Romero, M. Uzcanga

Hospital de Hellín. Hospital de Navarra, Pamplona.

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes tras cirugía adenoamigdalares es el vómito postoperatorio, que puede prolongar la estancia hospitalaria y causar molestias a los pacientes. No está bien establecida la causa (anestésica, paso de sangre al estómago en el acto quirúrgico) ni hay un protocolo universal para prevenirlo. En el presente estudio valoramos el uso de dexametasona, que en trabajos previos había producido resultados alentadores, en la inducción anestésica como antiemético.

Material y método: Realizamos un estudio prospectivo aleatorio con 82 pacientes, de los cuales en 40 usamos el protocolo habitual y en los restantes 42 se inyecta dexametasona 1 mg/kg durante la inducción anestésica. En todos los pacientes había una indicación de adenoamigdalectomía, y sus edades estaban comprendidas entre 6 y 11 años. 38 eran varones y 44 mujeres.

Resultados: En un 80% de los pacientes control hubo uno o más episodios de vómito en el postoperatorio inmediato; el 68% de los que habíamos seleccionado para el estudio tuvieron al menos un episodio de vómito. No existe diferencia significativa entre las dos series.

Conclusiones: 1 mg/kg de dexametasona intravenosa durante la inducción anestésica no es efectiva para evitar el vómito postoperatorio en cirugía adenoamigdalina en niños.

AMIGDALECTOMÍA LÁSER PARA EL TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA EN LA INFANCIA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

P. Martínez, B. Cano, M. Faubel, M. Pardo, M.T. Llaveró, E. Grau, J.L. Estors

Hospital de la Plana, Vilareal, Castellón.

Introducción: La amigdalotomía láser va ganando terreno como procedimiento quirúrgico para la resolución de las apneas obstructivas causadas por una hiperplasia amigdalar.

Método: Desde 2005, 16 niños recibieron amigdalotomía láser la mayoría combinada con adenoidectomía. El grupo control se trata de niños donde se practicó amigdalectomía. El rango de edad va desde los 3 a los 7 con una media de 47 meses. El seguimiento al paciente ha sido de 9 meses.

Resultados: El dolor post-operatorio si existe, fue fácilmente controlable y duró una media de 36 horas, comparado con el grupo de la amigdalectomía que duró 7 días de media. En el grupo de la amigdalotomía 12 de los 16 pacientes no precisaron analgesia postoperatoria. No existe diferencia significativa entre amigdalotomía o amigdalectomía en cuanto a reducción del ronquido y/o apnea. El 100% de los pacientes presentan ausencia de apnea 9 meses después de la cirugía, y sólo el 22% presentan ronquido. El 100% de los pacientes se muestran libres de trastornos deglutorios a los 9 meses de la cirugía. No existió hemorragia postoperatoria en ninguno de los grupos estudiados. No existió amigdalitis en ningún niño del grupo de amigdalotomía 9 meses después de la cirugía.

Discusión: Los resultados de éste estudio demuestran que la amigdalotomía con láser CO₂ es una técnica quirúrgica con mucha menor morbilidad post-operatoria idénticos efectos en el ronquido o apnea, así como un menor gasto hospitalario, al no precisar ingreso.

SALA 2

8,30-9,30

COMISIÓN DE AUDIOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 5

2

LA FUNCIÓN ESENCIAL DEL OÍDO MEDIO: ANALIZADOR FRECUENCIAL

L.A. Vallejo Valdezate, F. Lobo, A. Hidalgo, E. Gil-Carcedo Sañudo, L.M. Gil-Carcedo García, F. Montoya

Departamentos de Cirugía y de Ingeniería Mecánica. Centro de Investigación y Desarrollo de la Automoción (CIDAUT). Universidad de Valladolid.

Introducción: El oído medio es frecuentemente considerado, clínica y quirúrgicamente, como un sistema mecánico que, gracias a sus características anatómicas, se comporta como un adaptador de impedancias entre el oído externo y el interno evitando la pérdida de energía entre ambos. A esta característica pasiva se le añade otra activa (protección sonora) debida a la contracción de los músculos del oído medio. Estas funciones, sin embargo, no explican la complejidad de su anatomía en comparación con otros diseños más simples (oído medio de aves y reptiles) con funciones similares.

Material y método: Junto al Departamento de Ingeniería Mecánica de la Universidad de Valladolid hemos desarrollado un admitancímetro capaz de medir las características mecanoacústicas del oído medio en un lapso temporal prolongado y lo hemos utilizado para medir la impedancia del oído humano "in vivo" al ser sometido a diferentes situaciones acústicas en las que se precisa una selección frecuencial. Para ello hemos analizado la impedancia acústica en 12 voluntarios otológicamente sanos a los que hemos aplicado -en el oído a estudiar- dos conversaciones secuencial o sincrónicamente, una de ellas distorsionada con un filtro de paso alto y otra con un filtro de paso bajo.

Resultados: Los resultados obtenidos en todos los sujetos analizados, independientemente de su edad, muestran que la impedancia del oído no es constante sino que varía cuando el paciente voluntariamente se concentra en una conversación en un entorno sonoro.

Discusión/Conclusiones: Dado que las características mecánicas del oído vienen determinadas por los parámetros masa, rozamiento y rigidez y los dos primeros se mantienen invariables en el estudio sólo podemos atribuir la variación observada a la contracción de los músculos del oído medio. Este hecho cambia por completo nuestra actitud clínica y quirúrgica ante los músculos del oído medio al pasar de ser considerado un adaptador de impedancias y sistema de protección del oído interno a ser un mecanismo fundamental de discriminación sonora, lo que le convierte en el primer filtro en la vía auditiva.

169

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE A MULTIFRECUENCIA PARA LA DETERMINACIÓN DE UMBRALES AUDITIVOS EN PACIENTES CON NORMOACUSIA

V. García Peces, C. Pérez Martínez, G. Plaza Mayor

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Fuenlabrada, Madrid

Objetivos: Utilizamos los potenciales evocados auditivos de estado estable para evaluar su efectividad en la determinación de umbrales auditivos en una muestra de sujetos con normoacusia.

Material y método: La muestra se compone de 14 pacientes (28 oídos), con edades comprendidas entre 19-56 años, que acudieron a nuestra consulta por sospecha de hipoacusia. Se les realizó audiometría tonal, obteniendo umbrales normales. A continuación fueron citados en días posteriores para realización de potenciales evocados auditivos de estado estable utilizando el sistema MASTER a 0,5, 1, 2 y 4 kHz a intensidades de 50, 40, 30 y 20 dB.

Resultados: Se observa una tendencia de los potenciales evocados auditivos de estado estable a proporcionar valores de umbrales superiores a los obtenidos en la audiometría tonal una media de 12-25 dB.

Discusión: Los potenciales evocados auditivos de estado estable constituyen una técnica válida y objetiva de determinación de umbrales a diferentes frecuencias en sujetos con normoacusia, observando una diferencia entre estos umbrales y los obtenidos en la audiometría tonal.

193

LA CALIDAD DE VIDA COMO BASE PARA LA SELECCIÓN DE CANDIDATOS A IMPLANTE COCLEAR

A. Castro, L. Lassaletta, R.M. Pérez-Mora, M. Bastarrica, B. Herrán, L. Sanz, M.J. De Sarriá, J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Los implantes cocleares son efectivos en el tratamiento de las hipoacusias severas y profundas que no se benefician del uso de audífonos. En la actualidad, la selección de candidatos a implante coclear se basa generalmente en los resultados audiológicos esperables con el dispositivo.

Material y método: Cuarenta pacientes implantados en nuestro centro con diferentes dispositivos participaron en este estudio, todos ellos adultos postlocutivos. Los cambios en la calidad de vida producidos por el implante coclear se valoraron mediante el empleo de dos escalas: el Glasgow Benefit Inventory y un cuestionario específico para implantes cocleares publicado previamente por Faber y cols. Los resultados audiológicos se evaluaron mediante audiometrías verbales en campo libre sin y con enmascaramiento (relación señal/ruido +5 dB).

Resultados: El Glasgow Benefit Inventory demostró un beneficio global de +42, centrado fundamentalmente en las subescalas general (+52) y social (+20). El cuestionario específico para implantes cocleares demostró una mejora significativa en la calidad de vida en todos los campos explorados salvo en la vida familiar. No se encontró relación significativa entre los resultados de los cuestionarios y las audiometrías.

Conclusiones: Los implantes cocleares son dispositivos capaces de mejorar la calidad de vida. Estos cambios en la calidad de vida son independientes de los resultados audiométricos obtenidos por los pacientes. Se impone la necesidad de un cambio de estrategia a la hora de seleccionar los candidatos a implante coclear que de prioridad a la mejora esperable en la calidad de vida frente a los resultados audiológicos obtenibles.

234

LA MÚSICA COMO CAUSA DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL: ESTUDIO DE LA AUDICIÓN EN MÚSICOS

J.M. Verdaguer, A. Trinidad, A. Ibáñez, A. Rodríguez-Valiente, J.Á. González-García, J.R. García-Berrocal, R. Ramírez-Camacho
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: Aunque la música no suele ser considerada como un riesgo para la salud, para aquellas personas que se dedican profesionalmente a la misma suele exigir la exposición a volúmenes elevados durante largos periodos de tiempo lo que puede traducirse en importantes pérdidas auditivas. Esto se hace especialmente evidente en los músicos de pop-rock que pasan largas horas sujetos a volúmenes considerados peligrosos por las leyes de prevención de riesgos laborales.

Material y método: Se realizó un estudio caso-control con 62 músicos de pop-rock y 62 voluntarios sanos. En ambos grupos se recogieron los antecedentes clínicos y se realizaron estudios otológicos y audiométricos.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la audición entre el grupo de músicos y los controles en la frecuencia de 4 KHz ($p < 0,05$). Asimismo se demostraron diferencias auditivas dentro del grupo de casos en función del instrumento tocado ($p < 0,05$).

Discusión/Conclusiones: Estos resultados apoyan la idea de que la exposición de los músicos profesionales a volúmenes elevados debe ser considerada como un riesgo ocupacional. En estos trabajadores el uso de protecciones auditivas se encuentra dificultado debido a la necesidad de una gran claridad de audición para un adecuado desempeño de su trabajo.

416

DISCRIMINACIÓN DE PATRONES MUSICALES EN PACIENTES CON IMPLANTE COCLEAR

R.M. Pérez-Mora, A. Castro, L. Lassaletta, L. Sanz, M. Bastarrica, B. Herran, M.J. De Sarriá, J. Gavilán
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Los implantes cocleares han mejorado considerablemente la calidad de vida de las personas con hipoacusia, cambiando sus expectativas. Por ello, disfrutar activamente de la música se ha convertido en el deseo manifestado más frecuentemente por los pacientes implantados que han conseguido una buena percepción del lenguaje. El objetivo de este estudio es evaluar la percepción musical en pacientes implantados.

Material y método: Cuarenta y dos pacientes postlocutivos implantados en nuestro hospital con dispositivos Med-El y Nucleus participaron en un estudio para valorar la percepción de los atributos musicales del sonido. El tono y el ritmo se evaluaron con el test "Primary Measures of Music Audition". El timbre se estudió mediante la identificación de instrumentos musicales. El reconocimiento de canciones se valoró con canciones sencillas en versión original y melódica sin letra. Los estímulos fueron presentados mediante un reproductor de CD conectado a la entrada de audio del procesador de voz.

Resultados: La puntuación media para los patrones tonales fue superior al 72%, mientras que para los patrones rítmicos fue ligeramente mayor, por encima del 79%. La mayoría de los pacientes fueron capaces de reconocer 5 o más de los 7 instrumentos presentados. El reconocimiento de canciones con letra fue de casi un 90% y de un 25% para las versiones melódicas.

Conclusiones: Los pacientes implantados encuentran dificultades para disfrutar de la música. Sin embargo, un número importante de estas personas son capaces de participar en actividades musicales y de reconocer diferentes canciones e instrumentos ya conocidos.

487

AUDIOMETRÍA MICROFÓNICO COCLEAR. UN NUEVO MÉTODO PARA LA DETERMINACIÓN DE UN PERFIL AUDIOMÉTRICO OBJETIVO

B. Bathal¹, F. Carricondo², J. Sanjuán³, F. Rodríguez¹, M.C. Iglesias¹, J. López Moya⁴, P. Gil-Loyaga², J. Poch-Broto¹

¹S. de ORL, Hospital Clínico San Carlos. ²Dpto. de ORL, Facultad de Medicina UCM. ³S. de ORL, Hospital Ramón y Cajal. ⁴Servicio de ORL, Hospital Severo Ochoa, Madrid.

Introducción: Para el diagnóstico precoz de la sordera existen, hoy día, distintas pruebas diagnósticas que permiten conocer, de manera parcial,

la fisiología de una determinada parte del receptor y la vía auditiva. La audiometría tonal, única prueba que explora de manera completa la vía auditiva, tiene el problema de ser subjetiva y que necesita la colaboración del paciente, por lo que no puede ser aplicable a determinados pacientes como los neonatales. Así, el objetivo principal del presente estudio es demostrar la validez del registro de los Potenciales Microfónicos Cocleares (PMC) para la obtención de un perfil audiométrico objetivo, la Audiometría Microfónica Coclear (AMC), idéntico y equiparable al de la audiometría subjetiva (AS).

Material y método: Se ha diseñado y perfeccionado un equipo específico para el registro no invasivo de los PMC con absoluta fiabilidad y cuyo software permite la presentación de los resultados en gráfica audiométrica normal (AMC). El estudio se ha realizado en el Hospital Clínico San Carlos, el Hospital Ramón y Cajal y el Hospital Severo Ochoa de Leganés, todos de Madrid. La comprobación del método se ha realizado en pacientes adultos mediante la comparación de la AS con la AMC. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la prueba "t de Student" para la comparación de 2 muestras de datos pareadas y los resultados se graficaron en histogramas y curvas audiométricas.

Resultados: Los resultados obtenidos indican que hay una clara semejanza entre los valores de la AS con la AMC ya que en más del 90% de las comparaciones las diferencias entre ambas técnicas fueron menores de 10dB y las curvas audiométricas obtenidas prácticamente equiparables.

Discusión: La elevada superposición de los resultados obtenidos en ambas audiometrías (AS y AMC) permite concluir que la AMC puede ser utilizada como exploración audiométrica objetiva y que la obtención de un perfil audiométrico objetivo, a partir del registro de los PMC, puede constituir una herramienta de gran valor en determinados casos como en la detección precoz de la sordera en el recién nacido.

SALA 7

8,30-9,30

COMISIÓN DE OTONEUROLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 6

8

ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE CON DEXAMETASONA INTRATIMPÁNICA

M.S. Boleas¹, Ch. Della Santina², Ll. Minor², J. Carey².

¹Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

²Departamento de Otorrinolaringología, Johns Hopkins Hospital.

Introducción: El tratamiento intratimpánico con dexametasona o gentamicina son opciones actuales para pacientes con enfermedad de Ménière que no responden al tratamiento médico y control dietético.

Objetivos: Efecto de dexametasona intratimpánica (DIT) en el control del vértigo en estos pacientes. Determinación de proporción de fallos de este tratamiento que conduce a utilizar tratamientos más agresivos.

Material y método: Estudio retrospectivo en 129 sujetos con enfermedad de Ménière, sin respuesta a tratamiento médico. Recibieron DIT a demanda. Se realizó un análisis Kaplan-Meier para determinar la proporción de "supervivencia" (control del vértigo tal que el paciente no deseara recibir un tratamiento más agresivo tipo gentamicina intratimpánica, cirugía del saco endolinfático, laberintectomía o neurectomía del nervio vestibular). Se consideró como "fallo" del tratamiento la elección de uno de los procedimientos terapéuticos anteriores como consecuencia del un pobre control de los episodios de vértigo.

Resultados: Control aceptable del vértigo (considerado como "supervivencia") en el 91% de casos. En 12 pacientes fueron "fallos" y recibieron gentamicina intratimpánica. De los 129 sujetos, 87 tenían un seguimiento a 2 años y de éstos, el 44.31% sólo recibieron una inyección de DIT. En pacientes con 2 años de seguimiento, el 70% no recibieron más tratamiento a partir de los 2 años que la primera dosis. El 26% continuaron recibiendo DIT y el 3% recibieron gentamicina intratimpánica.

Conclusiones: De acuerdo a la valoración de los resultados que hace el paciente, la inyección de dexametasona intratimpánica proporciona un control satisfactorio del vértigo en pacientes con enfermedad de Ménière.

UTILIDAD DEL MÉTODO DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON VÉRTIGO DE LA COMISIÓN DE OTONEUROLOGÍA DE LA SEORL

N. Pérez Fernández, M. Boleas Aguirre, A. Iguarán Tellería

Departamento de Otorrinolaringología, Pamplona.

Introducción: La aplicación de un método de clasificación de pacientes con vértigo es una necesidad incuestionable no exenta de problemas inherentes a los criterios utilizados. La Comisión de Otoneurología de la SEORL propuso en el Congreso de la SEORL de 2006 una clasificación semiológica pactada.

Objetivos: Añadir los ventajas e inconvenientes de una clasificación de vértigo en la consulta habitual.

Material y método: Se crea un archivo en Microsoft® Access 97 en el que se introducen los campos demográficos y de clasificación según las indicaciones de la Comisión de Otoneurología. Se hace un análisis de resultados así como de utilidad de esta base de datos utilizada durante 3 meses de manera continuada.

Resultados: Se han introducido datos de 200 pacientes. Se analizaron los resultados en cuanto a la base de datos en sí y su manejo. Lo cual ha permitido crear una segunda versión. Respecto a la clasificación un 18% de los pacientes presenta problemas de ubicación y conforman el grupo "indefinido", se presentan los diagnósticos finales.

Discusión: Si bien el método de clasificación semiológico es correcto hay una serie de inconvenientes por resolver siendo necesario incluir aspectos adicionales o alternativos propios de la clasificación topográfica y etiológica.

386

UTILIDAD DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LOS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS EN UNA UNIDAD DE OTONEUROLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

V. Palomar Asenjo, S. Tobías Gómez, M. Borràs Perera, A. Ruiz Giner, V. Palomar García

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Universitat de Lleida.

Introducción: En el Congreso Nacional de la SEORL-PCF celebrado en Granada en 2006, los miembros de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad presentaron una clasificación de los vértigos periféricos con la que se pretendía sistematizar el diagnóstico de esta patología.

Material y método: Se realiza estudio prospectivo desde enero de 2007 en el que se incluyen todos los nuevos pacientes visitados en la Unidad de Otoneurología del H.U. Arnau de Vilanova de Lleida. Dichos pacientes han sido en todos los casos visitados previamente por un facultativo especialista de área que los remite a nuestra Unidad. Hasta el momento del envío del resumen se incluían 42 pacientes, de los que un 64,3% eran mujeres y un 35,7% eran varones. La media de edad era de 52,4 años.

Resultados: Hasta el momento actual, un 69% de los pacientes han sido incluidos en alguno de los grupos propuestos. El grupo más frecuente en nuestro caso lo constituyen las crisis de vértigo recurrente las crisis de vértigo recurrente sin hipoacusia (16 casos) seguido de las crisis recurrentes con hipoacusia (8 casos).

Discusión/Conclusiones: La patología vertiginosa es una patología a menudo compleja cuya clasificación facilita la comunicación entre los diversos especialistas ya que permite uniformizar los criterios. La nueva clasificación propuesta por la Comisión de Otoneurología supone un paso adelante en esta uniformización. En nuestro caso observamos que un porcentaje muy alto de los pacientes visitados se adaptan a alguno de los grupos propuestos. Comentaremos la validez de la misma e intentaremos aportar nuestra experiencia para, si es posible, perfeccionarla en revisiones sucesivas.

171

IMPLANTES AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL EN NIÑOS CON MALFORMACIONES DEL NERVO COCLEAR

A. Huarte¹, B. Bejarano², M. Alegre², L. Cavallé³, C. Morera³, M. Manrique¹

¹Dpto. de ORL. ²Departamento de Neurología y Neurocirugía. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ³Servicio de ORL. Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Los implantes auditivos de tronco cerebral (IATC) han venido siendo indicados de forma convencional en pacientes afectados de

neurofibromatosis tipo II con afectación bilateral de nervios acústicos. La indicación de estos sistemas recientemente ha comenzado a llevarse a cabo en hipoacusias de origen no tumoral: osificaciones totales de ambas cócleas, avulsiones de VIII pares, agenesias cocleares e hipoplasias o aplasias de nervios cocleares. En la actualidad el número de implantaciones practicadas en estos casos aún son reducidas, siéndolo también el tiempo de seguimiento. Es por ello por lo que resulta de interés la comunicación de experiencias vinculadas a este tratamiento. Se expone un caso de IATC implantado en una niña con una aplasia bilateral de nervios cocleares, estudiada en el Hospital Clínico La Fe de Valencia y operada y programada en la Clínica Universitaria de Navarra.

Material y método: Niña de 8 años de edad, afecta de una hipoacusia neurosensorial profunda de aparición congénita, debida a una aplasia bilateral del VIII par. El diagnóstico etiológico fue realizado mediante RM observando una anatomía normal de ambas cócleas y laberintos posteriores y una sola estructura neural a nivel de conductos auditivos internos. La niña no presentaba parálisis facial, ni otra alteración asociada a la hipoacusia. Se complementó el estudio mediante test promontorial, que resultó negativo.

Resultados: Por abordaje suboccipital en el lado izquierdo, se accedió a la fosa posterior constatando la aplasia del nervio coclear. Se identificó la superficie de los núcleos cocleares en el recesso lateral y se practicó la colocación del IATC. Intraoperatoriamente se registraron respuestas auditivas en todos los electrodos implantados. Al mes de la cirugía, la activación de los mismos ha estado exenta de respuestas auditivas no deseables alcanzando en pocos días niveles satisfactorios de detección y discriminación de sonidos.

203

HIPOACUSIA SÚBITA ESTUDIO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

L.M. Payá Pérez, I. Monjas Cánovas, E. Delgado Moreno

Hospital General y Universitario, Alicante.

Objetivo: Se presenta nuestra experiencia en el manejo de la hipoacusia súbita en los últimos cinco años (2002-2007). Se analizan factores epidemiológicos, diagnósticos, pronósticos y terapéuticos.

Material y método: Se presentan 40 casos de sordera súbita que acuden al Hospital General de Alicante y se plantea un estudio prospectivo a partir del 2004 con la búsqueda de factores etiológicos en el que la inmunidad adquiere un papel relevante. Se realiza una historia y antecedentes, audiometría tonal, hemograma y bioquímica básicas, hormonas tiroideas, estudio de autoinmunidad: VSG, PCR, ANA, Anti-Ro y Anti-La, ANCA, factor reumatoide, anticuerpos anticélula endotelial y anticuerpos anticocleares. Estudio de virus neurotrópicos, RMN cerebral y de CAIs.

Resultados: En el momento del diagnóstico 2/3 de los pacientes presentan una hipoacusia severa o profunda. En el 30% de los casos se acompaña de vértigo. Uno de cada cuatro pacientes tiene menos de 35 años. Los anticuerpos anticocleares tienen una baja incidencia en nuestra serie. No se detecta ningún neurinoma que debute como hipoacusia súbita. Los anticuerpos antifosfolípidos aparecen aumentados en un 30% de los casos.

Discusión: Hasta ahora el único tratamiento que se ha mostrado efectivo han sido los corticoides. La aparición de un elevado porcentaje de positivos con significado clínico de anticuerpos anticardiolipinas nos induce a progresar en el estudio de los factores de hipercoagulabilidad que hemos incorporado ya a nuestro estudio. Está justificado la administración de AAS 100 mg/día desde el inicio del cuadro y nos plantea la discusión de si anticoagular o no.

459

LA OXCARBAMACEPINA EN EL TRATAMIENTO DE LOS ACÚFENOS

C. Pérez Torres, J.L. Vargas Fernández, J. García-Valdecasas Bernal, P. Fernández-Miranda

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Comprobar la eficacia de la oxcarbazepina en el tratamiento de los acúfenos

Material y método: Estudio clínico prospectivo de 52 pacientes con una edad media de 52,50 años (DE 13,28 años) y una evolución del acúfeno de 12,05 meses de media. Realizándoseles historia clínica, evaluación

audiológica, medición del acúfeno mediante acufenometría y cuestionario sobre acúfenos en diferentes tiempos.

Resultados: Tras 90 días de tratamiento en el 4% desapareció el acúfeno, un 31% de los pacientes refieren estar mucho mejor, un 27% casi no les molesta y en un 38% no les ha variado la percepción del acúfeno.

Discusión/Conclusiones: La oxcarbamacepina es eficaz en el tratamiento sintomático del acúfeno a los 3 meses del tratamiento pues produce una mejoría del síntoma 62% pacientes reduciendo la intensidad percibida del acúfeno, reduciendo la importancia del acúfeno, hipoacusia e hipersensibilidad al ruido.

SALA 8

8,30-9,30

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Sesión de comunicaciones orales 7

Fórum 1

LA DROGA ANTITUMORAL CISPLATINO INDUCE LA CASCADA APOPTÓTICA INTRÍNSECA EN EL OÍDO INTERNO. UN ABORDAJE FISIOPATOLÓGICO PARA MINIMIZAR LA OTOTOXICIDAD

J.A. González-García, J.R. García-Berrocal, J. Nevado¹, R. Ramírez-Camacho, R. Sanz¹, C. Sánchez-Rodríguez¹, B. Cantó, P. España, J.M. Verdager², A. Trinidad.

H. U. Puerta de Hierro. ¹H. U. de Getafe. ²H. U. La Paz, Madrid.

Introducción: La ototoxicidad es un conocido efecto limitante de la administración de cisplatino. La apoptosis se ha revelado como uno de los mecanismos envueltos en la toxicidad por citostáticos y pretendemos evaluar los cambios apoptóticos en la cóclea de ratas Sprague-Dawley tras la inyección de 5 mg/Kg de peso de Cisplatino usando técnicas electrofisiológicas e inmunohistoquímicas.

Material y método: Para determinar los diferentes niveles de activación de las enzimas apoptóticas (caspasas) y los niveles de ATP en extractos proteicos completos de cóclea de rata se utilizaron reactivos luminiscentes. La expresión de ciertas proteínas relacionadas con la apoptosis fue determinada mediante análisis Western-Blot. Los análisis se realizaron a las 48 h, los 7 y los 30 días de la inyección intraperitoneal de Cisplatino. Se obtuvieron los umbrales auditivos mediante potenciales evocados auditivos en estado basal y el día del sacrificio.

Resultados: La inyección de cisplatino elevó significativamente los niveles de caspasas 3/7 y activó la expresión de las proteínas caspasa 3, caspasa 9 y proteína Bax detectadas mediante inmunofluorescencia, minimizando la expresión de la proteína Bcl-2 en la cóclea de rata. Los umbrales auditivos se elevaron significativamente a partir del segundo día de tratamiento con cisplatino.

Discusión/Conclusiones: Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que la apoptosis relacionada con el cisplatino induce la cascada pro-apoptótica intrínseca en la cóclea de la rata Sprague-Dawley. Así, la inhibición selectiva de esta secuencia enzimática perteneciente a la vía apoptótica intrínseca podría proveer una nueva estrategia para minimizar la ototoxicidad inducida por cisplatino.

Financiación: Proyecto de Investigación ISCIII-Fondo Investigaciones Sanitarias PI 05/0673 y Programa de Fellowships Clínicos de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.

Proyecto de Tesis Doctoral Dr. J.A. González-García, Universidad Autónoma de Madrid 2006-2007.

Fórum 2

EXPRESIÓN DE LAS ANEXINAS A1 Y A2 EN LOS CARCINOMAS EPIDERMÓIDES DE LARINGE

A. Coca, J.P. Rodrigo, E. Peña, J.M. García, M.P. Fernández, R.O. Morgan, C. Suárez

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Las anexinas son una familia de proteínas que entre sus funciones tienen la de mediar uniones de membrana. Ha sido estudia-

da su relación con distintos tipos de cáncer. El objetivo de nuestro proyecto es averiguar el significado biológico de la pérdida de expresión de las anexinas A1 y A2, en los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello y ayudar a mejorar el conocimiento de los mecanismos y las consecuencias que regulan la alteración de la expresión de dichas proteínas.

Material y método: Se obtuvieron muestras de tejidos quirúrgicos de 78 pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide supraglótico. En 37 de estos casos se obtuvieron también muestras de ganglios metastásicos. Además se consiguieron muestras de 9 pacientes diagnosticados de lesiones premalignas de laringe. Realizamos el análisis por medio de inmunohistoquímica y de hibridación "in situ", para cuantificar la expresión de ambas anexinas y determinar a que nivel ocurren las alteraciones en la expresión (mARN o proteína).

Resultados: Nuestros resultados indican que la anexina A1 se expresa en las capas más diferenciadas del epitelio normal de la vía aerodigestiva superior, mientras que la anexina A2 se expresa en las capas basales y suprabasales. Su expresión disminuye en las áreas del epitelio con displasia, y la expresión de la anexina A1 desaparece de forma consistente en los carcinomas epidermoides de laringe. La anexina A2 se expresa de forma variada en los carcinomas epidermoides de laringe, y su disminución se asocia con una menor diferenciación tumoral, aunque no se relaciona con el pronóstico. El mecanismo de regulación de la expresión de las anexinas A1 y A2 se halla a nivel transcripcional.

Conclusiones: En nuestro estudio hemos descrito la expresión de las anexinas A1 y A2 en los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello, y por primera vez, describimos que el mecanismo de disminución de la expresión de la anexina A1 se encuentra a nivel transcripcional y hemos contribuido a clarificar cual es el mecanismo de regulación de la anexina A2 en los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello, apuntando también a un mecanismo transcripcional.

393

EFFECTO DE LOS GLUCOCORTICOIDES SOBRE LAS CÉLULAS CALICIFORMES Y LA EXPRESIÓN DE MUCINAS EN PÓLIPOS NASALES

A. Martínez-Antón¹, P. Benítez³, C. De Bolós², I. Albid³, M. Garrido², J. Roca-Ferrer¹, A. Xaubet⁴, C. Picado⁴, J. Mullol^{1,3}

¹IDIBAPS. ²IMIM, Hospital del Mar. ³Unitat de Rinologia, Servei d'ORL. ⁴Servei de Pneumologia, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Las células caliciformes (CC) son células secretoras de moco y mucinas en el epitelio de la mucosa respiratoria, aumentando su número en el asma y la poliposis nasal (PN).

Objetivo: Estudiar el efecto de los glucocorticoides (GC) sobre las CC y la expresión de las mucinas predominantes secretadas en la PN.

Método: Se estudiaron pacientes con PN sin asma (n = 13) y con asma, tolerante (n = 11) e intolerante (n = 8) a los AINEs, y un grupo control no tratado (n = 9).

Los pacientes fueron tratados con prednisona oral (30 mg/día; dosis decreciente) 2 semanas y budesonida intranasal (400 µg/12 horas) 12 semanas. Los PN fueron biopsiados antes (B0) y a las 2 (B2) y 12 (B12) semanas de tratamiento. Se realizó inmunohistoquímica para mucinas (MUC5AC, MUC5B) y tinción azul de alcian para las CC.

Los resultados se presentan en porcentaje de células positivas por células totales.

Resultados: Los GC orales (B2) disminuyeron la expresión epitelial de MUC5AC (B0: 40; B2: 15) y glandular de MUC5B (B0: 45; B2: 30) en pacientes asmáticos tolerantes, y de MUC5B en pacientes sin asma (B0: 35; B2: 20). En los PN con asma (sobre todo tolerante), los GC intranasales (B12) disminuyeron (p < 0,05) MUC5AC (5) y MUC5B (2,5).

En el efecto de los GC, se observó correlación entre las CC y MUC5AC (r = 0,725; p < 0,01) y entre células mucosas de glándulas y MUC5B (r = 0,782; p < 0,01).

Conclusiones: El tratamiento con GC orales e intranasales disminuye la expresión de las mucinas secretadas en pólipos de pacientes sin asma y con asma tolerante, probablemente debido a la disminución del número de CC. Existe una resistencia al tratamiento con corticoides en pacientes con intolerancia a AINEs.

327

EXPRESIÓN DE LA SUSTANCIA P Y EL RECEPTOR DE LA NEUROKININA 1 EN EL CÁNCER DE LARINGE

D. Castro Gutiérrez de Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, A. Medinilla Vallejo, M.D. Allely Teruel, F. Aguilar Vera, I. Reyes Tejero, E. Mata López, F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La sustancia P(SP) es un undecapéptido que a través de su unión al receptor de Neurokinina-1 (NK1R) ha sido implicado en varias funciones biológicas como regulación del sistema cardiovascular, motilidad gástrica, salivación, micción, así como inflamación, dolor y depresión. Además se ha demostrado además su función mitogénica en varias líneas celulares tumorales humanas. El binomio SP/NK1R podría jugar un papel importante en el crecimiento de aquellos tumores que expresen dicho receptor.

Material y método: El objeto de este estudio consiste en investigar la expresión de la SP y el NK1R en una serie de 156 carcinomas de laringeos, así como en tejido adyacente no tumoral y metástasis ganglionares.

Resultados: La SP y el NK1R se encuentran expresados en gran cantidad tanto en epitelio displásico, tumores microinvasores y carcinomas infiltrantes así como en sus metástasis en los ganglios linfáticos.

Discusión/Conclusiones: Presentamos por primera vez evidencia de la expresión de la SP y del receptor de la neurokinina 1 en 156 carcinomas laringeos. La ubicuidad de la expresión de la SP y el NK1R establece una posible relación entre inflamación crónica y la progresión tumoral. Pensamos que este receptor constituye una diana terapéutica de primer orden en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

396

CULTIVO DE CÉLULAS LARÍNGEAS

M. Bonet, E. Zapater, A. Navarro, J. Cortijo, J. Basterra

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Los cultivos celulares se han realizado desde el siglo XIX. El cultivo de células laringeas no es un método difundido pero ya ha sido realizado por otras escuelas y ha permitido la aplicación in vitro de determinados tratamientos y el estudio de determinados mecanismos de producción de patología.

Material y método: Se toman biopsias de tejido sano epitelial glótico a través de microcirugías laringeas previo consentimiento informado de los pacientes.

Se transportan en suero fisiológico estéril y se procede al corte y siembra de la pieza. Se siembran en placas de cultivo pretratadas con colágeno a las que se les añade medio de cultivo keratinocyte-SFM reconstituido. Las células se incuban hasta que alcanzan su crecimiento.

Resultados: Hemos conseguido aislar células epiteliales laringeas en cultivo celular y éstas han sido sometidas a inmunohistoquímica siendo caracterizadas con anticuerpo CK-19 característico de este tipo de células.

Discusión/Conclusión: El método expuesto tiene la ventaja de su menor coste con respecto a otros realizados previamente. Nos permite disponer de un modelo para estudios in vitro de efectos farmacológicos, entre otros.

DOMINGO, 11 DE NOVIEMBRE

SALA AUDITORIO

8,30-9,30

COMISIÓN DE CABEZA Y CUELLO

Sesión de comunicaciones orales 8

28

LARINGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA: UNA OPCIÓN VÁLIDA ACTUAL PARA LA CONSERVACIÓN LARÍNGEA EN EL CÁNCER DE LARINGE

M.A. Sevilla García, F. López Álvarez, R. Cabanillas Farpón, J.P. Rodrigo Tapia, C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La laringectomía supraglótica horizontal permite la preservación de la funcionalidad de la laringe y evita la traqueotomía permanente. En nuestra revisión clínica pretendemos reflejar nuestra experiencia en la laringectomía supraglótica y describir nuestros resultados funcionales y oncológicos.

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo de 267 pacientes con carcinoma epidermoide de supraglotis, previamente no tratados, a los que se les realizó una laringectomía supraglótica en nuestro hospital desde enero de 1978 hasta mayo de 2003.

Resultados: El tanto por ciento de recidivas se estimó en torno al 29,2% (78/267). La tasa de recidiva local fue de un 8,2% (22 pacientes) y la recidiva regional de 16,9% (45 pacientes). La supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue de un 73% y, se consiguió preservar la laringe en un 82%. El análisis multivariante mostró dos parámetros independientes que predecían una supervivencia libre de enfermedad disminuida: las metástasis ganglionares clasificadas como N3 ($p = 0,0003$) y el hecho de presentar un tumor primario clasificado como T4 ($p = 0,004$).

Conclusiones: La laringectomía supraglótica proporciona pues, según nuestra experiencia, un óptimo control locoregional oncológico para la preservación laringea.

93

FARINGIOSTOMAS Y SU TRATAMIENTO. REVISIÓN DE 15 AÑOS

R. Charlone Granucci, J.L. Llorente Pendas, A. Penagos Vélez, M.A. Sevilla García, C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Se define faringostoma como la fístula faringo cutánea que se evidencia clínicamente con la salida de saliva en el momento de la deglución. Las encontramos generalmente en los post-operatorios de laringectomías totales ampliadas, siendo más frecuentes cuando los tejidos fueron previamente irradiados, o en aquellos pacientes malnutridos o con enfermedades sistémicas asociadas como diabetes, hipoproteinemia, alteraciones de la cicatrización. Su diagnóstico es clínico, realizándose también un transito faringo-esofágico para su confirmación.

Material y método: Estudio de todos los casos de faringostomas tratados quirúrgicamente en nuestro Servicio de ORL desde 1990 hasta 2006. Se presentan y comparan las diferentes opciones y los avances habidos en el tratamiento de esta complicación a lo largo de estos años. Se utilizó la clasificación de Guthrie para su seguimiento, siendo en su gran mayoría del tipo I y II.

Resultados: Se estudiaron 75 pacientes con diferentes tipos de tratamientos, 20 casos tratados mediante cierre directo de la fístula faríngea, 17 casos de colgajos regionales y 9 colgajos libres microvascularizados. En el 47% de los casos se utilizó un by-pass salivar, ya sea como único tratamiento o como complemento. Hubo más de un 90% de cierres, disminuyendo la estancia hospitalaria con el avance de las técnicas terapéuticas, el uso del by-pass salivar y la utilización de los colgajos libres.

Conclusiones: Pretendemos mostrar nuestra experiencia en estos últimos 15 años en el seguimiento y tratamiento de los faringostomas, así como la discusión de la idoneidad de las diversas estrategias empleadas.

145

NEOPLASIAS MALIGNAS MÚLTIPLES EN EL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

C. López Mollá, M. Carrasco Llatas, T. Seijas Rosales, E. Estellés Ferriol, F. Guallart Doménech, J. Dalmau Galofré

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: La incidencia de segundos tumores en el tracto aerodigestivo superior varía entre un 5-20%, ensombreciendo el pronóstico de estos pacientes. El objetivo de este estudio es determinar las principales características de los segundos tumores primarios.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 1595 pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello entre los años 1978-2004, seleccionando para el estudio aquellos que han desarrollado un segundo tumor primario. El diagnóstico del segundo tumor primario debe cumplir los criterios de Warren y Gates.

Resultados: Observamos un porcentaje de segundos tumores del 6,26%. Los tumores primarios que asocian más frecuentemente un segundo tumor primario son los de la laringe supraglótica (34,6%). La localización más frecuente del segundo tumor primario fue el pulmón (23,1%), seguido de la orofaringe (13,5%), el esófago (6,7%) y la hipofaringe (6,7%). La mayor parte de los segundos tumores son clasificados como metacrónicos.

Conclusiones: Los cánceres de cabeza y cuello conllevan un elevado riesgo de desarrollo de un segundo tumor durante su evolución, por lo que es necesario una meticulosa exploración y seguimiento prolongado para su detección precoz.

187

CÁNCER DE HIPOFARINGE. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN NUESTRO MEDIO

M. Carrasco Llatas, C. Lopez Mollá, E. Estellés Ferriol, F. Guallart Doménech, M.J. Ferrer Ramírez, J. Dalmau Galofré

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: El cáncer de hipofaringe es un cáncer muy agresivo que generalmente se diagnostica en estadios avanzados, siendo su pronóstico desalentador y la supervivencia baja.

Objetivos: Presentar la evolución y los resultados de los pacientes con cáncer de hipofaringe tratados en el Hospital Universitario Dr. Peset.

Material y método: Estudio retrospectivo de 89 pacientes tratados en nuestro Servicio entre 1980 y 2005. En su mayoría se trata de pacientes en estadios avanzados (III y IV) y el 73% presentaba adenopatías en el momento del diagnóstico. 14 pacientes (15,9%) fueron tratados con Radioterapia y Poliquimioterapia con intención de conservación de la laringe.

Resultados: La supervivencia a los 5 años fue del 39,2%. La incidencia de segundos tumores fue del 23,5% y de metástasis a distancia de 7,5%.

Conclusiones: El cáncer de hipofaringe continúa siendo en cáncer de cabeza y cuello de peor pronóstico. La supervivencia parece estar relacionada con el estadio tumoral, concretamente con el estatus de los ganglios cervicales.

426

CARCINOMA BASALOIDE ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO: REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

R. Rodríguez Crespo¹, T. Laviana Muslera¹, P. Eza Núñez¹, A. Del Valle Zapico¹, R. Megía López¹, M. Mayorga Fernández², J. Rama Quintela¹

¹Servicio de ORL. ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: El carcinoma basaloide de células escamosas es una variante poco frecuente del carcinoma epidermoide que posee alta agresividad y capacidad metastásica. Su localización más frecuente a nivel de cabeza y cuello es la región supraglótica, seno piriforme y base de lengua.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de carcinoma epidermoide de tipo basaloide en la región de cabeza y cuello, en los últimos 15 años en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con revisión actualizada de historias clínicas y preparaciones histológicas.

Resultados: Fueron diagnosticados un total de 20 pacientes (19 varones), con una edad media de presentación de 60,55 años. La localización más frecuente fue hipofaringe (7 casos), y la manifestación clínica inicial la disfagia (25%). El estadio III fue el más frecuente al diagnóstico (30%). Diecisiete pacientes recibieron tratamiento quirúrgico de la lesión primaria, 10 cirugía regional. Trece fueron tratados con radioterapia y 8 con quimioterapia. Nueve pacientes están vivos en la actualidad: siete libres de enfermedad, uno con persistencia tumoral y otro con recidiva local irrecusable. La supervivencia media oscila entre 12 y 107 meses desde el diagnóstico.

Discusión: El carcinoma basaloide afecta fundamentalmente a varones con antecedentes de abuso de tabaco y alcohol y suele aparecer en la sexta década de la vida. En el momento del diagnóstico la mayoría de los casos se presentan en un estadio III-IV, siendo frecuente la existencia de metástasis ganglionares. Las características histológicas son una parte fundamental del diagnóstico. El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar.

470

ROL DE LA CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN TUMORACIONES DE CUELLO NO TIROIDEAS

F. Larach, C. Ortega, M. Rey, M. Fernández-Aceñero, P. Ortega
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: La citología por punción con aguja fina se utiliza con frecuencia para el estudio de tumoraciones de cuello en nuestro servicio, especialmente en patología tiroidea. El objetivo de este estudio es revisar las indicaciones y precisión diagnóstica de este estudio en el diagnóstico diferencial de la patología cervical no tiroidea (glándulas salivales, adenopatías cervicales y bultomas de cuello en general).

Material y método: Revisión retrospectiva de todas las citologías por punción con aguja fina realizadas a tumoraciones de cuello, excluyendo tiroideos, en el Hospital de Móstoles, entre los años 2000 y 2006. Comparación con el resultado definitivo de la biopsia en los casos operados. Obtención de cifras de sensibilidad y especificidad de la citología por punción en el estudio de lesiones de glándulas salivales y adenopatías cervicales.

Resultados: En el período de estudio se realizaron 385 citologías por punción con aguja fina de tumoraciones de cuello no tiroideas. 51% corresponden a adenopatías, 27% a lesiones de glándulas salivales y 22% a otros bultomas de cuello. El estudio resultó ser diagnóstico en un 71% de las punciones y no diagnóstico (muestra insuficiente, muestra acelular, estudio citológico no concluyente) en el restante 29%. En los pacientes puncionados que fueron posteriormente a cirugía se pudo observar una gran concordancia entre el primer diagnóstico de la citología por punción y el diagnóstico definitivo de la biopsia.

Discusión/Conclusiones: La citología por punción con aguja fina demuestra ser un examen de especial utilidad para el otorrinolaringólogo en el estudio de bultomas cervicales, no sólo tiroideos. Es un examen rápido, seguro, económico y de alta precisión. Cuando se obtiene material suficiente, el rendimiento diagnóstico es excelente.

SALA UNESCO

8,30-9,30

COMISIÓN DE OTOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 9

71

3 AÑOS DE DRENAJES TRANSTIMPÁNICOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA

J.L. Sánchez-Jara Sánchez, J. Gavilanes Plasencia, J. Granell Navarro, G. Martín Hernández, J. Herrero Agustín, M.J. Velasco García
Complejo Asistencial de Ávila.

Introducción: Desde la publicación de los trabajos de Amstrong en 1954, el uso de drenajes transtimpánicos (DTT) se ha convertido en

una de las actividades más habituales dentro de la práctica quirúrgica del ORL.

Material y método: Presentamos un estudio observacional retrospectivo de los DTT colocados en nuestro hospital a pacientes menores de 12 años entre los años 2000 y 2002 (120 niños, 240 oídos). También se realiza un estudio multivariante, mediante regresión logística binaria, para identificar los factores modificadores de la aparición de recidiva de la patología de base.

Resultados: La indicación quirúrgica fue en todos los casos otitis seromucosa, u otitis media aguda recidivante. Se emplearon dos tipos de drenaje (diábolo tipo Shepard, tubo en T de Goode). Se encontraron escasas complicaciones. Destacamos que sólo se presentaron 3 perforaciones, pese a la amplia mayoría de tubos en T en la muestra. En el estudio multivariante, la edad de intervención se define como variable protectora de la aparición de recidiva de la otitis tras colocación de DTT: Exp(B) = 0,6 (IC95%, 0,43-0,89).

Discusión/Conclusiones: En la actualidad se acepta la indicación quirúrgica en ciertos casos de otitis media aguda recidivante y de otitis seromucosa. El empleo de DTT es un procedimiento seguro, y con un escaso índice de complicaciones. Si nos comparamos con la literatura existente, en nuestro centro está más extendido el uso de tubos en T, sin que por ello tengamos más complicaciones que otros autores.

160

NUESTROS RESULTADOS EN MIRINGOPLASTIAS

T.E. Labatut Pesce, E. Mora Rivas, C. Sierra Grañón, I. Cobeta Marco
Hospital Ramon y Cajal, Madrid.

Introducción: La miringoplastia es uno de los procedimientos más frecuentes realizados en la cirugía otológica. Las distintas técnicas obtienen resultados variables según la literatura.

Material y método: Análisis retrospectivo de 216 miringoplastias primarias efectuadas en el servicio de ORL del Hospital Ramón y Cajal entre los años 1998 y 2003, describiendo las características de los pacientes, la perforación timpánica, técnica quirúrgica y resultados post-operatorios, valorando dentro de estos últimos el éxito en el cierre de la perforación y variación de los niveles auditivos.

Resultados: La ubicación de la perforación y su situación respecto al anulus en los oídos intervenidos fue posteroinferior y central respectivamente en el 61% de los casos. El tamaño de la perforación abarcaba entre uno y dos cuadrantes en dos tercios de la muestra. En el 85% de los pacientes la causa de la perforación fue la secuela otorreica. La técnica quirúrgica empleada en más de tres cuartas partes de los casos fue lateral y la experiencia previa del cirujano superaba los 10 años. La vía de abordaje, comparando endoaural y retroauricular fue utilizada en similar número de casos. La fascia de músculo temporal se utilizó como injerto en el 80% de las miringoplastias, seguida de pericondrio para los restantes. El cierre de la perforación timpánica se consiguió en un 78% de los casos. La mejoría de la audición se tradujo de media, en un ascenso del PTA de 6,56 dBs.

Conclusiones: La miringoplastia primaria es una técnica quirúrgica que consigue en un alto porcentaje el cierre de la perforación timpánica y en un grado variable la mejoría de la audición.

231

TIMPANOPLASTIA CON CARTÍLAGO EN OTITIS ADHESIVA PEDIÁTRICA GRADO III-IV

F.J. Aguilar Vera, R. Martínez Garrido, I. Reyes Tejero, A. Medinilla Vallejo A, M.D. Allely Teruel, J. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez, E.A. Mata López, A. Mochón, F. Esteban Ortega
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La otitis adhesiva es una patología que frecuentemente evoluciona hacia otitis media crónica colestomatosa, por lo que también es llamada otitis precolesteatomatosa. El manejo de esta patología sigue sin estar correctamente establecido, existiendo un escaso número de publicaciones al respecto. La actitud más frecuentemente seguida, basada en la clasificación de Dornhoffer, es valorar la colocación de tubos de ventilación transtimpánicos en fases precoces y "esperar y ver" en fases avanzadas. En edades pediátricas existe un menor componente adhesivo a favor de una mayor atelectasia, por lo que planteamos la posibilidad de realizar timpanoplastias en los grados III-IV.

Material y método: Presentamos una serie de 40 otitis adhesivas grado III-IV en pacientes pediátricos, tratadas mediante timpanoplastia tipo 1 medial con cartilago y pericondrio tragal +/- tubo de ventilación trans-timpánico durante los años 2003 al 2006.

Resultados: En ningún caso (seguimiento entre 10 y 48 meses) se ha objetivado desplazamiento del injerto tragal o perforación. No complicaciones postoperatorias, ni cambios significativos en la audición.

Como incidencias más significativas destacan: 1 caso de perla colesteatomatosa en CAE, 1 extrusión de PORP y colocación de 2 tubos en "T" tras timpanotomía láser por OMS.

Discusión/Conclusión: La timpanoplastia con cartilago "puede ser" una técnica efectiva para la estabilización del tímpano en otitis adhesivas grados III-IV en edades pediátricas, y podría ser considerada como tratamiento profiláctico del colesteatoma.

232

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA DE LA OTOSCLEROSIS EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

R. Polo López, P. Cabrera Morín, C. Fragola Arnau, I. Cobeta Marco
Hospital Ramon y Cajal, Madrid.

Introducción: La otosclerosis es un proceso patológico en el que se producen fenómenos de reabsorción ósea, seguidos de fases de reposición por hueso patológico. Cuando la lesión se localiza en la ventana oval, se produce una fijación del estribo con hipoacusia de transmisión (otosclerosis clásica). Si el proceso invade la cóclea, se presenta como una hipoacusia neurosensorial (otosclerosis coclear), la cual, es un componente, que en mayor o menor medida, se sobreañade a la otosclerosis clásica.

Material y método: Hemos estudiado 234 pacientes intervenidos de estapedectomía/estapedotomía en nuestro servicio, en un periodo comprendido entre Enero ? y Diciembre 2001, con un seguimiento mínimo de 5 años. Datos epidemiológicos, valores audiométricos pre y postoperatorios, técnica quirúrgica utilizado, tipo de prótesis y complicaciones, son varios de los factores que han sido analizados.

Resultados: El 65% de los pacientes fueron mujeres y el 35% varones, con una media de edad de 39 años. El porcentaje de bilateralidad fue del 87%. En el 92% de los pacientes se realizó una estapedectomía, mientras que sólo en el 8% se realizó estapedotomía. En más del 85% de los pacientes se utilizó como prótesis el tubo de polietileno. El umbral diferencial auditivo (UDA) preoperatorio medio fue de 39 dB con un porcentaje de éxito absoluto quirúrgico del 80% (UDA < 10 dB). Las complicaciones postquirúrgicas se dieron en un 17%, siendo la sintomatología vertiginosa la más frecuentemente observada. En un 15% se realizó cirugía de revisión, siendo la causa más frecuente un nuevo incremento del UDA. Los hallazgos más comúnmente encontrados fueron la migración protésica y la necrosis de la rama larga del yunque.

Conclusiones: Hay un predominio claro de la población femenina. La afectación es bilateral en casi el 90%. La estapedectomía con tubo de polietileno fue la técnica empleada en la mayoría de los casos. Conseguimos un UDA < 10 dB en un porcentaje elevado de los casos. Las complicaciones postoperatorias fueron poco frecuentes. Resultó necesaria la cirugía de revisión en el 15% de los pacientes.

243

IMPLANTES COCLEARES: RESULTADOS Y COMPLICACIONES DE LA IMPLANTACIÓN EN MALFORMACIONES COCLEARES

J. García-Valdecasas, E. Fernández Pascual, M. Sainz Quevedo
Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: las malformaciones del oído interno están presentes en el 20% de las hipoacusias neurosensoriales profundas en niños y son un verdadero reto en la búsqueda de un tratamiento auditivo ideal, existiendo controversia sobre la implantación bien de implantes cocleares o bien de implantes del tronco cerebral. El objeto de este estudio es conocer los resultados obtenidos mediante implantes cocleares en dicha patología, así como conocer las complicaciones del proceso de implantación en su conjunto.

Material y método: 8 pacientes con malformaciones cocleares de diverso grado han sido implantados en nuestro servicio en los últimos 6 años. Se muestran los resultados de la programación, de la rehabilitación auditiva así como las complicaciones aparecidas en el proceso de

implantación. Se comparan los resultados con un grupo control así como con los diferentes grados de malformación.

Resultados: Las malformaciones mayores presentan peores umbrales auditivos, mayores niveles de carga necesaria para provocar el estímulo y peores resultados auditivos tras el implante que las malformaciones menores ($p < 0,05$). Las malformaciones menores presentan resultados similares a los obtenidos en el grupo control.

Discusión/Conclusiones: A mayor grado de malformación, peores son los resultados obtenidos tras la implantación. Las malformaciones menores obtienen resultados similares a los obtenidos en el resto de la población.

257

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN HIPOACÚSICA PROFUNDA IMPLANTADA EN EXTREMADURA

E. De la O, M.J. Lavilla, M.J. Cisternas, L. Baez, A. Palomino, M. García, J. Herrero

Complejo Hospitalario de Cáceres, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: En enero de 2001 se realiza la primera implantación en nuestro centro, constituyéndose una unidad compuesta por los equipos específicos de ORL: Audiología, Foniatria y Logopedia. Revisamos nuestra experiencia.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de la población hipoacúsica profunda extremeña implantada en nuestro servicio comprendido entre el periodo comprendido entre enero de 2001 y enero de 2007. En total se incluyen las primeras 85 implantaciones cocleares.

Resultados: Del total de 85 pacientes implantados, 27 son niños prelocutivos con edades comprendidas entre los 11 meses y 9 años, los restantes son adultos con edades entre 18 y 71 años. Desde el punto de vista etiológico son congénitas: 2 síndrome de Usher, 2 herencias mitocondriales, 10 conexinas, 1 otoferlina, 1 Mondini, 2 sufrimientos fetales, 9 meningitis, 5 otosclerosis, 4 hipoacusias súbita, 3 infecciosas (sarampión y rubéola), 2 otitis media crónica, 14 idiopáticas, 2 iatrogénicas (terapia antineoplásica y antituberculosa), 1 traumática, 1 inmune (síndrome de Cogan), 11 hipoacusias progresivas, 10 sin filiar tras realizar estudios genéticos y 4 familiares. Se discuten los resultados en niños prelocutivos según grupos de edad, y en adultos según sean prelocutivos, perlocutivos o postlocutivos de corta, media y larga evolución. La valoración de estos resultados se hace tras un mínimo de 6 meses en función del momento de la aparición de la hipoacusia, la duración de la misma, número de electrodos insertados, entre otros.

Discusión/Conclusiones: Hasta el momento los resultados son concordantes con los publicados en otras series. Consideramos fundamental un ajuste equilibrado de las expectativas de manera individualizada con el fin de obtener un óptimo grado de satisfacción en nuestros pacientes implantados.

SALA 2

8,30-9,30

COMISIÓN DE CABEZA Y CUELLO

Sesión de comunicaciones orales 10

6

INFLUENCIAS DEL FEEDBACK AUDITIVO EN VARIABLES ACÚSTICAS VOCALES

M.A. Gutiérrez Revilla

Hospital Ramon y Cajal, Madrid.

Introducción: El feedback auditivo tiene una influencia determinante sobre la modulación de diversos parámetros acústicos de la voz humana, de los cuales el más destacado tal vez sea la intensidad. Con este trabajo se pretenden demostrar de manera científica los cambios que se producen en dichos parámetros en pacientes con implante coclear, realizando determinaciones de los mismos con el dispositivo activado o desactivado.

Material y método: Se realiza el estudio sobre una población de 20 pacientes implantados cocleares, 10 de ellos portadores del implante Med-

el C40* y Med-el Pulsar y otros 10 del implante Nucleus 24K y Freedom, cuya correcta percepción auditiva se confirma con técnicas normalizadas. Se determina la intensidad de la producción vocal con un sonómetro binaural EGESA SB/HE-30 y la frecuencia fundamental con un estroboscopio Karl Storz Pulsar 20 1400 20.

Resultados: Se encuentra una correlación entre el estado funcional del implante (apagado-encendido) y la intensidad acústica en la producción de la voz, siendo esta mayor en ausencia de input auditivo, con gran dispersión de los resultados. Las variaciones encontradas en la frecuencia fundamental son mucho menos significativas, apreciando también una dispersión de los resultados.

Conclusiones: El input auditivo es un factor determinante de las cualidades acústicas de la voz en pacientes implantados cocleares.

230

UTILIDAD DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN GLÓTICA EN LA VALORACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA VOZ

J. Montalt, R. Barona, E. Martín, C. Comeche

Unidad de ORL, Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Existen varios instrumentos disponibles para evaluar en la anamnesis los trastornos de la voz. El más conocido es el Índice de Handicap Vocal (IHV) desarrollado por Jacobson; un amplísimo cuestionario que evalúa el impacto que el problema vocal tiene en el paciente. Nosotros hemos aplicado un nuevo cuestionario basado en los síntomas, de sólo 4 ítems, denominado Índice de Función Glótica (IFG), inicialmente desarrollado en el Centro de Desórdenes de la Voz de la Universidad de Forest para valorar la insuficiencia glótica en parálisis vocales. El estudio tiene como objetivo evaluar la validez del IFG en el estudio de los pacientes con patología vocal, antes y después de su tratamiento y compararla con el IHV.

Material y método: Hemos estudiado 46 pacientes consecutivos que presentaron disfonía crónica. Se realizaron los dos tests completos IHV e IFG, antes y después del tratamiento (microcirugía de laringe y/o logopedia). Los datos se compararon con los de un grupo de 46 controles sanos que no tenían historia de problemas vocales.

Se usó el test "t" de datos pareados con el fin de comparar los valores del IFG pre y post-terapia con los del grupo control. Por otro lado se comparó la puntuación del IFG con la del IHV usando el coeficiente de correlación de Pearson. Todos los datos fueron registrados en el programa SPSS versión 11.

Resultados: La puntuación media del IFG del grupo control fue $0,91 \pm 0,4$. Este valor fue significativamente menor que el IFG pre y post-terapia del grupo de cohortes con $p < 0,05$. El IFG inicial o pre-operatorio fue de $13,3 \pm 4,1$ y el post-operatorio mejoró hasta el $6,2 \pm 2,8$ tres meses después de la intervención médica ($p < 0,01$). El coeficiente de correlación de Pearson entre el IFG y el IHV fue 0,72.

Discusión/Conclusiones: El IFG es un cuestionario de sólo 4 ítems, breve, fácil de realizar para el profesional y para el paciente, focalizado en los síntomas, con buena reproducibilidad y validado en la práctica clínica. Es útil en la evaluación inicial y en el seguimiento de pacientes con trastornos de la voz y permite documentar la mejoría que el paciente tiene en su voz después de la terapia. Es más breve y sencillo que el IHV.

343

ANÁLISIS DIGITAL DE LA VOZ EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP) AVANZADA TRATADOS CON ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA (ECP)

M.Á. Mate Bayón, I. Cobeta Marco, A. Toledano Muñoz, C. Ruiz Escudero, J.M. Aparicio Fernández

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: El objetivo fue realizar el análisis acústico de la voz de 25 pacientes afectados de EP tratados con ECP y determinar así el resultado del impacto terapéutico.

Material y método: Se recogieron la señal microfónica y electroglotográfica de una /a/ y de una frase de los pacientes en cuatro momentos: sin tratamiento médico (ST), con tratamiento médico (CT), y dos revisiones postquirúrgicas (R1, R2). Después se realizó el análisis digital de las muestras mediante el programa CSL.

Resultados: a) Análisis de voz de una /a/ sostenida capturada con micrófono, demostró un aumento en la frecuencia fundamental (F0) cuando fueron tratados con tratamiento médico ($p = 0,048$). En cuanto al estudio del jitter (perturbación de la frecuencia), se obtiene mejor calidad de la voz siendo significativo ($p = 0,041$, $p = 0,026$, $p = 0,031$). Aunque los valores de shimmer son más altos en estado basal (ST) que cuando se someten a los tratamientos, las diferencias no son significativas para la señal microfónica. Para la señal laringográfica, se obtienen diferencias sólo cuando se comparan los pacientes ST y CT ($p = 0,023$). b) Análisis de voz al decir una frase. Para la señal microfónica como la laringográfica, la variabilidad de la F0 oscila discretamente en aumento, sin significación estadística. En cuanto a la variabilidad de la intensidad los valores apenas sufren alteraciones por los tratamientos introducidos.

Conclusiones: Las variables del análisis acústico de una /a/ sostenida mejoran tras la intervención, pero el parámetro más sensible al impacto terapéutico, tanto médico como quirúrgico, es el jitter o perturbación de la frecuencia.

251

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PRE Y POSTOPERATORIO DE PACIENTES INTERVENIDOS POR PATOLOGÍA NASOSINUSAL

C. Marín Garrido, N. Mir Ullidemolins, S. Díez Tejerina, F.X. Barceló Colomer

Hospital L'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Introducción: El objetivo de este estudio es medir el déficit de calidad de vida en los pacientes con patología nasosinusal y verificar la mejoría después de ser sometidos al tratamiento quirúrgico.

Material y método: Se estudian 207 pacientes a los que se les practicó cirugía nasosinusal durante los años 2005 y 2006. Los pacientes rellenaban un cuestionario y una escala visual sobre calidad de vida en el preoperatorio y seis meses después de la cirugía. El cuestionario utilizado es el descrito y validado por Kramer MF (año 2003) que consta de 25 ítems específicos para la patología nasosinusal, agrupados en seis categorías: síntomas nasales, alteraciones del sueño, cefalea, síntomas no nasales, problemas prácticos, síntomas emocionales.

Resultados: Los pacientes con patología inflamatoria nasal presentaban una menor calidad de vida que aquellos pacientes que únicamente presentaban dismorfia septal y/o piramidal. Todas las categorías de síntomas mejoraron de forma relevante tras la cirugía con una significación estadística de $p < 0,001$. Los flujos rinomanométricos también mejoraron de forma relevante y significativa en el postoperatorio. Hubo una buena correlación entre la escala visual y las puntuaciones obtenidas en el cuestionario. Las puntuaciones de la escala visual mejoraron de manera significativa en el postoperatorio respecto al preoperatorio.

Conclusión: La medición de la calidad de vida, nos permite evaluar y explicar el beneficio que obtienen los pacientes de las acciones terapéuticas que sobre ellos se realizan.

310

¿CUÁNTO CUESTA LO QUE HACEMOS?

N. González Poggioni, J. Herranz González-Botas, A. Castro Ramallo, C. Deus Abelenda, S. Regueiro Villarín, M. Álvarez-Buylla Blanco, J. Martínez Vidal

Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo", A Coruña.

Introducción: En los servicios ORL de acuerdo a indicaciones clínicas, se realizan múltiples intervenciones quirúrgicas diariamente, sin estar al tanto de su impacto económico. El objetivo de este estudio, es analizar los costes de las intervenciones más realizadas en un Servicio ORL.

Material y método: Se cuantificaron los costes de las 5 intervenciones quirúrgicas más practicadas durante el año 2006, tomándose en cuenta las variables de personal, equipamiento y medicación, en tres tiempos: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Para el análisis de costes se utilizó el programa de control de gestión ELFOS (Módulo de gestión de protocolo).

Resultados: Las intervenciones más practicadas fueron: amigdalectomía/adenoidectomía (151/131), tiroidectomía (93), septoplastia (92), láser CO₂ Laringe (91) y timpanoplastia (87), y el coste total de la intervención fue de 271,08; 421,68; 259,03; 331,32 y 512,04 Euros

respectivamente. Los costes más elevados son los correspondientes a personal, y a los tiempos intra y postoperatorios, dependiendo de la cirugía. Otros factores encarecedores son el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica y la realización de pruebas complementarias preoperatorias adicionales.

Discusión/Conclusión: El coste definitivo es directamente proporcional con la complejidad de la intervención, sin embargo mediante el análisis del mismo podemos identificar aquellos puntos susceptibles de actuación para evitar gastos innecesarios. En nuestro caso, observamos claramente que factores como el periodo de estancia tras la intervención, la cantidad de personal necesaria para la misma, así como la duración del periodo de revisiones sucesivas, son de especial importancia en el encarecimiento de este servicio sanitario.

434

TOMA DE DECISIONES EN OTORRINOLARINGOLOGÍA A TRAVÉS DE LAS GUÍAS CLÍNICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

A. Martín Mateos, M. De Mier Morales, J.R. Benito Navarro, E. Ávalos Serrano, E. Martínez

Unidad de Gestión Clínica de ORL, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La medicina basada en la evidencia (MBE) propone una metodología eficaz para acercar los datos de la investigación científica a nuestra práctica clínica habitual. Las guías clínicas son un conjunto de directrices, desarrolladas sistemáticamente para ayudar en la toma de decisiones. Las guías clínicas basadas en la evidencia difieren en su metodología de las denominadas de expertos o consensos, siendo una de las herramientas disponibles para organizar la mejor evidencia científica y poder utilizarla en la toma de decisiones clínicas.

Material y método: Se realiza una búsqueda sistemática de las guías clínicas ORL basadas en la evidencia en bases de datos primarias y fuentes de información secundarias, incluyendo portales y metabuscadores. Se realiza un análisis bibliométrico respecto al número de guías por órganos, patologías y países de publicación.

Resultados: Predominan las guías referentes a la patología otológica (54), nasal (26) y faringe incluyendo el SAOS (27). Se encuentran 50 guías oncológicas. Exponemos el número de guías por patología. Sólo hay cuatro guías españolas, siendo tres de ellas de resúmenes de fuentes de MBE. El número mayor de guías corresponde a EE.UU. y el Reino Unido.

Discusión/Conclusiones: Existe una gran variabilidad en la toma de decisiones de distintos ORL ante un mismo proceso. La variabilidad en la práctica clínica es inapropiada cuando existe una importante evidencia científica, pero es esperable cuando la evidencia científica es débil. Es necesaria la elaboración de guías clínicas basadas en la evidencia que tenga en cuenta las habilidades y posibles variables del entorno de nuestro medio.

SALA 7

8,30-9,30

COMISIÓN DE SUEÑO Y RONQUIDO

Sesión de comunicaciones orales 11

58

USO DE TETRADECIL SULFATO DE SODIO EN EL MANEJO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO DE INTENSIDAD LEVE: ESTUDIO PILOTO

A. Labra Herrera, Á.D. Huerta Delgado, R.Haro Valencia

Clínica de trastornos del sueño, Universidad Nacional Autónoma de México.

Introducción: Los agentes esclerosantes han sido propuestos como una alternativa en el manejo del ronquido primario. En este estudio, buscamos su utilidad como tratamiento de apnea del sueño leve.

Material y método: Se incluyeron 11 pacientes portadores de SAOS leve, cuyo sitio de obstrucción estaba limitado al paladar. Se les adminis-

tró 1 ml del esclerosante submucoso en línea media de paladar y 0,5 paramedio en ambos lados. Los datos polisomnográficos pre y postratamiento se comparan mediante prueba de t de Student.

Resultados: Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en cuanto a los índices de ronquido, apnea/hipopnea y saturación de oxígeno. No así en cuanto a los microdespertares.

Conclusiones: El empleo de agentes esclerosantes en paladar debe ser tomado en cuenta como una alternativa en el manejo de SAOS leve en pacientes seleccionados.

149

SOMNOPLASTIA VS CELÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA RONCOPATÍA SIMPLE MEDIANTE RADIOFRECUENCIA: ESTUDIO PRELIMINAR

J.J. Campos, A. Molina, E. Doménech, A. Pérez, M. Fontal

Servicio de ORL, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Introducción: Se presentan resultados comparativos en el uso de radiofrecuencia mediante somnoplastia vs celón en el tratamiento de la roncopatía simple.

Material y método: En ambos casos se utiliza el mismo método de aplicación en cuatro puntos del paladar blando, en una o dos sesiones, evaluándose los resultados a corto plazo. El número total de pacientes fue de 141 (105 tratados con somnoplastia y 36 con celón).

Resultados: La disminución significativa del ronquido aconteció en el 88% de los casos tratados mediante somnoplastia frente al 50% de los casos tratados con celón.

Discusión/Conclusiones: La somnoplastia parece en nuestras manos mostrarse más eficaz a corto plazo en el tratamiento de la roncopatía simple mediante radiofrecuencia.

292

ESTUDIO "SOMNIAAR" DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN LA RINITIS ALÉRGICA

H. Galera Ruiz, R. Soler Villarrasa, C. Colas, A. Peláez, B. Añibarro,

Á. Navarro

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El sueño se encuentra alterado en la rinitis alérgica (RA) y representa importantes repercusiones en el desarrollo de la actividad diaria y en la salud mental, contribuyendo así al deterioro de la calidad de vida en los pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad del sueño en pacientes con rinitis alérgica y su relación con la severidad de la enfermedad (clasificación ARIA), síntomas, toma de medicación y calidad de vida.

Material y método: Se estudian 2284 pacientes atendidos en consulta de Alergia y ORL en centros de toda la geografía española. Se obtiene consentimiento informado. La severidad de la enfermedad se establece en base a criterio ARIA. Los síntomas se miden mediante una escala de valoración analógica, la calidad de vida mediante un cuestionario específico validado (RQLQ), la calidad del sueño mediante la escala Pittsburgh y la somnolencia diurna con la escala Epworth. Todos los datos se recogieron en una única visita.

Resultados: De acuerdo con criterio ARIA, 50,2% tiene rinitis persistente (3,7% de carácter leve) y 49,8% rinitis intermitente (8,7% leve). 52,8% de todos los pacientes tiene mala calidad del sueño. La escala Pittsburgh tiene una puntuación global media de 6 (normal < 5). 21,1% padece excesiva somnolencia diurna (15% de carácter leve). La correlación entre los datos extraídos de la valoración mediante la escala Pittsburgh y el cuestionario específico de calidad de vida RQLQ es estadísticamente significativa, aunque con potencia moderada ($r = 0,54$). Con respecto a los síntomas, sólo la obstrucción nasal contribuye a la mala calidad del sueño. En el modelo de regresión logística la rinitis moderada-severa se asocia con peor calidad del sueño.

Discusión/Conclusiones: El sueño se encuentra alterado en pacientes afectos con rinitis alérgica. La calidad del sueño es peor en la rinitis moderada-severa. La obstrucción nasal, el tratamiento con esteroides, y el deterioro de la calidad de vida en base a la valoración mediante el cuestionario RQLQ se asocian con peor calidad del sueño.

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS CIRUGÍAS DE LA BASE LINGUAL EN PACIENTES CON SAOS MODERADO/SEVERO

E. Fernández Julián, F. Ferrer, I. Alonso, M. Orts, A. Morant, J. García, J. Marco

Servicio de ORL, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia.

Introducción: La UPPP es el procedimiento quirúrgico más utilizado, pero su eficacia es sólo del 40%, por lo que surgió el concepto de cirugía multinivel. Nuestro objetivo es comparar la eficacia de dos técnicas sobre la base lingual combinadas con la UPPP.

Material y método: Estudio prospectivo, randomizado, de 57 pacientes con SAOS moderado/severo, con obstrucción retropalatal y retrobase-lingual, que han sido tratados aleatoriamente, 29 con UPPP + Radiofrecuencia de base lingual (RFBL) y 28 con UPPP + Suspensión de base lingual (SBL). Los parámetros valorados incluyen la severidad del SAOS (PSG), la hipersomnia diurna (escala de Epworth) y la morbilidad de cada técnica (Escala Analógica Visual).

Resultados: En el grupo de UPPP + RFBL el IAH disminuyó de 36,92 a 17,31, la SaO2Min pasó de 77,41 a 80,72, y los valores de la ESS mejoraron de 13,93 a 8,51. En el grupo de UPPP + SBL el IAH disminuyó de 38,83 a 16,6, la SaO2Min pasó de 76,32 a 83,82, y los valores de la ESS mejoraron de 13,53 a 8,03. Los criterios de eficacia se cumplieron en 17 (58,62%) de los 29 pacientes del grupo de RFBL y 17 (60,71%) de los 28 del grupo de SBL. Sin embargo sólo el 40% de los pacientes con SAOS severo en cada grupo cumplió estos criterios.

Conclusiones: La SBL es más eficaz que la RFBL en el tratamiento del SAOS moderado/severo. La eficacia de ambas técnicas es similar en los casos de SAOS severo. La morbilidad de la SBL es superior a la de la RFBL.

363

EFICACIA DE LAS PRÓTESIS DE AVANCE MANDIBULAR EN EL TRATAMIENTO DEL SAOS. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

E. Fernández Julián, N. Muñoz, F. Ferrer, I. Alonso, J. Marco

Servicio de ORL, Hospital Clínico de Valencia, Universidad de Valencia.

Introducción: Dado que hay pacientes con SAOS que rechazan la CPAP y cirugía, debemos incluir las Prótesis o Dispositivos de Avance mandibular (PAM o DAM) en nuestro arsenal terapéutico. Nuestro objetivo es valorar la eficacia de las PAM en pacientes con SAOS a largo plazo.

Material y método: Estudio retrospectivo de 42 pacientes con SAOS, 35 hombres y 7 mujeres, que tras rechazar CPAP y cirugía, son tratados con PAM. Los parámetros valorados han sido el IAH y la SaO2Min (PSG), la hipersomnia diurna mediante Escala de Epworth (ESS), y la tolerancia y complicaciones de las mismas mediante Escala Analógica Visual. El seguimiento ha sido de 37 meses (rango 9-48).

Resultados: El IAH disminuyó de 34,7 a 16,5, la SaO2Min mejoró de 79,4% a 81,1% y los valores de la ESS cayeron de 13,9 a 6,3. El 67,25% de los pacientes cumplieron los criterios de eficacia (criterios de Sher). El 98% tiene molestias pasajeras en la articulación temporomandibular.

Conclusiones: Con las PAM hemos conseguido una mejoría significativa en la reducción del IAH y en la calidad de vida en pacientes con SAOS. Tras un seguimiento de más de tres años, el 94,4% las utiliza regularmente. Las complicaciones de las PAM son discretas y pasajeras.

399

INFLAMACIÓN NASAL TRAS LA APLICACIÓN DE CPAP: ESTUDIO PRELIMINAR

I. Vilaseca, F. Aguilar, B.M. Martínez, M. Carrión, A. Fontana, J.M. Montserrat

Hospital Clínic Universitari, Barcelona.

Objetivo: Evaluar si la Presión Positiva Continua en la vía Aérea (CPAP) produce inflamación en la mucosa nasal de pacientes con Síndrome de Apneas del Sueño (SAHS).

Método: Diecinueve pacientes consecutivos afectados de SAHS y tributarios de tratamiento con CPAP. Se realizó a todos una anamnesis dirigida a síntomas de rinitis. Se midió la inflamación nasal mediante endoscopia y frotis selectivo de cornete inferior. Las muestras se obtuvieron an-

tes (basal), a las dos horas de la administración de CPAP (post inmediata), y 2 horas después de finalizar el tratamiento (post tardío). Se analizaron parámetros clínicos y conteo celular, y se compararon con 13 controles sin tratamiento (registro basal y tardío).

Resultados: Siete pacientes (36,8%) referían problemas nasales previos, aunque solamente 6 (31,6%) eran sintomáticos en el momento del estudio. Tres controles (23,1%) referían problemas nasales previos. No se evidenciaron diferencias entre ambos grupos ($p = 0,4$). La rinitis empeoró en 4 pacientes (21,1%) tras la CPAP, manteniéndose en 2 pacientes (13,3%) en el control tardío. Un 21,1% de pacientes y un 7,7% de controles presentaban inflamación mediada por neutrófilos en la muestra basal ($p = 0,3$). La inflamación se incrementó al 36,7% tras la CPAP ($p = 0,003$), pasando a un 31,6% en el control tardío. No se evidenció incremento neutrofílico en los controles, ni presencia de eosinófilos en ninguno de los grupos. No se encontró una relación entre la inflamación nasal tras la CPAP y los antecedentes de alteraciones nasales previas ($p = 0,5$).

Conclusiones: La CPAP nasal es capaz de desencadenar en algunos pacientes con SAHS una inflamación aguda nasal mediada por neutrófilos.

Financiado por: FIS PI050194, CABER.

SALA 8

8,30-9,30

COMISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL

Sesión de comunicaciones orales 12

14

RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL SENO MAXILAR

R. Manrique Lipa, A. Lorenzo, J.I. Rodríguez, L. Deive, C. Santidrián

Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra.

Objetivo: El cáncer de seno maxilar es una neoplasia poco frecuente, que se diagnostica en estadios avanzados y permanece localizada por largo periodo de tiempo. El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia acumulada en nuestro hospital a lo largo de 8 años en el tratamiento del cáncer del seno maxilar con radioterapia postoperatoria.

Pacientes y método: Hemos revisado los resultados de un estudio retrospectivo, longitudinal, no randomizado iniciado en 1997 en el CHUVI, de 23 pacientes con cáncer de seno maxilar que recibieron tratamiento con fines curativos. Todos fueron sometidos a cirugía radical y radioterapia post operatoria con una dosis comprendida entre 50 y 70 Gy.

Resultados: Como resultado del tratamiento la supervivencia actuarial a 3 años fue de 47,8% y la corregida de 60,8%. El control local permanente se consiguió en el 60,8% (14/23) de los pacientes. La causa principal de fracaso del tratamiento fue la recurrencia local 33,3% (4/12). La presencia de ganglios cervicales metastáticos al inicio del tratamiento, no influyó en la supervivencia y la incidencia fue de sólo 8,7% (2 casos), no recomendando irradiación profiláctica en los pacientes clasificados como N0. Los factores pronósticos más significativos que afectaron el control local y la supervivencia fueron el estadio clínico ($p < 0,031$), la localización del tumor en la supraestructura ($p < 0,001$) y los márgenes de sección quirúrgicos positivos ($p < 0,001$).

Discusión/Conclusiones: La recurrencia local es muy alta y generalmente la principal causa de muerte. Debiéndose explorar nuevos protocolos de tratamiento.

36

EXPECTATIVAS EN EL MANEJO CON QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA NASAL TIPO INTESTINAL

A.M. Penagos Vélez, J.L. Llorente Pendás, R. Charlone, C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: El tratamiento estándar de los adenocarcinomas nasosinuales es hoy día la resección quirúrgica y la radioterapia complemen-

taria. Sin embargo, y dado su parecido histológico, los nuevos protocolos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer de colon ofrecen una alternativa terapéutica en los adenocarcinomas nasosinuales.

Material y método: Se han estudiado 4 pacientes con adenocarcinoma nasal tipo intestinal que fueron tratados con cirugía y radioterapia. Todos presentaron una recidiva inoperable y no susceptible de radioterapia por lo que se les incluyó en un protocolo de quimioterapia con el esquema de oxiplatino/xeloda.

Resultados: Los cuatro pacientes presentaron una respuesta muy buena a dichos tratamientos (con grandes necrosis intratumorales) aunque finalmente tres de ellos fallecieron a los 7,5 meses (en promedio) de iniciado el tratamiento y el cuarto paciente lleva 20 meses y aún continúa en tratamiento.

Conclusión: Dada la respuesta observada se propone como opción un cambio en el esquema inicial de manejo de algunas de estas lesiones tumorales y sus posibles beneficios con quimioterapia adyuvante en las fases iniciales del tratamiento primario.

48

PAPEL DE LA QUIMIOTERAPIA EN LOS TUMORES AVANZADOS DE LA CAVIDAD ORAL

M. Caballero, S. Cardelús, B. Martínez, J.J. Grau, M. Bernal-Sprekelsen, J.L. Blanch

Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Valorar la eficacia de la quimioterapia para el tratamiento de los tumores avanzados de la cavidad oral.

Material y método: Noventa y siete pacientes consecutivos fueron analizados para valorar la evolución, los factores pronósticos y la supervivencia con dos regímenes terapéuticos de quimioterapia diferentes, cisplatino más bleomicina (n = 45) o más 5-fluorouracilo (n = 52). El análisis también se realizó dividiendo los pacientes según el objetivo del tratamiento, paliativo (n = 41) o neoadyuvante (n = 56).

Resultados: La tasa de respuesta fue de 56,7%. La respuesta fue mayor en el grupo neoadyuvante (73,2%) que en el grupo paliativo (36,6%) (p < 0,001); con un régimen con bleomicina (73,3%) que con 5-fluorouracilo (44,2%) (p = 0,003); y en pacientes con estadio III (77,8%) que IV (50%) (p = 0,021). La supervivencia fue mayor en los pacientes que recibieron bleomicina que en los que recibieron 5-fluorouracilo (p = 0,019) y en aquellos con estadio III que con estadio IV (p = 0,013). En el grupo paliativo, la respuesta se asoció con una supervivencia mayor (p < 0,001). En el grupo neoadyuvante, 30 pacientes (53,6%) fueron intervenidos; la resección fue completa en 26 de ellos (86,7%). Dieciséis casos (61,5%) presentaron una recidiva. La respuesta no se asoció con una mayor operabilidad.

Conclusiones: La respuesta a la quimioterapia es mayor en los pacientes con tumores menos avanzados y en los que han sido tratados con bleomicina. La quimioterapia puede mejorar la supervivencia en los casos paliativos y la quimioterapia neoadyuvante tiene poco beneficio en los casos con tumores avanzados de la cavidad oral.

86

USO CLÍNICO DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN PATOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES MAYORES

J. Granell, J. Gavilanes, J.I. Sánchez-Jara, J. Herrero, M.J. Velasco, G. Martín

Complejo Asistencial de Ávila.

Introducción: Entre los usos de la toxina botulínica tipo A no incluidos en ficha técnica, uno de los más habituales es en patología relacionada con las glándulas salivares mayores, bien para tratamiento de la sialorrea, por ejemplo en diversas enfermedades neurológicas, como en otros cuadros más próximos al otorrinolaringólogo.

Material y método: Presentamos nuestra experiencia (por uso compasivo) en la infiltración de toxina botulínica en glándulas salivares en 13 pacientes, 9 varones y 4 mujeres, entre noviembre de 2005 y noviembre de 2006. Se infiltró sólo la glándula afectada en caso de patología inflamatoria, o ambas parótidas y submaxilares si se pretendía una reducción global del flujo salivar. La dosis fue de 22,5 unidades en cada glándula parótida y 10 unidades en cada submaxilar. Se describe la técnica con control ecográfico.

Resultados: Se han tratado 4 pacientes por sialectasia no obstructiva parotídea o submaxilar con excelente respuesta, habiendo repetido ya tratamiento 3 pacientes. Se indicó en un quinto paciente por síndrome de Frey. En 8 pacientes sometidos a cirugía faringolaríngea se ha utilizado para la prevención o tratamiento de faringostomas. No hemos observado reacciones adversas en ningún caso y la tolerancia a las molestias asociadas a la infiltración ha sido buena en todos los pacientes.

Discusión/Conclusiones: La toxina botulínica ha resultado eficaz en el control sintomático de la patología inflamatoria crónica o recurrente de las glándulas salivares. Los resultados favorables en la prevención de faringostomas hacen que esta indicación se encuentre actualmente en fase de estudio controlado.

117

DIFERENCIAS INMUNOFENOTÍPICAS Y FUNCIONALES DE LOS LINFOCITOS T EN ENFERMEDAD INMUNOMEDIADA DEL OÍDO INTERNO SEGÚN RESPUESTA A CORTICOTERAPIA

J.A. Sistiaga Suárez¹, J. Olarieta¹, T. Rivera¹, E. Reyes², M. Álvarez de Mon²

¹Servicio de ORL, Hospital Universitario Príncipe de Asturias. ²Departamento de Medicina, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción: La enfermedad inmunomediada del oído interno (EIOI) representa un conjunto de alteraciones otológicas caracterizadas por síntomas audiovestibulares que mejoran potencialmente con corticoides.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo en 22 pacientes con diagnóstico clínico de EIOI determinando la respuesta a corticoides, la capacidad funcional de los linfocitos T y el inmunofenotipo mediante citometría de flujo, realizando controles antes del tratamiento y tras un mes de terapia corticoidea a dosis inmunosupresoras. Los datos inmunofenotípicos y funcionales se compararon con valores de controles sanos.

Resultados: Se obtuvo respuesta favorable a tratamiento en el 59% de pacientes. En ambos grupos (respondedores y no respondedores) se apreció un inmunofenotipo de activación inmunológica con aumento porcentual y en cifras absolutas de las subpoblaciones CD8+CD45RO+ y CD56+ respecto a los controles. En los respondedores existía una disminución de las células CD4+CD45RA+ respecto a los controles. La única diferencia significativa entre ambos grupos es la menor expresión porcentual y en cifras absolutas de la subpoblación CD8+CD45RA+ al mes del tratamiento en los pacientes respondedores. Esta subpoblación estaba igualmente aumentada de forma significativa en los no respondedores respecto a los controles. La respuesta proliferativa estaba significativamente disminuida en ambos grupos de pacientes respecto a los controles.

Conclusiones: Ambos grupos de pacientes presentan un inmunofenotipo y una respuesta proliferativa similar, apreciándose un inmunofenotipo de activación y una respuesta proliferativa disminuida. La única diferencia significativa entre respondedores y no respondedores es el aumento de la población de linfocitos T citotóxicos vírgenes (CD8+CD45RA+) al mes de tratamiento en los no respondedores.

395

EL SPET TALIO-201 EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES TRATADOS POR CARCINOMA FARINGOLARÍNGEO

R. Wegmann, J. Lorente, M. Negre, J. Chamizo, C. Iglesias, M. García, P. Fortuny, C. García-Vaquero, J. Castell, E. Perelló

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El objetivo del trabajo es evaluar el rendimiento del SPET Talio-201 en la detección de recurrencia locorregional del carcinoma faringolaríngeo.

Material y método: Se estudiaron 29 pacientes con diagnóstico de carcinoma de laringe, con promedio de edad de 60,9 ± 10,8 años, todos ellos hombres. Veintiséis de ellos se sometieron a cirugía asociado a quimioterapia y radioterapia; dos a quimioterapia y radioterapia y uno sólo a radioterapia. Entre tres y seis meses después de finalizado el tratamiento, se les practicó a todos los pacientes un estudio planar y SPET una hora después de la administración de 4 mCi de Talio-201 en gammacámara doble cabezal, 30 seg/3 grados. La captación se valoró en 4 grados

(0 = no captante - 3 = muy intenso) y se observó la presencia o no de ganglios linfáticos captantes. El resultado gammagráfico se correlacionó con el seguimiento clínico y radiológico (tomografía computada) de los pacientes a largo plazo (promedio de seguimiento $2,5 \pm 1,26$ años, con un rango de 6 meses a 6 años). Se consideraron como positivos para recurrencia los estudios con captación centrocervical focal de grado 2 a 3 y/o la presencia de adenopatías captantes.

Resultados: La prevalencia de recurrencia fue del 41,8%. Hubo 9 verdaderos positivos, 14 verdaderos negativos, 3 falsos positivos y 3 falsos ne-

gativos. La sensibilidad fue del 75%, la especificidad, del 82,4%, el valor predictivo positivo fue del 75% y el valor predictivo negativo, del 82,4%. Los 3 falsos positivos correspondieron a dos captaciones en el lecho quirúrgico y una captación atribuida a ganglios laterocervicales. Los 3 falsos negativos presentaron captaciones de grado 1, correspondiendo dos de ellos a metástasis pulmonares sin evidencia de recidiva local.

Conclusión: El uso del SPET Talio-201 en el seguimiento de pacientes tratados por carcinoma faringolaríngeo muestra resultados aceptables en la detección de recidiva locorregional.

LUNES, 12 DE NOVIEMBRE

SALA 11

13,00-14,00

Sesión de comunicaciones orales 13

221

¿DEBEMOS QUEJARNOS DEL ANESTESISTA SI SANGRA NUESTRA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA? ¿PUEDE ÉL ECHARNOS LA CULPA?

D. Laguna, C. Martín, A. Ibáñez, C. López-Cortijo, F.M. González, C. Gorrioz, M. Pinilla, B. Arellano, J.R. García-Berrol, R. Ramírez Camacho
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: Controlar el sangrado intraoperatorio en cirugía endoscópica nasosinusal es una tarea a menudo difícil. Debido a que se opera próximamente a la órbita y a la base del cerebro, cualquier error producido por una mala visualización puede ser fatal. Numerosas veces, a pesar de los vasoconstrictores locales, la hemorragia es masiva y desesperante para el cirujano. A menudo se culpan entre sí cirujano y anestesta. ¿Quién tiene razón?

Material y método: Hemos analizado 253 casos de cirugía endoscópica del hospital en los últimos años, comparando el sangrado intraoperatorio entre anestestas (22) y cirujanos (8), teniendo en cuenta las variables: tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio y cociente entre ambos (que es el mejor indicador de mala visualización). Asimismo analizamos la edad, el sexo, el tipo de patología operada y si colabora un residente.

Resultados: Hay más sangrado intraoperatorio en las poliposis mayores (grado 3 y 4 según la clasificación de Mygind) que en las menores (grado 1 y 2) y las sinusitis ($p < 0,0001$). La edad no influye. Sólo uno de los cirujanos produjo más sangrado ($p < 0,021$) y otro tardó más que el resto ($p < 0,001$). Los anestestas mostraron un comportamiento uniforme independientemente de la patología. La presencia de un residente alarga el tiempo quirúrgico ($p < 0,004$) pero no el sangrado.

Conclusiones: Salvo excepciones tanto el cirujano como el anestesta no influyen en el sangrado intraoperatorio durante una cirugía endoscópica. El residente solamente aumenta el tiempo quirúrgico pero no el sangrado. La causa principal de éste es el tipo de patología a operar.

87

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON FARINGOLARINGITIS POR REFLUJO

H. Galera Ruiz, M. Rodríguez Téllez, F. Argüelles Arias, A. García Escudero, J.M. Herreras Gutiérrez, S. Sánchez Gómez
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los objetivos del presente trabajo son: 1) Estudiar los posibles cambios histopatológicos en la mucosa laríngea de pacientes afectados de laringitis péptica. 2) Observar los cambios histológicos en estos pacientes tras un tratamiento con omeprazol durante 12 semanas a dosis doble. 3) Intentar correlacionar los hallazgos histológicos con los datos clínicos de estos pacientes.

Material y método: Se trata de 21 muestras de mucosa hipofaríngea posterior de 17 pacientes; a 4 pacientes se le toman muestras tras el diagnóstico de laringitis posterior y tras realizar un tratamiento con omeprazol 20 mg cada 12 horas durante 12 semanas. En el resto de los pacientes la toma se realiza exclusivamente al diagnóstico de dicha patología. El diagnóstico de laringitis por reflujo es clínico, mediante un cuestionario de síntomas laríngeos (disfonía, quemazón o dolor faríngeo, carraspeo, drenaje postnasal, sensación de cuerpo extraño y tos crónica) así como mediante rinofibrolaringoscopia (Olympus ENF T3) conectado a una cámara y con un canal de trabajo que permite la introducción de pinzas de biopsia. Todas las muestras se introducen en formol neutro al 10% y son procesadas según la técnica histológica convencional obteniéndose cortes de 4 micras que se tiñen con Hematoxilina-Eosina y se analizan por el mismo anatomopatólogo que desconocía la historia clínica del paciente.

Resultados: Se analizan las muestras de los pacientes tratados con omeprazol (4) y se observan los siguientes hallazgos: en las muestras pre-

vias al tratamiento existe un infiltrado epitelial y de la lámina propia de células inflamatorias de carácter leve en 3 muestras y en la restante el infiltrado es moderado. Después del tratamiento, en esa muestra el infiltrado pasa a ser leve y mientras que en las otras se mantiene; en ninguna de las muestras se aprecia ectasia vascular o hemorragia ni antes ni después del tratamiento. En una sola muestra se detecta granulación/fibrosis después del tratamiento, que no existía previamente. En el resto de las muestras (17) el infiltrado epitelial resulta ser moderado en 4 y leve en las otras 13. En la lámina propia el infiltrado inflamatorio es leve en todas las muestras. En 2 de las muestras se observa ectasia vascular, y en sólo una también hay granulación/fibrosis.

Discusión/Conclusiones: 1) No se aprecian datos histológicos característicos de esta patología. 2) Como dato histológico más frecuente destaca el infiltrado inflamatorio leve del epitelio y lámina propia que se presenta en la práctica totalidad de los casos estudiados. 3) En uno de los 4 pacientes estudiados antes y después de administrar tratamiento parece detectarse una mejoría histológica postoperatoria.

449

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA RINITIS ALÉRGICA POR ORL

S. Díez Tejerina, N. Mir Ulldemolins, X. Barceló Colomer, C. Marín Garrido
Hospital Esperit Sant, Coloma de Gramenet, Barcelona.

Introducción: En los últimos años parece haber un aumento de la incidencia de las enfermedades alérgicas. Dentro de ellas la rinitis alérgica (RA) ocupa un lugar principal por su frecuencia y por su afectación de la calidad de vida. Tradicionalmente el tratamiento ha sido principalmente médico, menospreciando la valiosa ayuda que la cirugía nasal puede aportar. Presentamos un trabajo sobre tratamiento integral de la RA con seguimiento de la sintomatología y la afectación de la calidad de vida de un grupo de pacientes diagnosticados y tratados en nuestro hospital.

Material y método: Se dispone de una base de datos que recoge de forma prospectiva información sobre pacientes diagnosticados, tratados y seguidos por RA en nuestra consulta de ORL. Las variables analizadas son: antecedentes alérgicos familiares, motivo de consulta, clínica, sensibilizaciones, tratamiento/s efectuado/s, consumo de medicación y afectación de calidad de vida (ACV) medida mediante escala analógica visual durante el tiempo de seguimiento.

Resultados: Desde octubre de 2001 a enero de 2007 se han testado 752 pacientes con pruebas de alergia. De ellos 344 (45,8%) han sido catalogados como alérgicos. Sólo se dispone de información de 114 pacientes seguidos durante al menos 6 meses. Predominan las mujeres (50,9%), la edad media es de 27,5 años (mediana 26 y DE 2,9). La principal causa de consulta resultó ser la IRN (37%), seguido de síndrome funcional nasal (21%) y otitis y amigdalitis de repetición (20,2%). La estacionalidad más frecuente fue la perenne (64,9%) con sensibilidad principalmente a ácaros (77,2%). El tratamiento aplicado en la mayoría de casos ha sido el medicamentoso (oral y/o tópico), pero se han realizado hasta en un 23% terapéuticas quirúrgicas, la mayoría septales y turbinales. En un 24,6% hemos aplicado tratamiento inmunoterápico sublingual (SLIT). La media de seguimiento en meses ha sido 29,8 (mediana 25,5 y DE 3,5). Cada 6 meses se recogió la sensación de ACV que mejoran en todas las ramas terapéuticas, pero sobre todo en las que se sometieron a cirugía.

Discusión/Conclusiones: Se discute sobre la idoneidad de un tratamiento integral de las RA por parte del ORL y la vigencia de la cirugía para mejorar los resultados, la calidad de vida y el control de estas afecciones.

96

AMPLIFICACIÓN DE LA REGIÓN 11Q13 Y PRONÓSTICO EN LOS CARCINOMAS EPIDERMÓIDES DE CABEZA Y CUELLO

M.A. Sevilla, J.P. Rodrigo Tapia, J.M. García-Pedrero, L.A. García, D. García-Carracedo, M.V. González, C. Suárez
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La amplificación de 11q13 ha sido hallada frecuentemente en los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello indicando mal

pronóstico. Entre los genes presentes en la amplificación de esta región, únicamente CCND1 y EMS1 parecen ser claves. Sin embargo, existen pocos trabajos que evalúen el significado pronóstico de la amplificación de estos genes en el cáncer epidermoide de cabeza y cuello.

Material y método: Se realiza un estudio prospectivo de 204 pacientes intervenidos en nuestro hospital de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. El número de copias de CCND1 y EMS1 de las muestras tumorales fue estudiado utilizando el método de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La presencia o ausencia de amplificación se correlacionó con parámetros clínico-patológicos, recidiva tumoral y supervivencia.

Resultados: La amplificación de EMS1 se identificó en 73 pacientes (35,8%) y se correlacionó con estadios T avanzados ($p < 0,001$), afectación ganglionar ($p = 0,049$), estadios avanzados de enfermedad ($p = 0,001$), pobre diferenciación histológica ($p = 0,003$), recidivas ($p = 0,001$) y menor supervivencia ($p = 0,034$). La amplificación de CCND1 se detectó en 89 casos (43,6%) y se asoció con estadios T avanzados ($p = 0,001$), afectación ganglionar ($p = 0,027$) y estadio de enfermedad avanzada ($p = 0,002$). En 54 casos (26,4%) presentaron amplificación de ambos genes.

Conclusiones: Los datos obtenidos en esta extensa serie confirman únicamente la amplificación de EMS1 como un factor pronóstico independiente sobre la mortalidad del carcinoma epidermoide de cabeza y cuello.

198

PATRÓN DE ACTIVIDAD DE METALOPROTEINASAS 2 Y 9 EN RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL

G. Eisenberg, C. Frágola¹, C. Pérez, J. Pradillo², M.A. Moro², G. Plaza
Hospital de Fuenlabrada. ¹Hospital Ramón y Cajal. ²Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid.

Introducción: La rinosinusitis crónica con poliposis es una enfermedad cuyos mecanismos fisiopatológicos están aún por dilucidar. Los cambios histopatológicos característicos tales como adelgazamiento de la membrana basal, forman parte del concepto de remodelación definido de esta enfermedad. Las metaloproteinasas de la matriz (MMP) son un grupo de endopeptidasas que son capaces de degradar los componentes del tejido extracelular. En especial MMP-9, MMP-7 y la MMP-2 son las isoformas que más se han relacionado con la poliposis nasal.

Material y método: Para este estudio se recogieron muestras de 15 pacientes afectados de poliposis nasal y muestras de 15 pacientes sometidos a turbinoplastia (controles). Todas las muestras fueron procesadas para analizar expresión y actividad de MMP-9 y MMP-2. Mediante la técnica de zimografía se aislaron las formas activas y proformas de ambas MMP sobre una plancha de gelatina. A través de densitometría digital se midió el área de digestión de la gelatina, siendo esta la medida de la actividad de las diferentes MMP. Con la técnica de western-blot se confirmó la expresión de las isoformas. Para comparar los valores de densitometría se utilizó medianas y rangos intercuartílicos. El contraste de hipótesis se llevó a cabo con test no paramétricos.

Resultados: Se comprueba con significación estadística ($p < 0,05$) la mayor actividad de MMP-9 en las muestras obtenidas en pólipos nasales respecto controles. No se observan diferencias respecto MMP-2.

Discusión: La mayor expresión de MMP-9 en la poliposis nasal parece jugar un papel clave en los cambios anatomopatológicos característicos de la enfermedad.

326

ESTUDIO GENÉTICO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAE

R. Sánchez Fernández, J.I. Llorente Pendás, M. Hermesen, D. Lobo Duro, S. Obeso Agüera, C. Suárez Nieto
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: El carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo (CAE) es un tumor maligno poco frecuente (incidencia entre 1 y 6 casos/1.000.000 habitantes/año). Se han descrito factores de riesgo tales como patología crónica de OM y tratamientos radioterápicos previos. El tratamiento de elección es quirúrgico, frecuentemente seguido de radioterapia.

Material y método: Revisión de historias clínicas y estudio genético de muestras tumorales de 15 casos mediante MLPA (multiplex ligation-dependent probe amplification), que permite analizar el número de copias de 41 genes simultáneamente.

Resultados: El 66% de los pacientes eran varones. Se realizó tratamiento quirúrgico en todos los casos, seguido de radioterapia en el 53%. La supervivencia global a los 5 años fue del 67%. Estudio por MLPA: alteraciones genéticas en el 100%, siendo las más frecuentes las ganancias de RECQL4 (87%), LMNA (73%), PTP4A3 (67%), CCND1 y ERBB2 (53%), EMS1 y CDKN2D (47%), p53 y BCL2L1 (33%) y las pérdidas de CTNNB1 (53%), NRAS y CDH2(40%), N33 (33%).

Discusión/Conclusiones: Las características clínico-patológicas de los pacientes de nuestro estudio eran similares a otras series de la literatura. Estos tumores muestran un patrón de ganancias y pérdidas genéticas comparable con carcinomas epidermoides de laringe y faringe. No obstante, hay algunas diferencias ya que los carcinomas epidermoides de CAE tienen más ganancias de los genes PTP4A3, RECQL4, LMNA, ERBB2 y CDKN2D, y notablemente menos pérdidas de CDKN2A y IGSF4, por lo que se propone una vía genética de progresión tumoral propia.

152

CIERRE NASAL COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO EN LA ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER

J.L. Alonso Treceño, I. Alonso Castañeira, J.M. Escapa Garrachón, F. Martín Peña, J.C. Rodríguez Pampliega, P. De las Heras Flórez
Complejo Hospitalario de Palencia.

Introducción: La enfermedad de Rendu-Osler se caracteriza por la existencia de telangiectasias, tener un carácter hereditario y por la existencia de frecuentes y espontáneas hemorragias en las que predominan las epistaxis. Conocida también como telangiectasia hemorrágica hereditaria, HHT, admite dos tipos clínicos, I y II, según el cromosoma afectado. Otra característica es la existencia de malformaciones arteriovenosas orgánicas.

Caso clínico: Mujer de 51 años, seguida clínicamente durante 10 años, con antecedentes familiares de idéntica patología, que ha precisado multitud de consultas e ingresos hospitalarios por sus epistaxis, alteraciones analíticas y síntomas distímicos. En el diagnóstico y tratamiento han existido numerosas comprobaciones analíticas, estudios radiológicos por radiología convencional, ecografías abdominales, RMN y tratamientos variados con cauterizaciones, taponamientos, embolizaciones y finalmente cierre nasal bilateral.

Comentarios y discusión: Enfermedad de transmisión autosómica dominante, que actualmente reconoce tres tipos de alteraciones genéticas diferentes. Sus manifestaciones clínicas, obligan a los pacientes a quedar supeditados a actuaciones médicas reiteradas, sobre todo por sus epistaxis, sus posibles síntomas orgánicos y las alteraciones psicológicas que al final presentan. Las hemorragias nasales repetidas conducen a una anemia bien tolerada con el paso del tiempo y a ciertos cambios socio-laborales y familiares. Igualmente la larga evolución de la enfermedad conlleva reiteradas actitudes terapéuticas locales en nariz (lavados, cauterizaciones, cola de fibrina, etibloc) que de resultar insuficientes, pasaremos a embolizaciones, dermoplastias, ligaduras arteriales o cierre nasal. En el cumplimiento de los criterios diagnósticos identificativos, además de las epistaxis, las telangiectasias cutaneomucosas múltiples y la herencia familiar autosómica dominante, está la existencia al menos de una manifestación en órganos internos del tipo fístula arteriovenosa.

Conclusiones: El cierre nasal, es un tratamiento eficaz y bien tolerado por estos pacientes.

SALA 10

13,00-14,10

Sesión de comunicaciones orales 14

174

CORRELACIÓN AUDIOMÉTRICA DE LA ESTIMACIÓN DE UMBRALES MEDIANTE POTENCIALES EVOCADOS DE ESTADO ESTABLE EN PACIENTES CON HIPOACUSIA COCLEAR

S. Regueiro Villarín, P. Parente Arias, M.B. García Carreira, M. Salorio Corbetta

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: Los Potenciales Evocados Auditivos de Estado Estable son un método de evaluación objetiva de la audición a través del estu-

dio de las respuestas eléctricas de troncoencéfalo provocadas por la estimulación con tonos modulados en frecuencia y/o amplitud, permitiéndonos estimar umbrales auditivos por frecuencia.

Material y método: Realizamos un estudio prospectivo en 20 pacientes diagnosticados de hipoacusia neurosensorial coclear con una edad media de 46 años. En cada paciente realizamos otoscopia, audiometría tonal liminar aérea/ósea, logaudiometría, SISI, timpanometría y recogida de potenciales evocados de estado estable en 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz y 4000 Hz, modulados en frecuencia con el sistema MASTER® de Biologic®, estudiando la correlación entre los resultados audiométricos y los umbrales estimados según PEE comparando los resultados en función del resultado del test SISI en cada frecuencia.

Resultados: Se ha encontrado una correlación significativa entre los umbrales estimados por P.E.A.E.E. y los umbrales audiométricos en las frecuencias con test de SISI positivo (> 70%). Las diferencias medias encontradas son: 5 dB en 500 Hz, 15 dB en 1000 Hz, 6 en 2000 Hz y 10 dB en 4000 Hz, mientras que en frecuencias con test de SISI negativo fueron: 16 dB en 500 Hz, 10 dB en 1000 Hz, 15 dB en 2000 Hz y 19 dB en 4000 Hz.

Discusión/Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran una mayor correlación en las frecuencias con test de SISI positivo, aunque el umbral en estas frecuencias es mayor que en las que el SISI es negativo. Estos datos concuerdan con los estudios publicados hasta el momento.

373

EFFECTO DE LA ASOCIACIÓN DE SÍNTOMAS OTOLÓGICOS SOBRE LOS UMBRALES AUDITIVOS DE LA AUDIOMETRÍA TONAL LIMINAR

A. De Oña, J. Olóriz, M.A. Galán, M.V. Martínez, S. Pérez, J. Salinero
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La mayoría de los pacientes a los que se les realiza una audiometría son pacientes con hipoacusia, acúfenos y/o vértigos. Estas patologías se presentan con frecuencia interrelacionadas, y esta interrelación puede condicionar variaciones en los resultados audiométricos. Nuestro objetivo es mostrar los patrones audiométricos más comunes en estos pacientes y valorar si existen o no diferencias cuando los síntomas se presentan aislados o interrelacionados.

Material y método: Analizamos una muestra de 160 audiometrías tonales clasificando a los pacientes en función de la patología que motivó la prueba y de los síntomas presentes a su realización. Como variable estudiamos la media en decibelios de los valores de cada frecuencia. Para el análisis de los datos utilizamos un ANOVA con una significación $p < 0,05$.

Resultados: El grupo con hipoacusia + acúfenos presentó la mayor pérdida auditiva global (46,04 dB de media), seguido de los pacientes con hipoacusia + acúfenos + vértigos que registraron los valores más bajos en frecuencias agudas (63,61 dB en 8000 Hz). Los pacientes sólo con vértigos presentaron curvas significativamente mejores que el resto (23,14 dB) ($p < 0,05$). Del grupo de pacientes con acúfenos, aquellos continuos y bilaterales mostraron las mayores caídas, especialmente en agudos.

Discusión/Conclusiones: La presencia simultánea de varios síntomas otológicos es un fenómeno frecuente y puede ser un indicador indirecto de mayor grado de afectación del oído interno. Nuestro estudio pone de manifiesto que la presencia de acúfenos y vértigo en los pacientes con hipoacusia condiciona un empeoramiento de los valores audiométricos, sobre todo si los acúfenos son continuos y bilaterales.

70

REVISIÓN DE LA UTILIDAD DE LA BIOPSIA EXTEMPORÁNEA EN PATOLOGÍA TIROIDEA UNILATERAL

J.M. Tamarit Conejeros, N. Baviera Granell, P. Estrems Navas, G. Pastor Canicio, T. Seijas Rosales, M. Carrasco Llatas, J. Dalmau Galofré
Hospital Universitario Dr. Peset Alexandre, Valencia.

Introducción: La biopsia extemporánea o intraoperatoria en cirugía tiroidea unilateral (nódulos tiroideos) se introdujo con la finalidad de aportar más información en el diagnóstico de malignidad. El objetivo de nuestro estudio es valorar la utilidad dicho procedimiento diagnóstico, teniendo en cuenta la información que nos proporciona la punción (PAAF) y los resultados histopatológicos definitivos.

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo en el que se incluyen 135 pacientes intervenidos de patología tiroidea unilateral desde el año 2001 al 2005. La sospecha de malignidad prequirúrgica se establece por PAAF de malignidad, proliferación folicular y aumento de la tiroglobulina.

Resultados: Del total de 135 pacientes a los que se les practicó biopsia extemporánea, en 125 se mantuvo la indicación inicial de hemitiroidectomía por ser el resultado de la misma benigno o dudoso. De este grupo 5 requirieron completar la cirugía con hemitiroidectomía contralateral de forma diferida por AP definitiva de malignidad. En 10 pacientes se realiza tiroidectomía total por ser el resultado de la extemporánea maligno. Al comparar resultados de la PAAF inicial, biopsias extemporáneas y AP definitivas, obtenemos como resultados que pocos pacientes se benefician realmente de la prueba evitando una segunda intervención (2,2%) y además tenemos que considerar el riesgo de sobretratamiento que conlleva un falso positivo del procedimiento.

Conclusiones: En el momento actual dada la poca especificidad de la biopsia extemporánea en nuestro centro, no existe indicación de realización sistemática en patología unilateral tiroidea. Únicamente los casos con PAAF de sospecha de malignidad (excluyendo por tanto la proliferación folicular), palpación dudosa y crecimiento rápido la justifican.

126

MEN 1: MANEJO QUIRÚRGICO EN NUESTRO SERVICIO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. Galindo, R. Bernáldez, I. Sánchez, J. Gavilán
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El MEN 1 es una endocrinopatía muy rara. El 95% de los casos cursan con hiperparatiroidismo, generalmente por hiperplasia difusa de las cuatro glándulas. La hipófisis y el páncreas se ven frecuentemente afectados.

Material y método: Revisión de todos los casos de hiperparatiroidismo primario operados en nuestro servicio desde el año 1990. Seleccionamos 3 casos correspondientes a MEN 1, prestando especial atención a los protocolos quirúrgicos. En todos se llevó a cabo una paratiroidectomía total con autoimplante en antebrazo y se comprobó la extirpación del tejido paratiroideo con el test intraoperatorio de PTH. Se realizó una búsqueda bibliográfica de otras series de casos de MEN 1, comparando los resultados con nuestra serie.

Resultados: En todos nuestros pacientes se halló una hiperplasia difusa de las 4 glándulas. Con esta técnica se consigue un control adecuado de la calcemia, al menos a corto y medio plazo. Estos resultados concuerdan con los descritos en la literatura.

Discusión: Los resultados de la cirugía en el MEN 1 se basan en localizar las cuatro glándulas y dejar un remanente de tejido que evite la hipocalcemia a largo plazo. Es controvertido si se debe realizar una paratiroidectomía subtotal o una total con autoimplante. En nuestra opinión, en el MEN 1 el procedimiento de elección es la paratiroidectomía total con autoimplante.

131

PARAGANGLIOMAS CAROTÍDEOS

R. Souvirón, A. Lowy, C. Martín, A. Rodríguez, B. Scola Yurrita
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los paragangliomas cervicales son tumores infrecuentes con una incidencia entre 1/30.000 y 1/100.000 habitantes, entre los que predominan los tumores del corpúsculo carotídeo y cuya exéresis presenta la dificultad de la disección carotídea.

Material y método: Les presentamos una revisión de 24 paragangliomas carotídeos desde 1977 a la actualidad: 14 carotídeos unilaterales, 3 dobles carotídeos y yugular, 1 doble carotídeo y vagal, 1 carotídeo y yugular y 1 carotídeo y vagal. Presentan una edad media de 44,5 años, con un predominio en mujeres con una edad media de 49,2 años. El síntoma principal es la aparición de una tumoración laterocervical, seguido en frecuencia por sensación de cuerpo extraño y molestias faríngeas inespecíficas. 22 de los paragangliomas correspondían a un estadio II y sólo 1 de ellos correspondía a un estadio I. Otro de los pacientes pertenecía a un estadio III con invasión parafaríngea.

Resultados: 4 de los pacientes no fueron operados por cuestiones de edad (> 75 años). El abordaje quirúrgico más utilizado fue la cervicotomía late-

ral. Tres de los casos con doble carótideo y yugular fue abordado por vía infratemporal tipo A de Fish. Hubo dos casos de parálisis de X par postquirúrgico y otro caso de afectación concomitante del X y XII par. En 3 casos se requirió sustitución carotídea: 2 con goretex y en un caso con safena. **Discusión/Conclusiones:** La abstención terapéutica sigue siendo la actitud más razonable en tumores con mínima sintomatología y edad avanzada. La cirugía es el tratamiento de elección en estos tumores y la prevención de las complicaciones comienza con una adecuada evaluación preoperatoria.

161

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PARAFARÍNGEOS- HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.

V. Suárez Fente, F. López Álvarez, G. Mancebo Mata, J.L. Llorente Pendás, J.P. Rodrigo Tapia, J.R. Gómez García, C. Suárez Nieto
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Los tumores originados en el espacio parafaríngeo son de gran variedad histológica; los más frecuentes son el adenoma pleomorfo, el schwannoma y el quimodectoma. Suelen ser primarios, de naturaleza y evolución benigna. Representan el 0,5% de la patología oncológica de cabeza y cuello.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 54 pacientes, intervenidos por tumoración parafaríngea, durante el periodo comprendido entre 1984 y noviembre de 2006.

Resultados: Las patologías se distribuían en 19 tumores de origen salival (35%), 18 de origen neurogénico (33%), y 17 misceláneos (32%), predominando las formas benignas. La edad media estimada es de 45, el rango oscila entre los 0 y los 81 años. El sexo no parece influir en la incidencia, 24 mujeres (45%), frente a 30 hombres (55%). La presencia de una masa cervical es el síntoma habitualmente encontrado. El diagnóstico se basa fundamentalmente en estudios de imagen; en el 93% de los pacientes se realizó TAC, en el 44% RNM y en un 18% arteriografía. Los abordajes quirúrgicos realizados fueron transcervicales (36), transmandibulares (4), transparotídeos (13), infratemporal tipo A (1) y transmandibular-transoral combinado (1). Fueron necesarias 5 mandibulotomías. Como secuelas permanentes y transitorias destacan las alteraciones de la deglución.

Conclusiones: El tratamiento de elección en tumores localizados en esta área suele ser quirúrgico. El abordaje transcervical permite un buen acceso al espacio parafaríngeo y un adecuado control de las estructuras neurovasculares, en la mayoría de los casos.

1

ABORDAJE EXTERNO DEL HEMANGIOMA SUBGLÓTICO EN UN LACTANTE

J. Chamizo Jurado, M. Pellicer Sarasa, M. Saderra Estellers, R. Boemo Dalcol, F. Pumarola Segura
Hospitals Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El tratamiento del hemangioma subglótico depende en gran medida del compromiso de la vía aérea. En los casos de moderada disminución de la vía aérea, el tratamiento corticoideo se instaura en espera de la involución espontánea. En caso de compromiso más severo o fallo del tratamiento corticoideo, los tratamientos endoluminales son los de elección, siempre que sean unilaterales. En caso de bilateralidad y gran compromiso de la vía aérea, se recomienda el abordaje externo. Actualmente se debe evitar la traqueostomía en edad pediátrica por los problemas de morbilidad asociada.

Material y método: Describimos un caso de hemangioma subglótico bilateral de más del 70% de la luz en el que los tratamientos endoluminales podrían comportar estenosis subglótica como secuela, por lo que se decide un abordaje externo. Se accede a espacio subglótico por vía externa (cervicotomía anterior), se incide longitudinalmente la traquea y se disea de forma submucosa el hemangioma, con extirpación del mismo. Se cierra por planos y se mantiene intubado durante 5 días en UCI; posteriormente extubación sin dificultad.

Resultados: Se ha extirpado el hemangioma subglótico bilateral sin necesidad de realizar traqueostomía.

Discusión/Conclusiones: Se demuestra la utilidad del abordaje externo como técnica para minimizar las secuelas y riesgos en un abordaje endoluminal del hemangioma subglótico circular de gran tamaño. Todo ello evitando la realización de una traqueostomía no exenta de complicaciones en edades pediátricas. En la extirpación externa tenemos la ventaja adicional de disponer de anatomía patológica a diferencia de la vaporización con láser o broncoláser.

MARTES, 13 DE NOVIEMBRE

SALA AUDITORIO

8,30-9,30

207

Sesión de comunicaciones orales 15

45

GRADACIÓN DE LOS OSTEOMAS FRONTALES. PROPUESTA PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE LAS INDICACIONES TERAPÉUTICAS

L.M. Gil-Carcedo, E. Gil-Carcedo, L.Á. Vallejo, M.E. Menéndez
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Es controvertido cuando indicar tratamiento quirúrgico en los osteomas; clásicamente, cuando son sintomáticos, crecen o destruyen las paredes del seno.

Material y método: Revisamos 42 casos de osteomas (1971-2006), 24 recibieron tratamiento quirúrgico (57%). Se realiza una gradación para obtener estadios que ayuden a establecer la indicación quirúrgica. Consideramos para la estadificación los siguientes elementos: 1) Relación masa tumoral/volumen del seno (proporción tumor/aire por imagen radiológica convencional y/o TC), 2) Relación del osteoma con el infundíbulo, 3) Destrucción de paredes del seno, 4) Complicaciones.

Resultados: Comprobamos gran diversidad morfológica y volumétrica en los senos frontales. Constatamos ambigüedad clínica: existen casos de tamaño mínimo o medio con dolor local/cefalea y osteomas medios o grandes asintomáticos. Para la estandarización de las indicaciones terapéuticas establecemos 3 grados: Estadio I.- Relación tumor/aire igual o menor a 1/3. Tumor alejado del infundíbulo. No sinusitis. No complicaciones. 18 (42,8%). Estadio II.- Relación tumor/aire entre 1/3 y 1/2. No obstrucción del infundíbulo, aunque puede estar próximo a él. No destrucción ósea, no sinusitis, no complicaciones. 5 (11,9%). Estadio III.- Relación tumor/aire mayor de 1/2. Obstrucción parcial o completa del infundíbulo, sinusitis, destrucción ósea, complicaciones. 19 (45,2%).

Discusión/Conclusión: Razonamos la relación estadio/indicación quirúrgica. Complicaciones: 5 afectación orbitaria, 3 paquimeningitis externa, 1 pérdida de visión unilateral, 1 neumoencefalo.

Concluimos que: estadio I, no tiene indicación quirúrgica. Estadio II, la indicación depende de las condiciones generales del paciente y de la severidad clínica. Para estadios I y II no quirúrgicos: establecemos normas de seguimiento. Estadio III, tiene siempre indicación quirúrgica.

17

IMPLANTES COCLEARES EN OTOSCLEROSIS COCLEAR

E. Masgoret, J.M. Cuyás, Á. Osorio, Á. Ramos
Complejo Hospitalario Universitario Materno-infantil Insular, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La osificación coclear imposibilita parcial o totalmente la inserción del portaelectrodos convencional. El objetivo principal de esta cirugía es colocar el mayor número de electrodos en la proximidad de la población ganglionar superviviente. A tal efecto, se han ideado varios tipos de electrodos con la finalidad de aprovechar al máximo la escasa capacidad coclear ofrecida.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de 182 pacientes implantados adultos (entre 18 y 78 años), hallándose 19 casos de otosclerosis severa.

Resultados: Los hallazgos quirúrgicos durante la intervención de los 19 casos de obliteración coclear son: estimulación de nervio facial (4), inserción y retroceso (1), tunelización laberíntica (1), modificación severa del mapeado (2) y explantación (1).

Discusión: La apreciación de la obliteración coclear va a depender de las exploraciones radiológicas y de la confirmación quirúrgica. Tras los estudios aportados, es necesaria la elección del portaelectrodos y de la técnica quirúrgica a emplear, en función del grado de obliteración que afecte a la cóclea en cada caso.

Conclusiones: La osificación coclear no contraindica el implante coclear. Consideramos que las técnicas actuales para su implantación permiten la colocación del portaelectrodos, en la práctica totalidad de los casos.

TIMPANOPLASTIA EN EMPALIZADA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 10 AÑOS

E. Delgado Moreno, I. Monjas Cánovas, L.M. Payá Pérez, F. Ballester Moll, J.R. Gras Albert

Servicio de Orl, Hospital General Universitario, Alicante.

Objetivo: Se pretende demostrar la validez de la timpanoplastia en empalizada y las escasas complicaciones postquirúrgicas para lo cual presentamos un estudio retrospectivo de las realizadas en nuestro servicio entre 1996 y 2006.

Material y método: Se estudia un grupo de 49 pacientes, intervenidos por un equipo de cuatro otorrinolaringólogos en un periodo de tiempo de 10 años. La indicación principal de esta técnica fue la perforación total o subtotal de la membrana timpánica. La edad media de los pacientes a la intervención es de 32 años. De los 49 paciente, 11 son hombres y 38 son mujeres. Se intervinieron 17 oídos derechos y 23 oídos izquierdos. El cartilago fue obtenido en el 85% de los casos de la fosa navicular, el resto se obtuvo del trago. El tiempo promedio de seguimiento postquirúrgica fue de 12 meses con una audiometría de control a las 7 semanas postquirúrgicas.

Resultados: No se consiguió la restitución anatómica completa durante los primeros 6 meses en un 10% de los paciente con OMC simple y aparece otorrea recurrente en menos del 10% tras los primeros 6 meses.

Discusión: La timpanoplastia en empalizada es una técnica muy eficaz para la reconstrucción de perforaciones totales consiguiendo tanto la restitución en el plano anatómico como una mejora en el funcional.

266

PERCEPCIÓN DE LA MÚSICA TRAS EL IMPLANTE COCLEAR: ¿MEJORA LA CALIDAD DE VIDA?

L. Lassaletta, A. Castro, M. Bastarrica, R. Pérez-Mora, B. Herrán, L. Sanz, M.J. De Sarriá, J. Gavilán

Servicio de ORL, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El objetivo de este trabajo es evaluar la percepción y el disfrute de la música en pacientes con implante coclear (IC), y ver su influencia en la calidad de vida. Se trata del primer estudio acerca de música e IC en nuestro país.

Material y método: En este estudio se incluyen 75 pacientes postlocutivos con IC. Un cuestionario musical evaluó los conocimientos y hábitos musicales, y la percepción subjetiva de la música a través del IC. Se empleó el Glasgow Benefit Inventory para detectar los cambios en la calidad de vida.

Resultados: El cuestionario fue respondido por 62 pacientes. Los hábitos musicales (disfrute de la música y horas semanales dedicadas a escuchar música) disminuyeron significativamente tras el IC al compararlos con la situación previa a la sordera. Sin embargo, un 52% de los pacientes dicen disfrutar de la música. La calidad de la música a través del implante se evaluó por encima de 50 puntos en una escala de 0 a 100 para las cualidades "gusta-no gusta", "suenan como música-no suenan como música" y "natural-mecánica" por la mayoría de los pacientes. Los usuarios de IC de Med-el obtuvieron mejores puntuaciones que los Nucleus para la cualidad "suenan como música-no suenan como música". La mejor percepción subjetiva de la calidad de la música a través del IC se asoció con mayor disfrute de la música y con mejor calidad de vida postoperatoria.

Discusión/Conclusiones: A pesar de la disminución de los hábitos musicales por la hipoacusia, más de la mitad de los implantados son capaces de disfrutar de la música. La mejora en la percepción de la música a través del IC es uno de los factores responsables de la mejora en la calidad de vida de los pacientes implantados.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

M. Tomás Barberán, P. Sarriá Echegaray, G. Jaume Bauza, F. Trobat Company

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: El divertículo faringoesofágico es realmente es un falso divertículo formado por mucosa y submucosa que emerge de la porción posterior del músculo constrictor faríngeo se origina produce en un área de debilidad del músculo constrictor faríngeo inferior llamada dehiscencia de Killian.

Material y método: Presentamos 14 pacientes diagnosticados de esta patología. La retención de alimentos y secreciones termina en regurgitación (60%) es del material no digerido y en el desarrollo de halitosis (75%), tos (80%), disfonía (10%), aspiración recurrente (20%), bronquitis y neumonía (10%). El diagnóstico se realizó por la anamnesis y se confirmó mediante un estudio de deglución con bario y videofluoroscopia. Exponemos nuestra técnica de abordaje endoscópico y utilización de un dispositivo "endogía" (cortadora-grapadora).

Resultados: El abordaje endoscópico fue satisfactorio y resolutorio en 13 de los casos. Uno de ellos no fue posible y se realizó microcirugía láser CO₂. La mejoría clínica fue evidente, tan solo uno de los pacientes se mantuvo la odinodisfagia. Las posibles complicaciones como fístulas, infección del mediastino y lesión del nervio laríngeo recurrente no se presentaron en ninguno de los casos.

Discusión/Conclusión: El tratamiento endoscópico de los divertículos de Zenker es una cirugía alternativa rápida y sencilla a la cirugía abierta siendo aconsejable para la mayoría de los casos presentando escasas complicaciones. La endoscopia rígida para la evaluación de estos divertículos no sólo es innecesaria sino que además es peligrosa y la manometría esofágica sólo se utiliza en el contexto investigacional.

LA DETERMINACIÓN INTRAOPERATORIA DE LA PTH EN LA CIRUGÍA DEL HPT PRIMARIO

R. Bernáldez, I. Sánchez, J. Galindo, L. Del Río, P. Casas

Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: La introducción de la determinación intraoperatoria de la hormona paratiroidea (PTH) ha supuesto un gran avance en la cirugía de las glándulas paratiroides. En este estudio se presentan los resultados de la cirugía del hiperparatiroidismo primario (HPT 1º) con la ayuda de esta prueba.

Material y método: Se presentan los resultados de la cirugía de 121 pacientes operados de HPT 1º entre junio de 2001 y abril de 2006. Se utilizó como prueba preoperatoria de localización la gammagrafía con Tc-99-Sestamibi. En 115 pacientes era la primera cirugía y en 6 era una cirugía de revisión. En todos se practicó la paratiroidectomía mediante el abordaje clásico bilateral con biopsias intraoperatorias y la utilización del test rápido para la determinación intraoperatoria de la hormona PTH.

Resultados: El diagnóstico histopatológico fue de 107 casos de adenoma, 8 de hiperplasia, 2 quistes de paratiroides y en 4 casos no se encontró la causa de la enfermedad. Cuatro pacientes presentaban un síndrome neuroendocrino múltiple. El Tc-99-Sestamibi no detectó el adenoma en el 30% de los casos en que posteriormente se demostró luego esta patología. En los pacientes en que se diagnosticó adenoma el porcentaje de caída de niveles intraoperatorios de la PTH fue del 85%. La tasa de éxito de esta serie fue del 96%.

Discusión/Conclusiones: Hay que resaltar en esta revisión el alto porcentaje de pacientes con adenoma y Tc-99-Sestamibi negativo. La utilización de la determinación intraoperatoria de la PTH es de gran ayuda en la cirugía de las glándulas paratiroides, y en casos seleccionados puede permitir una cirugía mínimamente invasiva, una disminución del número de biopsias intraoperatorias y una mayor eficacia del procedimiento.

Sesión de comunicaciones orales 16

ESTESIONEUROBLASTOMA: ESTUDIO DE SERIE DE CASOS

J.H. Skufca, M. Maños, C. Valencia, X. González Compta, I. Clemente, R. Jiménez Montoya

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Introducción: El estesioneurolblastoma es un tumor maligno infrecuente con origen en el epitelio olfatorio. Actualmente no existe consenso sobre la mejor estrategia terapéutica.

Material y método: Estudio retrospectivo de 4 pacientes con histología confirmatoria de estesioneurolblastoma tratados en nuestro servicio entre 1995 y 2007. Dos varones y 2 mujeres, con mediana de edad de 41,5 años (rango intercuartílico, ri 36-47a). Todos los pacientes fueron remitidos de otros centros: 3 con procedimientos quirúrgicos incompletos, y 1 con radioterapia postoperatoria. Todos presentaron obstrucción nasal, epistaxis y pólipos nasales como manifestaciones iniciales, y 2 asociaban cefalea. Ninguno presentó adenopatías metastásicas al momento del diagnóstico. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo fue de 26 meses de mediana (ri 24-28m). Los pacientes fueron estadiados de acuerdo a los criterios de Kadish, encontrándose al momento del diagnóstico 2 pacientes en estadio B y 2 en el C.

Resultados: A los 4 pacientes se les practicó resección craneofacial, 1 como rescate terapéutico. Los pacientes estadiados inicialmente como Kadish C recibieron quimioterapia de inducción + radioterapia postoperatoria. Uno de los pacientes presentó recidiva local re-estudiada como Kadish C a los 90 meses de seguimiento tras una maxilectomía media. Tras un tiempo de seguimiento de 57,5 meses, todos los pacientes se encontraban libre de enfermedad.

Conclusión: Consideramos la resección craneofacial como intervención quirúrgica de elección para estos tumores, así como la necesidad de una estrategia terapéutica combinada, sobre todo para el estadio C de Kadish, asociando quimioterapia de inducción y radioterapia adyuvante.

REPRESENTACIÓN DE LA SEÑAL VESTIBULAR MEDIANTE UN MODELO VECTORIAL TRIDIMENSIONAL

M. Oliva Domínguez, J. Bartual Magro, J. Bartual Pastor

Servicio de ORL, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo es conseguir una representación matemática gráfica fácilmente comprensible de cómo debe ser la señal que el vestíbulo envía hacia los núcleos vestibulares. Consideraremos solamente los canales semicirculares.

Material y método: Representaremos la señal procedente de cada canal como un vector, cuya dirección será perpendicular al plano de máxima estimulación del canal en cuestión, su dirección vendrá determinada por la "regla de la mano derecha", habitual en Física p.e. para determinar el sentido de los vectores en un campo electromagnético. El módulo del vector será proporcional a la aceleración. Consideraremos un eje de coordenadas constituido por las perpendiculares a los tres planos en los que se encuentran los canales semicirculares. Sobre esos ejes construiremos los vectores correspondientes a varias situaciones: lesión de todos los canales del lado izquierdo, lesión selectiva de canal superior, horizontal y posterior derechos, lesión selectiva de canales horizontal y superior derechos. Por medio del programa Calc 3D Pro se calcula las coordenadas del vector resultante y el ángulo del mismo con los ejes de referencia. Se añade la corrección debida a la inclinación de 30 grados del canal horizontal, y se transforma para adecuarlo a los planos anatómicos sagital y horizontal. Por último, hicimos su representación gráfica mediante un programa de gráficos tridimensionales como el Autodesk 3DS Max.

Resultados: El vector que representa una lesión global del laberinto derecho forma un ángulo de 180° respecto al plano sagital y 165° con el horizontal. Con lesiones de los canales horizontal, superior, posterior y combinada horizontal+superior derechos, forman ángulos de 180 y 120; 135 y 210; 225 y 210; y 135 y 165 grados respecto a los planos sagital y horizontal respectivamente.

Discusión/Conclusiones: El sistema descrito es válido para representar lesiones canaliculares. El vector resultado se puede considerar como un eje de giro que simula la sensación de movimiento que debería tener el paciente en el momento de la lesión. Este hecho puede ser de gran utilidad en el desarrollo de futuras técnicas de exploración selectiva de la función vestibular mediante técnicas de simulación por realidad virtual.

88

AGUDEZA VISUAL DINÁMICA DURANTE LA MANIOBRA ÓCULO-CEFÁLICA EN EL PLANO DEL CONDUCTO EN INDIVIDUOS CON NEURITIS VESTIBULAR UNILATERAL

J.A. López-Escámez, C. Zapata, M.J. Palma, L. Reina

Grupo de Otolología & Otoneurología, Cts495, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

Introducción: La agudeza visual dinámica (AVD) ha sido empleada para evaluar la maniobra óculo-cefálica (MOC) o "head thrust" en el plano del conducto horizontal (1). Recientemente, la AVD ha sido adaptada para medir la función individual de cada conducto mediante la MOC en controles, después del bloqueo del conducto anterior y tras neurectomía vestibular (2). El objetivo del estudio es la evaluación de la MOC mediante AVD en individuos con neuritis vestibular (NV) unilateral.

Material y método: Trece individuos con NV clínica fueron evaluados con video-oculografía (nistagmo espontáneo (NE), nistagmo de agitación cefálica (NAC) y prueba calórica). La AVD se calculó mediante la puntuación logMAR y se analizó durante MOC pasiva para cada conducto semicircular a 50-150 Hz, sustrayéndola de la AV estática calculada de cada individuo (VORTEQ, Micromedical Instruments). La AVD patológica se consideró al observar un incremento de la puntuación logMAR > 0,2.

Resultados: Tres y 8 casos presentaron NE y NAC, respectivamente. Diez individuos tenían paresia calórica del conducto horizontal. La AVD resultó patológica en el 61% (8/13), 23% (3/13) y 8% (1/13) casos para los conductos horizontal, posterior y anterior, respectivamente, permitiendo identificar casos con NV inferior.

Conclusiones: La AVD permite evaluar cuantitativamente la MOC para cada conducto semicircular y permite identificar casos de NV inferior.

181

PRONÓSTICO DE LA SORDERA BRUSCA SEGÚN PATOLOGÍA ASOCIADA

E.I. Genestar, R.L. Boemo, J.J. Chamizo, J.L. Quesada, M.L. Navarrete, J. Lorente, A. García-Arumí, T. Minoves, E. Perelló

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Existen diversos factores que influyen en la recuperación auditiva de la sordera brusca: el grado de la hipoacusia en el momento del diagnóstico, la curva audiométrica, los síntomas acompañantes como el vértigo o la inestabilidad. Sin embargo, son pocos los estudios que relacionan el grado de recuperación de la hipoacusia con la comorbilidad del paciente (HTA, DM, DL) o con alteraciones centrales (lesiones isquémicas o tumorales).

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo de 127 pacientes que acudieron a urgencias de ORL por hipoacusia brusca neurosensorial en los últimos 7 años, y que fueron tratados y controlados posteriormente en nuestro hospital. Los pacientes se clasificaron en 3 subgrupos: sin factores de riesgo cardiovascular, con factores de riesgo cardiovascular y con alteraciones centrales vasculares o tumorales. A todos se les realizaron las pruebas complementarias pertinentes.

Resultados y discusión: Los pacientes sin factores de riesgo cardiovascular (46%) presentaron mayor recuperación auditiva, respecto los que tenían factores de riesgo (32%) y los que mostraron etiología de origen central (13%). Los principales factores de riesgo relacionados con la recuperación auditiva fueron la HTA y la DM.

Conclusiones: 1- Sordera brusca neurosensorial no es sinónimo de sordera idiopática o sordera brusca. 2- Podemos clasificar la sordera brusca en tres grupos: idiopática, con factores de comorbilidad y con diagnóstico etiológico. 3- Según la etiología o los factores de riesgo se debe proponer un tratamiento diferente.

250

USO DEL PICO DE FLAUTA EN LA ESTAPEDECTOMÍA PRIMARIA: NUESTRA EXPERIENCIA

R.L. Boemo, C. Iglesias, J. Quesada, R. Wegmann, E. Genestar, E. Perelló
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Desde los primeros estudios realizados para la estapedectomía, ha aparecido diversas técnicas con el objetivo de mejorar la respuesta al tratamiento quirúrgico de la otosclerosis. El uso del pico de flauta está consolidado en nuestro servicio y presenta resultados equiparables a técnicas más modernas como la estapedotomía con láser CO₂. **Material y método:** Se trata de un estudio retrospectivo realizado entre 1999 y 2003, en un total de 170 pacientes que acudieron a nuestro servicio para operarse de otosclerosis. A todos se les realizaron las pruebas preoperatorias pertinentes y les fue confirmado el diagnóstico intraoperatorio. La cirugía se realizó bajo anestesia local y sedación en todos los casos. Después de la extracción del estribo y la platinectomía completa se colocó pericondrio del trago para cubrir la ventana oval. En todos los pacientes se empleó como prótesis de estapedectomía el polietileno cortado en pico de flauta. Se realizaron controles audiométricos al mes, 6 meses y al año de la cirugía. Se estudiaron las frecuencias de 0,5, 1, 2, 4 y 8 KHz para la vía oral y 0,5, 1, 2 y 4 KHz para la ósea. Antes y después de la cirugía se calculó en gap audiométrico. Se consideró éxito quirúrgico un gap menor de 20dB.

Resultados: Se obtuvo un gap < 20 dB en el 92,35% (157) de los pacientes operados, lo que está de acuerdo con los estudios previos en la literatura. No se observó ningún caso de cofosis. 13 pacientes no mejoraron su audición. Las complicaciones encontradas con más frecuencia fueron el vértigo o inestabilidad leve y 2 casos de fistula que fueron reintervenidos con mejoría del vértigo pero empeoramiento del umbral auditivo.

Conclusiones: El pico de flauta es una prótesis con comprobada eficacia en la mejoría auditiva de los pacientes y no presenta peores resultados si se compara con otras prótesis. La incidencia de complicaciones es similar a otras técnicas quirúrgicas empleadas para la otosclerosis.

330

CONDROSARCOMAS DE LARINGE. CASUÍSTICA 1989-2007

C. Viña, C. Tortajada, M. Mañós, J. Nogués, J. Jiménez

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Introducción: Los condrosarcomas de laringe son tumores mesenquimales poco frecuentes en el área ORL, suponiendo menos del 1% de las neoplasias malignas de laringe. Se presentan los casos intervenidos en nuestro centro entre 1989 y 2007 y se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema.

Material y método: Se incluyen 5 pacientes, 4 hombres y 1 mujer diagnosticados de condrosarcoma de laringe. En 4 de los casos se trataba de condrosarcomas de cricoides y 1 de ellos de cartilago tiroideos, todos ellos fueron tratados quirúrgicamente. Se analiza la forma de presentación, las exploraciones complementarias realizadas, el tipo de cirugía, el grado histológico del tumor, los tratamientos complementarios y el seguimiento de los pacientes.

Resultados: Los resultados obtenidos, a pesar de no ser estadísticamente significativos por el tamaño de la muestra, se ajustan a los de la literatura publicada sobre el tema. Se realizaron 4 laringectomías totales y un paciente precisó radioterapia complementaria. Hasta el momento no ha aparecido ninguna recidiva.

Discusión: el primer caso de condrosarcoma fue descrito por Travers en 1816, y es un tumor poco frecuente en cabeza y cuello. Aparece entre la 6ª y 7ª décadas de la vida y tiene un predominio en varones. Asienta preferentemente en los cartilagos hialinos de la laringe, sobre todo en cricoides. Se comporta como un tumor subglótico y su diagnóstico suele ser tardío, tras una clínica de larga evolución. El tratamiento de elección es quirúrgico. Las biopsias previas a la cirugía no suelen ser de utilidad y la confirmación diagnóstica nos la proporciona la anatomía patológica definitiva de la pieza quirúrgica. Se diferencian 3 grados histológicos, que se correlacionan con la supervivencia tras la cirugía. No suele dar metástasis regionales ni a distancia pero se estima una tasa de recidiva alrededor del 40% por lo que precisan seguimiento a largo plazo.

SALA 2

8,30-9,30

Sesión de comunicaciones orales 17

73

RESULTADOS DE LAS MIRINGOPLASTIAS EMPLEANDO INJERTO DE CARTÍLAGO Y PERICONDRIO TRAGAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO CON 245 CASOS

N. Baviera Granell, P. Estrems Navas, J.M. Tamarit Conejeros, G. Pastor Canicio, F. Pons Rocher, V. Murcia Puchades, J. Dalmau Galofré
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: El objeto de este trabajo es presentar nuestros resultados en el uso de la técnica de timpanoplastia con injerto de cartílago y con pericondrio tragal para la resolución de perforaciones timpánicas.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo con un total de 245 miringoplastias realizadas durante el período 2000-2006. El material empleado se reparte entre 57,9% de cartílago y 38,9% de pericondrio tragal. Los tipos de perforación más frecuentes fueron las de cuadrantes inferiores en un 40,76% (19,1% anteroinferior, 10,8% posteroinferior, 10,8% dos cuadrantes inferiores), seguidas de las subtotales (26,8%). El 88,5% eran primarias, 9,6% secundarias y el 1,9% terciarias. Se realizó reconstrucción de cadena en el 9,6%. Audiométricamente predominaban las hipoacusias de transmisión y mixtas.

Resultados: Obtuvimos un 77,1% de cierres completos de la perforación, 11,8% cierres parciales y en el 11,1% persistencia de perforaciones puntiformes. En la ganancia funcional auditiva obtuvimos cierre completo del uda en el 41,7%, cierre parcial del uda en el 32,4% y persistencia del uda en el 25,9%. Se reperfilaron el 11,8% y se reintervinieron el 5,1% del total de miringoplastias.

Discusión/Conclusiones: Obtenemos un porcentaje de éxitos anatómicos y funcionales aceptable. Aunque inicialmente empleábamos el cartílago en las perforaciones de gran tamaño, perforaciones anteriores y en reintervenciones, hemos ampliado las indicaciones y cada vez hacemos más miringoplastias con cartílago. Las reperfilaraciones son discretamente mayores con pericondrio (13,6%) que con cartílago (11,2%).

111

PAPEL DE LOS POTENCIALES EVOCADOS VESTIBULARES MIOGÉNICOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

E. Martín Sanz, A. Platero Zamarreño, R. Barona de Guzmán
Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Los potenciales evocados vestibulares miogénicos (VEMP) estudian el reflejo vestibulocólico, y se ha utilizado ampliamente en pacientes con patología vestibular, resultando en una prometedora herramienta diagnóstica, cada vez más presente en servicios de otorrinolaringología. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de los VEMP en pacientes con VPPB y determinar si es útil para localizar el lado lesionado, así como para evaluar la función vestibular de dichos pacientes.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo de 18 pacientes diagnosticados de VPPB de canal semicircular posterior entre enero de 2006 y marzo de 2007. Para el diagnóstico se siguieron los criterios de Dix y Hallpike, tanto en la historia clínica como en la positividad de la maniobra de provocación del canal semicircular posterior. Una vez efectuadas tanto las maniobras de provocación, como las de reposición (Epley), a todos los pacientes se les realizó unos VEMP.

Resultados: De los 18 pacientes con VPPB, 14 presentaron unos VEMP patológicos en el lado en el que la maniobra fue positiva, representando el 77,7% de la muestra de pacientes. Cuatro pacientes, presentaron registros de los potenciales dentro de límites normales, y en ningún caso hubo un registro anormal en el lado en el que la maniobra fue negativa.

Conclusiones: Los VEMP son útiles para evaluar el lado lesionado en el VPPB. Los resultados sugieren que los VEMP pueden tener utilidad en el seguimiento de estos pacientes.

139

POTENCIAL VESTIBULAR MIOGÉNICO EVOCADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

V. Pérez Guillén, L. Martí Gomar¹, A. Piqueras Del Rey², E. González García², C. Morera Pérez¹, H. Pérez Garrigues
Servicio de ORL, Hospital Mateu Orfila, Menorca. ¹Servicio de ORL. ²Servicio de Neurofisiología Clínica, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El potencial vestibular miogénico evocado (PVME) relaciona el sistema vestibular con la musculatura cervical anterior a través de la estimulación mediante clicks acústicos. Nos permite estudiar la función del sáculo y del nervio vestibular inferior a diferencia de otros métodos para el estudio de la función vestibular.

Objetivo: Determinar los valores de dicho PVME en pacientes afectos de enfermedad de Ménière.

Material y método: Estudio prospectivo del PVME en 63 pacientes con enfermedad de Ménière: 27 mujeres (42,8%) y 36 hombres (57,2%). Se determina la presencia del PVME en el oído afecto, así como la alteración en los valores de latencia, diferencia de amplitud y morfología.

Resultados: Se realizó tratamiento quirúrgico en 14 de los 63 pacientes. De ellos, 5 casos presentan una ausencia del PVME: 3 neurectomías selectivas y 2 laberintectomías. Los otros 9 se sometieron a tratamiento con gentamicina intratimpánica, hallándose ausencia del PVME en 5 casos y alteraciones de amplitud, latencia o morfología en el resto. De los 49 restantes, 42 presentan una enfermedad de Ménière unilateral (OI 71,4%, OD 28,6%). En el 19% de estos pacientes existe una ausencia de PVME y en un 66,8% existe una alteración de los valores de la latencia, de la diferencia de amplitud o de la morfología de la onda del PVME.

Conclusión: El PVME es un método útil en el estudio de la enfermedad de Ménière pues nos informa de la función sacular en estos pacientes.

142

PATOLOGÍA TIROIDEA QUIRÚRGICA. ESTUDIO PRELIMINAR

I. Monjas Cánovas, J. Sánchez, E. Delgado Moreno, C. Gutiérrez Del Castillo, J.R. Paredes Osado, J.R. Gras Albert
Hospital General Universitario, Alicante.

Objetivo: Se presenta nuestra experiencia en patología tiroidea entre los años 2003-2006 y se analizan las principales características epidemiológicas.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo a partir de 46 pacientes que presentaban patología tiroidea. Se analizaron las distintas histologías clasificándose en dos grupos según benignidad o malignidad. Se establecieron relaciones según distribución por sexo y edad, clínica de presentación y tiempo de evolución. Se analizaron asimismo las técnicas diagnósticas empleadas, el tipo de cirugía realizada y los resultados obtenidos.

Resultados: Se realizaron un total de 26 tiroidectomías totales y 20 hemitiroidectomías, 6 de las cuales fueron totalizadas en un segundo tiempo quirúrgico. La edad media de los pacientes en el momento del diagnóstico fue de 50,7 años. El 72,1% de los pacientes (33/46) fueron mujeres y el 27,9% (13/46) hombres. En el 65% (30/46) de los casos se trató de patología tiroidea benigna, diagnosticándose un total de 16 BMN, 12 adenomas foliculares, 1 bocio coloide y 1 hiperplasia de células C. En el 35% (16/46) restante, la histología fue maligna: 75% de los casos (12/16) fueron carcinomas papilares, 18,8% (3/16) carcinomas foliculares, 6,2% (1/16) CMT. Los carcinomas tiroideos estudiados presentaron un crecimiento rápido en el 68,8% de los pacientes frente a un 25% en los tumores benignos: OR:6 (1,7-25,7). La edad media en nuestra serie de carcinomas fue de 42,2 años siendo de 59,8 años en la patología no tumoral ($p < 0,05$). El porcentaje de hipocalcemias postquirúrgicas fue menor del 10% y no hubo ningún caso de afectación recurrenial.

Conclusión: Dado el escaso número de complicaciones obtenidas, nuestra casuística ha aumentado progresivamente en los últimos años y ha derivado en un cambio de política hospitalaria. Actualmente el servicio ORL se ha convertido en servicio de referencia para cirugía tiroidea. Presentamos un estudio preliminar.

EVALUACIÓN OTONEUROLÓGICA Y VNG EN ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL (WHIPLASH)

M. Uehara Benites, L. Martí Gomar, J. Donderis Sala, H. Pérez Garrigues, C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El latigazo cervical es una lesión cervical causada por la transferencia de energía mecánica de aceleración y desaceleración al cuello. Se produce frecuentemente en accidentes de tráfico. Las manifestaciones clínicas son diversas siendo una de las más comunes las alteraciones del equilibrio (25 a 50% de casos).

Material y método: Estudio descriptivo en 30 pacientes con síndrome de latigazo cervical por accidente de tráfico. Ninguno tuvo traumatismo craneoencefálico en el accidente ni patología vestibular previamente. Se realizó una anamnesis exhaustiva, exploración clínica otoneurológica, audiometría y videonistagmografía (pruebas rotatorias y calóricas, seguimiento ocular rápido y lento), resonancia magnética cervical y craneal.

Resultados: El lugar de colisión del vehículo fue la parte posterior en 70% de los casos. La posición en el coche más frecuente fue la de conductor en el 74% de los casos. Los síntomas otoneurológicos fueron inestabilidad y mareo en 70% de los casos, sensación vertiginosa en 26,6%, acúfenos en 26,6% e hipocúscia en 10%. Pruebas otoneurológicas alteradas: test de Romberg en 4 casos, test de Unterberger en 3, test de Dix-Hallpike 2 casos, test calórico 1 caso.

Conclusiones: Junto con la cervicalgia la sensación de mareos e inestabilidad es la manifestación más frecuente en el síndrome de latigazo cervical. La presentación de estos síntomas suele ser inmediata al accidente. Pese a que en la mayoría de los casos los resultados de la VNG son normales existen algunos casos en que podría coincidir patología vestibular y cervical.

269

TIROPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN

S. Rodríguez Rondón, J. Perolada Valmaña, D. Collado Martín, C. De Paula Vernetta, C. Morera Pérez

Servicio de ORL, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La tiroplastia Tipo I o de medialización es una técnica quirúrgica indicada para el tratamiento de pacientes afectados de incompetencia glótica de diversa etiología. La técnica ha sido diseñada originariamente por Isshiki y se basa en corregir el defecto del cierre glótico llevando la cuerda vocal a la línea media. Esta medialización puede llevarse a cabo mediante el uso cartilago autólogo o bien de prótesis preformadas de silicona o hidroxiapatita entre otras.

Material y método: Describimos una serie de 8 pacientes afectados de una parálisis laríngea unilateral tratados en nuestro Servicio mediante una tiroplastia Tipo I. Utilizamos para ello prótesis preformadas de silicona. La cirugía ha sido realizada bajo anestesia local con sedación; para poder elegir de manera precisa la prótesis más adecuada en base a la observación objetiva de la larínge mediante fibrolaringoscopia cuando el paciente emite un sonido vocal.

Resultados y discusión: En todos los casos, se evidenció satisfacción por parte del enfermo objetivado mediante el tiempo de fonación el cual mejoró considerablemente. La tiroplastia de medialización está indicada en aquellos casos en que existe un déficit de cierre glótico uni o bilateral. Se pueden hacer ajustes en la medialización mientras el paciente emite sonidos durante la cirugía. Además, es una intervención reversible. En resumen se trata de una técnica sencilla, segura y reproducible que consigue resultados fonatorios buenos y estables.

SALA 7

8,30-9,30

Sesión de comunicaciones orales 18

11

NEURINOMAS DE ACÚSTICO: RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE 120 CASOS

A. Coca, J.L. Llorente, J.R. Gómez, J.P. Rodrigo, C. Suárez

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Los neurinomas del acústico representan el 9% de los tumores intracraneales y más de la mitad de los tumores de fosa posterior.

Comienzan a crecer en el conducto auditivo interno, evolucionando luego hacia el ángulo pontocerebeloso, comprimiendo las estructuras vasculonerviosas vecinas. Las refinadas técnicas microquirúrgicas y los avances en la monitorización intraoperatoria de la función de los nervios craneales, ha mejorado los resultados quirúrgicos de la extirpación de este tipo de lesiones.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de 120 pacientes afectados de neurinomas del acústico, a los que se les realizó resección microquirúrgica de la lesión entre noviembre de 1994 y septiembre del 2006. Se recogieron datos del tamaño tumoral, extensión de la resección, preservación de los nervios facial y coclear, complicaciones y secuelas vestibulares. Se determina el grado de preservación de la audición según la clasificación de Gardner-Robertson.

Resultados: Entre las citadas fechas se intervinieron 39 neurinomas pequeños (< 1,5 cm), 59 de tamaño medio (1,5-3 cm) y 22 grandes (> 3 cm). La resección total de la lesión se consiguió en 92 de los 120 casos (88,3%). Se alcanzó una conservación anatómica del nervio facial y funcional en el seguimiento a largo plazo en 103 casos (85,4%). La función del nervio coclear fue conservada (grados 1 y 2 de la clasificación de Gardner-Robertson) en el 54,4% de los schwannomas de menos de 1,5 cm. de diámetro con audición válida. Dos de los pacientes fallecieron por complicaciones postoperatorias (tasa de mortalidad del 1,6%) y 15 (12,5%) desarrollaron una fístula de líquido cefalorraquídeo.

Conclusiones: Pese a la notable mejora en los resultados de la cirugía de los neurinomas del acústico, todavía presenta una tasa apreciable de complicaciones y secuelas. Por ello debe sopesarse en cada caso particular su realización en función de las circunstancias concurrentes y valorar la posibilidad de otras alternativas como la conducta expectante o la radiocirugía.

170

PRESERVACIÓN DE LA AUDICIÓN EN LA CIRUGÍA DE IMPLANTE COCLEAR CON INSERCIÓN PROFUNDA

L. Montes-Jovellar, J. Rey, D. Ruba, C. Gimeno, M. Manrique, A. Huarte, F.J. Cervera-Paz

Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Universitaria, Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: A lo largo de los últimos años se han producido cambios importantes en las indicaciones de la implantación coclear. Dentro de los candidatos al implante coclear hay muchos pacientes que conservan un grado variable de audición residual. Actualmente, dentro de los objetivos de la cirugía, no sólo se encuentra la óptima inserción de los electrodos, sino también la preservación de dicha audición residual. La preservación se está logrando por la combinación del empleo de técnicas de inserción atraumáticas como gracias a los nuevos diseños de las guías portaelectrodos. Nuestro principal objetivo es evaluar los cambios auditivos tras una inserción profunda con un modelo perimodiolar de guías portaelectrodos.

Material y método: Se registraron las audiometrías tonales antes y después de la implantación en 54 pacientes. En ellos se utilizó el sistema Nucleus Contour Advance modelos 24R (CA) y 24RE (CA). La longitud de la guía de electrodos era de 17 mm desde la punta hasta la primera marca distal de la silicona. Se realizó una técnica quirúrgica de implantación atraumática: cocleostomía sobre la escala timpánica, preservación del endostio de la cóclea, colocación de Healon a nivel de la cocleostomía como interfase, inserción cuidadosa mediante la técnica Advance Off-Stylet (AOS), y tratamiento inflamatorio tras la cirugía con metilprednisolona.

Resultados: Durante la cocleostomía, en todos los pacientes se conservó la integridad del endostio antes de la inserción. Se produjo una inserción completa de los 17 mm. El 80% de los pacientes implantados con el sistema Contour Advance, siguiendo una técnica de cirugía atraumática, conservaron la audición residual en prácticamente todas las frecuencias analizadas.

Conclusiones: Los resultados muestran que es posible conservar la audición residual de los pacientes con una inserción profunda de 17 mm con el empleo de guías de electrodos perimodiolares y una técnica quirúrgica apropiada.

VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Enrique, E. Blanch, E. Esteller, E. Matió, P. Huerta, J.M. Adema
Servicio de ORL, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.

Introducción: El vértigo posicional paroxístico benigno se manifiesta por episodios breves de vértigo provocados por algunos movimientos de la cabeza o el cuerpo. Es la principal causa de vértigo, y representa hasta el 25% de los pacientes que consultan por este síntoma. Su fisiopatología se basa en la litiasis de los conductos semicirculares, siendo el canal semicircular afectado con mayor frecuencia el posterior.

Material y método: Presentamos un estudio prospectivo en el que hemos incluido 53 pacientes diagnosticados de vértigo posicional paroxístico benigno. Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante pruebas diagnósticas específicas como la maniobra de Dix-Hallpike y la de rotación cefálica. Para el tratamiento se utilizó la maniobra de Epley modificada y la maniobra de la barbacoa de 270°. Consideramos como criterio de curación la negativización de las pruebas diagnósticas específicas.

Resultados: Han sido incluidos en nuestro estudio 53 pacientes, con una edad media de 55 años y un rango comprendido entre los 13,5 y los 85,5 años. La causa más frecuente en nuestra serie fue la idiopática que aparece en un 79% de los pacientes, siendo el canal semicircular implicado con mayor frecuencia el canal semicircular posterior que se afectó en el 85% de los pacientes. La eficacia del tratamiento fue elevada con una tasa de curación del 92,5%. Destacar que en el 73% de los casos tan sólo fue necesario realizar una vez la maniobra terapéutica para conseguir la curación.

Conclusiones: Las maniobras terapéuticas constituyen un tratamiento seguro y eficaz para este tipo de vértigo.

EFFECTO DE LA DEPRIVACIÓN AUDITIVA (DA) EN LOS RESULTADOS AUDIOLÓGICOS Y LOGOPÉDICOS EN LOS PACIENTES POSTLOCUTIVOS PORTADORES DE UN IMPLANTE COCLEAR

J. de Juan, M.P. Venegas, C. Orús, J. Pinart, C. Medà
Sección de Otolología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Después de más de 20 años de la introducción de los implantes cocleares (IC) está universalmente aceptado la bondad de sus resultados. Está descrito que el tiempo de privación auditiva que ha sufrido el oído implantado es uno de los factores pronósticos más importantes. Sin embargo, no existe todavía un conocimiento exhaustivo de la repercusión que tiene el tiempo de DA en los resultados auditivos tonales y logopédicos. En este trabajo se exponen los resultados de la implantación coclear en nuestros pacientes postlocutivos y se analiza el efecto de la privación.

Material y método: Estudio retrospectivo sobre una muestra de 53 pacientes postlocutivos implantados, entre los años 1989 y 2006. Seguimiento medió de 10 años. Sobre todos los pacientes se realizaron audiometrías tonales y valoración logopédica exhaustiva. Se calculó como tiempo de privación los años pasados entre que el oído quedó con hipoacusia profunda hasta su implantación. Se dividieron los pacientes en dos grupos. El primero con 37 pacientes con DA < a 10 años y el segundo con 16 grupo con DA > a 10 años.

Resultados: Al año de la implantación coclear se alcanzaron umbrales medios a 250 Hz, 500 Hz, 1 KHz, 2 KHz, 4 KHz y 8 KHz de 26, 24, 26, 23, 23, 22 dB HL en el primer grupo y de 35, 31, 33, 32, 26 y 23 en el segundo grupo (DA > 10 años), respectivamente y se mantuvieron estables durante el seguimiento. En resultado logoaudiométrico fue similar en ambos grupos (reconocimiento promedio de bislabas en contexto abierto de 75% en grupo DA < 10 años y del 69% en el grupo DA > 10 años). La DA solo tuvo un impacto en los resultados logopédicos cuando fue mayor a 35 años.

Conclusiones: La privación auditiva de 10 años no tuvo en nuestra serie un impacto clínicamente significativo en los resultados tonales ni logoaudiométricos, lo que sugiere que la memoria auditiva es mayor a este período de tiempo.

INFLUENCIA DE LA EDAD DE IMPLANTACIÓN EN EL RESULTADO FUNCIONAL AUDITIVO EN PACIENTES AFECTOS DE HIPOACUSIA PROFUNDA PRELOCUTIVA

M.P. Venegas, J. de Juan, C. Orús, C. Medà, J. Pinart
Sección de Otolología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Está plenamente documentado que la edad de implantación coclear en hipoacusias profundas bilaterales prelocutivas es el factor pronóstico más importante respecto al resultado audiológico funcional y del desarrollo del lenguaje que obtendrá el paciente implantado. Cuanto menor sea la edad de implantación mejor serán los resultados. Sin embargo no está claramente establecida la edad a partir de la cual la implantación esta desaconsejada. En este trabajo se analizaron todos los parámetros comentados en nuestra serie de pacientes prelocutivos implantados.

Material y método: Nuestra serie de pacientes prelocutivos implantados es de 41. La edad media de implantación fue de 5,7 años (± 3) con un mínimo de 18 meses y un máximo de 13 años. Se realizó un estudio comparativo entre dos grupos de pacientes en función de la edad de implantación. Grupo 1 (27 pacientes) formado por pacientes implantados antes de los 6 años de edad, y Grupo 2 (14 pacientes) formado por pacientes implantados después de los 6 años. Se analizaron los resultados audiométricos, logoaudiométricos y el grado de desarrollo del lenguaje en ambos grupos.

Resultados: Los resultados obtenidos en la audiometría tonal realizada en los pacientes de ambos grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas. En relación con los resultados logoaudiométricos, estos fueron significativamente peores en el grupo de pacientes implantados después de los 6 años de edad. Ningún paciente implantado más allá de los 12 años desarrollo un lenguaje socialmente válido.

Conclusiones: Nuestros resultados corroboran que la implantación precoz en hipoacusias prelocutivas es la que obtiene mejores resultados audiológicos funcionales y del desarrollo del lenguaje. En nuestra serie, la implantación a partir de los 12 años condujo a los resultados locutivos pobres y por ello la decisión de implantar se ha de tomar de forma individualizada informando de las expectativas al paciente.

ASPECTOS TÉCNICOS QUIRÚRGICOS EN LA REIMPLANTACIÓN COCLEAR (RC) EN EL MISMO OÍDO

C. Orús, M.P. Venegas, J. de Juan, M. de Juan, J. Pinart, C. Medà
Sección de Otolología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: A pesar que los Implantes cocleares (IC) están diseñados para tener una larga duración, en ocasiones y por diversos motivos se han de retirar y implantar uno de nuevo. La RC plantea dificultades añadidas en todos los tiempos quirúrgicos. En este trabajo se describen estas dificultades en función del modelo de implante.

Material y método: Se han analizado exhaustivamente los pasos quirúrgicos realizados en 33 RC comparándolos con la técnica de implantación en odios vírgenes. Se han analizado los resultados en función de si el IC previo era subcutáneo o transcútáneo. Grupo A: se ha reemplazado un modelo subcutáneo por otro modelo subcutáneo (12 casos de Laura a Nucleus 24, 9 casos de Laura a Laura, 4 casos de nucleus 24 a Nucleus 24, 4 casos de Nucleus 24 a Nucleus freedom). Grupo B: se reimplantó de modelos transcútáneos Ineraid a modelo subcutáneo (3 Ineraid a Nucleus 24, 1 caso de Ineraid a Nucleus doble array). La inmensa mayoría de RC se han hecho en el mismo tiempo quirúrgico.

Resultados: En todas las RC se constató una mayor fibrosis de las partes blandas y una reosificación parcial tanto de la cavidad de mastoidectomía cerrada como de la timpanotomía posterior. En el grupo A la reintroducción del haz de electrodos fue completa siempre y cuando el electrodo previo estuviera también completamente introducido. En el grupo B únicamente en un caso se tuvo que reimplantar con un nucleus doble array a través de una doble cocleostomía. dado que quedó un electrodo de bola en la transición entre espiras. La tasa de complicaciones cutáneas fue claramente superior en el grupo B.

Conclusiones: La reimplantación es un proceso quirúrgico de mayor complejidad a la implantación virgen. La reimplantación de Ineraid a cualquier otro IC se asocia a una mayor tasa de problemas mayores cu-

táneos y mayor dificultad en la introducción de haz de electrodos. La reimplantación entre modelos subcutáneos es técnicamente menos compleja y en manos expertas conduce a una tasa de complicaciones discretamente mayores a la IC virgen. La cóclea permanece permeable siempre y cuando aloje al electrodo que actúa como un tutor. En caso contrario tiene tendencia a obliterarse. La RC se aconsejable realizarla en único tiempo quirúrgico.

SALA 8

8,30-9,30

Sesión de comunicaciones orales 19

105

CIRUGÍA DEL CÁNCER DE LARINGE: COMPARACIÓN DE TÉCNICAS EMPLEADAS EN TRES AÑOS DISTINTOS SEPARADOS POR DIEZ AÑOS DE TIEMPO

J.C. Infante Sánchez, J.L. Lacosta Nicolás, V. Infante Flores

Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño.

Introducción: Con ánimo de valorar posibles diferencias y explicar los motivos nos propusimos analizar las técnicas de cirugía del cáncer laríngeo que empleábamos hace más de 20 años, en el 1983, con las que usábamos en 1993 y las realizadas recientemente, en el año 2003.

Material y método: Escogimos tres años separados por un periodo de 10 años entre sí, años 1983, 1993 y 2003 y en cada uno de ellos se seleccionaron los pacientes que fueron ingresados en el servicio por presentar carcinoma (cáncer) laríngeo, ya fuese su ingreso para estudio del caso, ingresos para cirugía o ingresos por urgencias. Fueron excluidos del estudio los pacientes no ingresados, ya sea porque fueron derivados a onco y/o radiología, a láser terapia o porque estaban sin tratamiento o en tratamiento paliativo.

Resultados: El estudio refleja 98 cirugías de carcinoma laríngeo. En el año 1983 se realizaron 34 intervenciones, 34 en el año 1993 y 30 durante el 2003. Durante el año 1983 se hicieron 5 cordectomías, 3 laringectomías frontolaterales, 2 hemilaringectomías verticales, 2 hemilaringectomías horizontal-verticales, 6 supraglóticas y 16 laringectomías totales. En 1993 se realizaron 6 cordectomías, 3 frontolaterales, 8 supraglóticas y 17 laringectomías totales, mientras que en el año 2003 las intervenciones fueron: una cordectomía láser, 5 near total, 5 cordectomías miomucosas, 3 cordectomías sin reconstrucción, 1 frontolateral, 1 hemilaringectomía vertical, 6 supraglóticas y 9 laringectomías totales.

Conclusión: Se observa que con el paso de los años hemos aumentado los porcentajes de cordectomías y near-totales. Las cordectomías con reconstrucción mio-mucosa las hemos empleado con la finalidad de mejorar los resultados fonatorios y las con las near-totales hemos alcanzado mayores porcentajes de preservación de la voz. Así pues y en lo referente a cirugía con conservación de la voz en el cáncer de laringe hemos obtenido en 2003 un porcentaje de 70% frente a un 52,94% en el 83 y un 50% en 1993.

186

RECIDIVA TUMORAL SOBRE TRAQUEOSTOMÍA TEMPORAL

A. Pujol Olmo, Z. Piñeiro Aguín, D. Virós Porcuna, R. Krakowiak Gómez, E. Dina

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Aunque la recidiva tumoral sobre traqueostomías tras laringectomía total es una complicación bien descrita en la literatura, su aparición en traqueostomías temporales para el control de la vía aérea en cirugías oncológicas de cabeza y cuello es muy infrecuente. Este tipo de recidivas empeoran el pronóstico, requiriendo de un manejo terapéutico individualizado.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente los historiales médicos de los pacientes afectados recogiendo información sobre sexo, edad, localización, histología y estadio del tumor primario, tipo de tratamiento sobre tumor primario, tipo de traqueostomía, tiempo entre tratamiento del primario y aparición de la recidiva, tratamiento realizado sobre la recidiva y supervivencia.

Resultados: Cuatro pacientes presentaron recidivas a nivel de traqueostoma temporal tras tratamiento quirúrgico o quimioterápico de carcino-

ma escamoso de cabeza y cuello, siendo todos ellos varones, con edades comprendidas entre los 51 y 60 años. Los primarios fueron dos carcinomas supraglóticos, un carcinoma de orofaringe y un carcinoma de lengua. En 3 pacientes la traqueostomía se realizó simultánea a la exéresis tumoral (2 laringectomías supraglóticas y una glossectomía total) y en uno durante el tratamiento quimioterápico. 2 pacientes murieron por progresión de la enfermedad.

Discusión/Conclusiones: La recidiva tumoral sobre la zona de una traqueostomía temporal previa es una complicación rara asociada a una elevada mortalidad (90%), explicable a partir de la implantación de células tumorales en la herida quirúrgica de traqueostomía, en carcinomas con especial agresividad biológica. Otras hipótesis patogénicas proponen la metastatización de ganglios pretraqueales o la extensión paratraqueal como origen de la recidiva.

201

OTOLICUORREA: NUESTRA EXPERIENCIA

Z. Piñeiro Aguín, I. Viza Puiggross, A. Pujol Olmo, D. Virós Porcuna, C. Orús Dotú

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La otollicuorrea es una patología poco frecuente, siendo su causa más habitual la de origen traumático seguida de la postquirúrgica; la otollicuorrea espontánea es la más rara. Su manejo es diferente en función del origen y del débito. Presentamos la serie de otollicuorreas de nuestro centro.

Material y método: Nuestra serie es de 8 pacientes de los cuales 4 tienen una causa postraumática, 2 son secundarias a cirugía translaberíntica por neurinomas del acústico y 2 son de causa espontánea.

Resultados: Las 4 otollicuorreas de origen traumático 1 caso de las 2 postquirúrgicas cedieron con medidas conservadoras (reposo absoluto a 30° y punción lumbar). En tres casos fue necesaria la revisión quirúrgica. En ambos casos de otollicuorrea espontánea se localizó el defecto óseo (1 tegmen timpani, 1 tegmen antri) y se selló con fascia y cartilago a través de una mastoidectomía. Una fístula postquirúrgica tras abordaje translaberíntico requirió resellado con fascia, tisucol (R) y drenaje lumbar.

Conclusiones: La otollicuorrea es una patología poco frecuente en la esfera otológica a diferencia de las de localización rinológica, y de causa multifactorial. En la mayoría de los casos se consigue un control de la fuga de LCR con medidas conservadoras, reservando la cirugía a las persistencias de fuga o a la licuorrea de causa espontánea.

300

RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE LA EFICACIA DE LA PREGABALINA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ACÚFENOS

A. Piera Balbastre¹, C. De Paula Vernetta, J.M. Láinez Andrés¹, J. Marco Algarra*Servicio de ORL, ¹Servicio De Neurología. Facultad de Medicina, Hospital Clínico Universitario, Valencia.*

Introducción: El acúfeno o tinnitus se define como la percepción de un sonido por parte del paciente en ausencia de estímulo acústico, pudiendo constituir un síntoma aislado o bien ser la expresión de distintas patologías. En el presente trabajo pretendemos evaluar la eficacia del neuromodulador Pregabalina en la percepción y vivencia del acúfeno en pacientes seleccionados.

Material y método: Sobre una muestra de 85 pacientes con acúfenos se realizó historia clínica, exploración otológica y audiológica (audiometría tonal liminal, acufenometría, DPOAE y PEATC). Asimismo, se realizó una exploración neurológica (RNM) y neurovascular (Doppler de troncos supraaórticos y transcraneal) así como test psicométricos (prepost): Tinnitus Handicap Inventory (THI) y Test de Hamilton para valorar ansiedad/depresión asociadas. En un segundo tiempo se inició tratamiento con pregabalina con una escalada ascendente hasta dosis de 300 mg/día para evaluar respuesta terapéutica a las 4, 8, 12 y 16 semanas.

Resultados: De los 85 pacientes, un 30% puntuaron de forma significativa para la existencia de ansiedad/depresión en el test de Hamilton (10% con depresión grave). En un 30% el THI demostró incapacidad

grave, un 20% moderada y el 50% restante leve. En los pacientes tratados con Pregabalina (THI moderado-grave:40) se demostró una reducción significativa del acúfeno en un 60% (35% con THI grave pasaron a THI leve o no incapacidad y 25% de THI grave a moderado).

Conclusiones: Aunque nuestros resultados son preliminares, la pregabalina ha demostrado un papel beneficioso en el tratamiento del acúfeno y podría constituir una eficiente arma terapéutica en pacientes seleccionados.

392

LARINGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA COMO CIRUGÍA DE RESCATE DE LA RECAÍDA POSTRADIOTERAPIA

J. García Lorenzo, X. León Vintró, M. López Vilas, M. Quer Agustí, Z. Piñeiro Agúin

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La laringectomía supracricoidea puede ser una alternativa a la cirugía radical en algunos pacientes con recidivas locales tras radioterapia cuando los abordajes endoscópicos u otras terapias conservadoras no están indicadas.

Material y método: Entre 1997 y 2005 se realizaron nueve laringectomías supraglóticas de rescate tras radioterapia en nuestro centro. Todos los pacientes eran varones, de edades comprendidas entre los 43 y los 67 años (media 54,4 años). Los tumores índice estaban situados en la glotis en 8 casos y en la supraglotis en el caso restante. La técnica escogida para la reconstrucción fue la cricohioidoepiglotopexia (CHEP) en seis casos, y la cricohioidopexia (CHP) en tres.

Resultados: La cirugía de rescate consiguió el control de la enfermedad en el 89% de los casos. La función laríngea se preservó en el 78% de los pacientes. Todos los pacientes pudieron ser decanulados y consiguieron una deglución correcta. Los tiempos medio de traqueotomía y el de alimentación enteral por sonda nasogástrica fueron de 11 y de 27 días, respectivamente. El tiempo medio de hospitalización fue de 34 días. Seis pacientes presentaron complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica que pudieron resolverse sin necesidad de cirugía. Un paciente murió de una complicación asociada con el tratamiento de rescate. Otro paciente falleció como consecuencia de una nueva recurrencia del tumor laríngeo. Al cierre del estudio, el 78% de los pacientes estaba vivo y sin evidencia de tumor.

Conclusiones: La laringectomía supraglótica es una técnica eficaz como rescate quirúrgico ante el fallo de radioterapia en recaídas locales. Debe considerarse como alternativa a la cirugía radical cuando otros métodos más conservadores no están indicados.

429

RELEVANCIA DE LA RMf AUDITIVA EN PACIENTES CON ACÚFENOS UNILATERALES

V. Meseguer³, C. De Paula¹, A. Piera², A. Barrós³, N. Ventura³, A. Sanjuán³, C. Ávila³, J.M. Laínez², J. Marco¹

¹Servicio de ORL. ²Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario, Valencia.

³Universidad Jaime I, Castellón.

Objetivo: Caracterizar mediante un RMf el funcionamiento del sistema auditivo en un grupo de pacientes con acúfeno unilateral, así como relacionar esta activación con la intensidad del acúfeno. Muestra. La muestra estaba formada por 13 pacientes, 8 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 50 años, hipoacusia de grado leve-moderado y todos ellos con acúfeno lateralizado izquierdo de más de 6 meses de evolución.

Tarea: La tarea era una tarea auditiva, formada por 8 bloques. 4 bloques de activación en los que se presentaba música y 4 bloques de silencio. La duración de cada bloque era de 64 segundos, teniendo la tarea una duración total de 8,32 segundos. Adquisición de las imágenes. Las imágenes fueron adquiridas con un escáner de Resonancia Magnética GE de 3T. El preprocesado y el análisis estadístico de las imágenes se realizó con SPM5.

Resultados y discusión: Los resultados mostraron que la tarea experimental producía activación bilateral en el giro temporal superior, incluyendo el Giro de Heschl y en los colículos inferiores también de forma bilateral. La intensidad de la activación del Giro de Heschl derecho fue de β

$= 1,79$, mientras que en el Giro de Heschl izquierdo fue de $\beta = 1,38$. Se realizó un análisis de regresión incluyendo como variable independiente la intensidad del acúfeno, y encontrándose una correlación positiva de esta variable con la activación cerebral en la ínsula y el giro temporal superior de forma lateralizada en el hemisferio derecho. Los resultados se discuten en función de la importancia que la RMf auditiva podría tener en el diagnóstico y tratamiento de los acúfenos.

SALA GOYA

8,30-9,30

Sesión de comunicaciones orales 20

12

CÁNCER DE CAVIDAD ORAL, ESTUDIO DE 150 CASOS

F. Rivera Pesquera

Hospital General de Querétaro, México

Introducción: En el presente trabajo se inicia con una breve presentación de la anatomía aplicada de la cavidad oral, con sus subdivisiones así como del drenaje linfático del cuello. Posteriormente se menciona la epidemiología, los factores etiológicos, la histopatología, el diagnóstico y la estadificación y por último los diversos tipos de tratamiento, de acuerdo a cada subdivisión de la cavidad oral. Por último, se hace un estudio de 150 casos tratados en los últimos 5 años, en los cuales encontramos diferentes estadios y por lo tanto diferentes tipos de tratamiento.

100

RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA LARINGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA LÁSER COMPARADOS CON LA TÉCNICA CONVENCIONAL

R. Cabanillas, J.P. Rodrigo, J.L. Llorente, C. Suárez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Los resultados oncológicos de la laringectomía supraglótica láser se consideran similares a los obtenidos mediante la laringectomía supraglótica transcervical convencional. Sin embargo, hasta la fecha, ningún trabajo ha comparado los resultados de ambas técnicas quirúrgicas en dos grupos de pacientes equiparados por estadios.

Material y método: 26 pacientes tratados mediante una laringectomía supraglótica láser se compararon de forma retrospectiva con 26 pacientes con el mismo estadio, a los que se les había practicado una laringectomía supraglótica transcervical. En ambos grupos los pacientes se clasificaron del siguiente modo: 8% estadio I, 23% II; 46% III y 23% IV.

Resultados: La supervivencia específica para la enfermedad a los 5 años fue del 80% en el grupo láser y del 72% en el abordaje transcervical ($p = 0,5$). El porcentaje de preservación laríngea a los 5 años en el grupo láser fue del 86%, y del 80% en el abordaje transcervical ($p = 0,6$). En ambos grupos, todos los pacientes clasificados como T1 y T2 que vivieron al menos durante 5 años tras completar el tratamiento, conservaron su larínge.

Conclusiones: Los resultados oncológicos de la laringectomía supraglótica transoral mediante láser de CO₂ son equivalentes a los obtenidos mediante la laringectomía supraglótica transcervical convencional.

239

USO DEL BIOGLUE EN LA CIRUGÍA DE LA BASE DEL CRÁNEO

F. López Álvarez, A. Coca Pelaz, J.L. Llorente Pendás, J.R. Gómez Martínez, C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Las fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) son una complicación poco frecuente pero con importante morbilidad en la cirugía de la base del cráneo debido a que actúan como puerta de entrada para microorganismos en la cavidad craneal. En ciertas intervenciones quirúrgicas para el abordaje de tumores de esta localización es necesaria la exposición, apertura o resección de las cubiertas meníngeas, por lo que un cierre inadecuado del defecto quirúrgico puede conllevar la aparición de una fístula de LCR. Para el cierre de dichos defectos se pueden

emplear múltiples técnicas, una de las cuales consiste en la aplicación de un adhesivo quirúrgico como es el Bioglue®.

Material y método: Se trata de un estudio preliminar descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo en el que se revisan 77 casos de pacientes que han sido intervenidos nuestro servicio de Cirugía de Base de Cráneo, desde enero de 2004 a marzo de 2007. Se trataba de 19 pacientes con tumores etmoidales, 34 pacientes con neurinomas del VIII par craneal y el resto presentaban localizaciones tumorales diversas para cuyo tratamiento era necesaria la exposición de la duramadre y que por lo tanto eran susceptibles de presentar una fístula de LCR en el postoperatorio. En todos estos pacientes se utilizó como método de cierre del defecto quirúrgico el adhesivo Bioglue®.

Resultados: Tras clasificar los pacientes por el tipo de tumor y su abordaje quirúrgico se encontró un 7,8% de fístulas de LCR (6 casos de un total de 77 pacientes). Sólo en un caso de intervención de un neurinoma del VII par se objetivó la fístula de LCR, siendo los demás casos tumores de diversa localización que requirieron abordajes diversos. Sólo en uno de los casos la presencia de fístula se siguió de complicación infecciosa y requirió la reintervención quirúrgica.

Conclusiones: Este estudio preliminar pretende ser el punto de partida de futuros estudios caso-control y prospectivos que proporcionen datos consistentes acerca de la eficacia del Bioglue® como método de cierre en intervenciones quirúrgicas que tengan riesgo de desarrollar fístulas de LCR en el postoperatorio.

333

FACTORES DE INDUCCIÓN DE OSTEOGÉNESIS EN LA PATOLOGÍA INFLAMATORIA DEL OÍDO MEDIO. UN ESTUDIO EXPERIMENTAL

A. Trinidad, J.M. Verdaguier, J. Vicente, J.R. García-Berrocal, C. Górriz, A. Ibáñez, A. Rodríguez-Valiente, C. Martín, R. Ramírez-Camacho
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La remodelación ósea está presente en todos los procesos inflamatorios del oído medio. Estos fenómenos, dependientes de la actividad osteoclástica y osteoblástica desencadenada por la reacción inflamatoria, pueden producir alteraciones anatómicas con repercusiones funcionales (anquilosis de la cadena osicular) y quirúrgicas (obliteración de cavidades y fijación de injertos osiculares). La existencia de disfunción tubárica, infección bacteriana o daño quirúrgico tiene una influencia poco conocida sobre la magnitud de estos fenómenos. Con el fin de estudiar la influencia de los distintos factores, se han analizado las alteraciones histológicas producidas en modelos experimentales de otitis media con derrame y otitis media aguda y crónica bacteriana.

Material y método: En 30 ratas Wistar se inoculó *Pseudomonas aeruginosa* en oído medio y se cauterizó la trompa de Eustaquio. 20 animales fueron sometidos únicamente a la cauterización de la trompa. Los temporales fueron extraídos para su procesamiento y estudio histológico a los 7, 30 y 60 días.

Resultados: En todos los casos se observa inicialmente una reacción osteoclástica con reabsorción ósea, seguida de depósito de hueso inmaduro con abundante celularidad y límites irregulares, que a largo plazo adquiere un patrón laminado con menor densidad de osteocitos. Estos fenómenos son de mayor magnitud en los animales inoculados con bacterias.

Discusión/Conclusión: Las reacciones óseas tienen lugar precozmente y pueden prolongarse durante largo tiempo después de la lesión aguda. Afectan a todas las estructuras óseas excepto la cápsula ótica. Pueden tener repercusión en la reoclusión de cavidades y así influir en la génesis de recidivas de colesteatoma.

346

TUMORES SALIVARES EN EL ÁREA DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA. REVISIÓN 2004-2007

M. Hernando, L. Martín Fragueiro, G. Eisenberg, R. Echarri, G. Plaza G
Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: Los tumores de glándulas salivares constituyen menos del 3% del total de tumores de cabeza y cuello siendo la mayoría benignos.

Material y método: Estudio retrospectivo de revisión de pacientes con tumores parotídeos y submaxilares en el periodo 2004-2007 con datos referentes al tipo de tumor según la anatomopatológica posquirúrgica,

correlación con la PAAF previa, tipo de cirugía, estancia media hospitalaria y complicaciones posquirúrgicas más frecuentes.

Resultados: Se incluyen 34 pacientes con 35 tumores salivares (31 tumores parotídeos, 2 submandibulares y 2 salivares ectópicos a nivel cervical). De los tumores parotídeos el 13% eran malignos y el 87% benignos (48% adenomas pleomorfos, 35% tumores de Warthin), de los submandibulares el 5% eran malignos y el 50% benignos y de los ectópicos el 100% eran benignos. En un 71% de los casos se realizó una parotidectomía superficial. El tiempo medio de estancia postoperatoria fueron 2 días. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron la paresia transitoria marginal aislada, paresia transitoria de todas las ramas faciales y el seroma. Aunque la PAAF en los tumores benignos tuvo una elevada correlación, en los malignos se evidenció un resultado falso negativo en el 40% de los casos.

Conclusión: Nuestros resultados son similares a lo descrito en la literatura si bien es preciso destacar una proporción mucho más alta de tumores de Warthin.

391

TENDENCIAS HACIA LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN SORDERAS SÚBITAS

A. Rodríguez Valiente, C. Martín González, J.M. Verdaguier, R. Martínez Monedero, A. Trinidad, J.R. García Berrocal, R. Ramírez Camacho
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La sordera súbita es una entidad frecuentemente diagnosticada en la urgencia otorrinolaringológica. La prontitud en el diagnóstico y tratamiento son factores que pueden determinar el pronóstico de la pérdida auditiva. Clásicamente se ha sugerido que la intensidad de la pérdida y la forma del audiograma pueden influir en la recuperación funcional. El propósito del siguiente trabajo es intentar establecer un patrón de pérdida de audición que pueda correlacionarse con la respuesta al tratamiento.

Material y método: De una base de datos de 171 pacientes diagnosticados de sordera súbita, se han seleccionado 123 pacientes (55% varones, 45% mujeres, media de edad de 42 años, oído derecho 39%, oído izquierdo 61%, vértigo en un 28,5% de los pacientes y una media de 7,5 días de evolución en el momento del diagnóstico) asistidos en nuestro servicio en los últimos 10 años. El tratamiento se hizo con corticoide oral, iv o en bolos. La respuesta funcional la valoramos en función de la tasa de recuperación, RR (Recovery Rate).

Resultados: La recuperación funcional auditiva fue independiente de la intensidad de la pérdida inicial.

Conclusión: A pesar de no haber una significación estadística en cuanto al pronóstico en la recuperación auditiva en función de la intensidad de la pérdida inicial, sí que se ve una tendencia a una menor recuperación a medida que la intensidad es mayor; siendo estos valores semejantes, aunque diferentes, en cada una de las frecuencias.

SALA 10

8,30-9,30

Sesión de comunicaciones orales 21

291

LOCALIZACIÓN DEL NERVO LARÍNGEO EXTERNO EN LA CIRUGÍA TIROIDEA

C. Ortega Fernández¹, J.R. Sañudo², X. León³, P. Ortega¹, E. Marañillo²
¹Hospital de Móstoles. ²Departamento de Anatomía y Embriología Humana I (UCM), Madrid. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El nervio laríngeo externo, rama del nervio laríngeo superior, inerva al músculo cricotiroides cuya función es la de tensar las cuerdas vocales. Una alteración de esta función va a producir alteraciones en la voz. Durante la cirugía tiroidea es necesario localizar este nervio para evitar lesionarlo. Para ello debemos conocer las relaciones que guarda el nervio con la glándula y las estructuras cercanas.

Material y método: Presentamos los resultados obtenidos en la disección de 52 nervios en 26 cadáveres. En los que analizamos la longitud del nervio laríngeo superior, interno y externo, la relación con las ramas de la arteria carótida externa, la distancia con el polo superior de la

glándula tiroidea su relación con las ramas de la arteria tiroidea superior, la distancia dentro del constrictor inferior y las ramas del nervio.

Resultados: Dentro de los resultados los factores más relevantes a la hora de localizar el nervio durante la cirugía tiroidea son la relación con el polo superior y con las ramas de la arteria tiroidea superior, encontrando que en la mayoría de los casos (21) se sitúa el nervio por encima de la glándula, en 14 al mismo nivel y sólo en 1 caso por debajo. Con respecto a la arteria tiroidea superior el nervio pasa medial a ella en todos los casos menos en 3, en los que pasa entre las ramas de la arteria.

Conclusiones: A pesar de conservar el nervio laríngeo recurrente durante la cirugía tiroidea el paciente puede presentar alteraciones en la voz más o menos evidentes (fatigabilidad, debilidad). Estas alteraciones pueden deberse a la lesión del nervio laríngeo superior. Para poder evitar dañar el nervio es indispensable conocer la localización del mismo con respecto a la glándula tiroidea y así localizarlo durante la cirugía.

294

SCHWANNOMAS DEL NERVO FACIAL: CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA Y RESULTADOS TRAS EL TRATAMIENTO.

E. Hernández Montero, J. Salmerón Pintos, J. Fusté, A. Cordon Villatoro, L. García-Ibáñez, E. García-Ibáñez

Instituto de Otolología García-Ibáñez, Barcelona.

Introducción: Los neurinomas del nervio facial (NF) frecuentemente afectan al ganglio geniculado, aunque pueden afectar cualquier segmento del nervio. Cuando se presentan como masas en el conducto auditivo interno o en el ángulo ponto-cerebeloso pueden simular un neurinoma del acústico. El propósito de este estudio es proporcionar datos acerca de las diferentes presentaciones clínicas, los hallazgos radiológicos y electroneurográficos y el planteamiento terapéutico apropiado según su origen.

Material y método: Estudio retrospectivo que revisa los últimos 30 casos de NF diagnosticados y tratados entre 1985 y 2007. Realizamos un análisis descriptivo de las siguientes variables: sintomatología debut, hallazgos radiológicos, audición pre/post operatoria, datos electroneurográficos, abordajes quirúrgicos y técnicas rehabilitadoras tras el tratamiento, y una correlación entre la sintomatología debut, los hallazgos radiológicos y los electroneurográficos.

Resultados: Las manifestaciones de los NF dependen del segmento del nervio afectado. Es interesante que menos de la mitad de los NF debutan con parálisis facial, incluso hay pacientes que nunca llegan a tener síntomas de este nervio. El síntoma de presentación más frecuente es la hipoacusia neurosensorial. La afectación radiológica del ganglio geniculado va asociada con mayor frecuencia a sintomatología facial. Los NF casi siempre necesitan una resección segmentaria del nervio, recurriendo a la anastomosis término-terminal o hipogloso facial o injertos nerviosos, como técnicas reparadoras, siendo la segunda la técnica que utilizamos con mayor frecuencia.

Conclusiones: Los NF son frecuentemente confundidos con parálisis de Bel o neurinomas vestibulares, retrasando el tratamiento definitivo y comprometiendo el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

335

REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

M. Rossi Izquierdo, A. Soto Varela, S. Santos Pérez, A. Sésar Ignacio, T. Labella Caballero

CHUS, Santiago de Compostela, La Coruña.

Introducción: En los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP), las alteraciones del equilibrio acarrear una importante morbi-mortalidad por las numerosas caídas que ocasionan. En un estudio postural previo hemos detectado que un mal uso de la información vestibular está implicado en ello. Además los resultados obtenidos en la exploración del reflejo vestibuloocular y pruebas oculomotoras han apoyado la hipótesis de que la alteración vestibular se localiza a nivel central. Nuestro objetivo es realizar rehabilitación vestibular a estos enfermos con el fin de mejorar su estabilidad global.

Material y método: De los 45 pacientes con EP previamente estudiados, seleccionamos a aquellos que muestran un elevado riesgo de caídas en

el test de timed up and go (TUG). Realizamos la rehabilitación finalmente a diez enfermos mediante la posturografía dinámica computerizada (PDC). Evaluamos las mejoras con el dizziness handicap inventory (DHI), el TUG y la PDC.

Resultados: Encontramos mejoras estadísticamente significativas en el test de organización sensorial y las pruebas de control voluntario del centro de gravedad medidos con la PDC, en el DHI y en el TUG. Estas mejoras siguen siendo significativas desde el punto de vista estadístico tras un año de haber finalizado el tratamiento.

Discusión: La rehabilitación vestibular en la EP se muestra útil para mejorar las actividades de la vida diaria, la velocidad de la marcha y el equilibrio, así como para reducir el riesgo de caídas. Además hemos demostrado que los beneficios de la misma perduran con el paso del tiempo.

400

VPPB EN LA UNIDAD DE OTONEUROLOGÍA DEL CHOP

M. Paulos Novoa, I. Arán González, J. Fernández Silva

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Hospital Montecelo, Pontevedra.

Introducción: El VPPB supone el 40% de las consultas en una Unidad de Otoneurología. Nuestro trabajo consiste en la revisión de 200 casos de VPPB diagnosticados en nuestra Unidad, con el fin de calcular la incidencia de afectación de los diferentes canales semicirculares, su respuesta a las maniobras liberadoras y la frecuencia de recidiva.

Material y método: 200 pacientes (70% mujeres, 30% hombres), con una edad media de 53 años (rango 10-90), diagnosticados de VPPB mediante anamnesis dirigida, exploración audiovestibular y videonistagmografía como método de registro de los nistagmos provocados por las maniobras.

Resultados: Observamos una incidencia del 54%, 25% y 20% para los canales posterior, superior y horizontal respectivamente. Observamos una mayor tasa de curación en los VPPB del canal posterior.

Discusión/Conclusiones: El canal posterior es el más frecuentemente afectado y el que mejor responde a las maniobras de reposición de otolitos. La VNG permite el diagnóstico de los casos de VPPB de canal superior que con la exploración a "ojo desnudo" pueden ser pasados por alto o confundidos con afectación de canal posterior.

431

BAJA LABORAL Y TRASTORNO VESTIBULAR. ¿ES EL DIAGNÓSTICO EL ÚNICO DETERMINANTE?

G. Trinidad Ruiz, M.E. Mora Santos, E. Cruz de la Piedad, M.

Domínguez Pedrosos, B. Aranda Santos, A. Blasco Huelva

Complejo Hospitalario Universitario, Badajoz.

Introducción: Presentamos un estudio prospectivo y aleatorizado con objeto de valorar los factores que desencadenan el absentismo laboral entre crisis en pacientes con trastornos del equilibrio.

Material y método: 350 pacientes atendidos en nuestra Unidad de Otoneurología fueron incluidos mediante muestreo aleatorio, estudiándose su situación laboral en el momento de la consulta (entre crisis), así como su comportamiento en cuanto a distintas variables de potencial interés para la comprensión de la misma, con objeto de determinar si el diagnóstico es el único factor a considerar en el contexto de una baja laboral atribuible a un trastorno vestibular.

Resultados: 162 pacientes (de los 350 estudiados) desarrollaban un trabajo fuera de casa. Su edad media fue de 52,9 años, y la relación mujeres:hombres fue de 0,63:0,37. Las variables con una mayor asociación a la baja laboral fueron la presencia de antecedentes personales psiquiátricos ($p = 0,019$), la administración de psicofármacos ($p < 0,001$), la administración de sedantes vestibulares ($p = 0,013$), y el empleo por cuenta ajena frente a los trabajadores autónomos ($p = 0,024$).

Discusión/Conclusiones: El absentismo laboral es un punto de conflicto en la práctica clínica, y especialmente en la otoneurológica. En este estudio se refleja la gran influencia que factores ajenos (e incluso a veces evitables) al propio diagnóstico tienen sobre este aspecto social de la enfermedad vestibular, y la importancia que cobra su valoración en la evaluación del impacto sobre la calidad de vida atribuible al trastorno del equilibrio, y en la recomendación de un eventual cambio en la situación laboral del paciente.

RESULTADOS EN LA IMPLANTACIÓN EXTRACOCLEAR PROMONTORIAL, EN PACIENTES CON OSIFICACIÓN COCLEAR GRADOS II Y III

S. Santa Cruz Ruiz, A. Del Cañizo, P. Santa Cruz Ruiz, F. Benito González, P. Blanco Pérez

Complejo Universitario, Salamanca.

Introducción: La implantación coclear en el caso de cócleas obliteradas completamente o casi completas imposibilita la implantación normal. En estos casos solo cabe la implantación promontorial o la de tronco (ABI).

Casos clínicos: Presentamos los resultados de 5 casos (3 niños y 2 adultos) al que realizamos una implantación promontorial. Las etio-

logías en los niños fue meningitis bacterianas y en los adultos un caso de otitis media crónica varias veces operado bilateralmente y el otro idiopática.

Los resultados fueron de 2 niños con pobre respuesta a estímulos auditivos y 1 niño con progresión auditivo-verbal similar a los niños con implante coclear: test de bisílabos 45% y frases en contexto cerrado 85%.

En los adultos 1 resultado fue malo, umbrales tonales en 40dB, pero no discrimina y el otro adulto con buen resultado: test de bisílabos 65% y frases de 90%.

Conclusión: El implante auditivo promontorial presenta unos resultados menos predecibles, pero debe ser valorado su aplicación ante casos de cócleas bilateralmente obliteradas.

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

PÓSTERES

VIERNES, 9 DE NOVIEMBRE

SALA 9

15

CUERPO EXTRAÑO PREVERTEBRAL TRAS INGESTA DE PESCADO

A. Coca, J.L. Llorente, G. Mancebo, M.A. Sevilla, R. Sánchez, S. Obeso, F. López, C. Suárez

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Los cuerpos extraños enclavados en las vías aerodigestivas superiores si no se diagnostican y extraen de forma precoz, pueden ser causa de una elevada morbilidad. Para su extracción pueden utilizarse una gran variedad de métodos que van desde la extracción simple con pinzas, a la endoscopia digestiva, esofagoscopia rígida e incluso cervicotomía.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente que acudió al servicio de urgencias refiriendo haber deglutido una espina de pescado, que se encontró finalmente enclavada en la musculatura prevertebral a nivel de C3-C4 presentando la puerta de entrada a nivel de esófago a unos 2 centímetros del esfínter esofágico superior.

Resultados: Se utilizó para su extracción una cervicotomía asistida por endoscopia, mostrando por lo tanto una nueva aplicación para la videoendoscopia.

Conclusiones: Se trata por lo tanto de un caso con una evolución inusual, con unas potenciales complicaciones de gravedad y en el que para su tratamiento se utilizó una cervicotomía videoasistida, con unos excelentes resultados, aportando una opción terapéutica más a este tipo de lesiones.

16

DACRIOCISTOCELE CONGÉNITO EN EL CONTEXTO DE DACRIOCISTITIS

J. Chamizo Jurado, M. Pellicer Sarasa, B. De Frías Berzosa, C. García-Vaquero, F. Pumarola Segura

Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El dacriocistocele se produce por una obstrucción del canal lagrimal de causas múltiples: tapón de células amnióticas, defecto en el desarrollo del canal o infección congénita del saco.

Material y método: Se presenta un neonato de 5 días de vida que aparece con una dacriocistitis que requiere ingreso hospitalario, dado el componente inflamatorio. Con permeabilidad de la vía lacrimal, el TC y RMN solicitados demuestran el diagnóstico. Se intervino por vía endonasal con apertura del saco, obteniendo material purulento.

Discusión: Se han utilizado sinónimos como amniotocele, ya que parte del contenido en el saco deriva de líquido amniótico, mucocelo por su similitud con los adultos y dacriocistocele por su localización anatómica. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con el meningocelo. Clínicamente, se presenta de forma aislada y unilateral como una masa de unos 10 mm de diámetro, azulada con tensión en la región del saco, sin signos inflamatorios excepto cuando aparece infección del mismo, como es nuestro caso. Aparece al nacimiento o pocos días después. La presión sobre el saco puede provocar la salida de un líquido viscoso de

color oscuro. Su tratamiento médico es el masaje del saco para vaciar su contenido intentando la rotura de la obstrucción que exista en el conducto, añadiendo colirios antibióticos. El tratamiento más utilizado sigue siendo cirugía con punción y aspiración del contenido, lavado con antibiótico y sondaje posterior. En nuestro caso la marsupialización permitió evitar el sondaje.

20

DISFONÍA SECUNDARIA A CONDROMA LARÍNGEO

N. Bejarano, X. Trobat, E. Novas, C. Artigas, P. Sarriá

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: Los condromas laríngeos son tumores benignos de escasa prevalencia, nunca dan metástasis y en raras ocasiones malignizan. La presentación clínica puede ser variada y depende fundamentalmente del tamaño del tumor y de su localización (más frecuente a nivel de la lámina posterior del cricoides). Estridor, disnea y masa cervical suelen ser sus síntomas de aparición. Se presenta el caso de disfonía causada por condroma localizado en el cartilago tiroideo.

Material y método: Varón de 62 años de edad que acude a consultas externas por presentar disfonía de larga evolución sin disnea ni estridor aparente. Como antecedentes de interés llama la atención la existencia de hábitos tóxicos, tabaquismo y enolismo moderado-severo. En la exploración nasofibrolaringoscópica se objetiva retención salivar en hipofaringe derecha con masa bien delimitada de 3-4 cm de diámetro que ocupa ventrículo y seno piriforme derecho con parálisis de cuerda vocal homolateral y paresia de cuerda vocal izquierda. La videofluoroscopia de deglución muestra aspiración basal. En la palpación cervical se aprecia masa laterocervical de 2-3 cm de consistencia dura y elástica a nivel área III derecha. Se realiza tomografía axial computarizada objetivándose tumoración de 3,5 cm localizada a nivel del cartilago tiroideo con infiltración y destrucción del mismo. La masa está formada por material hiperintenso (condroide).

Resultados: Se programa para panendoscopia y microcirugía laríngea bajo anestesia general, con toma de biopsia intraoperatoria tras abordar la mucosa por láser CO₂, informada como negativa para malignidad e histología compatible con condroma laríngeo.

Discusión/Conclusión: Considerar como diagnóstico diferencial de masas endolaringeas causantes de disfonía el condroma, y más en particular el condrosarcoma. La escasa prevalencia de estos tumores limita el conocimiento de su terapéutica más adecuada, existiendo casos de realización de traqueotomía de seguridad o bien necesidad de laringectomía total. La extirpación completa de la masa tumoral ayudará en diagnóstico definitivo pues la biopsia parcial puede contribuir a un diagnóstico erróneo.

29

PARANGLIOMAS DEL HUESO TEMPORAL. REVISIÓN CLÍNICA

M.A. Sevilla García, S. Obeso Agüera, A. Coca Pelaz, R. Charlene Granucci, J.L. Llorente Pendás, C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Los parangliomas (PGL) del hueso temporal están frecuentemente limitados a los paranglios, es decir del tejido especiali-

zado del sistema neuroendocrino extraadrenal. Son tumores benignos poco frecuentes, pero en algunas ocasiones tienen un comportamiento biológico similar al maligno (< 10%). Las mutaciones germinales en los genes SDHB, SDHC y SDHD que codifican las subunidades del mismo nombre en el complejo enzimático mitocondrial de la succinato deshidrogenasa, tienen un papel importante en la patogenia.

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo en el que se revisan 34 PGL yugulares y 17 timpánicos de un total de 74 pacientes intervenidos en nuestro servicio (con un total de 90 PGL), de los cuales 8 pacientes presentaban PGL múltiples y un paciente presentaba un paraganglioma yugular maligno. Todos estos pacientes tuvieron un seguimiento mínimo de 1 año. Se evaluaron las vías de abordaje en función de la localización tumoral, las secuelas acaecidas y su ulterior evolución, así como las recurrencias/recidivas y su relación con la localización del tumor primario.

Resultados: El tratamiento empleado fue quirúrgico fundamentalmente, utilizando la radiocirugía como tratamiento complementario en un paciente. En los PGL yugulares se realizó un abordaje infratemporal tipo A y en los timpánicos, transmeatal o transmastoides. Hubo 11 recurrencias y 1 recidiva, que aparecieron en los PGL yugulares y, que en dos casos se trataban de PGL múltiples. Las secuelas postoperatorias fueron sobre todo la parálisis de los nervios craneales (VII, IX, X, XI y XII), junto con las fistulas de líquido cefalorraquídeo. Con esta revisión clínica pretendemos reflejar nuestra experiencia en este tipo de tumores.

30

MOTIVO DE CONSULTA: "SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN OROFARINGE"

M.A. Sevilla García, V. Suárez Fente, R. Sánchez, F. Núñez Batalla.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

La ingestión de cuerpos extraños es un problema frecuente en los servicios de urgencias. Restos de huesos y espinas de pescado son los cuerpos extraños más frecuentemente implicados, resultando difícil en ocasiones su diagnóstico, bien porque se trate de niños pequeños, o pacientes de edad avanzada a los que puede pasar desapercibida su ingestión. La naturaleza del cuerpo extraño determinará el cuadro clínico subsiguiente no siendo infrecuente los fenómenos de migración a los espacios profundos del cuello, abscesificación y/o perforación a nivel de la vía aerodigestiva superior. También se ha publicado casos de fístula con tránsito a diferentes niveles. Presentamos el caso excepcional de una paciente de 65 años que presentó la migración a la glándula tiroidea que precisó una exploración del cuello a través de un abordaje externo mediante una cervicotomía para su extracción. Revisamos la literatura y proponemos un algoritmo diagnóstico que aplicamos en nuestro servicio para este tipo de patología.

31

MUCORMICOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UN DIAGNÓSTICO EN AUMENTO

M.A. Sevilla García¹, G. Mancebo Mata¹, M. Álvarez, S. Fernández García, I. Viza Puiggros², J.P. Rodrigo Tapia¹

¹Hospital Central de Asturias, Oviedo. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Las sinusitis crónicas se definen como infecciones de los senos paranasales que persisten más de tres meses. La causa de las mismas es multifactorial. Los gérmenes implicados varían dependiendo de la zona geográfica tomada como referencia y sólo un número limitado de hongos producen afectación de los senos paranasales. Los más comunes son *Aspergillus fumigatus* y *Candida albicans*. Menos frecuentes son las infecciones causadas por hongos de la especie *mucor*, que suponen una rara y agresiva infección oportunista, que cada vez de manera más frecuente afectan también a pacientes inmunocompetentes. La mucormicosis debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en casos de sinusitis crónica, cefalea severa aguda o celulitis orbitaria no sólo en pacientes inmunodeprimidos, sino también en pacientes con ausencia de patología de base, ya que el tratamiento precoz mejora la supervivencia. Presentamos el caso de un paciente inmunocompetente con sinusitis crónica por mucormicosis, que fue tratado mediante cirugía y anfotericina B intravenosa, presentando al año recuperación completa. Realizamos asimismo una revisión actual del tema en la literatura.

37

HIGROMA QUÍSTICO. MUESTRA DE ERROR DIAGNÓSTICO

M.A. Rodríguez Pérez

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Higroma quístico es una malformación del sistema linfático periférico provocando falta de drenaje al venoso. Lo más propuesto la cirugía como tratamiento, también son opciones la observación o uso de esclerosantes.

Caso clínico: Mujer de 15 años con tumoración latero-cervical derecha de 1mes de evolución, sin clínica dolorosa ni de ningún otro tipo, ni signos infecciosos. AP relevante: IQ con 5 años, de lo que refiere como quiste en el cuello. Sin informe. Se realiza punción de masa obteniendo contenido hemático, rellenándose la cavidad pasados 10-15 días. Estudio de TC y RMN: informan quiste branquial. Se programa IQ que debe interrumpirse por apreciarse naturaleza vascular de tumoración. Durante la misma. Con Sº de Cirugía Vascular: exéresis de neoformación. Buena evolución. Informe AP: "linfangioma quístico de 2,3cm.4 ganglios linfáticos con hiperplasia folicular e histiocitosis sinusal".

Diagnóstico diferencial: Podemos considerar en región cérvico-facial: quiste branquial, hemangioma, quiste conducto tirogloso, quiste dermoide, quiste tímico, laringoceles, masa tiroidea, lipoma. En mayoría de series, así como en nuestro caso, el error diagnóstico más frecuente es la confusión con quiste branquial.

Conclusiones: Higroma quístico es una tumoración rara y benigna provocada por anomalías congénitas/adquiridas de vasos linfáticos. Según series, incidencia: 1-3/50000/año, igual varones/hembras. 50-65% descubiertos al nacimiento, y 80-90% antes del segundo año. 75%-90% se da en región cérvico-facial, con crecimiento progresivo e indoloro, aunque a veces crece súbitamente. Diagnóstico: fundamentalmente la clínica presentada y técnicas como TC y RMN, especialmente. PAAF presenta sensibilidad muy elevada, pero uso limitado a dudas: adultos. Tratamiento más aceptado sigue siendo IQ, aunque puede ser difícil o incompleta si afecta a estructuras vasculo-nerviosas. Así, exéresis parciales provocan recurrencias muy frecuentemente. Alternativas: sustancias esclerosantes como OK432, sobre todo experimentado en niños, alcohol, sellantes de fibrina, triamcinolona, bleomicina, hidrocoloides... Así mismo podemos considerar actitud expectante, pues hay descritas remisiones espontáneas en literatura.

42

DISRUPCIÓN LARINGOTRAQUEAL TRAS INTENTO AUTOLÍTICO POR AHORCAMIENTO.

L.M. Torres, D. Morais, J. Santos, M. Poncela, B. Vielva

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción: Las fracturas y lesiones faringolaringeas en la autolisis por ahorcamiento se encuentran presentes entre un 65-70% y se pueden hallar a distinto nivel del esqueleto laringotraqueal. Una gran parte de dichas lesiones requieren una actitud quirúrgica urgente e implican una alta morbi-mortalidad.

Material y método: Un varón de 33 años con antecedentes autolíticos previos y consumidor de drogas de diseño ingresó en el servicio de ORL tras intento de ahorcamiento con cuerda fina. El paciente se encuentra estable al ingreso y niega el consumo de tóxicos en los días previos. Únicamente presenta disfonía y una erosión circular a nivel cervical.

Resultados: La exploración endoscópica evidencia una parálisis bilateral de ambas cuerdas vocales en posición paramediana y un hematoma a nivel subglótico. Una vez estabilizado se realiza una TC y se observa una fractura conminuta del cartilago cricoide con la presencia de enfisema en los tejidos blandos del cuello. Se realiza una traqueotomía urgente con anestesia local y posteriormente una cervicotomía donde se objetiva una disrupción cricotraqueal. Se procede a una exéresis de los fragmentos cricoideos con fijación laringotraqueal. Al mes es dado de alta y se cierra la traqueotomía a los 4 meses con buena evolución.

Discusión/Conclusión: Las lesiones laringotraqueales por ahorcamiento conllevan una alta mortalidad. Se debe sospechar ante la triada de disfonía, enfisema y hematoma cervical y en ocasiones es necesaria una traqueotomía urgente previa a la exploración radiológica. Hay que tener en cuenta el riesgo de retracción traqueal hacia el mediastino y de lesiones carótidas donde el abordaje terapéutico ha de ser multidisciplinario.

COLESTEATOMA DE PUNTA DE PEÑASCO Y FÍSTULA DE GELLÉ. CASO CLÍNICO

M.D. Allely, A. Medinilla, I. Reyes Tejero, F. Aguilar Vera, J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, E. Mata López, F. Esteban
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El colesteatoma es un pseudotumor formado por crecimiento de epitelio queratinizado dentro del oído medio. Puede producir una osteítis en la pared posterior del conducto auditivo externo y drenaje hacia éste llamada fístula de Gellé

Material y método: Presentamos el caso de una mujer con otalgia intensa y otorrea de oído derecho de 2 meses de evolución que no cede con tratamiento. Otoscopia oído derecho: tímpano abombado, ambarino, "glue" y conducto estrecho con restos de supuración. Acumetría: hipoacusia de transmisión oído derecho. TAC: Variante anatómica de seno sigmoide procedente, oído medio sin características erosivas.

Resultados: Se realiza mastoidectomía simple con obliteración del aditus y colocación de tubo de ventilación en T de oído derecho

Discusión y conclusiones: Se presenta el caso de una OMC colesteatomatosa complicado con fístula de Gellé y su tratamiento quirúrgico.

COFOSIS BILATERAL POSTRAUMÁTICA

D. Herrero, C. Sánchez, M.E. Menéndez, M. Cuetos, L.M. Gil-Carcedo
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Los traumatismos craneales que provocan fracturas en el peñasco atravesando el laberinto membranoso tienen como consecuencia habitual la aparición de una hipoacusia neurosensorial profunda.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años que sufre un aparatoso traumatismo craneoencefálico por maquinaria agrícola, tras lo cual presenta hipoacusia bilateral. Una vez estabilizado es evaluado en consulta, detectándose una hipoacusia neurosensorial profunda bilateral mediante audiometría tonal liminar y PEATC. Los hallazgos en la TC muestran sendas fracturas translaberínticas de peñascos. Se procede a la colocación de un implante coclear.

Discusión: Los traumatismos sobre el hueso temporal pueden provocar pérdida auditiva de tipo conductivo, neurosensorial o ambos. Es constante la hipoacusia de tipo transmisivo en estos pacientes tras el traumatismo. Suele deberse fundamentalmente a la aparición de un hemotímpano –que se resuelve en el transcurso de días o semanas– o, más infrecuentemente, a desgarros timpánicos o desconexiones de la cadena osicular, con secuelas permanentes sin tratamiento quirúrgico. Las fracturas que afectan a la cápsula ótica tienen, sin embargo, consecuencias más graves sobre la audición, originando hipoacusias neurosensoriales severas a profundas. El mecanismo suele ser por roturas del laberinto membranoso, alteración de la vascularización coclear, traumatismo o avulsión del nervio coclear, hemorragias intracocleares o fístulas perilinfáticas. En este caso, la condición de bilateralidad de la hipoacusia súbita nos llevó a la indicación de colocación de un implante coclear, debido a la buena recuperación y el favorable estado general del paciente

Conclusiones: En el caso de hipoacusia neurosensorial profunda bilateral de instauración brusca, el tratamiento de elección es el implante coclear.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES FIBROÓSEAS BENIGNAS DE LOS SENOS PARANASALES

P. Estrems, J.M. Tamarit, N. Baviera, G. Pastor, T. Seijas, J. Dalmau
Servicio ORL, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Las lesiones fibroóseas benignas se presentan característicamente a nivel del sistema músculo-esquelético y craneofacial (maxilar o mandíbula), siendo su localización en senos paranasales atípica. Su etiología es incierta y su clasificación resulta, aún en la actualidad, un tema de gran controversia, ya que tanto clínica como radiológicamente, presentan características muy similares, siendo necesario en la mayoría de los casos el estudio anatomopatológico para su diagnóstico definitivo.

vo. A través de esta comunicación, y partiendo de un caso clínico, se realiza una revisión bibliográfica actualizada sobre los distintos tipos de lesiones fibroóseas y las principales características, clínicas, radiológicas y anatomopatológicas, que las definen.

Caso clínico: Varón de 19 años con tumoración supraorbitaria izquierda de 2 años de evolución, asintomática. Exploración física: Tumoración de consistencia pétrea, no dolorosa, de 2 cm de diámetro, localizada en canto interno orbitario izquierdo. Resto exploración otorrinolaringológica sin alteraciones significativas. TC craneofacial: lesión formadora de hueso con patrón mixto de densidades, localizada en seno frontal izquierdo y celdillas etmoidales izquierdas, con protrusión de la pared orbitaria izquierda. Debido a su crecimiento y localización, se decide como tratamiento exéresis quirúrgica a través de una osteoplastia frontal.

Conclusiones: La localización de las lesiones fibroóseas benignas a nivel de los senos paranasales es infrecuente. Es importante para el otorrinolaringólogo conocer las características clínicas y radiológicas de cada una de ellas para poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial entre las mismas y así poder indicar en cada uno de los casos el tratamiento más adecuado.

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO EN LA PUNTA DEL PEÑASCO EN VARÓN DE 12 AÑOS

I.M. Reyes-Tejero, F.J. Aguilar Vera, M.D. Allely Teruel, A. Medinilla Vallejo, D. Castro de Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, E. Mata, M.A. López-González, F. Esteban Ortega
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Pseudotumor inflamatorio es un término usado para describir un proceso reactivo, inflamatorio y no neoplásico que ha sido identificado más frecuentemente en pulmón, pero también aparece en otras localizaciones. Responden muy bien al tratamiento con corticoides y el tratamiento quirúrgico suele estar orientado al diagnóstico histológico.

Material y método: Se presenta a un varón de 12 años de edad con cefalea frontal y diplopía binocular por paresia del sexto par craneal izquierdo. En estudio de imagen se observa masa en punta de peñasco de 12 x 8 x 7 mm.

Resultados: Mediante tomografía axial computerizada de cuerpo entero, resonancia magnética cerebral, gammagrafía ósea, analítica general, proteinograma, estudio de inmunoglobulinas, marcadores, complemento, LDH y hormonas tiroideas, que son normales se descarta patología sistémica. Se establece tratamiento con corticoides y en estudio de imagen de control se comprueba disminución del tamaño de la masa además de la desaparición de los síntomas.

Discusión/Conclusión: Después de un año y medio de seguimiento el paciente esta asintomático y sin tratamiento. En el último control la masa medía 8 x 4 x 4 mm, localizada en la porción más anterior del ángulo pontocerebeloso izquierdo siendo sugerente por las características radiológicas y la evolución clínica de pseudotumor inflamatorio.

FÍSTULA FARINGOCUTÁNEA POSTLARINGECTOMÍA. CIERRE MEDIANTE COLGAJO CUTÁNEO DE TRANSPOSICIÓN

J.M. Morales Puebla, J. Chacón Martínez, J.A. Jiménez Antolín, M.A. Díaz Sastre, M. Padilla Parrado, M.A. Caro García, A. Martínez Álvarez, L.M. Menéndez Loras
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: La aparición de una fístula faringocutánea es una complicación relativamente frecuente en el postoperatorio de la cirugía oncológica de la laringe que aumenta de manera significativa la morbilidad y la estancia hospitalaria.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente en el que apareció una fístula faringocutánea como complicación de una laringectomía total por carcinoma epidermoide de laringe.

Resultados: Tras la aparición de la fístula, y ante la persistencia de la misma con tratamientos conservadores se decidió crear un faringostoma quirúrgico que obviara el trayecto fistuloso y que condujese la saliva directamente al exterior. En un segundo tiempo, una vez asegurado el

correcto cierre de la fístula faringocutánea, se procedió al cierre del faringostoma quirúrgico por planos.

Discusión/Conclusión: La realización de un faringostoma y su posterior cierre con un colgajo cutáneo constituye una alternativa adecuada para el cierre de las fístulas faringocutáneas. No reviste complejidad técnica, ambos tiempos pueden hacerse con anestesia local y reduce las complicaciones.

94

TUMOR CARCINOIDE DE LARINGE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

J. Verge González, C. Gamero Díaz, E. Flores Carmona, P. Contreras Molina, A. Cordero Jiménez

Hospital Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción: El carcinoma escamoso es el tumor laríngeo más frecuente. Las neoplasias neuroendocrinas suelen asentar en intestino, hígado y bronquios; siendo muy rara la afectación laríngea. Los tumores neuroendocrinos laríngeos se dividen en dos grupos, de origen epitelial (más frecuentes, incluyen el tumor carcinoide) y de origen neuronal (paraganglioma).

Material y método: Paciente de 66 años de edad diagnosticado de divertículo de Zenker, que acude a consulta por referir odinodisfagia de 6 meses de evolución. Por laringoscopia indirecta se objetiva una lesión excrecente, sesil de 1,5 cm que asienta en cara laríngea izquierda de epiglotis, sin afectación glótica. El estudio histopatológico de una muestra tumoral nos informa de tumor carcinoide de grado moderado que afecta al cartilago. El TAC cervical confirma la localización lesional en epiglotis, no mostrando adenopatías. El paciente es sometido a una laringectomía supraglótica, encontrándose libre de enfermedad actualmente.

Discusión: El tumor carcinoide atípico es la neoplasia no escamosa de laringe más frecuente. Aparecen en varones en la 6-7ª década de la vida, asentando en epiglotis básicamente. Debutan con odinodisfagia, sensación de cuerpo extraño y disfonía. Requieren un tratamiento quirúrgico agresivo.

Conclusiones: Los tumores carcinoides de laringe son neoplasias más infrecuentes y de evolución más solapada que los ca. escamosos. Requieren un completo estudio anatómopatológico para distinguir los distintos tipos y excluir patología tiroidea. El tratamiento quirúrgico debe ser agresivo por el elevado riesgo de metástasis, no mejorando el pronóstico la Rt y Qt.

95

OTITS EXTERNA MALIGNA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

J. Verge González, P. Sánchez Palma, E. Flores Carmona, P. Contreras Molina, A. Jiménez

Hospital Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción: La otitis externa maligna es una patología infecciosa que suele aparecer en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos de edad avanzada. Se trata de una enfermedad agresiva, originada por la Pseudomona aeruginosa, que afecta al oído externo, extendiéndose hacia los tejidos blandos vecinos, base de cráneo e incluso encefalo.

Material y método: Paciente de 78 años de edad, diabético insulinodependiente que acude a consulta por referir otorrea y otalgia del OD de 2 meses. En la otoscopia apreciamos abundante tejido de granulación y erosión del CAE OD. El TAC de peñasco informa de lesión excrecente CAE OD con erosión ósea. En la gammagrafía observamos hipercaptación en el temporal derecho. Ante la sospecha de OE maligna procedemos a intervenir al paciente para desbridamiento y limpieza de las lesiones.

Discusión: La otitis externa maligna es un aptología agresiva que requiere de una serie de criterios obligatorios para su diagnóstico tales como otalgia intensa, otorrea, afectación ósea en la gammagrafía... La confirmación diagnóstica obliga a establecer un tratamiento con antibióticos de forma prolongada y a realizar desbridamiento de las lesiones.

Conclusiones: Dada la naturaleza agresiva de la enfermedad, es importante tenerla en cuenta ante todo paciente anciano e inmunodeprimido con signos de afectación del oído externo rebeldes al tratamiento habitual.

119

EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS MEDIANTE BRONCOSCOPÍA EN EDAD PEDIÁTRICA

M. Álvarez-Buylla Blanco, A. Martínez Morán, C. Deus Abelenda, S. Regueiro Villarín, N. González Pogglioli, J. Martínez Vidal

Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La aspiración de cuerpos extraños en la etapa infantil no es infrecuente. Ésta puede llevar a graves consecuencias si no se trata de forma correcta y urgente. La clínica depende de la localización y es en ocasiones anodina por lo que la sospecha precoz es fundamental para evitar complicaciones.

Método: Estudio retrospectivo de revisión de historia clínicas de broncoscopias para extracción de cuerpos extraños en niños menores de 14 años entre 1995 y 2006. Se estudiaron 45 niños incluyendo información sobre edad, tiempo hasta primera consulta, clínica inicial, tipo de cuerpo extraño, localización estancia hospitalaria y complicaciones.

Resultados: Estudiamos 79 varones y 19 niñas. La edad media fue de 46,9 meses, el tiempo desde la sospecha hasta la llegada al hospital fue de 10 horas y medias. La clínica más frecuente de sospecha fue tos y el cuerpo extraño más frecuentemente extraído frutos secos localizándose en el bronquio principal derecho. La estancia hospitalaria media fue de 4 días. La complicación más frecuente fueron las neumonías. Ningún paciente falleció.

Conclusiones: La sospecha clínica inicial es fundamental para la correcta resolución de los cuerpos extraños bronquiales. En todos los casos se trata de una urgencia médica y quirúrgica. El retraso diagnóstico y de la intervención puede llevar a consecuencias fatales en la edad infantil. Cuando el diagnóstico se realiza de forma precoz la extracción es más sencilla, evitamos complicaciones y el paciente puede ser dado de alta en poco tiempo.

123

RINOMANOMETRÍA ANTERIOR ACTIVA INFORMATIZADA COMO EXPLORACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A SEPTOPLASTIA Y/O TURBINOPLASTIA

P. Contreras Molina, E. Flores Carmona, J. Verge González, Á. Cordero Jiménez, C. Gamero Díaz, P. Sánchez Palma

Hospital Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción: La obstrucción nasal crónica es una identidad clínica que ha ido en aumento en estas últimas décadas. Dentro de las causas de la obstrucción nasal crónica ocupan un papel fundamental las dismorfias septales y la hipertrofia de cornetes. La Rinomanometría Anterior Activa Informatizada (RAAI) tiene un valor considerable a la hora de hacer un diagnóstico diferencial de las causas de obstrucción nasal, y comprobar la eficiencia funcional de un tratamiento quirúrgico.

Pacientes y material: Pacientes que acuden a la consulta externa de ORL con insuficiencia respiratoria nasal y con indicación quirúrgica de septoplastia y/o turbinoplastia que son introducidos en lista de espera para alguno de estos procedimientos quirúrgicos o para ambos. Rhinomanómetro Rhinospir pro de Sibelméd, con máscara facial y sondas, conectado a una computadora que procesa los datos y los expone de forma gráfica y numérica.

Método: Escala visual analógica (EVA) usada para evaluar el grado de obstrucción nasal; el paciente ha de indicar si la sensación de obstrucción nasal es más acusada en alguna de las dos fosas y en cuál, antes y después del procedimiento quirúrgico. Rinomanometría anterior activa informatizada (RAAI) en sus dos vertientes (test basal y test vasoconstricción nasal) antes y después del procedimiento quirúrgico.

Conclusión: La rinomanometría anterior activa informatizada (RAAI), como método de exploración objetiva de la función respiratoria nasal, puede considerarse un test predictivo de calidad de procedimientos quirúrgicos como la septoplastia y/o turbinoplastia, así como del grado de satisfacción del individuo que se somete a dichas intervenciones.

146

MELANOMA DE FOSA NASAL

A. Cordero Jiménez, P. Sánchez Palma, E. Flores Carmona, J. Verge González, P. Contreras Molina

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción: Los tumores nasosinuales representan el 3% de los tumores de vía aérea digestiva, siendo el 80% de estirpe escamosa. El me-

lanoma maligno representa menos del 1%. Suele aparecer en personas de edad avanzada. Cursa con obstrucción nasal unilateral progresiva y epistaxis. Presentan coloración negruzca azulada aunque el 20% son amelanicos.

Material y método: Presentamos una paciente con un melanoma en fosa nasal. Describimos clínica y manejo diagnóstico-terapéutico.

Resultados: Paciente de 70 años con un cuadro de obstrucción de fosa nasal derecha (FND) y epistaxis de repetición de un año de evolución. En la endoscopia nasal se observa una masa friable, de coloración negruzca, que nace del septum, ocupando la totalidad de la FND hasta la coana. Se realiza rinotomía lateral derecha ampliando hasta márgenes óseos. En la histopatología el resultado es un melanoma maligno con inmunohistoquímica positiva para vimentina S-100 y HMB-45. Se completa el tratamiento con radioterapia.

Conclusiones: El melanoma nasal es un tumor muy infrecuente, con mal pronóstico vital (supervivencia del 15-40% a los 5 años), y alta tasa de fracaso terapéutico en los dos primeros años. Por ello requiere cirugía agresiva y completar el tratamiento, con radioterapia si los bordes son afectos, y tratamiento de las áreas linfáticas si tiene ganglios positivos. La quimioterapia tiene fines paliativos y la terapia hormonal presenta resultados contradictorios. Hasta 1/3 de los pacientes presenta segundo tumor primario. Presentamos este caso por su infrecuencia y hacemos hincapié en la complejidad de su tratamiento.

155

EL PTIALISMO COMO SÍNTOMA DE TUMOR CEREBRAL

M.H. Rey Martínez

Hospital Montecelo, Pontevedra.

Introducción: El ptialismo es un síntoma frecuente que en la mayoría de los casos pasa inadvertido y no suele presentarse en nuestra práctica clínica habitual como única clínica de enfermedad grave.

Material y método: Se relata un caso de ptialismo severo como único motivo de consulta. Se expone el protocolo diagnóstico para llegar a un diagnóstico etiológico y a la importancia de mantener siempre un elevado índice de sospecha.

Resultados: Se exponen los diagnósticos clínicos más frecuentes y un manejo racional de los recursos diagnósticos. Finalmente se propone la realización de una RMn cerebral llegando al diagnóstico definitivo de ptialismo pro glioblastoma cerebral que afectaba al área insular y labio superior de la cisura de Silvio.

Discusión/Conclusiones: Debido a que determinados síntomas inespecíficos, en principio banales, pueden pasar desapercibidos para llegar a un diagnóstico etiológico exacto, se expone la relevancia de una sospecha clínica y protocolo diagnóstico exhaustivo; mostrando el caso de una mujer de 76 años con única clínica de ptialismo severo sin factores de riesgo de interés ORL. Tras estudio exhaustivo, se diagnostica un glioblastoma que comprimía la zona insular.

156

VÉRTIGO DE ORIGEN MIGRAÑOSO. NUESTRA CASUÍSTICA

A. Ibáñez, F.M. González, A. Rodríguez, C. Martín, D. Laguna, M. Pinilla, B. Arellano

Hospital Puerta De Hierro, Madrid.

Introducción: La migraña puede definirse como episodios recurrentes de cefalea de intensidad y frecuencia variables y que pueden acompañarse de distintos síntomas y signos. Uno de los síntomas que se asocia con mayor frecuencia durante la fase aguda o durante los periodos intercríticos es el vértigo.

Material y método: Se realiza una revisión de los casos diagnosticados de migraña en el servicio de ORL de nuestro centro entre los años 1996 y 2006. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos y exploratorios. El análisis estadístico ha sido realizado con el programa SPSS 10.0.

Resultados: Se han recogido 70 pacientes diagnosticados de vértigo migrañoso con historia personal y/o familiar de migraña, y RNM normal. Entre los resultados destaca un predominio de sexo femenino (88%), vértigo como síntoma vestibular más frecuente (73%). La

audiometría fue normal en el 83% y se detectó una prueba calórica patológica en 30% de los pacientes migrañosos.

Conclusión: Dada la relativa alta frecuencia de cefaleas en la población general y su frecuente asociación a vértigo, la enfermedad migrañosa debe tenerse muy en cuenta en el diagnóstico diferencial de todo paciente que acude a nuestra consulta con sintomatología vestibular.

163

COMPLICACIONES TARDÍAS DE LA RADIOTERAPIA EN CABEZA Y CUELLO

C. Gimeno-Vilar, J. Rey-Martínez, D. Ruba, L. Montes-Jovellar, J. Alcalde

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: Todos los pacientes tratados por un carcinoma nasofaríngeo presentan una disminución en su calidad de vida, dependiendo en gran medida de la técnica y volumen de radiación. Nos proponemos describir complicaciones que se han producido en nuestro centro.

Pacientes: Describiremos las complicaciones ocasionadas por la radioterapia en 5 pacientes con carcinoma nasofaríngeo en nuestro centro.

Resultados: Los diagnósticos de nuestros pacientes han sido: osteítis de CAE, estenosis cricolaríngea, estenosis laríngea, pseudoaneurisma de carótida y necrosis de lóbulo frontal.

Conclusiones: Para evitar estas complicaciones uno de los principales objetivos de las nuevas técnicas de radiación (radioterapia modulada) es disminuir al máximo las secuelas de tratamiento, como las que mostramos en nuestro trabajo.

164

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR DE SENO MAXILAR. MIELOMA MÚLTIPLE

J.A. Ibáñez Rodríguez, C. De la Plata Sánchez, J. Rebollo Ota, M.P. Gómez Tapiador, M. Moreno García, M. Oliva Domínguez, G. Daño González, J.M. Roquette Gaona

Hospital Universitario, Puerto Real.

Introducción: El mieloma múltiple es un tumor esquelético originado en las células reticuloplasmáticas de la médula ósea. Comienza con una fase de tumor primario pocas veces localizado en un solo hueso, convirtiéndose posteriormente en una enfermedad sistémica. Los plasmocitos extramedulares se localizan en áreas submucosas y entre un 80-90% acontecen a nivel de cabeza y cuello. Suponen un 1% del total de los tumores del área ORL.

Material y método: Planteamos un caso clínico de una mujer de 65 años de edad que acude a urgencias por dolor en región maxilar izquierda y obstrucción nasal unilateral de meses de evolución resistente a tratamiento. En primera instancia realizamos historia clínica, con exploración básica ORL, nasofibroscopia, y Rx de senos paranasales. Sospechando neoplasia realizamos TAC y biopsia de seno maxilar izquierdo confirmando. Posteriormente coincidiendo con IRA realizamos estudio de extensión y diferentes pruebas complementarias para diagnóstico diferencial.

Resultados: El juicio clínico inicial es el de plasmocitoma extramedular de seno maxilar izquierdo, completándose posteriormente con el de Mieloma múltiple.

Discusión/Conclusiones: Ante el diagnóstico de tumor de células plasmáticas debemos descartar siempre que este en el contexto de un mieloma múltiple. Utilidad de RX de senos, últimamente en cierto descrédito, en patología sinusal.

185

GRANULOMA COLESTERÍNICO EN VÉRTICE DEL PEÑASCO. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Muñoz-Fernández, I. Alonso-Castañeira, N. Conill-Tobías, E. Fernández-Julián, C. De Paula-Vernetta, J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia.

Introducción: El granuloma de colesterol del vértice del peñasco es la lesión primaria más frecuente del vértice del peñasco. Pese a todo, se

trata de una patología extremadamente rara. Afecta a adultos jóvenes o de edad media caracterizándose por síntomas de hipoacusia y acúfenos.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 26 años, con antecedentes de rinitis alérgica y asma bronquial, que consulta por hipoacusia progresiva en oído izquierdo de años de evolución y otorrea intermitente. En la otoscopia se observa en el oído izquierdo un tímpano abombado con ocupación de caja timpánica por masa de aspecto hemorrágico. Dicho hallazgo plantea el diagnóstico diferencial inicial entre glomus timpánico y colesteatoma. El estudio con TAC orientó hacia una petrositis apical con osteomielitis pero, fue la RM la que nos dio el diagnóstico de granuloma de colesterol del oído medio, al ser éstas lesiones muy hiperintensas en T1 y T2.

Resultados: Durante la evolución del proceso se intervino quirúrgicamente realizando una aspiración de secreciones con colocación de tubo de ventilación y por tanto consiguiendo la aireación de la caja timpánica. Tras extrusión del mismo presentó recurrencia de la clínica siendo precisa nueva colocación de tubo de drenaje. Actualmente acude a consultas para control de su enfermedad sin presentar progresión de la enfermedad.

Conclusiones: Se plantea como diagnóstico diferencial patologías del oído medio como colesteatoma, quemodectoma y tumores neurales. El objetivo del tratamiento de los granulomas de colesterol es el drenaje y la aireación permanentes. El tratamiento quirúrgico suele ser curativo.

189

SÍNDROME DE EAGLE. CASO DE PRESENTACIÓN PARTICULAR

Dra. García-Vaquero, Dra. Naches, Dr. Serra

Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

Introducción: El síndrome de Eagle, es una entidad raramente identificada clínica y anatomopatológicamente. Sucede cuando se supera la longitud normal del proceso estiloides sobre la trayectoria del ligamento estilohioideo. La incidencia es muy variada y está reportada desde 2-4 al 28% con mayor presentación bilateral y en mujeres. La mayoría de los pacientes pueden ser asintomáticos ya que la extensión de la osificación y la sintomatología no están relacionadas, sin embargo, los casos sintomáticos sobrepasan los 40 años de edad. Los síntomas pueden ir de leves a severos y fueron divididos en dos categorías según Eagle: la clásica (disfagia, odinofagia, otalgia ipsilateral, sensación de cuerpo extraño en la garganta e hipofaringe, alteración en el sentido del gusto, cefaleas y vértigo) y el síndrome de la arteria carotídea o síndrome estilocarotídeo en el que el proceso estilohioideo puede no estar osificado pero el extremo de la apófisis estiloides está desviada de su eje lateral o medialmente, irritando las arterias carótidas vecinas (carotidinas). La resección quirúrgica de la apófisis estiloides elongada es el tratamiento definitivo para esta entidad.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 46 años con antecedente de trastorno psiquiátrico, que acudió a nuestro servicio de urgencias por presentar odinofagia y sensación de cuerpo extraño faríngeo tras ingesta de posible cuerpo extraño (hueso). Se evidenció clínica y radiológicamente la ausencia de dicho cuerpo extraño y la presencia de apófisis estiloides elongada unilateral. Se hace una revisión de la literatura.

190

LINFANGIOMA DE CAVIDAD ORAL EN EDAD PEDIÁTRICA

F. Sánchez González, Á. Batuecas Caletro, J.L. Gómez González, P. Santos Gorjón, M. Jáñez Moral, F. Del Rey Tomás-Biosca

Hospital Clínico Universitario, Salamanca

Introducción: El linfangioma es una tumoración rara pero benigna del sistema linfático. Suelen aparecer al nacimiento o en edades precoces, su localización cervicofacial es habitual y tienen una gran capacidad de recurrencia.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una niña de 7 años de edad, diagnosticada de linfangioma de cavidad oral, concretamente en el paladar, que fue tratada con láser, sin que haya presentado recurrencia tras 12 meses de seguimiento.

Discusión: El tratamiento de los linfangiomas es controvertido, no sólo por la variedad de recursos que se pueden emplear, sino porque la capacidad de recurrencia de esta tumoración es grande y, debido a su rareza, no existen series grandes certifiquen la fiabilidad de cada tratamiento. El láser es un tratamiento a considerar cuando el tamaño de las lesiones sea grande no sólo para disminuir su tamaño previo a la cirugía sino como tratamiento definitivo.

195

CARCINOMA VERRUCOSO INTRANASAL

C. De La Plata Sánchez, J.A. Ibáñez Rodríguez, A. Hernández Rubiño, I. Vázquez Muñoz, M.P. Gómez Tapiador, E. López De Hueva, M. Oliva Domínguez, J. Barba Archidona

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Los cánceres de las vías nasales y paranasales se caracterizan por su baja frecuencia, ausencia de los clásicos factores de riesgo y la existencia de un menor desequilibrio entre los distintos sexos. Este tipo de tumores suelen diagnosticarse de forma tardía por lo que cuando se diagnostican suelen estar muy extendidos, es por esto por lo que suelen tener tan mal pronóstico.

Material y método: Paciente de 51 años, fumador y bebedor importante, con una tumoración a nivel de fosa nasal derecha de 5 meses de evolución. A la exploración observamos una tumoración excrecente, irregular, verrucosa de consistencia blanda, no dolorosa a la palpación, que emerge a través de la fosa nasal derecha. Se realiza TAC donde se aprecia una tumoración de partes blandas en FND sin extensión a cavidades sinusales ni erosiones óseas. Se observa la presencia de adenopatías en cadena yugulo-aórtica, espacios cervicales y en la región submandibular de un tamaño máximo de 1,7 cm.

Resultados: Se realiza resección quirúrgica mediante un degloving medio facial. El resultado anatómico-patológico nos informa de Carcinoma escamoso bien diferenciado de patrón verrucoso. El paciente durante su estancia hospitalaria evoluciona de forma favorable por lo que es dado de alta.

Discusión/Conclusión: Se trata de un carcinoma que no presenta los signos típicos de malignidad ni en el estudio radiológico ni en la exploración clínica. Por lo cual ante cualquier tumoración nasal habrá que sospechar la existencia de una entidad maligna.

208

SÍNDROME DE LINDSAY-HEMENWAY

R. Terré Falcón, V. Guillén Guerrero, F. Sánchez Gonzalez

Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: Se conoce como síndrome de Lindsay-Hemenway como aquel ocasionado por la necrosis isquémica de la mácula del utrículo y las crestas de los conductos semicirculares horizontal y superior (CSH y CSS), por obstrucción de la arteria vestibular anterior.

Material y método: Les presentamos un caso clínico típico del síndrome en una mujer de 82 años, cuyo interés radica no sólo en lo inusual del caso, como demuestran las escasas publicaciones que hay recogidas en la literatura, sino por que lo hemos podido constatar y explorar en las dos fases de la enfermedad.

Discusión: La incidencia real de este síndrome se desconoce, quizás porque pueden ser englobados dentro de las neuritis vestibulares (NV) o de los vértigos posicionales paroxísticos benignos (VPPB) de causa vascular o viral. Se estima que representan el 0,1% de todos los vértigos, entre el 1 y el 5% de los VPPB y entre el 6 y el 20% de las NV. El diagnóstico es clínico y se confirma con la electronistagmografía, donde debe existir una hipo o arreflexia vestibular del lado afecto, teniendo en cuenta que en una gran parte de los casos hay que indagar por medio de la anamnesis, la presencia de esa primera fase, porque generalmente los pacientes acuden a nosotros en la segunda fase. El tratamiento de la primera fase es simplemente sintomático, y la segunda se puede tratar mediante las maniobras de Brandt y Daroff, Semont o las de Epley, siendo estas últimas las utilizadas en nuestro caso. En los raros casos resistentes a este tratamiento rehabilitador puede estar indicado el tratamiento quirúrgico.

LINFOMA DE BURKITT NASOFARÍNGEO. DOS CASOS CLÍNICOS

J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, I. Reyes Tejero, F.J. Aguilar Vera, M.D. Allely Teruel, A. Medinilla Vallejo, F. Esteban Ortega
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El linfoma de Burkitt es una forma de linfoma no Hodgkin de muy rápido crecimiento. Aparece característicamente en niños y adultos jóvenes y suele manifestarse como afectación extranodal. Existe una forma endémica africana íntimamente relacionada con la infección por el virus de Epstein-Barr y otra forma esporádica sin relación clara con él. Presentamos una serie de dos casos con diagnóstico de linfoma de Burkitt de extraña localización nasofaríngea.

Material y método: El primer paciente, de 10 años, debutó como un hallazgo casual con abombamiento del hemivelo derecho del paladar mientras que el segundo caso, de 19 años, lo hizo como una celulitis postseptal que evolucionó de formas tórpida con tratamiento médico.

Resultados: Tras el tratamiento quirúrgico, abordaje transpalatino en el primer caso y vía CENS en el segundo, y quimioterápico adecuado, la evolución ha sido favorable y no se ha diagnosticado recidiva de la enfermedad tras 5 y 2 años, respectivamente, de seguimiento.

Conclusiones: El linfoma de Burkitt es una neoplasia de alto grado de malignidad, siendo difícil su diagnóstico en la localización nasofaríngea por su clínica inespecífica. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con el angiofibroma y el tratamiento es quimioterápico, quedando reservada la cirugía en caso de duda diagnóstica.

218

ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ceballos Cauto, E.J. De Mingo Fernández, S. Sánchez Gómez, J. González García, F. Estrada Molina
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El angiofibroma nasofaríngeo juvenil es una patología benigna, poco frecuente, con capacidad de invasión local, muy vascularizado, que se presenta en varones adolescentes. La epistaxis recurrente es típica.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 20 años de edad que acude por insuficiencia respiratoria nasal (IRN) progresiva de más de 1 año de evolución, inicialmente de predominio izquierdo haciéndose bilateral y completa en el momento de la primera visita al otorrinolaringólogo, acompañada de anosmia y voz nasal, sin epistaxis asociada.

Resultados: En la RMN con gadolinio se observó una lesión ocupante de espacio en la línea media que afectaba a nasofaringe y orofaringe, de unos 4 cm de diámetro máximo, que se extendía hacia la fosa nasal izquierda, con gran captación difusa de Gadolinio. En la RM angio cerebral la masa presentaba zonas hipointensas en su interior, con incremento de vascularización de la arteria maxilar izquierda. El paciente fue diagnosticado de angiofibroma nasofaríngeo juvenil, procediéndose a la extirpación del mismo por abordaje mixto con cirugía endoscópica y acceso transoral, sin embolización arterial. Tras tres años de seguimiento el paciente se encuentra en remisión completa.

Discusión: El angiofibroma nasofaríngeo juvenil es una patología benigna típica de varones jóvenes, con potencial destructivo y de recurrencia. El tratamiento de elección ha variado a lo largo de los años, siendo actualmente la cirugía el de primera elección, relegando la radioterapia a un segundo plano en casos de enfermedad persistente.

228

OBNUBILACIÓN Y RIGIDEZ CERVICAL TRAS IMPACTACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO HIPOFARÍNGEO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

J. Lloréns, J.I. Santaella, R.F. Cortés, J. Salinero
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños entre la población pediátrica es una problema que se presenta con frecuencia, siendo atendido

por los servicios de urgencias, desde donde es posible instaurar un tratamiento precoz y eficaz, generalmente intervencionista.

Caso clínico: Presentamos un varón de 2 años con cuadro de odinofagia, fiebre e hiporexia de 72 h de evolución. La progresión en las últimas 24 h es tórpida, aumentando el cuadro general y la sialorrea, apareciendo rigidez cervical y cierta alteración del nivel de consciencia. En la radiografía lateral cervical en urgencias, sorprende la aparición de un objeto metálico filiforme anclado en la retrofaringe, asociando importante edema prevertebral (los padres niegan conocimiento de la ingesta de ningún cuerpo extraño). Se decide intervención urgente para su extracción.

Resultados: El cuerpo extraño impactado en pared posterior hipofaríngea consigue retirarse limpiamente bajo laringoscopia directa. Debido al severo edema de retrofaringe y pliegues ariepiglóticos, se decide intubación preventiva bajo sedoanalgesia y ventilación mecánica durante 24 h en UCI pediátrica, así como profilaxis antibiótica y corticoterapia intravenosas. La evolución favorable propicia el alta hospitalaria transcurridos 4 días.

Discusión: El enclavamiento de cuerpos extraños en la vía aerodigestiva superior puede producir desde extensión del proceso inflamatorio al espacio prevertebral, hasta la formación de un absceso retrofaringeo. Las pruebas de imagen junto a la exploración directa y las técnicas endoscópicas, constituyen los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más seguros para su manejo.

233

COLESTEATOMA GIGANTE

R. Polo López, P. Cabrera Morín, T. Labatut Pesce, E. Mora Rivas, M. Izquierdo Cuenca
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La otitis media crónica colestomatosa se define como la presencia de epitelio queratinizante en el oído medio. Aunque no se un tumor, tiene un comportamiento pseudotumoral con gran capacidad osteolítica. Puede dar lugar a complicaciones intracraneales e intratemporales graves.

Caso clínico: Varón de 38 años que acude al servicio de urgencias por desviación de la comisura bucal hacia la derecha y dificultad para el cierre ocular izquierdo de 15 días de evolución. Refiere hipoacusia progresiva y episodios otorreicos de oído izquierdo desde la infancia. No clínica vertiginosa ni neurológica asociada. A la exploración física presenta una parálisis facial periférica grado V/VI en la escala de House-Brackmann; resto de la exploración neurológica normal. En la otoscopia se observan escamas de colesteatoma que ocupan el tercio interno del conducto auditivo externo (CAE) con destrucción de la pared anterior del mismo; no se visualiza membrana timpánica. Ante la sospecha de colesteatoma se solicita tomografía computerizada (T.C.) de peñascos. En la T.C. se objetiva una masa en epítimpano izquierdo que destruye cadena oscilar, tegmen timpani, coquea, laberinto posterior, primera y segunda porción del nervio facial, techo del conducto auditivo interno (CAI) y techo de la articulación temporomandibular (ATM). La resonancia magnética nuclear (RMN) confirma los hallazgos de la T.C. En quirófano se confirma el diagnóstico de colesteatoma, realizando un vaciamiento radical de oído izquierdo con oclusión de cavidad con grasa debido a la apertura del CAI durante la cirugía. La evolución del paciente es satisfactoria y es dado de alta a los varios días tras la cirugía, comprobándose recuperación parcial de la parálisis facial y ausencia otolitorrea.

Discusión: La parálisis facial de origen otógeno aparece en el 1% de las otitis medias crónicas, siendo más frecuentes en las colesteatomas. La lesión del nervio se produce generalmente como consecuencia de la erosión del canal de Falopio. Constituye un indicación de cirugía urgente (extirpación del colesteatoma + descompresión del nervio facial). Actualmente es muy raro ver colesteatomas tan avanzados.

235

CONDROSARCOMA MESENQUIMAL NASAL PEDIÁTRICO: UN EXTRAÑO TUMOR EN UNA EXTRAÑA LOCALIZACIÓN.

M. Saderra, F. Pumarola, M. Pellicer, J. Chamizo
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El condrosarcoma mesenquimal es un tumor maligno cartilaginoso muy poco frecuente que se describió por primera vez en

1959 por Lichtenstein y Bernstein. Un 8% de todos los condrosarcomas son de tipo mesenquimal, su localización más frecuente es esquelética. Se caracteriza por ser un tumor agresivo, con tendencia a la recidiva a largo plazo y metástasis a distancia, especialmente cuando se asienta en localizaciones esqueléticas. El condrosarcoma mesenquimal del tracto nasosinusal es poco frecuente, sólo existen unos 70 casos bien documentados y con confirmación histológica.

Material y método: Se presenta el caso de una niña de cinco años de edad que debuta con exoftalmos de 4-5 meses de evolución acompañado de rinorrea y obstrucción nasal con alguna epistaxis ocasional. Se realizó RMN y TC craneal mostrando un proceso expansivo intranasal que ocupaba fosa nasal derecha, senos paranasales y suelo de fosa craneal anterior. Se realizó estudio de extensión que fue negativo y una biopsia con diagnóstico inicial de tumoración de bajo grado con diferenciación condroide. Se realizó resección parcial amplia de la lesión por vía endonasal y posteriormente abordaje neuroquirúrgico con craneotomía frontal.

Resultados: Tras varios estudios anatomopatológicos y después de ser comentado con el Brigham and Women Hospital de Boston se clasificó como tumor de tipo condrosarcoma mesenquimal.

Conclusiones: El condrosarcoma mesenquimal del tracto nasosinusal es muy raro. En esta localización aparece menos agresivo. Es un tumor infradiagnosticado por su variabilidad de estirpe celular en la anatomía patológica. Debe hacerse un seguimiento cercano y un tratamiento electivo por la poca experiencia en este tipo de tumores.

244

CERUMINOMA

F.J. Aguilar Vera, J. Romero Arce, I. Reyes Tejero, A. Medinilla Vallejo, M.D. Allely Teruel, J. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez, E.A. Mata López, R. Martínez Garrido, F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente intervenida en 4 ocasiones de mastoidectomía de oído izquierdo por un posible ceruminoma de peñasco. Es remitida a nuestro centro para valoración quirúrgica, presentando en este momento cofosis, parálisis facial periférica y neuralgia trigeminal izquierdas. En pruebas de imagen (TC y RM) se aprecia una neoformación con gran hiperostosis que ocupa peñasco y se extiende a fosa temporal izquierda.

Material y método: Se realiza un abordaje subtemporal-infratemporal parcial, procediendo a la extirpación tumoral hasta techo de carótida intrapetrosa tras fresado translaberintico e identificación de las ramas del nervio trigémino que se encontraban comprimidas por la tumoración. En el mismo acto quirúrgico se realiza anastomosis hipoglosa-facial tras disección cervical.

Resultados: Postoperatorio favorable con desaparición de neuralgia y TAC en el que no se objetivan signos de persistencia tumoral.

El estudio histopatológico concluye que se trata de un tumor neuroendocrino infiltrativo que es positivo para CK y cromogranina, negativo para CK-7 y 20, S-100, PGFA y Sinaptofisina, no siendo valorable el Ki-67.

Discusión/Conclusión: El abordaje de lesiones de este tamaño y localización, realizado por un equipo quirúrgico compuesto por neurocirujanos y otorrinolaringólogos (unidad de base de cráneo) permite una resección más amplia y segura, consiguiendo de esta forma una menor tasa de persistencia tumoral, y ayuda a obtener un diagnóstico histopatológico más fiable al obtener mayor muestra.

253

ABSCESO DEL TABIQUE NASAL COMO COMPLICACIÓN DE LA RINOSINUSITIS

P. Santos Acosta, H. Galera Ruiz, F. Refolio Sánchez, S. Sánchez Gómez. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El absceso del tabique nasal es una patología de baja incidencia, que cuando se produce lo hace en el contexto de traumatismos o cirugía previa. Otras formas de presentación, como en el contexto de

una rinosinusitis aguda, son extremadamente raras, por lo que resultan anecdóticas y este es el motivo de esta ponencia.

Material y método: Paciente mujer de 29 años, diagnosticada de rinosinusitis maxilo-etmoidal aguda y en tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, que comienza con clínica de obstrucción nasal bilateral. La rinoscopia anterior revela una masa roja cereza y edema de la mucosa del tabique, y que ocupa y expande la cavidad nasal. Se realiza TC axial y coronal de senos paranasales que confirma el diagnóstico.

Resultados: Se practica incisión y drenaje del absceso y se obtiene material purulento. Se toma muestra para cultivo. Se taponaa la cavidad con gasa bordeada empapada en povidona yodada y se mantiene con compresión local durante 48-72 horas. Se pauta tratamiento antibiótico oral de amplio espectro a altas dosis.

Discusión/Conclusiones: La presentación espontánea, de un absceso del tabique es extremadamente rara y cuando sucede es en el contexto de sinusitis agudas, infecciones dentales, furúnculos del vestíbulo nasal e inmunodeficiencias. La diseminación de la infección que se origina en un seno se produce por extensión subperióstica o por la diseminación directa a través de fisuras, deformidades, etc. La forma más frecuente de presentación es la obstrucción nasal bilateral, y entre otra sintomatología también se produce, malestar general, cefalea, dolor local, etc. El diagnóstico es clínico-radiológico. El tratamiento de elección consiste en el drenaje quirúrgico del absceso y la antibioterapia sistémica a altas dosis; instaurándose precozmente, para evitar la diseminación de la infección (trombosis de seno cavernoso, abscesos cerebrales, etc.) y el desarrollo de secuela a nivel funcional y estético (deformidad en silla de montar, sinequias, etc.).

255

¿NEURALGIA FACIAL DE AÑOS DE EVOLUCIÓN? PIENSE EN CEFALEA RINÓGENA

V. Vasallo García, J.M. Villacampa, F.J. Cogolludo, B. Molina, R. Del Castillo, F. Guerra, D. Martínez, J. Sanabria, R. Gutiérrez, C. Cenjor Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción. A propósito de un caso presentamos una revisión de las formas de presentación más frecuentes (alteraciones relevantes en la anatomía nasosinusal o "puntos de contacto") y de los resultados tras tratamiento quirúrgico en pacientes con cefalea o dolor facial de posible origen rinógeno.

Caso clínico: Paciente varón de 58 años que acudió a consulta de ORL en 2003 remitido por su neurólogo para valorar alteraciones anatómicas nasosinuales, tras ser diagnosticado de neuralgia facial atípica al no mejorar con el tratamiento médico recomendado. En la consulta refiere dolor en dorso nasal, sobre todo en canto interno orbitario izquierdo y región frontal, de años de evolución, continuo, que se agrava en los periodos de congestión nasal. A la exploración se observa impactación de cola de cornete medio izquierdo en septo nasal junto con una severa hipertrofia de cornete inferior ipsilateral. El paciente refiere alivio completo de su dolor tras la anestesia tópica con adrenalina.

Resultados: A los dos meses es intervenido realizándose turbino-plastia inferior izquierda por radiofrecuencia con lateralización de ese mismo cornete. Acude a revisiones periódicas con importante mejoría.

En 2005 el paciente presenta recidiva del dolor. Tras descartarse ocupación de senos mediante TAC el paciente es nuevamente intervenido, realizándose septoplastia y turbino-plastia por lateralización. Desde entonces el paciente no ha vuelto a padecer ningún episodio de cefalea.

Discusión/Conclusiones: La cefalea y el dolor facial están influidos por aspectos anatómicos nasales: ello se basa en el mecanismo del dolor referido que incluye los territorios de los nervios oftálmicos y maxilar del trigémino. Anatómicamente, el cornete medio y la región septal paralela a éste serían las principales implicadas en esta patología (especialmente en casos de desviaciones septales, hipertrofia turbinal o neumatización del cornete medio).

El tratamiento quirúrgico, además de obtener la corrección anatómica y tener efecto placebo puede modificar la sensibilidad de la mucosa nasal.

280

TRAQUEOTOMÍA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

J. Gutiérrez Jodas, E. Alarcón Linares, F. Ropero Romero, R. Sánchez Gutiérrez, J. Roldán Noguera.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La traqueotomía es una de las técnicas quirúrgicas más antiguas en otorrinolaringología. En la edad pediátrica la técnica y el manejo postoperatorio difieren en algunos aspectos con respecto al adulto. En esta comunicación en formato poster expondremos estas diferencias y presentaremos la experiencia de nuestro servicio en los últimos cuatro años.

Método: Se obtiene una muestra de 15 pacientes traqueotomizados, entre los 0-15 años, que fueron ingresados en la UCI pediátrica del Hospital Universitario Reina Sofía entre enero de 2003 y noviembre de 2006. Se analizaron variables como etiología, complicaciones inmediatas y tardías, mortalidad y tasa de decanulación.

Resultados: Nuestra serie muestra que la indicación más frecuente de la técnica fue la intubación prolongada en UCI (> 90%). Las complicaciones fueron poco frecuentes (< 10%) y nula la mortalidad. En la actualidad 10 de los 15 niños han sido decanulados.

Discusión: La traqueotomía en la edad pediátrica difiere en varios aspectos de la realizada en los adultos, presentando mayor morbimortalidad que ésta. La indicación más frecuente es la intubación prolongada. La decanulación de estos pacientes depende en gran medida de la resolución de la patología de base que llevó a la traqueotomía.

282

PARAGANGLIOMA YUGULOTIMPÁNICO. A PROPÓSITO DE UN CASOF. Ropero Romero, J. Gutiérrez Jodas, E. Alarcón Linares, P. Gómez Latorre, R. Sánchez Gutiérrez, P. Ostos Aumente, P. López Villarejo
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Los paragangliomas yugulares y timpánicos son los paragangliomas cervicofaciales y tumores del peñasco más frecuentes. Originados a partir del sistema neuroendocrino difuso, suelen ser de naturaleza benigna.

Método: Presentamos el caso de un varón de 42 años que presenta clínica de acúfeno por oído izquierdo de meses de evolución, resistente a tratamiento médico. En el TC se evidencia masa de consistencia regular que ocupa la totalidad de la caja timpánica comunicada con el golfo de la vena yugular a través del suelo del hipotímpano.

Conclusión: El tratamiento de los paragangliomas yugulo-timpánicos es en la mayoría de los casos quirúrgico. Exponemos el caso en forma de póster, incluyendo fotografías intraoperatorias y de las exploraciones radiológicas, así como una revisión de la literatura.

283

FIBROMA SOLITARIO GIGANTE DE SENOS PARANASALESF. Ropero Romero, E. Alarcón Linares, J. Gutiérrez Jodas, F. Muñoz Del Castillo, A. Jurado Ramos, E. Cantillo Baños
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Los tumores fibrosos solitarios son tumoraciones histológicamente benignas, más propias de la pleura y otras serosas, aunque en raras ocasiones se ha descrito su localización en senos paranasales.

Método: Presentamos el caso de una mujer de 43 años que presenta clínica de obstrucción nasal de tres meses de evolución. Se observa en la endoscopia una masa firme de aspecto fibroso que obstruye fosa nasal derecha. El estudio radiológico mediante TC y RM muestra una masa sólida de 5 x 5 x 6 cm, centrada en seno maxilar, que desplaza las paredes óseas y el septum, ocupando fosa pterigomaxilar derecha. Se realiza exéresis completa de la tumoración mediante cirugía endoscópica.

Conclusiones: Los fibromas solitarios son entidades raras en las fosas nasales. El caso presentado en este póster muestra uno de estos tumores, de gran tamaño, que fue intervenido y resecado en su totalidad mediante cirugía endoscópica. Los fibromas deben de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas de fosas nasales.

286

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

M. Izquierdo Cuenca, P.R. Cabrera Morín, D. Pérez Pérez, M. Pérez Ortín, F. Sánchez Fernández

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La parálisis facial se define como la alteración parcial o total de la motilidad hemifacial. Es esencial el diagnóstico diferencial entre la parálisis facial periférica y la central, que implica un manejo bastante diferenciado.

Material y método: Existen numerosas causas para el desarrollo de la parálisis facial. La más frecuente es la parálisis facial idiopática o de Bell, cuyo diagnóstico, por definición, es de exclusión. Su pronóstico es relativamente bueno, con una recuperación prácticamente total en el 80% de los casos.

Entre otras causas, resaltan las relacionadas con patologías: traumática: fracturas de hueso temporal, lesiones faciales o en oído medio; infecciosa: otitis media aguda o crónica, colestoma, herpes zóster ótico, otitis externa maligna, parotiditis, enfermedad de Lyme; neoplásica: neurinoma facial o vestibular, carcinoma ótico, paraganglioma, tumores paratídeos; iatrogénica: por cirugía otológica, parotídea o del ángulo pterigomaxilar; congénitas, neurológica, metabólicas, etc.

Resultados: De entre estas numerosas causas, seleccionamos alguna de ellas y las presentamos mediante iconografía: fotografía de las lesiones, pruebas radiológicas o quirúrgicas.

288

PARÁLISIS RECURRENCIAL DE CAUSA EXTRALARÍNGEA

M. Pérez Ortín, F. De La Rosa Astacio, R. Barberá Durban, R. Polo López, P. Cabrera Morín

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La parálisis laríngea es un patología frecuentemente observada en ORL. La parálisis recurrenial unilateral cursa con disfonía (voz aérea, diplofonía) sin producirse disnea. En la parálisis recurrenial unilateral se afecta la musculatura intrínseca ipsilateral. La CV se sitúa en posición paramediana, aparece algo acorta y incurvada. Cuando no se observa una causa laríngea, se ha de realizar un estudio exhaustivo. Se debe solicitar un TC torácico, y que la causa de las parálisis recurreniales unilaterales, sobre todo izquierdas, suele localizarse a nivel torácico. El tratamiento de las parálisis laríngeas debe ir encaminado a corregir la disfonía, aspiración y la disnea. En el caso de las parálisis recurreniales unilaterales se aconseja esperar una resolución o mejoría en los primeros meses. Si ésta no se produce, está indicada la corrección quirúrgica de la disfonía.

Material y método: Presentamos 2 casos de parálisis recurreniales de causa extralaríngea.

Caso clínico 1: Varón de 60 años, con disfonía de 2 años de evolución, causado por Schwannoma mediastínico.

Caso clínico 2: Mujer de 15 años, con disfonía por linfoma.

303

HEMORRAGIA LABERÍNTICA, CAUSA INFRECIENTE DE HIPOACUSIA SÚBITAP. Santos Acosta, H. Galera Ruis, T. Herrero Salado, S. Sánchez Gómez
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La hemorragia laberíntica es una causa extremadamente rara de hipoacusia súbita y cuando se presenta, lo hace en el contexto de determinadas hemopatías, en tratamientos con anticoagulantes o en la aplasia medular. La hemorragia laberíntica espontánea sin factores predisponentes es excepcional, existiendo escasa documentación hasta la fecha, en ello radica el interés de este caso.

Material y método: Paciente mujer de 67 años de edad con antecedente de hipertensión arterial que acude a urgencias con hipoacusia de oído derecho y vértigo. El examen neurológico es normal y no se evidencia proceso infeccioso alguno. La exploración otorrinolaringológica revela cuadro armónico deficitario derecho y otoscopia sin alteraciones. El Rinne es positivo y el Weber lateralizado hacia el oído sano. La audiometría tonal liminar es compatible con cofosis del oído afecto. Se instaura tratamiento parenteral con vasodilatadores, corticoterapia y neurotrópicos, y se solicita RNM.

Resultados: La RNM de poros acústicos revela una señal hiperintensa en T1 de la cóclea y parte del vestíbulo, que se realiza tras la administración de gadolinio. No se detectan otras alteraciones.

Discusión/Conclusiones: La hipoacusia súbita es una patología con una incidencia aproximada del 0,33% en los países industrializados. Tres cuartas partes de los pacientes son mayores de 40 años y la incidencia por sexos es 1:1. El mecanismo por el que se produce es aún desconocido, aunque existen diferentes hipótesis al respecto, entre ellas la vascular; bien por fenómenos hemorrágicos o isquémicos (más frecuentes). Se puede llegar a sospechar el vaso causal en función de la curva audiométrica y de la existencia o ausencia de síntomas vestibulares. La presencia de una hemorragia intralaberíntica conlleva la ausencia de recuperación funcional de la audición. Hoy día la secuencia diagnóstico-terapéutica debe ir dirigida al despistaje de las causas conocidas y potencialmente tratables, que cada vez son mayores gracias al uso cada vez más extendido de técnicas diagnósticas modernas, como la RNM. En el tratamiento se emplean corticosteroides y agentes vasculares, a pesar de no haberse demostrado aún la efectividad de éstos.

322

REHABILITACIÓN VESTIBULAR: TÉCNICA Y APLICACIONES

P.A. Escobar¹, R. Souvion¹, M.C. Tapia¹, R. Vidovic², P. Ortega³

¹S. de ORL, H. Clínico. ²Instituto Antolí-Candela. ³S. de ORL, H. de Móstoles, Madrid.

Introducción: El síntoma vértigo, inestabilidad o desequilibrio es uno de los síntomas más frecuentes en la consulta de ORL. Aunque clásicamente el tratamiento de elección ha sido farmacológico, existe un creciente interés en la rehabilitación vestibular, dado el éxito que ha demostrado en favorecer la compensación vestibular y mejorar la sintomatología del paciente con vértigo o desequilibrio.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente con síntomas de inestabilidad por una paresia vestibular. El diagnóstico otoneurológico se basa en una correcta anamnesis, una completa exploración física, además del uso de técnicas instrumentales como la audiometría, la videonistagmografía y la posturografía dinámica computerizada. (PDC). Para la RV se usa la PDC, esta técnica determina objetivamente la posición del centro de masa corporal, su alineamiento y desviaciones en las 6 diferentes condiciones de la prueba. En cada paciente se pautan una serie de ejercicios que ayudarán a mejorar la estabilidad del paciente.

Resultados: En el caso de nuestro paciente se observa una marcada mejoría de la estabilidad en las condiciones que valoran la función vestibular (5 y 6) además de un valor superior al 60% de media final lo que nos indica que está en niveles de la población normal.

Conclusión: El tratamiento clásico del mareo o inestabilidad era farmacológico, actualmente en pacientes seleccionados se están obteniendo buenos resultados con la RV a través de la PDC que ayuda a la compensación vestibular mejorando la sintomatología tanto objetiva como subjetivamente.

344

MASTOIDITIS AGUDAS EN ADULTOS

E. Flores Carmona, O. Cazorla Ramos, P. Contreras Molina, J. Vergé González, A. Cordero Jiménez, P. Sánchez Palma

Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Las complicaciones de la Otitis Media han experimentado un notable descenso con el advenimiento de los antibióticos y hoy en día son casi excepcionales. Sin embargo, en ocasiones la antibioterapia fracasa y es preciso recurrir a un tratamiento quirúrgico para evitar las temidas complicaciones endocraneales que ponen en peligro la vida del paciente. La mastoiditis es la complicación otógena más clásica de la OMA y aunque inusual hoy en día, continúa siendo la más frecuente.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por presentar un cuadro de otorrea izquierda intermitente de 2-3 meses de evolución, sin mejoría con antibióticos tópicos y orales, y que en los últimos días refiere aumento del dolor y febrícula con mal estado general. A la exploración presenta tumefacción y borramiento del pliegue retroauricular y dolor a la presión mastoidea. La otoscopia muestra un CAE edematoso que no permite visualizar el tímpano. Solicitamos un TAC de peñascos urgente

que revela hallazgos compatibles con mastoiditis aguda, por lo que el enfermo es intervenido de urgencias realizando una mastoidectomía y drenaje de absceso subperióstico.

Discusión: El objetivo de esta exposición es recordar, especialmente a los residentes ORL que no han ejercido en años en los que las mastoiditis eran una situación frecuente, la necesidad de seguimiento en pacientes con evoluciones tórpidas y respuestas parciales al tratamiento médico que pueden desembocar en mastoiditis y por lo tanto en complicaciones mayores requiriendo un tratamiento quirúrgico urgente. Revisamos el tratamiento médico de los procesos de oído medio y las indicaciones de cirugía en las complicaciones mastoideas.

356

SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE DE FOSA NASAL

T. Collazo Lorduy, E. Arenaz Amas, T. Corzón Pereira, L. Fito Martorell, M.Á. Melchor Díaz

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La sialometaplasia necrotizante es un proceso benigno y reactivo que involucra las glándulas mucoscretoras. En su etiopatogenia se sugiere que una agresión físico-química conduzca a un infarto de la glándula y a su posterior necrosis, con intento de reparación provocando una metaplasia.

Caso clínico: Se trata de un varón de 49 años que consulta por presentar epístaxis de repetición predominantemente por FND de varios meses de evolución, que ha requerido taponamientos anteriores en varias ocasiones en el servicio de urgencias. Entre sus antecedentes personales destaca una patología cardíaca con una doble lesión mitral, una prótesis aórtica y una fibrilación auricular; por lo que el paciente se encuentra anticoagulado con sintrom. Exploración física: Se evidencia en la rinoscopia anterior una masa friable de partes blandas en la FND. TC de senos paranasales: masa que ocluye FND, seno maxilar derecho, etmoides y protruye sobre el septo nasal.

Resultados: Ante la sospecha de una tumoración nasal benigna se decide intervenir al paciente y realizarle una CENS donde se observa una masa de aspecto friable y necrótico que ocupa toda la FND y el seno maxilar. Se cogen múltiples biopsias que son informadas como sialometaplasia necrotizante.

Conclusiones: Se trata de un varón que presenta epístaxis de repetición. En todas las epístaxis de repetición debe realizarse una buena exploración para descartar que exista patología subyacente. En caso de que la haya, siempre debe realizarse una biopsia para obtener un diagnóstico anatomopatológico.

384

FRACTURA BILATERAL DE PEÑASCOS

V. Palomar Asenjo, S. Tobías Gómez, M. Borràs Perera, J. Soteras Olle, V. Palomar García

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Universitat de Lleida.

Introducción: Las fracturas de hueso temporal suelen acontecer en pacientes que sufren traumatismos craneoencefálicos intensos. La clínica otológica-otoneurológica puede pasar prácticamente desapercibida ante la gravedad del cuadro clínico en el momento inicial y adquirir mayor importancia tras superar dicha situación crítica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón que tras un politraumatismo en un accidente de tráfico es ingresado en UCI para estabilización. Se nos realiza consulta por presentar otorragia derecha por lo que solicitamos TC de mastoides, en el que se informa de fractura de peñasco derecho. Tras proceder al despertar tras varios días intubado se observa una hipoacusia izquierda con parálisis de los nervios motor ocular externo y facial ipsilaterales. Por este motivo solicitamos nuevo TC en el que se observó la fractura en el lado contralateral al inicial. Comentamos los hallazgos obtenidos en las distintas exploraciones realizadas.

Discusión/Conclusiones: Las fracturas bilaterales de hueso temporal representan hasta un 12% del total de fracturas temporales. En un paciente politraumatizado que requiere intubación en UCI la valoración precisa de las parálisis faciales secundarias a dichas fracturas puede ser dificultosa ya que se desconoce exactamente el momento de inicio de la misma.

388

HETEROTOPIA GLIAL DE SENOS PARANASALES

F. Estrada Molina, C. López-Ladrón García de la Borbolla, E. de Mingo Fernández, F. Estrada Chacón, S. Sánchez Gómez

Servicio de ORL, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Paciente de 56 años que consulta por presentar insuficiencia respiratoria nasal unilateral de varios años de evolución, alteraciones en el olfato y cefaleas con escasa respuesta a tratamiento médico. No refiere antecedentes de interés ni patología alérgica previa.

Material y método: A la exploración ORL, destaca la presencia de una masa de aspecto polipoideo que ocupa toda la fosa nasal derecha compatible con pólipos de Killian. Mediante rinoscopia, se comprueba la congestión y ocupación de los senos maxilar y frontal. Se solicita TAC axial y coronal de senos paranasales y los estudios prequirúrgicos habituales para programar cirugía endoscópica nasosinusal.

Resultados: TAC: Masa de densidad partes blandas que ocupa fosa nasal derecha y etmoides. Sinusitis maxilar y frontal derecha. CENS: Tumoralización de aspecto polipoideo de color blanco nacarado y consistencia elástica. Informe A.P: Heterotopia glial. Estudio inmunohistoquímico positivo a proteína S-100.

Discusión/Conclusiones: La heterotopia glial en fosas nasales (el mal llamado "glioma nasal") o senos paranasales es una anomalía poco frecuente, que suele estar presente en el momento del nacimiento o manifestarse clínicamente durante la edad pediátrica. En adultos es excepcional y obliga a descartar una neoplasia glial frontal y la indemnidad de la lámina cribosa del etmoides.

390

SINUSITIS ESFENOIDAL Y ALTERACIONES VISUALES

A. Rodríguez Valiente, C. Górriz, C. López-Cortijo, C. Martín González, D. Laguna, B. Arellano, F.M. González, R. Ramírez Camacho

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: Las afectaciones visuales en el contexto de una sinusitis esfenoidal deben ser valoradas con cautela dada la frecuente presentación de sinusitis esfenoidal sin clínica y otros casos en los que la afectación visual se debe a otras patologías.

Material y método: Presentamos dos casos clínicos en los que la afectación del seno esfenoidal se asociaba a una alteración visual.

Resultados: Ambos pacientes mejoraron tras tratamiento antibiótico y posterior cirugía por CENS.

Conclusiones: La clínica de la sinusitis esfenoidal es muy insidiosa. Con frecuencia se encuentra ocupación del seno esfenoidal en TC realizados por otros motivos. Si existe una afectación visual obliga a una apertura de ese seno, sin olvidar que hay muchas patologías que pueden producir la misma sintomatología.

397

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS EN SENOS PARANASALES

C. López-Ladrón García de la Borbolla, F. Estrada Molina, H. Galera Ruiz, J. González García, S. Sánchez Gómez

Servicio de ORL, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Paciente de 67 años que acude de urgencias por presentar cefaleas, obstrucción nasal bilateral y disminución de la agudeza visual de 4 días de evolución. Refiere el antecedente de cefaleas hemicraneales izquierdas en los meses previos, que aumentan con el esfuerzo y le despiertan de noche.

Material y método: A la exploración ORL, destaca la presencia de una masa sólida expansiva ocupando ambas fosas nasales. Exoftalmos izquierdo, reflejo fotomotor izquierdo anulado, paresia del recto externo y pupilas midriáticas con reflejos consensuados conservados. Resto de la exploración neurológica y sistémica, normal.

Resultados: TAC craneo: Lesión sólida expansiva que ocupa los senos paranasales, etmoidales, esfenoidales y maxilares. La lesión destruye la lámina cribosa del etmoides penetrando en base de cráneo y afectando

al parénquima cerebral frontal izquierdo. Penetra en cavidad orbitaria a través del orificio óptico, desplazando la musculatura y el nervio óptico. CENS con biopsia de mucosa nasal: ca. neuroendocrino de células pequeñas.

Discusión/Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos presentan un crecimiento lento, con características biológicas y clínicas concretas. Son extremadamente raros en la cavidad nasal y senos paranasales; se han descrito unos 100 casos en la literatura, aunque es posible que su incidencia sea mayor. Los carcinomas neuroendocrinos primarios de cabeza y cuello suponen el 5% total de las neoplasias de esta localización. La presentación clínica depende de la localización de la masa.

405

ESTENOSIS DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO

B. Molina Gil, V. Vasallo, F.J. Cogolludo, F. Guerra, R. Gutiérrez, J. Sanabria, J.M. Villacampa, C. Cenjor

Fundación Jiménez-Díaz, Madrid.

Introducción: La estenosis de conducto auditivo interno (CAI) es una causa poco frecuente de hipoacusia neurosensorial congénita en niños. En la mayor parte de los casos está asociada a otras malformaciones del oído, siendo muy rara su aparición de manera aislada.

Material y método: Presentamos un caso clínico de estenosis de CAI, mostrando detallada iconografía y revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados: Paciente de 6 años de edad sin antecedentes médicos de interés, que acude a consulta refiriendo sus familiares hipoacusia subjetiva derecha, sin otros síntomas asociados. Otoscopia bilateral sin hallazgos y resto de la exploración dentro de la normalidad. Audiometría tonal liminar muestra hipoacusia neurosensorial profunda derecha y normoacusia izquierda. Timpanograma con curvas tipo A de Jerger bilateral y reflejos estapediales disminuidos en lado derecho.

Potenciales de Estado Estable muestra umbral auditivo en lado derecho a 80 dB HL y 30 dB HL en lado izquierdo. TAC de mastoides muestra estenosis de CAI derecho sin otras alteraciones acompañantes. RMN muestra estenosis de CAI derecho menor de 2 mm, e hipoplasia del nervio coclear sin otras malformaciones asociadas a nivel de oído interno ni parénquima cerebral.

Discusión/Conclusiones: El diagnóstico de las hipoacusias neurosensoriales congénitas requiere la realización de TAC de alta resolución, que determina la existencia de malformaciones del oído interno. La RMN también resulta imprescindible ya que valora la existencia del nervio vestibulococlear, lo que condiciona la posibilidad de implantación coclear en pacientes con cofosis bilateral.

425

MENINGIOMA DEL CIGOMA TEMPORAL

B. Agreda Moreno, R. Artal Sánchez, A. Lázaro Sánchez, J. Royo López, J.I. Alfonso Collado, L. Carmen Samperiz, H. Vallés Varela

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: Los meningiomas que no tienen conexión con la duramadre, llamados ectópicos, son muy infrecuentes. Los primarios de hueso craneal son una variante rara de meningioma ectópico y son aproximadamente el 1% de todos los meningiomas intracraneales.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 54 años que acudió a nuestra consulta aquejando hipoacusia unilateral. En la otoscopia se observó estenosis pronunciada de CAE de ese oído. Se realizó un TC de peñascos en el que se observó una tumoración ósea en la raíz del cigoma. Ante este hallazgo se biopsió la lesión obteniendo el diagnóstico anatomopatológico de meningioma. Dada la poca clínica que presentaba la paciente se decidió el seguimiento en consultas externas.

Conclusiones: Los meningiomas primarios intraóseos son tumores benignos en los que algunos autores recomiendan resección quirúrgica amplia. En nuestro caso, dada la agresividad que suponía la petrosectomía completa y tras desestimar el tratamiento quimio y radioterápico, se decidió seguimiento radiológico.

428

CÉLULAS MADRE EN OTONEUROLOGÍA

C. Pérez Torres, S. García Fernández, J.M. Ruiz Gómez

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Las células madre son células que tienen el potencial de convertirse en otras. Pueden provenir de embriones recién formados donde están destinados a convertirse en todas las diferentes células que hay en el cuerpo (células madre embrionarias), o del tejido adulto donde estas células reemplazan a otras para mantener y reparar el tejido (células madre adultas). Este potencial regenerativo pretende ser utilizado en biomedicina.

Material y método: En este trabajo hemos desarrollado un estudio retrospectivo en el que se revisa el material científico publicado en los últimos años relativo a la utilización de células madre en el ámbito de la ORL, intentando definir un marco conceptual de su posible aplicación en la patología a nivel de las células ciliadas del oído interno.

Resultados: Nuestro estudio viene a arrojar resultados similares a los que podemos encontrar a día de hoy en la literatura científica. Si bien muchos autores ven en las células madres la esperanza para los pacientes afectos de hipoacusia neurosensorial coclear, los actuales escollos técnicos limitan los avances en el tratamiento de la hipoacusia por esta vía. El empleo simultáneo de éstas con el implante coclear es otra línea a tener en cuenta.

Discusión/Conclusiones: El empleo de células madre en otoneurología abre un amplio abanico de posibilidades a nivel de investigación en el área de la hipoacusia. No obstante, nuestro conocimiento actual y el número de equipos científicos dedicados a esta materia son escasos, de manera que tendrán que pasar algunos años hasta que su esfuerzo suponga un impacto real en la práctica clínica.

430

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE DE CAUSA AUDIÓGENA

S. García Fernández, C. Pérez Torres, P. Fernández-Miranda López

Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción: Las alteraciones del lenguaje son cuadros que en muchas ocasiones se dan en el contexto de patología audiógena y aún suponen un reto en la práctica clínica diaria por lo variado de su presentación.

Material y método: Hemos elaborado un estudio retrospectivo sobre una población (n=162) de pacientes pertenecientes a nuestro servicio de ORL en seguimiento por alteraciones del lenguaje, recogiendo tipo de alteración, fonema afectado, edad, perfil audiométrico, otras patologías ORL, etc., intentando establecer patrones epidemiológicos concretos.

Resultados: Tras el análisis pormenorizado de los datos de estudio, podemos definir ciertas características prevalentes en el heterogéneo grupo de patologías que integran las alteraciones del lenguaje.

Conclusiones: El conocimiento de la epidemiología de las alteraciones del lenguaje de causa audiógena supone para el otorrinolaringólogo una importante ayuda en su diagnóstico y tratamiento precoces, con la consiguiente mejora en el manejo de las mismas.

445

HIDROPS ENDOLINFÁTICO INFANTIL

M.J. Hervás Núñez, A. Rodríguez Fernández-Freire, M.A. Rodríguez Pérez, S. Senao Fernández, J.R. Benito Navarro

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Las causas de la patología vertiginosa en el niño se corresponde con migraña en un 28% de los casos; vértigo paroxístico

idiopático 13% y tumores cerebrales en el 3% como principal diagnóstico. Las afecciones clásicas del adulto como síndrome de Ménière son raras en la infancia, constituyendo sólo un 3% del total de causas de vértigo infantil. La mayoría de los pacientes son preadolescentes o adolescentes, observándose tan sólo 1,2% de los casos por debajo de los 10 años.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una niña de 10 años que comienza con crisis vertiginosas intensas a los 3 años acompañado de importante componente vegetativo e hipoacusia neurosensorial unilateral. Las pruebas complementarias y de imagen son compatibles con el diagnóstico de un síndrome de Ménière infantil.

Conclusiones: El síndrome de Ménière es una patología poco frecuente en la infancia aunque debe ser siempre incluida en el diagnóstico diferencial del síndrome vertiginoso infantil.

446

AMILOIDOSIS EN CABEZA Y CUELLO

M.J. Hervás Núñez, M.A. Rodríguez Pérez, A. Rodríguez Fernández-Freire, S. Senao Fernández, M. De Mier Morales

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad caracterizada por el depósito de proteínas insolubles y fibrilares en los espacios extracelulares de órganos y tejidos. Se distinguen dos formas clínicas: amiloidosis sistémica y amiloidosis localizada. El depósito amiloideo en la región de cabeza y cuello se engloba en las formas localizadas, siendo la laringe el órgano afectado con mayor frecuencia. El comportamiento es benigno, de crecimiento lento y el diagnóstico se basa en la biopsia de la lesión.

Material y método: Presentamos dos casos clínicos de pacientes diagnosticados de amiloidosis en cabeza y cuello. El primer paciente presenta una lesión a nivel del tercio posterior del dorso lingual ligeramente sobreelevada. El segundo caso se corresponde con una amiloidosis sistémica que presenta una lesión en cuerda vocal izquierda de color amarillento junto con lesiones cutáneas a nivel facial.

Conclusiones: La amiloidosis es una enfermedad en ocasiones con escasas manifestaciones clínicas, pudiendo ser un hallazgo casual en el curso de una exploración ORL o bien presentarse en forma de síntomas comunes con otras lesiones rinofaringolaringeas.

462

DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA. NUESTROS RESULTADOS

L. Díez, A. Prado, A. Quintana, E. Pallas, D. Sánchez, D. Alonso

Hospital Xeral-Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción: El objetivo del programa de detección de la sordera en el período neonatal, es conseguir una detección precoz y una intervención temprana de la hipoacusia infantil por su repercusión tanto en el desarrollo lingüístico como psicosocial del niño.

Material y método: Se presentan los resultados obtenidos desde la puesta en marcha del programa gallego, en el Complejo Hospitalario Xeral-Cies de Vigo, en agosto del 2002, hasta diciembre del 2006, conforme a las recomendaciones de la CODEPEH.

Resultados: De los 18333 recién nacidos en este período, la prueba de cribado ha sido realizada a 17638. La tasa de participación ha ido aumentando de forma progresiva, siendo superior al 99%, con un porcentaje global de derivación diagnóstica del 0,2%.

Discusión: La estrategia de detección universal debe cumplir una serie de requisitos basados en las recomendaciones de la CODEPEH, siendo éstos: el cribado de más del 95% de los recién nacidos, tasa de derivación diagnóstica inferior al 4%, diagnóstico e inicio del tratamiento antes de los 6 meses.

Conclusión: El programa de cribado universal es imprescindible para la detección e intervención temprana pues modifica radicalmente el pronóstico de la hipoacusia infantil.

469

EL IMPLANTE DE TRONCO CEREBRAL EN PACIENTES CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO II

M. Mancheño Losa¹, B. Scola Yurrita¹, F. García Salazar¹, M. Sanna², M. Aristegui Ruiz³.

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ²Gruppo Otológico de Piacenza.

³Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid.

Introducción: Se presenta el caso de una paciente de 36 años de edad, diagnosticada de neurofibromatosis tipo 2 y con antecedente de exéresis de neurinoma derecho por vía suboccipital (cofosis postoperatoria) y meningioma cervical que consulta por profunda hipoacusia del oído izquierdo, siendo diagnosticada de neurinoma del VIII par craneal izquierdo y múltiples meningiomas, uno de ellos presigmoideo ipsilateral.

Material y método: Se propone abordaje translaberintico ampliado para exéresis de meningioma y de neurinoma del VIII par, con intento de implante coclear en caso de conservación del nervio coclear y de tronco cerebral si no fuera posible la preservación del mismo.

Resultados: Se practicó un abordaje transótico ya que además del neurinoma del nervio vestibular presentaba otro pequeño neurinoma dentro del vestíbulo y finalmente otro a nivel endococlear, por lo que se practicó satisfactoriamente un implante de tronco cerebral.

Discusión/Conclusiones: En la neurofibromatosis tipo dos se plantea una situación dramática desde el punto de vista auditivo, debiendo plantearse en caso de oído único la posibilidad de una rehabilitación con implante coclear si es posible la integridad del nervio coclear o, si esto no es posible, un implante de tronco cerebral.

482

NEUROBLASTOMA OLFATORIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Pérez Delgado, R. Cincu Marsalic¹, J.A. Maltrana García, M. El Uali Abeida, S. Herrera Tolosana, J. Fraile Rodrigo, A. Ortiz García, F. De Miguel García

S. de Otorrinolaringología y ¹S. de Neurocirugía, H. Universitario Miguel Server, Zaragoza.

El neuroblastoma olfatorio o estesioblastoma, es un tumor neuroectodérmico maligno originado en el epitelio olfatorio. La presentación más común es la de un crecimiento polipoide que causa epistaxis u obstrucción nasal con anosmia de larga evolución. Es invasivo y frecuentemente origina metástasis regionales y a distancia. Algunos tumores, sin embargo, pueden permanecer silentes hasta que el crecimiento transcraneal a través de la lámina cribiforme genera síntomas neurológicos. El tratamiento de elección es la cirugía asociada o no a radioterapia. Presentamos un caso y una breve revisión de la literatura.

484

RINOLITO GIGANTE

S. Herrera Tolosana, J.A. Maltrana García, M. El Uali Abeida, L. Pérez Delgado, E.A. Vicente González, F. De Miguel García, A. Ortiz García
Hospital Universitario Miguel Server, Zaragoza.

La rinolitiasis es una afección rara que se produce como consecuencia de la mineralización de material extraño endonasal, dando lugar a una formación calcárea, rinolito, que ocupa la fosa nasal. Es importante la sospecha diagnóstica y el tratamiento de elección es la extracción quirúrgica. Presentamos el caso de una paciente con rinolitiasis.

486

EXPLORACIÓN DE LAS VÍAS LAGRIMALES POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

J.L. Merán Gil, F.J. Avilés Jurado, E. Doménech, E. Masgoret Palau, J.P. Vives Abelló, E. Figuerola Massana, M.D. Martínez Novoa, J.C. Flores Martín, J. Risco Arenas

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: El diagnóstico por imagen de las vías lagrimales mediante dacriocistografía convencional permitía la visualización, sobre radiografías estándar, de las vías lagrimales opacificadas a través de la inyección de un medio de contraste yodado. En la actualidad, esta técnica está siendo reemplazada por la tomografía computarizada (TC).

Material y método: Se realiza una descripción gráfica de los pasos a seguir durante la realización de la técnica TC. Para ello, se selecciona una serie de pacientes afectados de epífora a los que se inyecta contraste yodado diluido en un tercio en el canaliculo lagrimal superior previa dilatación del mismo; posteriormente se les realiza una TC helicoidal con cortes axiales del conjunto del macizo facial, asociada a la opacificación de la vía lagrimal.

Resultados y conclusiones: La TC de vías lagrimales en pacientes afectados de epífora permite una mayor visualización de la morfología de las vías lagrimales en su conjunto, mejor localización de un posible obstáculo en la vía lagrimal así como la causa del mismo. También nos permite comprobar el estado de las cavidades sinusales adyacentes, especialmente antes de practicar una dacriocistorrinostomía por vía endonasal. Se trata de una técnica de fácil realización y, normalmente, bien tolerada por el paciente.

SÁBADO, 10 DE NOVIEMBRE

SALA 9

3

ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO MECANOACÚSTICO DE UNA PRÓTESIS DE SUSTITUCIÓN OSICULAR TOTAL (TORP) VS NUEVO DISEÑO DE PRÓTESIS DE MALEOVESTIBULOPEXIA

L.A. Vallejo Valdezate, A. Fernández, F. Lobo, A. Hidalgo, E. Gil-Carcedo Sañudo, L.M. Gil-Carcedo García, F. Montoya

Departamentos de Cirugía y de Ingeniería Mecánica. Centro de Investigación y Desarrollo de la Automoción (CIDAUT). Universidad de Valladolid.

Introducción: El reemplazamiento de los huesecillos del oído medio por una prótesis de sustitución osicular total (TORP) en el humano, origina una serie de modificaciones en la transmisión del sonido en el oído al variar las características físicas de éste (masa, rigidez y rozamiento). Las prótesis de sustitución osicular mas difundidas en la actualidad están diseñadas de forma que se sitúan perpendicularmente a la ventana oval contactando con la porción posterosuperior de la membrana timpánica pero este diseño favorece algunas de las complicaciones postoperatorias que siguen a este tipo de cirugía: desplazamiento, contacto con el marco óseo, etc. a la vez que desdénan algunas de las características del oído medio como la capacidad de contracción de la musculatura endotimpánica.

Material y método: Utilizando el método de los elementos finitos y el modelo computadorizado del oído medio humano previamente desarrollado por nuestro grupo, hemos diseñado (basándonos en el hueso columelar de la iguana) una prótesis de sustitución osicular total construida en titanio que, desde su anclaje lateral en el mango del martillo, se dirige hacia la ventana oval (maleovestibulopexia).

Resultados: La prótesis resultante presenta un comportamiento mecanoacústico superior al de las prótesis convencionales actualmente disponibles en el mercado presentando un rendimiento acústico óptimo superponible al del oído medio sano; A esta ventaja audiológica se suman otras biológicas: Estabilidad completa al anclarse en el mango del martillo y no dejarse libre en el oído medio y posibilidad de aprovechar la contracción del músculo del martillo, manteniendo la "no linealidad" que caracteriza al oído medio sano.

Discusión/Conclusiones: La obtención de un diseño de sustitución osicular total anclada en el mango del martillo mejora las características acústicas y biológicas de las actuales.

4

INFLUENCIA DE LA DISPOSICIÓN TRIDIMENSIONAL DE LA CADENA DE HUESECILLOS EN LAS CARACTERÍSTICAS MECANOACÚSTICAS DEL OÍDO MEDIO HUMANO

L.A. Vallejo Valdezate, A. Hernández, A. Hidalgo, E. Gil-Carcedo Sañudo, L.M. Gil-Carcedo García, F. Montoya

Departamentos de Cirugía y de Ingeniería Mecánica. Centro de Investigación y Desarrollo de la Automoción (CIDAUT). Universidad de Valladolid.

Introducción: El estudio de las características anatómicas del oído del oído medio humano -de los mamíferos en general- hace que nos cuestionemos la rentabilidad, en términos acústicos, de su complejidad en relación a otros diseños más simples observados en la naturaleza, como el de las aves y reptiles, con una rentabilidad acústica superponible en una gran parte del espectro auditivo. Algunos autores han sugerido, incluso, que parte de las capacidades auditivas en el ser humano primitivo depende de la disposición tridimensional de los huesecillos del oído medio.

Material y método: Utilizando el método de los elementos finitos y el modelo computadorizado del oído medio humano previamente desarrollado por nuestro grupo, hemos modificado las relaciones tridimensionales de los elementos del oído medio y de sus anclajes en la caja timpánica comparando la influencia que estas modificaciones tienen en su comportamiento mecanoacústico.

El resto de características físicas de los huesecillos (masa, rigidez) y de las articulaciones (rozamiento) se mantienen constantes.

Resultados: El desplazamiento de la membrana timpánica y de la ventana oval (así como de las relaciones entre ambas que determinan la eficiencia mecanoacústica del oído medio) no se ven influenciados por la modificación de la disposición tridimensional de los elementos osculares ni musculotendinosos que ocupan la caja timpánica.

Discusión/Conclusiones: La modificación de la disposición espacial de los elementos que constituyen el oído medio sin variar las características físicas que les definen (masa, rigidez y rozamiento) carece de influencia en el comportamiento mecanoacústico del oído.

5

DISEÑO DE UNA PRÓTESIS DE SUSTITUCIÓN OSICULAR TOTAL ANCLADA AL MARTILLO MEDIANTE EL MÉTODO DE LOS ELEMENTOS FINITOS

L.A. Vallejo Valdezate, F. Lobo, A. Hidalgo, E. Gil-Carcedo Sañudo, L.M. Gil-Carcedo García, F. Montoya

Departamentos de Cirugía y de Ingeniería Mecánica. Centro de Investigación y Desarrollo de la Automoción (CIDAUT). Universidad de Valladolid.

Introducción: Los modelos computadorizados 3D del oído humano permiten introducir en ellos numerosas variables (cambios de rigidez, eliminación de elementos, etc.) a fin de observar las consecuencias fisiológicas que éstas presentan sin necesidad de acudir a modelos biológicos. Una de las posibilidades que ofrecen estos modelos es el diseño de prótesis de sustitución osicular y la optimización de las mismas modificando su morfología o sus dimensiones.

Material y método: Utilizando el método de los elementos finitos y el modelo computadorizado del oído medio humano previamente desarrollado por nuestro grupo, hemos diseñado (basándonos en el hueso columelar de la iguana) una prótesis de sustitución osicular total construida en titanio que, desde su anclaje lateral en el mango del martillo, se dirige hacia la ventana oval (maleovestibulopexia). Analizamos los resultados mecanoacústicos de dos tipos de prótesis de materiales diferentes (fluoroplástico y titanio) con distinto diseño.

Resultados: La prótesis obtenida presenta dos características particulares: Su anclaje al mango del martillo mediante un "clip" y su morfología curvada ensanchada en su extremo distal. Con este diseño la prótesis presenta un comportamiento mecanoacústico superponible al del oído medio sano; A esta ventaja audiológica se suman otras biológicas: Estabilidad completa al anclarse en el mango del martillo y no dejarse libre en el oído medio y posibilidad de aprovechar la contracción del músculo del martillo, manteniendo la "no linealidad" que caracteriza al oído medio sano.

Discusión/Conclusiones: El desarrollo de nuevas prótesis de sustitución osicular debe obedecer, más que a criterios personales del cirujano que la diseña, a criterios funcionales que pueden ser evaluados en modelos computadorizados antes de su introducción en la práctica clínica.

10

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CUPULOLITIASIS DE CONDUCTO SEMICIRCULAR HORIZONTAL

M.S. Boleas Aguirre, N. Pérez

Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: El nistagmo en el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) por cupulolitis del conducto semicircular horizontal (CSH) es el mismo tanto si las otoconias están adheridas en el lado canalicular o utricular de la cúpula. La finalidad de este trabajo es plantear un protocolo para el diagnóstico y tratamiento de estos dos tipos de cupulolitis de CSH.

Material y método: Ocho pacientes con cupulolitis adoptaron la posición obligada para dormir durante 2 semanas sobre lado que genera un nistagmo de menor intensidad (velocidad de fase lenta menor) que indica el lado afecto. La existencia al cabo de ese tiempo de un nistagmo geotrópico, significó que la cupulolitis se había convertido en canalitiasis (se trataba en origen de una cupulolitis del lado del canaliculo).

Se les realizó seguidamente la maniobra de Lempert. Si al cabo de las 2 semanas de adoptar la posición obligada para dormir se mantenía el nistagmo ageotrópico, significaba que persistía la cupulolitiasis y durmieron sobre el mismo lado 2 semanas más. Si al cabo de ese tiempo desaparecía el nistagmo ageotrópico significaba la resolución de una cupulolitiasis del lado del utrículo.

Resultados: En 6 de los 8 pacientes se resolvió la sintomatología. Hubo 4 cupulolitiasis del lado del canalículo y 2 del lado del utrículo.

Conclusiones: Este protocolo de diagnóstico y tratamiento del VPPB por canalolitiasis del CSH parece efectivo.

21

OSTEOMA FRONTAL CON INVASIÓN ORBITARIA

M. Mesa¹, J. Piñas², C. García-Vaquero², A. Martínez², J.I. Quesada²

¹Hospital de Viladecans, ²Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los osteomas son tumores óseos benignos de crecimiento lento. La localización más frecuente es el seno frontal seguida de la etmoidal. Es raro en maxilares o esfenoidales. No tienen tendencia a malignizar. Permanecen largo tiempo asintomáticos y si dan síntomas el más frecuente es la cefalea. Si existe clínica el tratamiento es quirúrgico.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 72 años que presenta cefalea fronto-orbitaria, deformidad frontal derecha, edema y tumefacción palpebral superior derecha recidivante y discreto enoftalmos. La nasofibroscopia es normal. A la exploración se palpa una masa dura y fija, irregular, subcutánea frontal derecha. En la radiografía simple se identifica una masa osteodensa intrasínusal frontal. La TAC nasosínusal muestra una lesión polilobulada en seno frontal derecho se extiende por el receso frontonasal, rompe la lámina tabicante interfrontal, el techo orbitario y la lámina ósea anterior del seno. Se realiza tratamiento quirúrgico con incisión supraciliar y exéresis del osteoma sin obliteración del seno. Buena evolución postquirúrgica.

Discusión: Los osteomas son tumores benignos de crecimiento progresivo. La decisión quirúrgica está clara en los sintomáticos o en aquellos que han sobrepasado los límites del seno de origen, no en los silentes. El abordaje frontal también incita controversias, la técnica más usada es la osteoplastia frontal, no exenta de riesgos, otra opción es la extirpación mediante trépano-punción a nivel del suelo del seno, nosotros hemos seleccionado esta segunda.

Conclusiones: Las complicaciones orbitarias del osteoma frontal son indicación de cirugía. El abordaje quirúrgico de los osteomas de seno frontal es externo en prácticamente todos los casos.

32

NEUROFIBROMA DE LA REGIÓN PTERIGO-MAXILAR

J.L. Alonso Treceño, I. Alonso Castañeira, J.M. Escapa Garrachón, J. Moralejo Martín, A. Enterría González, J. Freijanes Otero
Complejo Hospitalario de Palencia.

Introducción: Dentro de los tumores no epiteliales nasosinuales, están los derivados de las células de Schwann, (neurofibroma, el neurilemoma y los schwannomas malignos). Exponemos un caso de neurofibroma nasal detectado por síntomas obstructivos.

Caso clínico: Paciente de 67 años, que desde hace 10 meses, tiene dificultad respiratoria nasal por fosa izquierda, mucosas nasales violáceas, moco en suelo de fosa y una tumoración muy vascularizada. En el TAC se aprecia una masa en fosa pterigo-maxilar izquierda, lobulada, de 4 x 3,5 x 3 cm, con extensión a la fosa. Sin destrucciones, condiciona remodelaciones de vecindad. Se realiza tratamiento quirúrgico del tumor, por abordaje paralateronasal y ampliación de incisión hasta una Weber-Fergusson extirpando el tumor en su totalidad y comprobando por técnicas endoscópicas la no afectación de cavidades residuales. Postoperatorio normal.

Comentarios y discusión: El neurofibroma del tracto aerodigestivo superior puede ser solitario o múltiple, siendo fácil en este caso que forme parte de una neurofibromatosis tipo I de Von Recklinghausen. Más frecuente en la cavidad oral (lengua), es raro en nariz, senos y laringe y muy raro en nasofaringe y tráquea. El neurofibroma solitario nasal se suele presentar en la 7ª u 8ª década de la vida. Clínicamente detectado por los síntomas habituales de todas las tumoraciones nasales, nuestro

caso aparecía por la obstrucción nasal y macroscópicamente por una tumoración polilobulada y coloración similar a la mucosa nasal normal. El diagnóstico está basado en la clínica, el estudio por imagen y la anatomía patológica. El tratamiento para el neurofibroma solitario, es la extirpación quirúrgica completa. La radioterapia puede sólo considerarse en casos de invasión extensa, bordes confusos y sospecha de posible recurrencia.

Conclusiones: Es muy importante su identificación anatomopatológica y el conocimiento exacto de su ubicación. El tratamiento quirúrgico es obligado, considerando la cirugía abierta y convencional como de elección en la mayoría de los casos, sobre todo en los de gran tamaño.

38

AUDIOMETRÍA DE ALTA FRECUENCIA EN PORTADORES DE LA MUTACIÓN MITOCONDRIAL A1555G

B. Arellano, A. Rodríguez, R. Ramírez, M. Pinilla, C. Gorrioz, J.R. García, C. López-Cortijo, F.M. González, A. Ibáñez

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La mutación mitocondrial A1555G se ha identificado tanto en familias con o sin antecedentes de ingesta de aminoglucósidos. Los afectados presentan hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva de intensidad variable con predominio de afectación en frecuencias agudas. Algunos portadores de la mutación no desarrollan hipoacusia, o la desarrollan a edades más elevadas en comparación con otros familiares igualmente afectados. La audiometría de alta frecuencia puede ser útil como extensión de la audiometría clínica rutinaria, proporciona información acerca de lesiones existentes en la etapa presintomática.

Material y método: Con el objeto de detectar pérdida de audición precoz, imperceptible para el paciente se realiza audiometría de alta frecuencia, desde 8000-20000 Hz, y se realiza una comparación de los resultados con los datos obtenidos previamente en controles sanos. Se estudian 10 portadores de la mutación mitocondrial A1555G de seis familias afectadas diferentes, con un rango de edad de 11-71 años.

Resultados: Dado el número reducido de casos de portadores de mutación mitocondrial estudiados no se puede realizar un estudio estadístico significativo, si bien, se observa que todos los casos estudiados se encuentran dentro del rango normal para los diferentes valores de audiometría de alta frecuencia, según su grupo de edad.

Discusión/Conclusiones: De modo preliminar los resultados sugieren que no existen entre diferencias entre aquellos portadores de la mutación mitocondrial A1555G que no han desarrollado hipoacusia en comparación con controles sanos. Debe existir algún otro factor, hasta ahora desconocido, que influya en que algunos individuos con dicha mutación desarrollen pérdida auditiva, aun sin haber recibido aminoglucósidos, y otros no.

39

MANEJO DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA BILATERAL, A PROPOSITO DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M.M. Grau Jiménez, S.R. Tejada Soriano, R. Martínez Garcerán, M. Esparcia Navarro, E. Sebastián Gil

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Introducción: La parálisis facial periférica se presenta de forma bilateral sólo el 0,2-2% de los casos, su presentación precisa de un estudio en profundidad ya que infrecuentemente son idiopáticas encontrándose causas inflamatorias, infecciosas, traumáticas, estructurales y neuromusculares.

Material y método: Presentación de los casos: clínica que presenta fiebre y síndrome constitucional en relación a un cuadro de catarro de vías altas, presentando a los siete días de evolución parálisis facial bilateral grado 4 en la escala de House de curso insidioso y prolongado con remisión posterior a los dos meses.

Resultados: La exploración neurológica no presentaba otras alteraciones, la RMN, serología y resto de parámetros serológicos y resultantes de la punción lumbar no presentaban alteraciones.

Discusión: La parálisis facial periférica bilateral es una entidad poco común que precisa una investigación profunda dada la gravedad y el carácter tratable de sus posibles causas.

DISCAPACIDAD VESTIBULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE TRATADOS CON GENTAMICINA INTRATIMPÁNICA

N. Pérez Fernández, M. Boleas Aguirre, N. Sánchez Ferrándiz
Departamento de Otorrinolaringología, Pamplona.

Introducción: En pacientes con enfermedad de Ménière que a pesar del tratamiento médico siguen padeciendo crisis de vértigo, la aplicación de gentamicina intratimpánica al resolver las crisis debe asociar una mejoría apreciable en la discapacidad.

Objetivos: Caracterizar los síntomas residuales y la discapacidad vestibular a largo plazo en pacientes con Enfermedad de Ménière, clase A de la AAO-HNS, con gentamicina intratimpánica.

Pacientes y método: De los pacientes en seguimiento un 81% son considerados clase A. Se les pasan diversos cuestionarios referentes a la sintomatología vestibular y discapacidad vestibular. Los resultados a 5 años del tratamiento se comparan con los previos mediante pruebas no-paramétricas.

Resultados: A 5 años de seguimiento hay una reducción del nivel funcional y del grado de discapacidad así como un incremento de la percepción de calidad de vida adecuado. El 15,5% de pacientes refiere inestabilidad ocasional; en estos no hay mejoría de la discapacidad vestibular.

Conclusiones: En un porcentaje pequeño, pero no despreciable de pacientes, a pesar de controlar el vértigo hay sensación de inestabilidad. Esto además influye en la persistencia y no mejoría de la discapacidad vestibular. Son pacientes de riesgo aquellos con un nivel funcional (AAO-HNS) de iniciar 6 antes de iniciar el tratamiento.

OSTEOMIELITIS FRONTAL EN PACIENTE VIH

M. Acuña García, D. Herrero Calvo, E. Sánchez Terradillos,
E. Gil-Carcedo, L.M. Gil-Carcedo
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La osteomielitis es una complicación craneal de las sinusitis. La más frecuente es la del seno frontal. Una sinusitis aguda o crónica, por necrosis avascular, puede progresar hacia un proceso osteomielítico. Hay una serie de factores que predisponen a su aparición como son antibioterapia inadecuada, bacterias multirresistentes o enfermedades predisponentes como el síndrome de inmunodeficiencia provocado por el VIH.

Material y método: Presentamos un caso de paciente inmunodeprimido (VIH) diagnosticado de sinusitis maxilar aguda de 1 mes de evolución con mala respuesta a la terapéutica. La endoscopia mostraba edema del meato medio con secreción purulenta. La TC evidenciaba amplia ocupación de seno maxilar derecho, etmoidal, frontal y meato medio. La paciente no cumplía la terapia antirretroviral. Es intervenida en 2 ocasiones, en la primera se realiza abordaje endoscópico mediante etmoidectomía anterior y meatotomía media con apertura del infundíbulo frontal más sinusotomía anteroinferior. En la segunda, tras recidiva del cuadro realizamos un abordaje endoscópico combinado con osteoplástico frontal. El diagnóstico es de osteomielitis frontal. Se aisló *Streptococcus intermedius*.

Resultados: La paciente es tratada con antibioterapia parenteral de amplio espectro durante 2 meses. Asimismo mejora su conteo celular tras el tratamiento antirretroviral. Tras 6 meses la paciente continúa asintomática con discreto déficit estético frontal.

Discusión/Conclusiones: describimos con detalle la técnica quirúrgica utilizada. Se discute la patogenia de la osteomielitis en pacientes con factores predisponentes. Se comentan los microorganismos más frecuentemente aislados así como los medios diagnósticos indicados. Abordamos tratamientos quirúrgicos disponibles. Se aportan imágenes de la técnica quirúrgica.

ESTADO DE LA FUNCIÓN SACULAR EN LA ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE, A TRAVÉS DE POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES

A. Platero Zamareño, R. Barona de Guzmán, E. Martín Sanz
Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Una técnica reciente que ayuda en el conocimiento de la función vestibular son los potenciales vestibulares miogénicos (VEMP),

basados en la obtención de un reflejo vestibulocervical tras estimulación acústica, permiten el conocimiento del estado de la vía sáculo-vestibular. Actualmente es una herramienta complementaria en el estudio de ciertas patologías, como diagnóstico de neuritis vestibulares inferiores, schwannomas y evolución de enfermedad de Ménière.

Material y método: En este estudio retrospectivo y descriptivo, probamos la hipótesis que el potencial vestibular evocado miogénico (VEMP) es menor o ausente en pacientes con la enfermedad de Ménière y puede ser una técnica precoz en el diagnóstico de la misma. Para este estudio incluimos 3 grupos diferentes, un primer grupo (n = 25) de sujetos normales, un segundo de Ménière unilateral (n = 15) y un tercero de Ménière bilateral (n = 3). Para la realización de los VEMP utilizamos un estímulo tipo click a una intensidad de 90,100 y 110dB y frecuencia de 1,6 Khz.

Resultados: VEMP respuestas estaban presente en ambos oídos de todos los sujetos normales. En todos los oídos afectados y diagnosticados de enfermedad de Ménière no se observó ningún registro VEMP, en 3 sujetos donde el diagnóstico se instauró posteriormente, fue la prueba más precozmente alterada, observándose una disminución de más del 50% en cuanto a la amplitud del potencial.

Discusión/Conclusiones: Se trata de una técnica capaz de detectar pequeñas modificaciones a nivel sacular, aún cuando el resto de exploraciones convencionales son totalmente normales. Puede ser una técnica complementaria en la valoración y diagnóstico de la enfermedad de Ménière.

POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES, HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LAS NEURITIS VESTIBULARES INFERIORES

A. Platero Zamareño, E. Martín Sanz, R. Barona de Guzmán
Servicio de ORL, Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Los potenciales evocados miogénicos vestibulares (VEMP), son una técnica, basada en la capacidad de respuesta que tienen las células saculares frente a un estímulo auditivo, resultado de un reflejo vestibulo-cólico. Este potencial valora la integridad sáculo espinal, vía nervio vestibular inferior. Clásicamente el diagnóstico de neuritis vestibular viene dado por la clínica junto con alteración de pruebas calórico-rotatorias, pero éstas no valorarían la integridad de la rama inferior.

Material y método: Estudio prospectivo, 5 pacientes con clínica de vértigo periférico (3 mujeres y 2 hombres), realizando las clásicas pruebas calóricas de valoración vestibular, y VEMP (estudio latencias y amplitudes). Valorando y analizando resultados tanto para obtener un diagnóstico como clarificar su recuperación en el tiempo.

Resultados: En todos tanto pruebas calóricas como rotatorias obtuvimos parámetros dentro de la normalidad. Las repuestas obtenidas basadas en la existencia, amplitud y latencias de los VEMP, fueron ausencia en 4 pacientes en el lado ipsilateral, y disminución en amplitud de más de un 70% en un paciente. Observamos una recuperación de éstos a los 6 meses de crisis aguda en todos los pacientes a los que se le hizo seguimiento.

Discusión/Conclusiones: Se trata de una técnica rápida y fácil de realizar. Puede ser de gran ayuda como complemento en el estudio de patología vestibular, en concreto para la valoración función del nervio vestibular inferior. Así como para valorar la recuperación del mismo tras una crisis de neuritis vestibular, ya que existen pruebas que ponen de manifiesto la función del nervio vestibular superior pero no del inferior.

EXPLORACIÓN POSTUROGRÁFICA DE PACIENTES SIMULADORES

J. Rey-Martínez, J. Rama-López, N. Pérez Fernández
Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: El patrón afisiológico en la posturografía dinámica computarizada aparece en el contexto de muy diversas etiologías. Nos proponemos caracterizar este patrón en un grupo de pacientes simuladores según los resultados obtenidos en esta prueba.

Pacientes y método: Se analizan las pruebas posturográficas de 7 pacientes simuladores. A los resultados obtenidos en la posturografía se le aplican un total de 7 criterios extraídos de la literatura y que han sido definidos por sus autores como indicadores de un comportamiento afisiológico. Finalmente se detallan y comparan estos criterios estudiando su sensibilidad.

Resultados: De los criterios analizados, encontramos que los descritos por Cevette y Allum son los más frecuentemente positivos en nuestro grupo de estudio.

Conclusiones: Por la diversidad de criterios y lo complejo de la patología se hace necesario utilizarlos todos en conjunto, partiendo de un alto índice de sospecha y mucha cautela a la hora de establecer un diagnóstico definitivo.

77

SÍNDROME DE SUSAC. PRESENTACIÓN DE UN CASO

E. Novas, N. Bejarano, C. Artigas, P. Sarriá, M. Tomás,
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: Es un síndrome que, se caracteriza por la tríada de encefalopatía, oclusiones de las arterias retinianas e hipoacusia neurosensorial. El curso clínico es autolimitado, durando de 1 a 2 años. Probablemente infradiagnosticado, afecta a mujeres jóvenes que inician el cuadro con migrañas, alteraciones visuales y auditivas, con hallazgos neurológicos característicos en la RNM. Con una etiología desconocida, la patogenia se basa en microinfartos arteriolares en la retina, cóclea, sustancia gris y blanca del SNC.

Material y método: Paciente de 36 años, sin antecedentes patológicos de interés que presenta episodios de trastorno visual en forma de fotopias de corta duración que han ido incrementando su frecuencia. Presenta de forma brusca diplopía binocular y disminución de agudeza visual ojo derecho, apreciándose signos de vasculitis retiniana. Durante el ingreso presenta un cuadro de confusión con desorientación y trastorno de conducta de horas de duración, con amnesia retrógrada. También presenta episodio brusco de vértigo con hipoacusia de OD. Y una semana más tarde repite un cuadro similar en oído izquierdo por lo que se instaura tratamiento con corticoides e.v.

Resultados: A la exploración el paciente presenta leve limitación para la abducción con OI con diplopía. Resto de pares craneales normales. Marcha levemente inestable. Se realizan estudios complementarios como hemograma, pruebas de coagulación, serologías, ECG, arteriografía cerebral y EMG; con resultado normal. TC craneal: sin signos de patología cerebral aguda. RM craneo-medular: lesiones hiperintensas en T2 y flair yuxtacorticales, así como en sustancia blanca, centros semiovais, pulvinar derecho y pedúnculo cerebral izquierdo. Mínima captación leptomeningea sin que se observe captación de pares craneales.

Conclusión: Se trata de un paciente con dos episodios de sordera brusca neurosensorial, vasculitis retiniana y clínica neuropsiquiátrica. Todo ello sumado a los hallazgos de las exploraciones complementarias, es compatible con un Síndrome de Susac, microangiopatía cocleocerebroretiniana de etiología indeterminada con buena respuesta habitualmente a corticoides. El tratamiento es controvertido debido al curso fluctuante, progresivo y autolimitado. Se basa en la administración de altas dosis de corticoides endovenosos seguidos de ciclofosfamida o inmunoglobulinas endovenosas. También se sugieren el uso de antiplaquetarios y/o anticoagulantes asociados a nimodipino. La duración y el esquema terapéutico son inciertos debido al desconocimiento en cuanto a la fisiopatología del síndrome.

78

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA BILATERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Gutiérrez Castillo, E. Delgado Moreno, I. Monjas Cánovas,
J.R. Paredes Osado, J.R. Gras Albert
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: La parálisis facial periférica (PFP) es una patología frecuente y generalmente su evolución es favorable. Tiene una incidencia que oscila, 17 a 25 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo, la PFP se presenta de forma bilateral simultáneamente en solo el 0,2-2% de los casos. Su aparición bilateral obliga a un estudio profundo, pues infrecuentemente son idiopáticas (Bell), y algunas de sus etiologías son de carácter grave. Poco se sabe acerca de las patologías que pueden originar una PFP bilateral, entre sus causas: infecciones víricas (MI, virus herpes) y bacterianas (meningitis tuberculosa y estafilocócica, mastoiditis) patologías por tóxicos (etilenglicol, S. Wernicke-Korsakoff); enfermedades sistémicas (lúes, vasculitis); neuropatías (Sd. Guillen-Barré; Esclerosis múltiple); patologías metabólicas: diabetes mellitus, porfiria; Tumores: leucemia, linfoma, glioma de tronco-encefalo y protuberancia, metástasis leptomeningeas.

Caso clínico: Se presenta un caso de PFP bilateral: paciente mujer, 23 años, que presenta de forma súbita paresias faciales bilaterales, que progresan a parálisis facial periférica bilateral en 24-36 horas. Durante su ingreso es tratada de forma empírica con corticoides y antibióticos parenterales, realizándose pruebas complementarias para diagnosticar su etiología; evolucionando el cuadro a la recuperación completa, sin secuelas neurológicas y sin haber hallado a día de hoy la causa orgánica.

Discusión: Para el diagnóstico diferencial se descartaron: Sd. Guillén-Barré, VEB, sarcoidosis, miastenia gravis, VHS, vasculitis y enf. de Lyme; mediante la clínica y pruebas complementarias.

Conclusión: Ante una PFPB deben realizarse analítica básica, TAC cerebral y punción lumbar, de urgencia; posteriormente, estudio serológico, RNM y TAC torácico. El tratamiento empírico será corticoterapia.

89

ESTUDIO IN VITRO DE LA CAPACIDAD PROTECTORA E HIDRATANTE DE UN GEL ENDONASAL

L. Conte Visús, R. De Monserrat Vallvé, N. Serra-Baldrich
Laboratorios Leti, S.L., Barcelona.

Introducción: Presentación de ensayos in vitro que permitirán demostrar la capacidad hidratante y protectora de un gel hidrosoluble para tratar el área endonasal.

Material y método: Sistema experimental: cultivo de células RPMI-2650 procedentes de septum nasal de origen humano. Hidratación: las células se han cultivado 24h en placas. Después se realizó el ensayo de hidratación, determinando ácido hialurónico producido tras el tratamiento con el gel durante 1, 2, 18, 24, 48 y 72 h y comparándolo con células no tratadas. Protección: células cultivadas en placas de insertos establecen uniones intercelulares y forman barrera epitelial. La resistencia eléctrica mide alteraciones de dicha barrera. Las células se han tratado con el gel endonasal durante 24h, y posteriormente fueron sometidas a sequedad (37 °C) durante 0,5, 1, 4 y 24 h (valoración TEER).

Resultados: Hidratación: la producción de ácido hialurónico aumenta durante las primeras 18 h, manteniéndose hasta las 72 h. A partir de las 18 h, los niveles son superiores en células tratadas respecto a no tratadas. Protección: la resistencia eléctrica disminuye hasta el 65% en células no tratadas, manteniéndose el porcentaje cercano al 100% en células tratadas con el gel, incluso tras 24 de sequedad. Diferencias mayores a mayor tiempo de sequedad, sugieren incluso un mayor efecto protector del gel a tiempos largos.

Discusión/Conclusiones: El gel endonasal produce un aumento de ácido hialurónico en células de septum nasal a lo largo del tiempo, demostrando in vitro su capacidad hidratante y tiene efecto protector, porque al someter a sequedad las células tratadas previamente con el producto, se mantienen las propiedades de la barrera epitelial.

106

TROMBOFLEBITIS DEL SENO LATERAL, COMO COMPLICACIÓN DE OTITIS MEDIA AGUDA EN LA INFANCIA

I. Arruti, R. López, J. Zubizaray, P. Rodríguez
Unidad ORL Infantil, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: Las complicaciones de las otitis medias agudas en la infancia han aumentado en los últimos años. Exponemos una complicación grave ocurrida en nuestro Centro.

Material y método: Niña de 4 años que ingresa por cefalea y vómitos de 40 horas de evolución secundaria a otalgia tratada con amoxicilina que no la tolera. Otoscopia compatible con otitis media aguda. La analítica muestra leucocitosis con desviación a la izquierda. TAC imágenes sugestivas de tromboflebitis del seno sigmoideo y transversal. Y ocupación de oído medio y mastoides. RM Imágenes compatibles con Trombosis de seno sigmoideo y transversal derecho y de seno sagital superior.

Discusión: Estas complicaciones son muy poco frecuentes y hay que sospechar por su gravedad y mortalidad. Se procedió a tratamiento con ceftriaxona, ffortecortin y clexane y se colocó un DTT. Existe actualmente controversia en la utilización de anticoagulación.

Conclusión: El tratamiento es fundamentalmente médico siendo en este caso la evolución favorable y sin secuelas.

107

ERRORES DIAGNÓSTICOS EN URGENCIAS. SUPUESTA FRACTURA DE HIOIDES

J. Zubizaray, P. Rodríguez, R. López, I. Arruti
Unidad ORL Infantil, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: Los Servicios de Urgencias están compuestos en su mayoría por médicos residentes que en muchas ocasiones tienen que tomar decisiones difíciles, esto se complica más si se hace en niños.

Material y método: Niño de 11 años que sufre un atropello con pérdida de conciencia inicial y dolor de cabeza y traumatismo cervical con hematoma a nivel occipital derecho, edema en región cervical anterior. No presentaba ni disnea ni disfonía. Se realizó Consulta desde Pediatría a ORL y a Cirugía Maxilofacial. Rx lateral de cuello se visualiza fragmento desplazado (anteriormente) del cuerpo del hioides compatible con fractura. Corrección de lordosis cervical. Se solicitó TAC. Fue diagnosticado de fractura de hioides.

Discusión: El paciente al no existir ninguna complicación fue visto por residentes de distintos servicios, la Rx fue valorada por un adjunto sin experiencia en radiología infantil y no está claro que fuera informado de la edad del paciente. Al día siguiente fue consultado a la unidad de ORL Infantil para el seguimiento del proceso, tras analizar la clínica y las características del traumatismo, se dudó del diagnóstico inicial y al ver la Rx y el TAC la supuesta fractura era cartilago sin osificar.

Conclusión: Una buena historia clínica es importante teniendo en cuenta las características del traumatismo, la clínica y la edad del niño, además debemos reflexionar sobre la excesiva responsabilidad que se les da a los residentes en urgencias sobre todo en casos difíciles.

108

DE DATOS DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE LA HIPOACUSIA. 9 AÑOS DE ESTUDIO.

J. Zubizaray¹, M. Ederra², I. Arruti¹, R. López¹, P. Rodríguez¹
Unidad ORL Infantil, Hospital Virgen del Camino. ¹Departamento de Salud Pública.
²Servicio Navarro de Salud, Pamplona.

Introducción: Después de muchos esfuerzos se ha conseguido que se hallan iniciado programas de detección precoz de la sordera neonatal. Al ser el programa de Navarra uno de los más veteranos, pensamos que sigue siendo de interés conocer como evolucionan las sorderas.

Material y método: Población > 99%. Todos los niños que nacen en Navarra, hospital, domicilio, otras. Formas de captación de pacientes. Edades y desviaciones sobre las edades pactadas de realización. Índice de rechazos. Pasos por fases del programa. Sordos detectados.

Discusión: Seguimos pensando que las oteomisiones son un buen método para el screening de la sordera neonatal, no son afectadas por los parásitos eléctricos ni por los móviles, no hemos detectado en todos estos años falsos negativos, en todos los casos de nueva sordera se ha estudiado si era coclear o retrococlear y no nos hemos encontrado ninguna neuropatía en estos años. Si tenemos niños 4 casos con ausencia de potenciales evocados, sin oteomisiones y con audición normal. Todos ellos han tenido anoxia severa con reanimación.

Conclusión: Los resultados obtenidos son satisfactorio cumpliendo todos los criterios de calidad recomendados por el CODEPEH. Tenemos problemas en la realización de los potenciales por la interacción de los teléfonos móviles.

113

VARIANTE ANATÓMICA DE LA ACAI SIMULANDO NEURINOMA

A. Hernández Rubiño, J. Bartual Magro, S.L. Moyano Calvente, M. Oliva Domínguez, J. Roquette Gaona
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Las variaciones anatómicas de la arteria cerebelosa antero-inferior (ACAI) son relativamente frecuentes. La mayoría de estas variaciones son asintomáticas, pero, en algunos casos producen algún tipo de sintomatología, que puede simular otras entidades patológicas. Presentamos un caso de variante anatómica de la ACAI, simulando clínica de neurinoma del acústico.

118

ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS CON POSTUROGRAFÍA DINÁMICA Y ESTÁTICA

M.S. Boleas Aguirre, N. Pérez
Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: La posturografía es un método para el análisis de la actividad postural que permite valorar la importancia de cada sistema sensorial que controlan el equilibrio.

Material y método: Comparación de los resultados de posturografía dinámica con el equipo Equitest y con el equipo «Static Posturology System» (SPS) en 44 pacientes con desequilibrio crónico. Se compara: 1. el test de organización sensorial en ambos sistemas entre sí y 2. Los resultados del test de control motor en desplazamientos medios anteriores y posteriores del Equitest con los del test traslacional del «Static Posturology System» en desplazamientos anteriores y posteriores.

Resultados: Existen diferencias significativas en los resultados normal y patológico en el test de organización sensorial realizado con el equipo Equitest y con el «Static Posturology System». También existen diferencias en los resultados obtenidos en el test de control motor en desplazamientos medios anteriores y posteriores con Equitest y los observados en el test traslacional en desplazamientos anteriores y posteriores del «Static Posturology System».

Conclusiones: Los sistemas de posturografía dinámica Equitest y «Static Posturology System» probablemente proporcionen una información complementaria en la valoración del análisis de la actividad postural.

120

OSTEOMA DE SENO MAXILAR

M.M. Bodoque Cano, F. Cristóbal García, D. Lobo Duro, M. Elices
Hospital El Escorial, San Lorenzo del Escorial, Madrid.

Introducción: Los osteomas de los senos paranasales no son infrecuentes y se pueden ver en más del 1 % de las radiografías sin embargo de localización maxilar y esfenoidal son raros.

Material y método: Presentamos el caso de un varón adulto con desviación septal importante, y sinusitis crónica bilateral que en el estudio prequirúrgico presenta una imagen de TC nodular de unos 8 mm probablemente en relación con un OSTEOMA a nivel infundibular izquierdo. El seno maxilar izquierdo se encuentra completamente ocupado. El paciente es intervenido de septoplastia y CENS con drenaje de material purulento. En el curso postoperatorio el paciente expulsa de forma espontánea por nariz izquierda un cuerpo extraño que el estudio histopatológico informa como fragmento de pieza dentaria.

Resultados y discusión: Los osteomas son los tumores benignos de los senos paranasales que con mayor frecuencia se asocian a rinorrea espontánea de LCR y neumoencéfalo. Radiológicamente el osteoma se presenta como una masa opaca con límites muy nítidos. El diagnóstico diferencial radiológico debe hacerse con el fibroma osificante, la displasia fibrosa o el meningioma esclerosante. El diagnóstico histológico no plantea ningún problema, se han descrito tres tipos según su composición esponjosa o compacta: el osteoma compacto, el osteoma esponjoso y el osteoma mixto.

135

RESULTADOS PRELIMINARES DEL SCREENING AUDITIVO NEONATAL

A. Ruiz Fornells Noreña, C. Juan Ivars, M.J. Santos Muñoz, J.J. López Moya
Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Introducción: Revisión de la implantación del screening auditivo neonatal.

Material y método: Se estudian los primeros 18 meses de screening auditivo, realizado mediante Oteomisiones Acústicas Espontáneas (OEA), durante el ingreso del recién nacido. Los resultados se expresan como Pass o Refer. Si no pasan la prueba, se repite al mes, y si el resultado sigue negativo, uni o bilateral, se deriva a Consulta ORL para realizar Potenciales Auditivos de Tronco (PEAT).

Resultados: Desde abril de 2005 hasta septiembre de 2006 nacen 2508 niños, se les realiza la prueba a 2329 (92,86%) y no se hace a 179 (7,14%).

El resultado de la primera OEA es PASS en 2091 niños (89,8%), y Refer 238 (10,2%). En la segunda vez, Pass 155 (65,19%) y Refer 47 (19,2%), se pierden 36 (15,2%). Los niños con factores de riesgo auditivo son 90 (3,1%), y se envían a la consulta ORL, independientemente del resultado de las OEA. El número de niños que se envían a fase de diagnóstico es de 74 (3,1%); 25 niños sin factores de riesgo y 49 con factores de riesgo. Se ha confirmado el diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral en 2 niños, uno de ellos se adapta audífonos, y otro pendiente de adaptación, ambos son niños prematuros. Quedan pendientes 5 niños por confirmar la hipoacusia, en PEAT posteriores: dos niños sin factores de riesgo, con OEA negativas, y 3 niños con factores de riesgo auditivo. **Discusión:** Existe un número importante de niños que se escapan de cada una de las fases, por lo que debería haber un control más estricto.

143

DISPLASIA DE LOS CONDUCTOS SEMICIRCULARES

D. Lobo, F. Cristóbal, M. Bodoque

Hospital El Escorial, San Lorenzo del Escorial, Madrid.

Introducción: La displasia de los conductos semicirculares se produce por la detención del desarrollo del oído interno entre la sexta y octava semana de gestación. La cóclea puede ser normal o carecer de las escalas media y/o apical. Con frecuencia se asocia a atresia de la ventana oval y la afectación del oído medio y la mastoides es variable, pudiendo presentar anomalías de la cadena oscilar.

Material y método: Se presenta una mujer de 44 años con hipoacusia bilateral y parálisis facial izquierda congénita, portadora de un audífono en oído derecho. Entre sus antecedentes personales cabe destacar que se le realizó un trasplante renal hace 13 años por una insuficiencia renal crónica no filiada.

Resultados: La audiometría tonal liminar muestra una cofosis en el oído izquierdo y una hipoacusia mixta severa en el oído derecho. Se examinó mediante TC la morfología de la cóclea, ventanas oval y redonda, vestíbulo, conductos semicirculares, acueducto vestibular, recorrido del nervio facial así como la integridad de la cadena oscilar y demás estructuras del oído medio y externo. Destaca una aplasia completa de los conductos semicirculares junto con la presencia de una cóclea aparentemente bien desarrollada, así como un trayecto anómalo del nervio facial en ambos oídos. En el oído izquierdo se observa una hipoplasia de la cadena oscilar.

Conclusiones: La aplasia o hipoplasia de los conductos semicirculares puede formar parte de la secuencia CHARGE que asocia coloboma, malformaciones cardíacas, atresia de coanas, retraso mental o del crecimiento, hipoplasia genital y malformaciones del oído o de otros síndromes como el de Waardenburg, Crouzon, Apert o aparecer de manera esporádica. Cuando la afectación es bilateral pueden beneficiarse del tratamiento con implantes cocleares.

151

SCREENING AUDITIVO EN NIÑOS DE ALTO RIESGO CON POTENCIALES AUTOMATIZADOS. RESOLVIENDO EL PROBLEMA DE LA DEMORA

A. Pérez Sánchez, M.D. Allely, A. Medinilla, I. Reyes, F. Aguilar, F. Esteban

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los pacientes de riesgo remitidos al Servicio de ORL para realización de screening auditivo y posterior seguimiento suelen ser niños que han sufrido una prolongada estancia en UCI y en salas de cuidados intermedios, por lo cual acuden a nuestra consulta con una gran demora -medida desde su nacimiento hasta la realización de la prueba- que influye mucho a la hora de realizar los potenciales automatizados.

Material y método: Revisamos 282 exploraciones con potenciales automatizados analizando los periodos de demora y su evolución con el tiempo.

Resultados: La demora mínima fue de 6 días, la máxima de 300 días y la demora media de 153 días. La mayor parte de los pacientes se exploraron entre los 4 y los 6 meses de vida. Y, aunque no disponemos de todos los datos del 2007, se observa una disminución significativa de la demora media en el año en curso.

Discusión/Conclusiones: La implantación del programa de detección precoz de la hipoacusia en un centro de tercer nivel se enfrenta con problemas como la escasez de personal, el elevado número de partos y de niños de riesgo

(dado que el Centro es referencia en numerosas patologías neonatales), la dificultad que siempre supone implantar un nuevo método de screening, etc. En nuestro caso hemos realizado ajustes (como mejorar el contacto con los Neonatólogos para evitar la demora al remitir a los pacientes a la consulta de Otorrinolaringología, proporcionar a los padres información sobre la realización de las pruebas) que han mejorado la aplicación del programa.

158

PAPEL DE LAS VARIACIONES ANATÓMICAS EN LA PATOLOGÍA NASOSINUSAL

J.M. Ademà, A. Enrique, E. Matió, P. Huerta, E. Esteller

Servicio de ORL. Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.

Introducción: Se intenta en este trabajo establecer que tipo de relación puede existir entre las diferentes variaciones anatómicas de las fosas nasales y los senos paranasales y la patología nasosinusal.

Material y método: Tipos de variaciones. Se muestran a continuación imágenes radiológicas y endoscópicas en las que se pueden observar las diversas variaciones anatómicas que se pueden encontrar en el área nasal. Imágenes asociadas o no a patología

Conclusiones: Se hace hincapié, mediante estudios comparativos publicados en la literatura en la poca relación que existe en general entre las variaciones anatómicas y la patología nasosinusal y lo cautos que debemos ser antes de tomar una decisión quirúrgica.

175

CAUSA INFRECUENTE DE EPISTAXIS RECURRENTE

E. Maraví Aznar, E. Arana Alonso, B. González Juez, M. Zabaleta López

Hospital Fundación Calahorra, La Rioja.

Introducción: Varón de 76 años que acude a consulta de atención primaria por presentar epistaxis anterior unilateral recurrente de un mes de evolución. El paciente realizaba maniobras de compresión nasal como única medida terapéutica previa a la consulta.

Material y método: Antecedentes personales: Carcinoma laríngeo en 1983, Laringectomía total más vaciamiento ganglionar funcional bilateral en 1985, Cuerpo extraño (clavo) a través de estoma traqueal (2001), Condiciones higiénico-sanitarias deficientes. A la exploración mediante rinoscopia anterior se objetiva material muco-purulento, restos hemáticos y cuerpo extraño móvil en suelo de fosa nasal derecha. Tras la limpieza de fosa nasal, se continúa observando el cuerpo extraño sobre una mucosa friable. En la parte antero-superior de tabique nasal se observa una mucosa nasal engrosada, enrojecida y dolorosa al tacto. La fosa nasal izquierda no presenta alteraciones.

Resultados: Se realiza extracción de cuerpo extraño bajo control endoscópico en consulta de ORL, confirmando el diagnóstico de sospecha inicial de larva en cavidad nasal, y se biopsia de la lesión del septum. No se objetiva ninguna patología en fosa nasal izquierda. Se realiza TAC con el objetivo de descartar la posibilidad de infestación larvaria a nivel de senos paranasales y cavidad craneal. El TAC descarta ocupación de senos paranasales y fosa craneal; y se objetiva engrosamiento en cara lateral derecha de tabique que contacta con cornete medio derecho y ocupación parcial de celdillas etmoidales derechas. La biopsia de tabique refleja la existencia de un carcinoma indiferenciado de fosa nasal en estadio T2.

Conclusiones: La infestación larvaria de fosa nasal se trata de una entidad poco frecuente en nuestro medio. Los principales factores de riesgo son las edades extremas, alcoholismo, enfermedades psiquiátricas, mala higiene así como el contacto próximo con animales. La realización de una exploración física sistemática en atención primaria es fundamental para un diagnóstico y tratamiento adecuados de cara a ofrecer el máximo nivel de calidad asistencial.

180

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL Y MALFORMACIONES DEL OÍDO INTERNO

J. Galindo, B. García, F. Ghani, P. Melgarejo, A. Hernández, L. Fernández

Hospital Santa Maria, Lleida.

Introducción: Con la innovación y mejora en los sistemas de diagnóstico por la imagen, las alteraciones morfoanatómicas del oído interno,

consideradas como raras, han llegado a valorarse como una causa común en el estudio de la hipoacusia neurosensorial (HNS), sobre todo en la población infantil. Varias clasificaciones pueden hallarse en la literatura basadas en criterios radiológicos e histológicos. Presentamos 3 pacientes en los que la hipoacusia neurosensorial podría correlacionarse con la patología malformativa hallada.

Material y método: Se estudian tres pacientes de diferentes edades en los que se aplica el protocolo para estudio de la HNS; audiometrías, potenciales evocados de tronco cerebral (PETC) y estudio por imagen. Se hace hincapié en el tipo de malformación encontrada (displasia de Mondini, síndrome del acueducto ensanchado) y la severidad de la misma. En un caso, el de mayor severidad, ambas malformaciones están presentes.

Resultados: Se analizan las edades de diagnóstico, que se relacionan con la severidad de la hipoacusia y con la magnitud de la patología malformativa hallada. Se valora también los síntomas acompañantes y sobretodo los diferentes tipos de HNS encontrados.

Discusión/Conclusiones: Se comparan nuestros datos, con los hallados en la bibliografía consultada. Se comenta también la incidencia/prevalencia de la patología malformativa del oído interno, el tratamiento en cada uno de nuestros casos y el tipo de hipoacusia, que en algún caso es mejor de lo que cabría esperar.

Creemos que debemos pensar en patología malformativa del oído interno sobretodo en población infantil con HNS, pero también en pacientes adultos. No es raro encontrar pacientes con mas de una alteración morfoanatómica, en estos casos y como cabría esperar, la sintomatología es mas grave y precoz.

182

ALUCINACIONES AUDITIVAS ASOCIADAS A HIPOACUSIA ADQUIRIDA

R.L. Boemo, E.I. Genestar, J.J. Chamizo, M.L. Navarrete, D. Moncho, A.M. García-Arumí

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Las alucinaciones auditivas son un fenómeno raro y poco comprendido. Tanto si están asociadas a patología orgánica, envejecimiento o a deterioro sensitivo su fisiopatología no está aclarada.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 83 años con antecedentes de HTA, claudicación intermitente, IAM e hipoacusia bilateral. Acudió a urgencias por presentar alucinaciones musicales de un mes de evolución con empeoramiento de su hipoacusia. La exploración fue dentro de la normalidad, la ATL mostró una hipoacusia mixta severa bilateral, los PEATC evidenciaron un patrón endococlear, y la TC cerebral reveló una desmielinización de predominio frontal. Se realizó una interconsulta con el Servicio de Neurología que diagnosticó una pérdida de la aferencia acústica crónica indicando tratamiento con gabapentina. La valoración por el Servicio de Psiquiatría fue normal. Actualmente el paciente refiere mejoría de sus alucinaciones auditivas.

Discusión: Las alucinaciones auditivas se clasifican en simples o complejas. Las simples son los acúfenos y las complejas son las formas musicales, voces o palabras sueltas. En los pacientes con alucinaciones auditivas debe descartarse una etiología orgánica (tumores o epilepsia frontal), psiquiátrica (esquizofrenia), o una hipoacusia. El tratamiento con antipsicóticos presenta resultados contradictorios.

Conclusiones: 1) Los pacientes con alucinaciones auditivas deben ser valorados por un equipo multidisciplinar (psiquiatras, neurólogos y otorrinolaringólogos). 2) Deben descartarse la esquizofrenia así como las lesiones orgánicas del lóbulo temporal. 3) La hipoacusia severa y la cofosis, a través de un mecanismo de pérdida de estímulos auditivos neuronales aferentes, puede estar asociada a las alucinaciones auditivas en pacientes sin alteraciones orgánicas ni psiquiátricas.

194

DEHISCENCIA DEL CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR (DSCC)

C. De la Plata Sánchez, M.P. Gómez Tapiador, I. Vázquez Muñoz, E. López De Hueva, M. Oliva Domínguez, J. Bartual Pastor

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: La DCSS fue descrita por primera vez por Minor y cols. en 1998 y se define como la ausencia de cobertura ósea sobre el conducto se-

micircular superior en la zona más próxima a la duramadre de la fosa cerebral media. La DCSS se ha descrito recientemente como una nueva causa de los vértigos inducidos por sonidos (fenómeno de Tullio).

Material y método: Paciente de 35 años con cuadro de mareos de 1 año de evolución, que describe como crisis de aparición brusca, de segundos de duración y se provocan con maniobras de Valsalva. A la exploración presenta: hipoacusia de transmisión leve en frecuencias graves en OI, reflejos estapedianos: ausencia completa de reflejos en el lado izquierdo, prueba calórica bitérmica: hiporreflexia calórica de lado derecho y PEVM: disminución del umbral de estimulación en el lado izquierdo.

Resultados: Todo ello nos lleva a la realización de un TAC de peñasco donde se demuestra una dehiscencia del techo del canal semicircular superior izquierdo. La paciente rechaza la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

Discusión/Conclusión: Ante un paciente con una hipoacusia de transmisión y vértigo provocado ante maniobra de Valsalva hay que sospechar la posibilidad de la existencia de esta entidad dentro del diagnóstico diferencial.

196

NEURONITIS VESTIBULAR: NUESTRA CASUÍSTICA

C. Martín, F.M. González, A. Ibáñez, A. Rodríguez, C. Górriz, M. Pinilla, B. Arellano

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La neuronitis vestibular es una entidad caracterizada por la presencia de crisis súbitas de vértigo, de horas o días de duración, acompañadas de síntomas vegetativos, en ausencia de hipoacusia o acúfenos. Su causa es desconocida, aunque se cree que puede tener un origen viral. La recuperación clínica suele ser completa.

Material y método: Presentamos 150 pacientes de nuestro hospital diagnosticados de neuronitis vestibular entre 1996 y 2006, basándonos en los síntomas que padecen, exploración ORL y otoneurológica completas, audiometría tonal liminar y pruebas calóricas.

Resultados: La media de edad de nuestro grupo de pacientes es 41,6 años, siendo un 54,7% varones. Nuestros pacientes presentan crisis de vértigo de semanas de evolución, con nistagmo espontáneo y pruebas calóricas patológicas, en un 81,3% de los casos.

Conclusión: La neuronitis vestibular cursa con crisis de vértigo paroxístico de semanas de evolución, sin hipoacusia ni acúfenos asociados. En la exploración aparece nistagmo espontáneo hacia el lado sano y pruebas vestibulo-espinales lateralizadas al lado enfermo. Además, se observaba hiporreflexia del sistema vestibular del lado afecto, en respuesta a un estímulo calórico.

205

PORTAELECTRODOS PLANO PARA LA ESTIMULACIÓN COCLEAR ENDOSTEAL

F.J. Cervera-Paz, J. Gracia, E. Castaño, A. Valdivieso, M. Manrique

Clínica Universitaria, Pamplona. CEIT-TUCNUN, Escuela Superior de Ingenieros, San Sebastián.

Introducción: Tradicionalmente se vienen empleando implantes cocleares con guías de electrodos situadas en la luz coclear. Su indicación básicamente ha sido el tratamiento de pacientes con hipoacusias neurosensoriales bilaterales profundas. El desarrollo y aplicación de guías portaelectrodos planas podría servir para la estimulación del nervio auditivo desde una posición endosteal en la pared lateral de la cóclea, dispuestas longitudinalmente a lo largo de la espira basal entre el ligamento espiral y el endosteo.

Material y método: La aplicación de nuevas tecnologías en materiales permite la fabricación de guías portaelectrodos planas, con espesores reducidos, de hasta 0,008 mm. Se han desarrollado y probado diversos prototipos de guías portaelectrodos planas. Dichas guías portaelectrodos requieren de una técnica quirúrgica peculiar para su inserción.

Resultados: Se ha diseñado y fabricado una guía portaelectrodos rectangular y plana. La guía se ha elaborado mediante la superposición de monocapas de material polimérico superflexible. En las monocapas se han incluido los microelectrodos y sus interconexiones. Se ha realizado la implantación de las guías portaelectrodos en huesos temporales humanos formolizados, de los que se dispone del estudio histológico.

Discusión/Conclusiones: La aplicación de portaelectrodos planos en posición endosteal, combinada con una colocación atraumática posibilitaría, en teoría, la preservación de las estructuras intracocleares. Con este tipo guías y la apropiada técnica quirúrgica se podría realizar un tratamiento selectivo de las hipoacusias neurosensoriales con caídas en las frecuencias a partir de los 2 kHz. Otra de las posibles aplicaciones sería el tratamiento de los acúfenos, mediante técnicas de enmascaramiento eléctrico.

219

LINFOMA T/NK NASAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

M. Ceballos Cauto, S. Sánchez Gómez, G. Benavente Bermuda, C. López-Ladrón García de la Borbolla, T. Francisco Herrero Salado
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El linfoma T/NK nasal, también conocido como granuloma letal de la línea media, es una patología rara en nuestro medio. Histológicamente se caracteriza por infiltrados celulares mixtos con invasión linfoide angiocéntrica y oclusión vascular, produciendo necrosis por isquemia de los tejidos normales y neoplásicos, con asociación al virus de Epstein Barr. Se caracteriza por una evolución silente y agresiva, con síntomas inespecíficos, que hacen que el diagnóstico sea tardío, en estadios finales de la enfermedad.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 34 años con antecedentes personales de enolismo, tabaquismo, ex-ADVP en tratamiento con metadona, que refiere insuficiencia respiratoria nasal (IRN) de años de evolución. A la exploración se encontró una mucosa desestructurada, con aspecto hipertrófico y friable, sangrante y dolorosa al tacto, de la que se tomaron muestras para estudio microbiológico y anatomopatológico. Se obtuvo el diagnóstico de linfoma T/NK nasal.

Resultados: Se realizó un estudio de extensión, TAC tórax-abdomen, RNM cabeza-cuello, frotis sangre periférica, y se inició un ciclo de quimioterapia con esquema CHOP. A pesar del buen estado general del paciente en el momento del diagnóstico, presentó un deterioro rápidamente progresivo, que culminó con la muerte del paciente por fallo multisistémico a los 2 meses del diagnóstico.

Conclusión: El linfoma T/NK nasal es una neoplasia rara, pero exige incluirla en el diagnóstico diferencial de las lesiones intranasales de evolución tórpida. A pesar de las evoluciones satisfactorias publicadas en la literatura reciente, el caso que presentamos sufrió una evolución rápidamente progresiva y letal.

225

SÍNDROME DE ZIEMSEN ASOCIADO A PARÁLISIS BILATERAL DEL IX Y XII PAR Y NISTAGMUS CENTRAL

S. Senao Fernández, E. Porras Alonso
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La exploración de los pares craneales por parte del otorrinolaringólogo en ocasiones se transforma en un dato fundamental para el enfoque diagnóstico. Exponemos el caso clínico de un paciente donde la presencia de un síndrome de Ziemssen asociado a la afectación del IX y XII par y nistagmus central modificó el enfoque diagnóstico inicial.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un paciente con afectación del vago bilateral asociado a parálisis bilateral de IX y XII par y nistagmus central tras precipitación de una altura de 1,5 metros. Inicialmente, la valoración neurológica del paciente se situó en una puntuación de 15/15 en la escala de Glasgow y las imágenes de TC y RNM tan sólo reflejaron una imagen dudosa de pequeña hemorragia subaracnoidea. Ante la incapacidad para comunicarse verbalmente con una comprensión indemne se exploró el área faringolaríngea observándose diplegia laríngea en abducción, afectación bilateral de la movilidad lingual y de la sensibilidad faríngea asociado a un nistagmus central. Se establece la posibilidad de lesión troncoencefálica en evolución. En las imágenes de RNM obtenidas posteriormente se observó la presencia de lesión troncoencefálica en pedúnculo cerebeloso medio izquierdo.

Conclusiones: La valoración funcional de los pares craneales bajos, fundamentalmente de la movilidad y sensibilidad faringolaríngea y lingual en un contexto de afectación neurológica debe realizarse de forma rutinaria por el otorrinolaringólogo.

237

SÍNDROME DE COMPRESIÓN VASCULAR DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO

C. Torregrosa Carrasquer, A. González Delgado, E. Viviente Rodríguez, N. Sánchez Martínez, A. Capitán Guarnizo, C. Spretelsen Gasso
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Describimos las manifestaciones clínicas y los hallazgos otoneurológicos en el síndrome de compresión vascular del conducto auditivo interno y presentamos un caso clínico.

Material y método: Paciente de 53 años que consulta por cuadro nauseoso constante, vista nublada y parestesias en miembros superiores de 2 meses de evolución. El estudio vestibular refleja un nistagmo izquierdo de posición que disminuye con la fijación ocular y una hipofunción derecha del 15%. La audiometría tonal es compatible con hipoacusia neurosensorial moderada derecha. Se solicita RMN que revela un bucle vascular en el conducto auditivo interno procedente de la AICA. Los potenciales auditivos de tronco cerebral muestran ausencia de onda I.

Resultados: La paciente está muy sintomática con un vértigo posicional incapacitante y acúfeno de reciente comienzo. Se le ha propuesto intervención quirúrgica y estamos a la espera de su decisión.

Discusión: El contenido del CAI puede ser comprimido por elementos vasculares siendo el más frecuente la AICA. El síndrome de compresión se caracteriza por: 1. Alteraciones del equilibrio como episodios recurrentes de vértigo, vértigo posicional e intolerancia al movimiento. 2. Alteraciones en la videonistagmografía: nistagmo espontáneo, nistagmo de posición e hiporreflexia calórica. 3. Alteraciones audición: hipoacusia progresiva neurosensorial en frecuencias agudas. 4. BERA: aumento de interlatencias. La técnica de elección diagnóstica es la RMN que además permite descartar lesiones tumorales. El tratamiento es controvertido pero parece que la cirugía es muy beneficiosa para eliminar el vértigo postural. El acúfeno sin embargo suele persistir a pesar del tratamiento.

248

METODOLOGÍA DE TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Lazarich Valdés, J. Verge González, J. Pérez Arcos, E. Flores Carmona, P. Contreras Molina, A. Cordero Jiménez
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La "termoterapia intersticial" mediante radiofrecuencia se considera hoy día como técnica de elección para mejorar la permeabilidad nasal en los casos de rinitis crónica hipertrófica turbinal, que no responden al tratamiento médico habitual. Debido a ser una técnica poco invasiva y con un postoperatorio exento de taponamiento nasal se considera idónea para los procesos de cirugía mayor ambulatoria.

Material y método: Presentamos la metodología seguida en nuestro Servicio, donde exponemos de una forma sistemática los pasos que hacen posible el realizar esta técnica de una forma totalmente indolora y bajo control endoscópico permanente.

Resultados: Mostramos nuestros resultados clínicos, comentando los aspectos más destacables de dicha técnica, valorando los costes económicos así como las posibles complicaciones.

Discusión: En nuestra experiencia creemos que dicha técnica es la mejor alternativa quirúrgica a la insuficiencia respiratoria que ocasiona la hipertrofia turbinal, independientemente a su etiología.

249

COMPLICACIONES DE LAS RINOSINUSITIS, CASOS DEL SERVICIO ORL DEL HGUA

C. Gutiérrez Castillo, I. Monjas Cánovas, E. Delgado Moreno, E. Monerris García, J.R. Gras Albert
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Las complicaciones de la rinosinusitis se producen cuando una infección localizada en uno o varios senos paranasales progresa y se extiende a estructuras vecinas a través de las paredes óseas o canales vasculares. Las relaciones anatómicas entre las meninges y las fosas nasales y senos paranasales explican la aparición de complicaciones meningoencefálicas; asimismo, la estrecha vecindad de la órbita y su conte-

nido determina la existencia de complicaciones oculares. Estas complicaciones hoy en día han disminuido gracias al avance de la antibioterapia y los progresos en Otorrinolaringología.

Casos clínicos: Se presentan una serie de casos de rinosinusitis en el servicio de ORL del HGU de Alicante, que a pesar de la antibioterapia, progresaron a complicaciones como: absceso orbitario, empiema frontal y meningoencefalitis.

Conclusión: Ante la sospecha de aparición de una complicación por rinosinusitis, se debe realizar ingreso hospitalario y tratamiento endovenoso con antibioterapia de amplio espectro. Si la enfermedad progresa a pesar del tratamiento antibiótico, estará indicada la actitud quirúrgica.

263

COMPLICACIONES ORBITARIAS DE LAS RINOSINUSITIS

F.A. Navarro Escobar, J. Gálvez Pacheco, A.L. Delgado Quero, J. Roura Moreno, R. Jódar Moreno

Hospital Neurotraumatología Ciudad de Jaén.

Introducción: Las complicaciones orbitarias se producen en un 0,4% y dentro de éstas el absceso superiástico supone alrededor de un 15-20%.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 13 años de edad que acude a urgencias por cuadro de fiebre alta, rinorrea purulenta y tumoración ocular izquierda tras proceso cataral de una semana de evolución. A la exploración presentaba edema, y eritema periorbitario izquierdo, ligera proptosis y leve afectación del músculo recto externo. En TAC de órbita y senos se aprecia ocupación completa de seno maxilar, etmoidal anterior y posterior y frontal izquierdos con conservación de lámina papirácea, rotura de suelo y pared anterior de seno frontal con celulitis prefrontal. La pared superior y posterior estaba conservada. Además aparecía reacción inflamatoria de glándula lagrimal izda sin signos actuales de absceso. Se le realiza también resonancia que descarta afectación intracraneal. Se procede a ingreso y tratamiento empírico con clindamicina, ceftriaxona y vancomicina. Debido a la evolución tórpida, a las 48 horas se decide a CENS. La paciente evoluciona bien pero al tercer día empeora por lo que es derivada a nuestro servicio. A la llegada se realiza un revisión de CENS ampliando meatotomía media, limpieza de mucosa hipertrófica de etmoides anterior y posterior, apertura de seno frontal evacuando gran cantidad de material purulento. Además se procede a apertura subperióstica de absceso orbitario. Se mantiene igual tratamiento antibiótico a la espera de cultivo y antibiograma.

Resultados: La paciente presenta una evolución favorable y es dada de alta a los 15 días tras retirada de drenajes.

Discusión/Conclusiones: Ante la sospecha de una complicación orbitaria es necesario el abordaje quirúrgico a las 48-72 horas en caso de no mejoría con tratamiento médico. La tendencia actual es el abordaje mediante CENS al ser considerada como una técnica segura, eficaz y con una menor morbilidad que las técnicas abiertas.

271

HEMANGIOMA CAPILAR LOBULILLAR NASAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

L. Megías Gamiz, I. Vázquez Muñoz, J.A. Ibáñez Rodríguez, G. Dañino González, J. Roquette Gaona

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El hemangioma capilar lobulillar nasal (HCL), también llamado granuloma gravidico o granuloma piogénico, es una tumoración benigna, poco frecuente a nivel nasal, de crecimiento rápido y etiología desconocida. Existen factores asociados con su aparición (microtraumatismos, factores hormonales, etc.). Estos tumores crecen en cavidad oral (sobre todo en encía) y región nasosinusal (septum y cornetes) en los primeros meses del embarazo e involucionan a su término. Por su rápido crecimiento hay que hacer diagnóstico diferencial con tumores malignos y otras lesiones vasculares.

Material y método: Paciente mujer de 32 años que consulta por tumoración de fosa nasal derecha que ha ido aumentando de tamaño durante 6 meses, coincidiendo con su embarazo. Actualmente con lactancia materna. Tumoración no dolorosa, friable y sangrante al tacto que ocupa toda la totalidad del vestíbulo y tercio anterior de fosa nasal. Sin antecedentes de enfermedades o lesiones vasculares, analítica y perfil hormonal dentro de la normalidad.

Resultados: Ante la sospecha de HCL se realizan TAC y preoperatorio de la paciente. La imagen es susceptible de lesión vascularizada, bien delimitada y de pedículo de implantación en tercio anterior septal. Se procede a realizar cirugía endoscópica con exéresis mediante asa fría y cauterización del pedículo.

Discusión/Conclusión: El HCL a nivel nasal es una patología infrecuente. Se incrementa la incidencia en mujeres embarazadas. Dentro de lo infrecuente de esta patología, la persistencia tras el parto lo hace aún más insólito. Las técnicas de imagen permiten planificar la extensión y la planificación de la cirugía.

272

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA EN RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

M. Conde, S. Calvente, D. Piédrola, N. Rodríguez, E. Fernández, M. Ortiz, J.C. Casado, V. Povedano

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción: Desde el año 2005, nuestro Hospital realiza el cribado auditivo a todos los recién nacidos siguiendo las recomendaciones del Programa Universal de Detección Precoz de Hipoacusia de la Junta de Andalucía. Existen suficientes argumentos que justifican el esfuerzo en diagnosticar durante el primer año los trastornos de la audición puesto que supondrá un avance importante en el desarrollo social y educativo del niño. Nuestro objetivo es evaluar los resultados en base a los indicadores de calidad propuestos.

Material y método: Se realizan otoemisiones acústicas al alta del recién nacido con un equipo portátil modelo Accuscreen de GN Otometrics. Los niños que no pasan son citados para repetirlas a la semana. Los que siguen sin pasar y todos los factores de riesgo son derivados a consulta de ORL a los 4 meses de vida para realizar impedanciometría y potenciales evocados auditivos.

Resultados: Se realizaron más de 13400 otoemisiones entre abril de 2005 y febrero de 2007, con una cobertura del 98,67%. Las repeticiones fueron del 3,45%. El 1,93% de todos los recién nacidos se remitieron a la fase de diagnóstico.

Discusión: Es fundamental establecer indicadores para conocer el cumplimiento del Programa y sus objetivos. De esta forma, nos permitirá tomar decisiones de mejora y corregir los posibles errores detectados.

289

LINFOMA NO HODGKIN NASAL EXTRANODAL: ¿UNA PATOLOGÍA EN AUGE EN ESPAÑA?

J. Horna Castiñeiras, M.Á. Gómez Marino Martínez, S. Álvarez Carrillo, F. Mera Menéndez, M.Á. Díaz Díaz

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El linfoma T/NK nasal extranodal es una entidad clínica patológica reconocida en la clasificación de la OMS caracterizada por su naturaleza destructiva y mal pronóstico. Propia de Asia, Sudamérica y México, su diagnóstico es raro en raza caucásica. Nuestro objetivo es realizar una revisión de la literatura a partir de nuestra experiencia.

Material y método: Presentamos los 2 únicos casos diagnosticados en el Hospital de La Princesa: el primero el de un varón de 73 años diagnosticado de pansinusitis y celulitis orbitaria, cuya biopsia reveló tejido necrótico e infiltrado linfocitario CD3+ compatible con linfoma T periférico de difícil clasificación. El segundo, a una mujer caucásica de 72 años con clínica de epistaxis y presentación de una lesión ulcerosa en el septum nasal, así como otra en aritenoides derecho, ésta asintomática, diagnosticadas ambas de linfoma T/NK nasal extranodal.

Resultados: El primer caso presentó a las pocas semanas placas cutáneas que resultaron en linfoma T/NK nasal extranodal, falleciendo el paciente a los pocos días sin haber comenzado tratamiento. En el segundo, la paciente recibió tratamiento quimioterápico y radioterápico con resultado de éxitos a los seis meses del diagnóstico.

Discusión: El linfoma T/NK nasal extranodal es una enfermedad, de difícil diagnóstico tanto clínico como anatomopatológico, y de tratamiento controvertido que generalmente no controla la enfermedad. Dado los movimientos migratorios de los últimos años dados en nuestro país, nuestro objetivo es acercar esta patología al otorrino en previsión del probable aumento de diagnósticos de la misma.

301

EXPLORACIÓN AUDIOLÓGICA EN PACIENTE CON ACÚFENOS. VALORACIÓN Y RESULTADOS.

C. De Paula Vernetta, A. Piera Balbastre¹, N. Conill Tobías, N. Muñoz Fernández, J.M. Láinez Andrés¹, J. Marco Algarra

Servicio de ORL, Hospital Clínico Universitario de Valencia. ¹Servicio de Neurología, Universidad de Valencia.

Introducción: La estrecha relación entre hipoacusia y acúfenos ha llevado al Otorrinolaringólogo a realizar a lo largo de los años una exhaustiva exploración audiológica en vistas a etiquetar el origen del mismo.

Material y método: Se realiza un estudio audiológico sobre 77 pacientes con acúfeno de más de 6 meses de evolución, un 29,9% (23/77) derechos, un 44,1% (34/77) izquierdos y un 26% (20/77) bilaterales.

Resultados: El nivel auditivo predominante de nuestros pacientes (76,4%) fue una hipoacusia de grado leve-moderado. Un 36% presentó antecedente de trauma acústico. El tipo de ruido predominante en la acufenometría fue un tono puro (T) (39%), siendo la frecuencia predominante los 8000 Hz (42,85%). La mayoría de nuestros pacientes (53/77) presentaron algún tipo de respuesta en el grado de percepción de su acúfeno ante un estímulo de las mismas características, predominando la inhibición parcial (38,23%). La Intensidad media (dBSU) fue de 15,7 y el NME (dBSU) de 18,27. En los DPOAE se detectó una alteración fundamentalmente a 4875 Hz en el 73,58%. Los PEATC mostraron una latencia media: III (3,94 mseg), V (6,08 mseg) con una interlatencia media de 2,14 mseg. En el estudio con RNM se detectó un macroadenoma hipofisario.

Discusión/Conclusiones: La completa exploración otorrinolaringológica se considera de vital importancia en el paciente con acúfenos, ya que al presentar cerca de un 85% de éstos una hipoacusia asociada nos ayudará a la adecuada orientación del paciente.

309

HIPOACUSIA Y ALTERACIÓN DE LA VISIÓN

E. Matió, E. Esteller, A. Enrique, P. Huerta, J.M. Adema

Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.

Introducción: La hipoacusia neurosensorial asociada a déficits visuales comporta un grave trastorno en el normal desarrollo de los pacientes.

Casos clínicos: Presentamos a dos pacientes, un varón de 25 años y una mujer de 12, que presentan una hipoacusia neurosensorial bilateral severa y asimétrica, de aparición rápidamente progresiva. En el primer caso existe además un síndrome vertiginoso invalidante rebelde al tratamiento médico. Ambos pacientes presentan también un estrechamiento del campo visual, secundario a una retinitis pigmentaria.

Discusión: La asociación de hipoacusia neurosensorial y retinitis pigmentaria, conocida como síndrome de Usher, representa una grave deficiencia sensorial, de origen autosómico recesivo, del cual existen distintas formas de presentación, siendo la más habitual la forma de presentación en la edad infantil. Como resultado del trastorno genético está alterada la síntesis de la proteína miosina VIIA, que está presente en los cilios de la cóclea y en los fotorreceptores de la retina, lo que determina la sintomatología de los pacientes. El tratamiento de la hipoacusia se basa en la adaptación audiotrófica o, en los casos más graves, en implantes cocleares. La retinitis pigmentaria, al tratarse de un trastorno degenerativo y progresivo de la retina conlleva, a menudo, la progresión de la enfermedad visual hacia la ceguera. Se hace necesario, ante el diagnóstico de la enfermedad, ofrecer asesoramiento genético a los padres y tratar adecuadamente las discapacidades sensoriales.

325

FÍSTULA OROANTRAL Y MESIODENT

I. Castillo Iturralde, J. Martín Arregui, L. Mutio Zalacain, J.L. Maza Cano

Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente joven que acude por episodios repetidos de sinusitis maxilar aguda.

Material y método: En la exploración mediante fibroscopia nasal se aprecia un edema importante de meato medio. En la exploración oral se

objetiva una fístula oroantral. Mediante TAC se observa un cuerpo extraño en el interior del seno maxilar que tras ser extirpado mediante CENS se diagnostica de diente ectópico supernumerario o mesiodens en seno maxilar.

Resultados: Tras el tratamiento el paciente permanece asintomático. Se realiza una revisión de la literatura de los dientes supernumerarios encontrados en fosas nasales o senos paranasales y se resalta su rareza sobre todo asociados a una fístula oroantral.

331

FIBROMA SOLITARIO NASAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Ghani, B. García, J. Galindo, A. Hernández, P. Melgarejo, J. Tarragona

Hospital Santa María, Lleida.

Introducción: El tumor fibroso solitario es un tumor de origen mesenquimal, descrito por primera vez en 1931, originariamente encontrado en tejido pleural. Recientemente, no obstante, numerosos sitios extra-pleurales han sido descubiertos, incluyendo hígado, cavidad nasal o senos paranasales. El diagnóstico diferencial no es fácil y sigue siendo confundido con otras entidades.

Material y método: Describimos el caso de una paciente de 61 años con obstrucción nasal de un año de evolución advirtiendo finalmente una masa sólida que emerge de la fosa nasal derecha, motivo por el cual consulta a su ORL. La exploración ORL muestra la presencia de una gran masa consistente, de contornos regulares y aspecto polipoide que ocupa la totalidad de la fosa nasal sin afectación del cavum. La Tc informa de una probable poliposis inflamatoria antorcoanal, sin poderse descartar otras causas inflamatorias, tumorales o infecciosas.

Resultados: Se realiza una biopsia quirúrgica obteniendo como resultado un tumor mesenquimal de grado intermedio compatible con tumor fibroso solitario de fosas nasales con estudio inmunohistoquímico positivo para anti CD34 y anti CD99 y negativo para anti CD31.

Conclusiones: Describimos un tumor de muy baja prevalencia, análogo desde el punto de vista morfológico e inmunohistoquímico al tumor fibroso de la pleura (mesotelioma fibroso solitario) y relacionado histogenéticamente con el hemangiopericitoma. Revisamos la sintomatología, la histología, la imagenología y las posibilidades terapéuticas.

349

ALTERACIONES COCLEOVESTIBULARES ASOCIADAS A MALFORMACIONES VASCULARES CERVICALES Y DE APC

B. García, X. Galindo, A. Hernández Agelet, F. Ghani, P. Melgarejo

Hospital Santa María, Lleida.

Introducción: Las alteraciones morfológicas vasculares son una causa importante de aparición de trastornos cocleovestibulares, a menudo infradiagnosticadas por la tendencia a finalizar estudios etiológicos de dichos trastornos una vez descartada patología tumoral o degenerativa.

Material y método: Realizamos una revisión de la incidencia de consultas por hipoacusia y/o inestabilidad en nuestra consulta ORL. Todos los pacientes de la revisión presentan un estudio audiométrico, neurofisiológico y de imagen.

Resultados: Presentamos los resultados de nuestra casuística en referencia a los trastornos cocleovestibulares en los que se han hallado alteraciones vasculares tales como hipoplasias de la arteria basilar, bucles AICA, compresiones del estatoacústico por AICA, compresión del tronco encefálico por megadolicoabascular, compresiones del nervio estatoacústico por cruces aberrantes arteriales... Revisamos la sintomatología, la imagenología y las posibilidades terapéuticas de dichos trastornos realizando hincapié en las posibilidades rehabilitadoras de dichos trastornos en cuanto al manejo del trastorno vestibular se refiere.

Conclusiones: La incidencia de alteraciones vasculares acompañando a múltiples trastornos cocleares y/o vestibulares es tal vez mayor de la que inicialmente se describe en la literatura clásica. Creemos importante la identificación de dichas alteraciones para establecer un plan terapéutico evitando tratamientos farmacológicos inútiles y favoreciendo actividades o conductas preventivas. Creemos importante que el paciente disponga de información acerca de perspectivas realistas en cuanto a la mejoría o progresión de la alteración y se implique en el seguimiento y tratamiento rehabilitador de dichos trastornos si es posible.

351

ATRESIA DE AMBOS CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS

N. Gómez Estancona, A.G. Tena, L. Muñiz, L. Urruticoechea

Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

Introducción: Presentamos un caso familiar de atresia bilateral de conductos auditivos externos.

Material y método: Paciente de 2 años visto en la consulta con imperforación de ambos conductos auditivos externos y la madre presenta la misma malformación.

Discusión: Se presentan los distintos tratamientos y el estudio genético.

352

MASCARILLA LARÍNGEA FLEXO-METÁLICA EN AMIGDALECTOMÍASN. Gómez Estancona, M.A. Fernández Urarte, M.A. Reguera Fernández *Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.*

Introducción: El desarrollo de la mascarilla laríngea nos permite el empleo habitual en las intervenciones de ORL infantil, especialmente en amigdalectomías y adenoidectomías.

Material y método: Presentamos 20 pacientes intervenidos de amigdalectomía en el Hospital de Cruces con mascarilla laríngea (MBA) y (AMBU).

Discusión: Esta técnica de ventilación permite una visión completa del campo quirúrgico, menor riesgo anestésico y un despertar confortable.

364

USO RACIONAL DE LA VIDEONISTAGMOGRAFÍAE. Mata López, A. Gandul Merchán, I. Reyes Tejero, F. Aguilar, J. Muñoz, D. Castro, A. Medinilla, M.D. Allely, M.Á. Lopez, F.E. Ortega *Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.*

Introducción: La patología del equilibrio en nuestro medio esta experimentando en los últimos años un considerable aumento, principalmente debido a dos aspectos en concreto: el creciente envejecimiento poblacional y el aumento de las complicaciones derivadas de los traumatismos craneoencefálicos. Tal es este aumento, que se ha convertido en el tercer motivo de consulta en atención primaria, paralelamente ha existido una mejora en los medios diagnósticos, tanto por imagen (TAC y RMN) como funcionales (VNG). Dado que la VNG consume muchos recursos tanto económicos como humanos, proponemos aquí el uso racional de la misma. Para ello recomendamos un filtrado previo mediante criterios clínicos y exploratorios y exponemos una serie de indicaciones donde su utilidad y eficiencia es máxima.

Material y método: Estudio realizado en una muestra de 112 enfermos con alteraciones en el equilibrio, a los cuales se les realiza una historia clínica y exploración sistemática y se les somete a un cuestionario relacionado con patología cóleo-vestibular, posteriormente se les sometió a una VNG estimulando ambos oídos con aire a 25 y 46 grados y se documentaron los resultados

Resultados: Demostramos la importancia de un interrogatorio dirigido, una exploración vestibular adecuada y unas indicaciones seleccionadas para obtener el máximo rendimiento de la prueba

Discusión/Conclusiones: La VNG es el gold standard para el diagnóstico de la patología vestibular y debe estar fundamentada en una valoración clínica previa para obtener la máxima rentabilidad, así mismo, tiene mucha menor importancia como método para descartar patología vestibular en un enfermo con alteración del equilibrio.

379

PAPILOMA INVERTIDO SINUSAL. SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO

C. Calvo Navarro, M. Bohé Rovira M.V. Pulido Clarasó

Clínica Plató, Fundació Privada, Barcelona.

Introducción: Los papilomas invertidos nasosinuales son tumores benignos con tendencia a la recidiva y con potencial de malignización. Pueden erosionar las estructuras óseas adyacentes.

Material y método: Presentamos dos pacientes afectos de papiloma invertido en estadio III según la clasificación de Krouse basada en los hallazgos clínicos y radiológicos. En los dos pacientes se realizó una cirugía endoscópica nasosinusal. En uno de ellos, la recidiva obligó a realizar un abordaje externo.

Resultados: La técnica quirúrgica empleada en los dos casos fue la cirugía endoscópica nasosinusal. En uno de los pacientes que recidivó en la pared anterior y lateral del seno maxilar se reintervino utilizando la vía de abordaje externa (Caldwel Luc). En los controles posteriores el cierre de la contra abertura nasal impidió el seguimiento endoscópico del seno maxilar. Las imágenes mediante TC y RMI no consiguieron en este caso tener un diagnóstico de certeza, por lo que fue intervenido de nuevo para biopsias siendo éstas negativas. A los dos años de la última intervención, los dos pacientes se encuentran libres de enfermedad.

Conclusiones: La resección endoscópica del papiloma invertido tiene un papel primordial en el manejo de los papilomas invertidos que puede combinarse con un abordaje externo. La RMI es capaz de diferenciar la diferente densidad entre moco y tumor, sin embargo en nuestro caso fue necesario un segundo abordaje externo pues la fibrosis intrasinusal postoperatoria no se distinguía del tumor heterogéneo.

382

MANIFESTACIONES OTOLÓGICAS Y OTONEUROLÓGICAS EN UNA FAMILIA CON ENFERMEDAD DE FABRY

V. Palomar Asenjo, S. Tobías Gómez, M. Borrás Perera, J.C. Fortuny Llanses, V. Palomar García

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Universitat de Lleida.

Introducción: La enfermedad de Anderson-Fabry se debe a un déficit hereditario de la enzima alfa-galactosidasa A. Tiene una herencia recesiva ligada al cromosoma X. Un porcentaje importante de los pacientes afectados por esta enfermedad presentan afectación laberíntica, que puede manifestarse en forma de pérdida auditiva o alteraciones en el equilibrio.

Material y método: Presentamos una familia de pacientes con enfermedad de Fabry en la que hay 3 componentes afectados por dicha patología. El caso guía que permitió la identificación es el de un varón que presentaba lesiones cutáneas características de esta patología y que en estudios posteriores mostró afectaciones a diversos niveles entre los que se encontraba el oído interno. Se realizó un estudio familiar en el que se detectaron dos nuevos casos de afectación genética (la madre y hermana del caso guía) con escasas manifestaciones de la patología.

Discusión: La enfermedad de Fabry es una de las posibles causas de hipoacusia neurosensorial de origen genético. Se debe tener en cuenta que la afectación en las mujeres heterocigotas puede variar desde mínima a muy intensa. También es importante valorar que la introducción del tratamiento de sustitución enzimática puede permitir la regresión de algunas manifestaciones de la patología.

394

LOS GLUCOCORTICOIDES ORALES E INTRANASALES DISMINUYEN LA INFLAMACIÓN EN LOS PÓLIPOS NASALES AL REDUCIR LA INFILTRACIÓN DE EOSINÓFILOSA. Martínez-Antón¹, P. Benítez³, E.J. De Groot², C.M. Van Drunen², I. Alóbid³, C. Picado⁴, W. Fokkens², J. Mullol^{1,3}¹IDIBAPS, ²AMC, Amsterdam. ³Unitat de Rinologia, Servei d'ORL. ⁴Servei de Pneumologia, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La poliposis nasal (PN) se caracteriza por un infiltrado de células inflamatorias, sobretudo eosinófilos. Estas células producen una gran cantidad de citoquinas proinflamatorias implicadas en la patogenia de la PN. La principal línea de tratamiento de la PN son los glucocorticoides (GC) intranasales y orales.

Objetivo: Estudiar el efecto de los glucocorticoides (GC) sobre el infiltrado celular de los PN.

Método: Se estudiaron pacientes con PN sin asma (n = 12) y con asma, tanto tolerantes (n = 12) como intolerantes (n = 12) a los AINEs, y un grupo control no tratado (n = 10). Los pacientes fueron tratados con prednisona oral (30 mg/día; dosis decreciente) 2 semanas y budesonida intranasal (400 µg/12 horas) 12 semanas. Los PN fueron biopsiados antes (B0) y a las 2 (B2) y 12 (B12) semanas de tratamiento. Se realizó im-

munohistoquímica para eosinófilos (BMK13), mastocitos (triptasa) y linfocitos (CD4). Los resultados se presentan con la mediana de células por mm².

Resultados: A nivel basal (B0), los linfocitos fueron las células predominantes en todos los tipos de PN (249,5), seguidos de eosinófilos (189,5) y mastocitos (40,5). Tras el tratamiento con GC orales (B2) hubo una disminución significativa ($p < 0,05$) de eosinófilos (24,8) pero no de mastocitos (51,7) y linfocitos (276,9). Tras el tratamiento con GC intranasales (B12) los eosinófilos siguieron disminuyendo en los pacientes sin asma (6,6) pero volvieron a aumentar en los asmáticos (84,5). Los mastocitos (25,3) y los linfocitos (260) disminuyeron ligeramente.

Conclusiones: Una tanda corta de GC orales reduce intensamente la inflamación eosinofílica de los PN mientras que el tratamiento crónico con GC intranasales es capaz de mantener este efecto, sobretudo en los pacientes sin asma concomitante.

414

NEUROPATÍA AUDITIVA POR MUTACIÓN DEL GEN DE LA OTOFERLINA

E. Cruz De la Piedad, G. Trinidad Ramos, A. González Palomino, C.G. Pantoja Hernández, E. Mora Santos, A. Blasco Huelva
Hospital Perpetuo Socorro, Badajoz.

Introducción: La mutación Q829x en el gen OTOF está descrita como la tercera causa genética más frecuente de la hipoacusia prelocutiva en la población española, capaz de producir hipoacusia neurosensorial severa-profunda cuando se porta en homocigosis. Presentamos el caso de un lactante de 5 meses, sin antecedentes personales o familiares de interés, que fue controlado al nacimiento en nuestro Programa de detección precoz de sorderas, obteniendo un resultado de "normal" en las OEA, saliendo por este motivo del protocolo de cribado establecido. A los 5 meses, su madre "cree que no oye" constatándose en ese momento una falta de respuesta a pruebas conductuales. Se realizan PEATC en los que existe una ausencia de onda I en ambos oídos.

Material y método: Nuestro Programa de detección precoz de sorderas sigue el preconizado uso de OEA como primera prueba en el cribado de sorderas en neonatos, realizándose PEATC sistemáticamente a niños de riesgo.

Resultados: 4 niños portadores de la mutación Q829x en el gen OTOF de un total de aproximadamente 40000 niños cribados en nuestro programa.

Discusión: Sin embargo, presentamos este caso como un falso negativo de la prueba de screening. ¿Deberíamos emplear los potenciales automáticos como primera prueba de screening?

Conclusión: Un resultado positivo en PEATC no asegura la adquisición del lenguaje. La neuropatía auditiva no inhabilita a las OEA como primera prueba de cribado. En todos los casos de sorderas neurococleares deben realizarse PEATC que también deben ser complementadas mediante pruebas conductuales.

427

ENFERMEDAD DE WEGENER

C. Zubimendi, A. Macaya, H. Trellés
Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: La enfermedad de Wegener es una vasculitis que afecta a diversos órganos y entre ellos está frecuentemente afectada vía respiratoria superior, en forma de rinitis inespecíficas clínicamente o sinusitis aparentemente de origen inflamatorio. es importante pensar en esta enfermedad para poder realizar un diagnóstico y tratamiento lo más precozmente posible.

Material y método: En este último año se han diagnosticado en nuestro servicio 5 casos de enfermedad de Wegener. Algunos remitidos desde el servicio de medicina interna con sospecha de la enfermedad, pero otros acudían por sinusitis maxilares con mala respuesta a tratamiento médico. La exploración nasal ha sido diferente: en un caso había engrosamiento de mucosa septal de aspecto fibrótico; en otro, afectación de mucosa nasal derecha con aspecto friable con absoluta normalidad del lado contralateral; en otros, imagen de mucosa muy congestiva con tendencia al sangrado al tacto. Radiológicamente, ocupación sinusal de características inflamatorias. Se realizaron biopsias bajo control endoscópico

y anestesia general siendo compatibles con enfermedad de Wegener. El tratamiento fue controlado por el servicio de Medicina interna. La evolución favorable en todos ellos.

Discusión/Conclusiones: Actualmente la enfermedad de Wegener se controla adecuadamente con tratamiento médico con normalización clínica de mucosa nasosinusal pero requiere una sospecha diagnóstica y biopsias realizada en buenas condiciones.

433

FÍSTULA FRONTAL ANTERO-POSTERIOR SECUNDARIA A POLIPOSIS DE WOAKESA

R. Artal Sánchez, B. Ágreda Moreno, A. Urpugui García, J. Alfonso Collado, H. Vallés Varela
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El síndrome de Woakes fue descrito por primera vez en 1885, siendo característica una etmoiditis deformante con alargamiento de la pirámide nasal debido a poliposis nasal desde la infancia. Algunos autores ha referido un posible origen hereditario, aunque su verdadera etiología permanece todavía desconocida.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 53 años con antecedentes de poliposis nasosinusal, que acudió a consultas de ORL por presentar insuficiencia respiratoria nasal, importante deformación de pirámide nasal y fístula externa en región frontal. Se practica una resonancia maxilofacial que nos confirma la presencia de un mucocelo frontal que rompe anterior y posteriormente las paredes del seno frontal. Se practica un doble abordaje quirúrgico, por vía endoscópica y a través de una incisión supraorbitaria, realizando exéresis completa de las lesiones. La evolución fue satisfactoria, realizando controles periódicos para controlar posibles recidivas.

Conclusiones: La poliposis nasal deformante es una entidad clínica rara cuyos pólipos tienden a recidivar con frecuencia. Por este motivo, los pacientes deben ser sometidos a cirugías nasosinuales extensas con el fin de reducir estas recidivas.

454

EFFECTO ADITIVO DE MOMETASONA Y DESLORATADINA SOBRE LA SUPERVIVENCIA DE EOSINÓFILOS INDUCIDA POR SECRECIONES EPITELIALES DE PÓLIPO Y MUCOSAS NASALES

E. Méndez-Arancibia¹, G. Oliveras¹, J. Roca-Ferrer¹, I. Alobid², A. Valero³, C. Picado³, J. Mullol¹

¹IRCE, IDIBAPS. ²Unitat de Rinologia, Servei d'ORL. ³Servei de Pneumologia i Alergia, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Los corticoides intranasales y los antihistamínicos son fármacos eficaces en la inflamación nasosinusal. No se ha demostrado si sus efectos antiinflamatorios actúan de forma sinérgica.

Objetivos: Investigar el efecto aditivo de mometasona (MOM) y desloratadina (DL) sobre la supervivencia de eosinófilos estimulada por secreciones epiteliales (ECM) de mucosa (MN) y pólipos nasales (PN).

Método: Eosinófilos (Eos) de sangre periférica fueron estimulados con ECM de MN o PN e incubados con MOM (10-5M a 10-11M) con o sin DL (10-5M) durante 4 días. Se analizó la supervivencia de los Eos mediante la tinción azul de Trypan, expresándose los resultados como índice de supervivencia (IS).

Resultados: El ECM (MN y PN) estimuló la supervivencia de los Eos del 1º al 4º día, siendo este efecto inhibido por MOM (MN: 1º al 4º día; PN: 2º al 4º día). Al 4º día, MOM inhibió ($p < 0,05$) la supervivencia de los Eos inducida por ECM-MN (10-5M = $6 \pm 3,1$ a 10-11M = $41,3 \pm 6,8$) y ECM-PN (10-5M = $4,3 \pm 2,6$ a 10-7M = $33,7 \pm 8,3$), respecto al control (MN = $63,1 \pm 6,1$; PN = $40,6 \pm 11$). Al 4º día, la combinación de MOM (10-11M) y DL (10-5M) inhibió la supervivencia de los Eos inducida por ECM-MN ($27,0 \pm 6,2$) y ECM-PN ($27,5 \pm 9,8$) con mayor potencia que la MOM sin DL (MN = $43,7 \pm 6,9$; PN = $33,7 \pm 8,3$) consiguiendo los niveles de inhibición de MOM 10-9M sin DL (MN = $36,1 \pm 6,5$; PN = $31,6 \pm 7,8$).

Conclusiones: El tratamiento combinado con mometasona y desloratadina puede disminuir la infiltración eosinofílica con una mayor potencia que dichos fármacos individualmente, pudiendo favorecer la reducción de la dosis de corticoides en el tratamiento de la inflamación nasosinusal.

463

TUBERCULOSIS NASAL PRIMARIA

A. González Prado, L. Díez, A. Quintana, N. Acevedo, A. Carro, I. Guijarro

Hospital Xeral-Cies, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra.

Introducción: La tuberculosis nasal es una entidad poco habitual que supone el 2-6% de todas las tuberculosis y entre un 0,1-1% de las tuberculosis extrapulmonares primarias. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad varían en función de la situación inmune del paciente y de la localización de las lesiones dentro de la fosa nasal.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de edad media con insuficiencia respiratoria nasal crónica sin ninguna otra sintomatología nasal acompañante; en la exploración endoscópica se apreció la presencia de una masa de aspecto adenoideo que tras años de seguimiento se decidió realizar exéresis de la misma, informándose la pieza anatomopatológica como inflamación granulomatosa necrotizante de etiología tuberculosa, confirmando el M. tuberculosis como agente causal por PCR. Se realizó estudio de extensión de la enfermedad, sin encontrarse lesiones en otros órganos de la economía y se realizó tratamiento médico con triple terapia (isoniacina, rifampicina y pirazinamida).

Conclusión: La tuberculosis nasal puede enmascarse como lesiones de aspecto benigno, con escasa sintomatología, cuyo diagnóstico puede ser tardío pero la respuesta al tratamiento médico tiene unas tasas de éxito similares a la tuberculosis pulmonar.

465

MELANOMA MALIGNO DE LA MUCOSA NASAL

A. Rodríguez Fernández-Freire, M.J. Hervás Núñez, M. Rodríguez Pérez, S. Senao Fernández, L. Atienza Cuevas, A. Martín Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El melanoma maligno de la mucosa nasal es relativamente raro, representando el 8-15% de los melanomas de cabeza y cuello y menos del 1% de todos los melanomas. El melanoma mucoso de cabeza y cuello tiene un pico de incidencia entre la sexta y octava década de vida. Ciertos autores refieren una cierta predilección por el sexo masculino. La cavidad nasal es la localización más frecuente en los melanomas mucosos del área ORL. El pronóstico es sombrío, con una supervivencia del 10-15% a los 5 años. La inespecificidad del cuadro clínico y del aspecto macroscópico del tumor, unidos a la inaccesibilidad de la mucosa nasal para la autoexploración, a menudo retrasan el diagnóstico, lo que puede explicar el mal pronóstico de estos pacientes.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 55 años sin antecedentes personales de interés ni factores de riesgo asociado, que es derivado a nuestra unidad por epistaxis recidivante de FND de 3 meses de evolución. A la exploración rinofibrolaringoscópica destacó la presencia de un pólipo sangrante de menos de un centímetro de diámetro localizado en la mucosa del septum nasal a nivel del área III de cottle. Se realizó biopsia bajo anestesia local con informe anatomopatológico de melanoma nasal. Con dicho diagnóstico se realizó TAC cérvico-facial y estudio de extensión sin mostrar hallazgos de interés ni adenopatías laterocervicales. Se decide ampliación de márgenes bajo anestesia general, con diagnóstico AP definitivo de Melanoma maligno con Índice Breslow de 4 mm con márgenes quirúrgicos libres. En actual seguimiento por ORL, Dermatología y Oncología Médica.

Discusión/Conclusiones: La exéresis quirúrgica del tumor con amplios márgenes de resección es el tratamiento de elección. La escasa incidencia de adenopatías metastásicas en el momento del diagnóstico, justifica la no actuación sobre el cuello en los casos en los que no existan adenopatías palpables, así como la realización del ganglio centinela, en estudio en melanomas mucosos de cabeza y cuello. La radioterapia y la quimioterapia han demostrado resultados contradictorios.

475

LINFOMA NASAL

E. Martín Lorenzo, S. García

Hospital Domingo Luciani, Caracas, Venezuela.

Introducción: Paciente de 43 años, femenina evaluada en el Hospital Domingo Luciani, Venezuela, Servicio de postgrado ORL-CCC, quien I.E.A hace 10 años presentado rinorrea mucopurulenta recidivante, pérdida de peso, algias faciales se agrega úlcera en paladar duro de 2 x 2 cm, ameritando resolución quirúrgica con consecuentes recidivas. El diagnóstico definitivo se logra a través de la segunda biopsia de paladar, que reportó linfocitos atípicos con gránulos azurófilos con gránulos citoplasmáticos e inmunohistoquímica; marcadores positivos: CD56, CD94, CD43, CD3 110.

Discusión/Conclusión: Los linfomas no Hodgkin son un grupo heterogéneo de neoplasias de difícil diagnóstico, por lo que puede ser tardío, que se originan de los linfocitos T o B y raramente de las células natural killer (NK) y pueden tener localización nodal o extranodal.

492

CAMBIO DE ESTRATEGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA SORDERA SÚBITA. USO DE TERAPIA SONORA

I.M. Reyes-Tejero, M.A. López-González, F.J. Aguilar Vera, M.D. Allely Teruel, A. Medinilla Vallejo, D. Castro De Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, E. Mata, F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen Del Rocío, Sevilla.

Introducción: La sordera súbita es una hipoacusia neurosensorial que se desarrolla en un período de horas y puede acompañarse de acúfenos y vértigo. En los últimos años, la experimentación básica ha recuperado audición en traumatismos acústicos y sorderas neurosensoriales mediante sonidos.

Material y método: Sesenta y ocho pacientes con sordera súbita han sido tratados con medicación (deflazacort, piracetam, tocoferol y omeprazol) y cuarenta y tres con la misma medicación más sonidos. Se aplica ruido blanco mediante un generador de sonidos a 60dB aunque el paciente presente cofosis.

Resultados: El índice de mejoría (%) es el resultado de la siguiente operación (umbrales iniciales-umbrales finales)/(umbrales iniciales-umbrales del oído contralateral) x 100. El porcentaje de pacientes con índice de mejoría mayor del 50% en el grupo control fue del 54,4% y en el grupo con medicación y sonidos del 79,1% con significación estadística, recuperándose la audición en el 90% durante el primer mes con medicación y sonidos. Como pronóstico favorable en la sordera súbita están: comienzo del tratamiento en los primeros quince días, pacientes menores de 25 años, ausencia de vértigo, remisión del acúfeno después del tratamiento y la aplicación de sonidos.

Discusión/Conclusión: Se recomienda la estimulación con sonidos durante un mes en el tratamiento de la sordera súbita.

DOMINGO, 11 DE NOVIEMBRE

SALA 9

9

CORISTOMA DE GLÁNDULA SALIVAR EN OÍDO MEDIO: A PROPÓSITO DE UN CASOM.S. Boleas-Aguirre¹, L. Montes-Jovellar¹, F.J. Cervera-Paz¹, A. Panizo², M. Manrique¹¹Departamento de Otorrinolaringología. ²Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Los coristomas consisten, en general, en masas de tejido normal desde el punto de vista histológico pero de localización anatómica anormal. El coristoma de glándula salivar localizado en el oído medio es un hallazgo muy raro. Tan sólo se han descrito 30 casos. Parece deberse a una anomalía del desarrollo del segundo arco branquial y su presencia se asocia a malformaciones extratimpánicas e intratimpánicas (cadena de huesecillos, nervio facial intratemporal, músculos del oído medio, ventanas redonda y oval). El síntoma más frecuente con el que se presenta es hipoacusia de transmisión unilateral. Su diagnóstico diferencial se debe establecer con otras lesiones y masas ocupantes de espacio en el oído medio que ocasionan este síntoma, especialmente en los niños. Su tratamiento consiste en la resección quirúrgica.

En este póster se presenta un caso de coristoma de glándula salivar localizado en el oído medio de un niño de 12 años. Se incluyen imágenes prequirúrgicas de la TAC así como de la intervención quirúrgica y del estudio anatomopatológico. También se realiza una revisión bibliográfica de esta entidad.

13

ABSCESO PERIAMIGDALINO: REVISIÓN DE CASOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL DO MEIXOEIRO (1994-2006)

R. Manrique Lipa, J.I. Rodríguez, A. Lede, V. Seoane, C. Santidrián

Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es revisar la experiencia de 13 años de los casos de absceso periamigdalino, en nuestro servicio de hospitalización.

Pacientes y método: Se diseñó un estudio retrospectivo de corte transversal que se desarrolló en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Meixoeiro. Ingresaron a este estudio 89 pacientes con el diagnóstico de absceso periamigdalino, que fueron atendidos entre los años 1994 y 2006.

Resultados: La edad de los pacientes fue de $25,4 \pm 7,2$ años (IC: 95%), 53,9% fueron varones, 41,6% fueron mujeres. El tiempo de enfermedad fue de $7,8 \pm 4,9$ días (IC: 95%), siendo los síntomas más frecuentes: odinofagia (100%), dolor orofaríngeo (92,1%) y sensación de alza térmica (83,1%). Todos los pacientes presentaron compromiso amigdalino caracterizado principalmente por aumento de volumen (66,3%) y exudado purulento (41,6%). El 75,3% de los pacientes recibió antibióticos antes de ser hospitalizado. Hubo leucocitosis en 75,3% de los pacientes y desviación izquierda en 66,3%. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico siendo el agente más empleado la asociación endovenosa de clindamicina/gentamicina (32,6%); se drenó el absceso en 58,4% de los casos. El tiempo de hospitalización fue de $4,5 \pm 2,1$ días (IC: 95%). No ocurrieron desenlaces fatales.

Discusión/Conclusiones: Encontramos que se trata de una entidad poco frecuente en los servicios de hospitalización, la mayoría de los pacientes son manejados de manera ambulatoria. El empleo de antiinflamatorios no esteroideos y/o de corticosteroides puede empeorar cuadros que en un inicio eran esencialmente benignos.

18

IMPLANTE DE OÍDO MEDIO TOTALMENTE IMPLANTABLE. ESTIMULACIÓN EN UN CASO CON PERSISTENCIA DE SUPRAESTRUCTURA DEL ESTRIBO

A. Ramos, I. Lisner, E. Masgoret, J.M. Cuyas, A. Osorio

Complejo Hospitalario Insular Materno-infantil, Las Palmas, Canaria.

Introducción: El objetivo de presentar este caso, es demostrar la seguridad y eficacia del implante de oído medio Otologics, en un operado de timpanoplastia a demanda previa con supraestructura del estribo presente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 40 años de edad, con antecedentes de timpanoplastia de oído derecho en dos ocasiones por cuadro de otitis media crónica con retracción atical y colesteatoma secundario. Se realiza audiometría tonal en la que observamos una hipoacusia neurosensorial severa. Debido a la mala adaptación audiotrófica, se decide colocar un implante de oído medio. **Cirugía:** Para la implantación del dispositivo, se amplía levemente la mastoidectomía realizada en intervenciones anteriores y se realiza colgajo timpanomeatal. Se realiza colocación del sistema de estimulación del sistema MET (Otologics) tras insertar una prótesis específica de anclaje a la supraestructura del estribo, debido a la ausencia de yunque secundaria a su patología primaria. Posteriormente se describe la técnica de colocación del sistema totalmente implantable. Al mes de la intervención, se inicia la programación del implante, obteniéndose unos resultados satisfactorios en cuanto a ganancia audiométrica, discriminación verbal y mejoría subjetiva de la calidad de vida.

Conclusión: La capacidad del implante de oído medio totalmente implantable de proporcionar una ganancia aceptable en cuanto a mejoría de la hipoacusia, indica que el dispositivo es un tratamiento viable para las hipoacusias moderadas-severas neurosensoriales en pacientes adultos.

19

COLESTEATOMA ATICAL INCIPIENTE EN LA INFANCIA

P. Bolaños, E. Masgoret, A. Osorio, J.M. Cuyas, A. Ramos

Complejo Hospitalario Insular Materno-infantil, Las Palmas, Canaria.

Introducción: El tratamiento estándar del colesteatoma implica la exéresis quirúrgica de la lesión y la reconstrucción de la membrana timpánica. En los niños, estas lesiones pueden ser tratadas de forma más conservadora.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo de 41 oídos de 38 niños con un rango de edad de 6 a 14 años con un periodo de seguimiento de 3 años.

Resultados: Los hallazgos intraoperatorios son: erosión del scutum con bolsa de retracción (8/41); colesteatoma atical (39/41); inflamación de la mucosa del oído (22/41) y osteítis oscicular (26/41). La técnica de reconstrucción atical fue con cartilago (29/41) y cartilago con pericondrio (12/41). La reconstrucción de membrana timpánica se realizó con cartilago (22/41); pericondrio (8/41) y fascia (11/41). La recurrencia del colesteatoma fue del 19%.

Conclusiones: Se identifican múltiples factores pronósticos del colesteatoma infantil como son la edad del paciente, la localización de la bolsa de retracción, su extensión, la afectación de la cadena oscicular y la presencia de hipertrofia adenoidal. Las técnicas de reconstrucción se realizarán de forma individual para cada caso.

Conclusiones: Los resultados funcionales son generalmente satisfactorios en los casos diagnosticados tempranamente. Nuestros objetivos son el diagnóstico temprano del colesteatoma en niños y garantizar un periodo de seguimiento a largo plazo.

QUISTE BRANQUIAL GIGANTE

P. Gómez Latorre, J.A. Márquez Moyano, C. Poyato Zamorano, J. Gutiérrez Jodas¹, F. Ropero Romero¹, E. Alarcón Linares¹, R. Sánchez Gutiérrez¹, J. Roldán Nogueras¹

Hospital de Montilla, Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El quiste branquial es una tumoración quística congénita del cuello resultante de la resorción incompleta del seno cervical el cual engloba las 2ª, 3ª y 4ª hendiduras ectobranquiales. Se encuadran dentro de las malformaciones cervicales congénitas laterales y su tratamiento es quirúrgico.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 40 años sin antecedentes personales de interés que consulta por tumoración laterocervical derecha de 8 x 5 cm en áreas II y III de un mes de evolución indolora a la palpación, blanda, no adherida a planos profundos. Para su diagnóstico se solicita PAAF y TAC de cuello que son compatibles con quiste branquial.

Resultados: Se procede a la realización de la exéresis del quiste con anestesia general en quirófano comprobándose contenido mucoso del mismo y consiguiéndose su completa extirpación. El postoperatorio transcurre sin incidencias obteniendo el alta de planta a los 4 días de la intervención. El diagnóstico anatomopatológico confirma el previo.

Discusión/Conclusiones: El quiste branquial es una anomalía cervical congénita de relativa frecuencia en la consulta de ORL y su exéresis requiere un buen conocimiento de la anatomía del cuello así como la realización de una adecuada técnica quirúrgica.

METÁSTASIS CERVICAL POR ADENOCARCINOMA DUCTAL DE SACO LACRIMAL

J.A. Díaz Manzano, E. López Meseguer, N. Sánchez Martínez, A. Medina Banegas, F. Pastor Quirante¹, M.F. Cegarra Navarro²

Servicio de ORL, Hospital General Universitario Reina Sofía. ¹Servicio de Anatomía Patológica. ²Servicio de Radiología, Hospital Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: El adenocarcinoma primario ductal de glándula lacrimal presenta características que lo diferencian de otros adenocarcinomas primarios lacrimales. Su presentación en el saco es extremadamente rara, con sólo dos casos reflejados en la literatura.

Caso clínico: Varón de 57 años con diplopía, exoftalmos y bultoma laterocervical derechos de 5 meses de evolución. Tumoración que afectaba al músculo recto interno, saco lacrimal, conjuntiva y carúncula inferior. Adenopatías palpables cervicales derechas. TC con contraste: masa en margen interno de órbita derecha, músculo recto interno y saco lacrimal, con adenopatías yuguloespinales derechas. Biopsia de adenopatía: metástasis de adenocarcinoma. Tras quimioterapia previa se realizó exenteración orbitaria derecha incluyendo conducto lacrimonasal. AP: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con diferenciación apocrina, originado en saco lacrimal. Se realizó vaciamiento radical derecho (19 ganglios metastáticos). Se completó quimioterapia posquirúrgica y radioterapia. Un año sin signos de recidiva.

Discusión/Conclusiones: El adenocarcinoma primario de glándula lacrimal es un tumor raro, y más lo es su presentación en saco lacrimal. Immunohistoquímicamente, las células cancerígenas son positivas para citoqueratina 7 y la diferenciación hacia glándula apocrina es corroborada por usar anticuerpos monoclonales GCDFF-15, ambos presentes en nuestro caso. El diagnóstico diferencial y el manejo están basados en la presentación clínica, los estudios de imagen y la histología. Los adenocarcinomas apocrinos de la región ocular tienen un potencial comportamiento agresivo, incluyendo metástasis a distancia. El tratamiento requiere resección quirúrgica completa seguida o no de radioterapia. Aunque raro, el conocimiento y diagnóstico de este tumor puede ayudar para la descripción de su comportamiento, manejo y pronóstico.

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L.M. Torres, D. Morais, J.I. Benito, A. Fernández

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción: El quiste nasopalatino es el más frecuentes de los quistes no odontogénicos de la cavidad oral. El primer caso fue descrito por Meyer en 1914, desde entonces hay varias teorías sobre su etiología, la cual es muy discutida por distintos autores. El diagnóstico se establece en base a la TC y los hallazgos histológicos siendo el tratamiento de elección la enucleación quirúrgica.

Material y método: Un paciente de 31 años acude al servicio de urgencias tras el hallazgo casual de una inflamación en la mitad anterior del paladar duro. La exploración clínica y radiológica sugiere la posibilidad de un quiste del "ductus" nasopalatino y el paciente es intervenido por vía endobucal confirmándose la sospecha patológica previa en la anatomía patológica.

Resultados: La exploración de la cavidad oral evidencia una tumoración localizada en la mitad anterior y línea media del paladar óseo de 3 cm de diámetro, no dolorosa, forma ovoide y de carácter fluctuante. Se realiza una exéresis de la lesión mediante abordaje transpalatino y tras varios meses de la intervención no ha presentado complicaciones.

Discusión/Conclusiones: El quiste nasopalatino predomina en varones y entre la 4ª y la 6ª década, el origen parece estar relacionado con los "ductus" oronasales de los canales incisivos del hueso palatino. La mayoría son asintomáticos y el estudio radiológico muestra lesiones ovoides o redondas circunscritas en la máxila. El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica frente a la marsupialización por sus bajas tasas de recurrencia.

PARAGANGLIOMA YUGULAR CON EXTENSIÓN ENDOCRANEAL

J. Chamizo Jurado, E. Wegmann, E. Genestar, M. Saderra, E. Perelló, P. Fortuny Amorós

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los paragangliomas son tumores generalmente benignos originados a partir del sistema neuroendocrino extraadrenal; en cabeza y cuello predominan en bifurcación carotídea, foramen yugular, oído medio y en el trayecto del nervio vago.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 28 años con disfonía de 1 año de evolución con hipoacusia unilateral izquierda. La exploración reveló una parálisis de cuerda vocal izquierda y una hipoacusia mixta con importante componente transmisivo de oído izquierdo. Las diversas pruebas de imagen (TC y RMN) mostraron una lesión tumoral expansiva infiltrativa de 3 x 2,5 x 3,4 cm en región parafaríngea retroestileal izquierda, con extensión a endocráneo por foramen yugular con obliteración de la cisterna del ángulo pontobulbocerebeloso. Dicha lesión presentaba un intenso realce en TC con contraste. Bajo el diagnóstico de paraganglioma yugular (en estadio IV de Glasscock-Jackson) decidió intervenir conjuntamente entre el servicio de otorrinolaringología y neurocirugía. Tras un postoperatorio inmediato sin incidencias, un sangrado a las 72 horas provocó una hemorragia epidural de la cual el paciente se recuperó sin secuelas. A los 6 meses de la cirugía, el paciente se encuentra sin signos de recidiva persistiendo disfonía e hipoacusia unilateral izquierda.

Discusión: La actitud terapéutica en los paragangliomas es inicialmente quirúrgica, pudiendo realizarse embolización previa completando el tratamiento con radioterapia. Las complicaciones quirúrgicas constituyen aparecen hasta en el 60% de los casos.

OSTEOMAS FRONTALES. A PROPÓSITO DE 42 CASOS

E. Gil-Carcedo, L.M. Gil-Carcedo, L.Á. Vallejo, M. Acuña, J.M. de Campos

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Introducción: Los osteomas de los senos paranasales son tumores benignos de crecimiento no predecible; no tienen posibilidad de maligni-

zación. Frecuentemente son casos asintomáticos, se descubren por estudios de imagen realizados por otros motivos. La localización más frecuente es frontal.

Material y método: Se estudian 42 casos de osteomas frontales recogidos entre 1971 y 2006, de ellos 31 (73,8%) son de estudio retrospectivo (22 casos ya publicados en 1987) y 11 (26,2%) de estudio prospectivo.

Resultados: 10 osteomas (22,7%) son de tamaño mínimo: 7 asintomáticos y 3 con dolor local y/o cefalea. 14 (34,1%) de tamaño medio: 3 asintomáticos, 11 con dolor local, 1 deformidad, 1 sinusitis. 8 (19,05%) son grandes: 2 asintomáticos, 6 dolor local, 2 deformidad, 2 sinusitis. 10 (22,7%) son bilaterales y/o con destrucción de paredes óseas: 10 dolor local, 5 afectación orbitaria, 3 paquimeningitis externa, 2 sinusitis, 1 pérdida de visión unilateral, 1 neumoencéfalo. En 17 pacientes no se realizó cirugía, si en 24 (57%): 21 fueron intervenidos por técnica osteoplástica, 3 pacientes se abordaron por craneotomía frontal. En ningún caso se utilizó CEN exclusivamente. Se estudia el lugar de implantación. DD. Se diferencian 2 casos: 1 caso de displasia fibrosa, 1 caso de meningioma frontal extracranial.

Discusión/Conclusión: Es difícil establecer la prevalencia de los osteomas, los asintomáticos pasan desapercibidos en gran número, los de tamaño mínimo y medio pueden permanecer en medio ambulatorio sin detección hospitalaria. Entre los sintomáticos aparece: dolor local, cefalea y deformidad. Las complicaciones son: exoftalmos, infección endocraneana, pérdida de visión, neumoencéfalo.

49

VEGF EN SUERO COMO FACTOR PREDICTIVO DURANTE EL TRATAMIENTO DE TUMORES AVANZADOS DE CABEZA Y CUELLO CON PACLITAXEL EN PAUTA METRONÓMICA SEMANAL

M. Caballero, B. Martínez, S. Cardelús, J.J. Grau, J.M. Auge, V. Jiménez, J.L. Blanch, M. Bernal-Sprekelsen
Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: El objetivo es evaluar el factor de crecimiento vascular endotelial (sVEGF) como factor pronóstico en pacientes con carcinoma escamoso en cabeza y cuello recurrente o metastásico tratado con paclitaxel en pauta metronómica semanal.

Material y método: Treinta y tres pacientes consecutivos fueron tratados con 80 mg/m² de paclitaxel semanalmente durante 6 semanas. Se obtuvieron muestras de sangre después de cada dosis y se analizó el sVEGF usando kits ELISA. Los niveles de sVEGF se analizaron con tests no paramétricos. Los criterios de inclusión fueron pacientes con cáncer de cabeza y cuello recurrente y/o metastásico y refractario a quimioterapia basada en platino.

Resultados: De los 33 pacientes, se obtuvo una respuesta completa en uno (3%) y parcial en 20 (61%). No se observaron diferencias en los niveles de sVEGF entre los respondedores y los no respondedores en ninguno de los periodos de observación. En todos los grupos, primero existe un descenso de los niveles que se recuperan al final del periodo de observación. Este hallazgo fue significativo en los pacientes respondedores. La intensidad del descenso del nivel de sVEGF no se relacionó con la respuesta. El tiempo de progresión de la enfermedad fue más largo en los pacientes que obtuvieron una reducción de al menos el 30% ($p = 0,014$) después de la sexta dosis y más corto en aquellos pacientes con niveles altos iniciales que no descendieron con el tratamiento ($p = 0,033$).

Conclusión: Los niveles de sVEGF después de la primera dosis de paclitaxel puede predecir la respuesta en paclitaxel en pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello recurrente o metastásico. Los niveles altos iniciales de sVEGF que persisten después de la 6ª dosis predicen un tiempo de progresión de la enfermedad más corto.

50

LARINGOSCOPIO ÓPTICO AIRTRAQ

F. Murueta-Goyena, J. Novo, S. Bañuelos, E. Sancho-Miñana, L. Padilla, P. Acha

Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

Introducción: Tras largos años de trabajo(desde 1989) en la búsqueda de un laringoscopio que nos permitiese trabajar en condiciones

difíciles, por no decir extremas y tras probar todos los materiales posibles para su fabricación así como la búsqueda de todo tipo de información que nos permitiese dar con nuestro objetivo hemos conseguido crear el Airtraq. El Airtraq es un laringoscopio óptico de un solo uso para facilitar las intubaciones traqueales, permite la visualización de la vía aérea durante el 100% de la intubación. El Airtraq no requiere la hiperextensión del cuello y permite intubar a los pacientes en cualquier posición e incluso opcionalmente puede portar un sistema de vídeo.

Material y método: El Airtraq es un laringoscopio con dos conductos separados, que se adapta a la anatomía de la vía aérea: El "conducto óptico" contiene un sistema óptico de alta definición. El "conducto guía" conduce el tubo endotraqueal a través de las cuerdas vocales. Incluye un sistema anti-empañamiento y una luz fría, es un dispositivo de un solo uso, de coste reducido. Se necesita menos de 90 segundos para estar preparado.

Conclusión: El Airtraq proporciona una imagen ampliada y de gran angular de la laringe y las estructuras adyacentes, durante el 100% de la intubación, además lo podemos aplicar en emergencias, columnas inmovilizadas, intubaciones nasotraqueales, en la extracción de cuerpos extraños, etc. Por lo cual nos encontramos con un producto de gran practicidad.

52

LINFANGIOMA CERVICAL ADQUIRIDO

A. Medinilla, A. Menoyo, M.D. Allely, F.J. Aguilar Vera, M.I. Reyes Tejero, J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro de Agüera, E. Mata, F. Esteban

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El linfangioma cervical es una tumoración benigna y poco frecuente originada a partir del endotelio de los vasos linfáticos. Estas lesiones son de origen congénito, presentándose casi exclusivamente en la edad pediátrica. Raramente aparece en adultos, siendo la etiología en estos casos traumática o iatrogénica. Más del 80% asientan a nivel cervicofacial; presentándose clínicamente como una tumoración blanda, indolora y de crecimiento progresivo. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica.

Material y método: Se presenta el caso clínico de una mujer de 59 años con una tumoración laterocervical de un año de evolución. Mediante técnicas de imagen y PAAF se llega al diagnóstico de linfangioma cervical. Se decide el tratamiento quirúrgico para erradicar la lesión.

Resultados: El tratamiento realizado fue satisfactorio consiguiéndose la extirpación completa de la lesión. No se recogieron complicaciones de ningún tipo en todo el proceso. Tras un año de seguimiento no existe evidencia de recidiva tumoral.

Discusión/Conclusiones: El linfangioma quístico cervical aún siendo una lesión histológicamente benigna tiene gran capacidad de disecar los tejidos circundantes por lo que puede alcanzar grandes tamaños y producir complicaciones por compresión local. El tratamiento de elección es la cirugía, aunque en ocasiones la resección no es completa. Por ello se han desarrollado otras opciones terapéuticas como la escleroterapia o la radiofrecuencia que sirvan como complemento o alternativa a la cirugía.

64

PATOLOGÍA DE LA VOZ. DE LA LARINGOSCOPIA A LA MICROSCOPIA

G. Pastor, J.M. Tamarit, N. Baviera, P. Estrems, P. Nieto, J. Dalmau
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Se presenta un póster a propósito de una serie de casos completos de patología benigna de las cuerdas vocales.

Material y método: Casos diagnosticados en la sección de foniatría.

Resultados y conclusiones: Podremos ver imágenes de laringoscopia indirecta, que constituyen la primera aproximación a la lesión, posteriormente imágenes con una mayor definición proporcionada por la estroboscopia, y microscopia laríngea durante la realización de fonocirugía.

PAPEL DEL ORL EN DESCUBRIR CASOS NO DIAGNOSTICADOS DE SAOS

E. Esteller, P. Huerta, A. Enrique, E. Matió, J.M. Ademà
Servicio de ORL, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.

Introducción: Estudios epidemiológicos han evidenciado que el SAOS es una enfermedad muy prevalente que afecta entre 4-6% la población adulta. Esta enfermedad es un problema de salud pública que obliga al médico a identificar los pacientes subsidiarios de tratamiento. A pesar de ello, los estudios realizados en los diferentes sectores de edad, evidencian que en España existen entre 1.200.000 y 2.150.000 sujetos portadores de un SAHS relevante, y por tanto, subsidiarios de ser tratados. No obstante, tan sólo se ha diagnosticado y tratado entre el 5-9% de esta población.

Objetivo: Descubrir qué porcentaje de pacientes que acuden a una consulta convencional de ORL padecen, sin conocerlo, esta enfermedad.

Material y método: A 500 pacientes consecutivos que acuden por motivos no relacionados con SAOS ni tenían historia previa de diagnóstico o tratamiento de dicha enfermedad, se les somete a una anamnesis y exploración física para el estudio del SAOS. A los casos que explicaban una clínica significativa de SAOS se les aconsejaba la realización de una polisomnografía nocturna.

Resultados: De los 500 pacientes, 72 (14,4%) presentaban niveles de sintomatología suficientemente significativos como para solicitar la PSG. Aceptaron su realización un total de 50 y 12 de ellos mostraron niveles de IAH superiores o iguales a 20 (2,4%).

Conclusión: Los ORL estamos en disposición de ayudar a disminuir la bolsa de pacientes no diagnosticados de SAOS mediante interrogatorios y exploraciones que resultan sencillas en nuestra práctica diaria y no consumen excesivo tiempo de atención.

A TRAVÉS DE LA BASE DEL CRÁNEO: LESIONES FRECUENTES

A. Coca, A. Álvarez-Cofiño, A. Saiz, I. Noval, E. Santamarta, J.L. Llorente, C. Suárez
Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La base del cráneo separa y conecta las estructuras intracraneales con el oído, la cavidad nasal, los senos paranasales, las órbitas y el cuello. Nuestro objetivo es revisar la anatomía de la base del cráneo para adecuar el reconocimiento de tumores y otras lesiones que lo afectan.

Material y método: Se realizó una revisión retrospectiva de los casos con afectación de la base del cráneo de los últimos diez años, vistos en nuestro centro hospitalario.

Resultados: Se presentan 14 casos de lesiones, en su mayoría tumorales, que a través de los agujeros de la base se extienden al interior del cráneo o a las estructuras exocraneales. Se muestran lesiones que afectan a la lámina cribosa, foramen cecum, canal craneofaríngeo, hendidura esfenoidal, foramen ovale, agujero rasgado anterior, canal carotídeo, agujero rasgado posterior, foramen magnum, agujero condíleo, conducto auditivo interno, foramen espinosum, foramen rotundum y canal óptico.

Conclusión: Un adecuado conocimiento de la anatomía, patología y posibles vías de diseminación es una importante herramienta en la planificación de la terapia y en el seguimiento de las lesiones de base de cráneo.

SARCOMA SINOVIOL DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO

E. Sánchez Terradillos, M. Coloma Milano, C. López Azanza, M.A. Torres Nieto, L.A. Vallejo Valdezate, L.M. Gil-Carcedo García
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: El sarcoma sinovial es un tumor infrecuente incluido en el grupo de los sarcomas de alto grado de partes blandas. Aunque se localiza habitualmente en extremidades inferiores, en un 3 a 10% se origina en cabeza y cuello. Clínicamente se manifiesta como una masa cervical dolorosa de lento crecimiento, y con menor frecuencia, por disfonía,

disfagia u odinofagia. El tratamiento es quirúrgico con radioterapia adyuvante, con o sin quimioterapia.

Material y método: Mujer de 25 años, que presenta tumoración látero-cervical izquierda de 6 meses de evolución dolorosa en el último mes. A la exploración ORL, se aprecia protrusión de región amigdalina izquierda y tumoración latero-cervical izquierda de 4 x 4 cm. Las pruebas de imagen muestran una masa en espacio parafaríngeo 5 cm, compatible con schwannoma del X par. Se realiza extirpación de la tumoración mediante cervicotomía lateral, siendo el diagnóstico anatomopatológico, de sarcoma sinovial monofásico de alto grado de malignidad, confirmado con estudio genético. Actualmente la paciente recibe tratamiento con quimio-radioterapia concurrente.

Conclusiones: En el área ORL, la localización más frecuente del sarcoma sinovial es cervical seguido de las vías aéreo-digestivas superiores y base de cráneo/tracto sinusal. Su incidencia es mayor en varones jóvenes en la tercera década de la vida. Su comportamiento es muy agresivo, con recurrencias locales y metástasis a distancia, entrañando un pobre pronóstico con bajas tasas de supervivencia a largo plazo, relacionadas fundamentalmente con el tamaño, localización tumoral y extensión local.

ESTRIDOR DE MUNCHAUSEN O DISFUNCIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES

R. Babarro Fernández, C. Deus Abelenda, S. Regueiro Villarán, N. González Poggioli, M. Álvarez-Buylla, J. Martínez Vidal
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La disfunción de las cuerdas vocales (DCV) se trata de una serie de desórdenes que afectan a la vía aérea superior y que imitan el cuadro de una crisis asmática. Se caracteriza por presentar accesos de disnea brusca, molestias faríngeas, cambios en la calidad de la voz y estridor que lleva en algunas ocasiones la realización de traqueotomía. Afecta a mujeres entre los 20 y 40 años y se manifiesta con una aducción de las cuerdas vocales que cierran la glotis durante la inspiración y espiración. La exploración fibroscópica es el método diagnóstico y su tratamiento son ejercicios respiratorios para fortalecer la musculatura laríngea e incluso tratamiento psiquiátrico.

Material y método: Presentamos una paciente de 55 años de edad diagnosticada de asma bronquial que presenta tras la realización de una espirometría un episodio de crisis de disnea con tiraje y estridor que no responde al tratamiento corticoideo y broncodilatador. La paciente mantiene saturaciones de oxígeno del 100% con 2 litros de oxígeno.

Resultados: La paciente se explora mediante fibrolaringoscopia en la que se pone de manifiesto aducción inspiratoria de las cuerdas vocales. El cuadro se resuelve en 2-3 días, estando en la actualidad asintomática. Se muestran las imágenes de la exploración fibroscópica, así como de las pruebas de imagen y exploración espirométrica.

Discusión/Conclusiones: Se han descrito pocos casos de DCV, pero se trata de un cuadro a tener en cuenta ante un paciente asmático con crisis de disnea y estridor sin respuesta a tratamiento médico. Sólo mediante la exploración fibrolaringoscópica se llega al diagnóstico de certeza y así ofrecer un adecuado soporte terapéutico y psicológico.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA CON COLGAJOS VASCULARIZADOS EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

M.J. Velasco, J. Granell, J. Herrero, J.L. Sánchez-Jara, J. Gavilanes, G. Martín
Complejo Asistencial de Ávila.

Introducción: El desarrollo de los procedimientos reconstructivos tras la exéresis de tumores de cabeza y cuello ha contribuido a una mejora significativa de los resultados funcionales y estéticos obtenidos en los pacientes oncológicos. Sin embargo las limitaciones en la disponibilidad de los mismos pueden hacer que el protocolo quirúrgico programado en un determinado paciente no sea el idóneo.

Material y método: Presentamos nuestra experiencia en cirugía reconstructiva con colgajos vascularizados, pediculados y libres, que incluye los procedimientos más habituales en cabeza y cuello. La inclusión en la cartera de servicios de los colgajos libres data de 1998, y la permanencia en la misma ha sido posible con la formación teórica y práctica de todos los facultativos del servicio en microsutura vascular, y diseño y extracción de colgajos.

Resultados: Se describen en formato de serie de casos clínicos con su correspondiente iconografía el colgajo pediculado miocutáneo de pectoral mayor y los colgajos libres vascularizados fasciocutáneo radial, osteofasciocutáneo peroneo y visceral de yeyuno. Todos los colgajos libres evaluados en los últimos 2 años ($n = 5$) han resultado viables. El servicio de ORL ha sido autónomo en su uso, excepto para la extracción del yeyuno.

Discusión/Conclusiones: La versatilidad en la reconstrucción permite abordar con garantías la exéresis de la gran mayoría de los tumores malignos con indicación quirúrgica en cabeza y cuello. Hemos observado además una tendencia hacia la indicación de los colgajos libres (antebraquial), siendo más frecuente en la actualidad el uso del colgajo miocutáneo pectoral para procedimientos secundarios.

90

TUMOR ESFENOIDAL DE CÉLULAS GIGANTES. UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

H. Galera Ruiz, A. García Escudero, S. Sánchez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los tumores de células gigantes (TCG) son típicamente benignos, pero en ocasiones localmente agresivos. Constituyen el 5% de todos los tumores óseos primarios (benignos y malignos) y el 20% de los benignos. La mayoría se localizan en la región epifisaria de los huesos largos en la proximidad de las zonas de osificación endocranial. Aproximadamente el 2% de todos los TCG asientan en la cabeza y cuello, y en esta región, el esfenoides, temporal y etmoides son las localizaciones más frecuentes.

Material y método: Paciente varón de 19 años que acude a urgencias del Hospital Macarena por presentar parálisis del músculo recto ocular externo derecho de 3-4 días de evolución, sin diplopía, cefalea frontal de 2 semanas de evolución, rinorrea sanguinolenta y epistaxis ocasionales autolimitadas durante los últimos 2-3 meses. Se practica TAC de cráneo urgente que se informa como "imagen de masa de densidad tejidos blandos que produce destrucción ósea del seno esfenoidal y etmoidal derechos, así como de la base del cráneo. Se practica toma de biopsia mediante abordaje CENS.

Resultados: El diagnóstico histológico es de tumor de células gigantes con un índice mitótico superior a 5/10 campos de gran aumento, lo que le infiere un potencial agresivo local importante. Se realiza RNM de cráneo y senos paranasales que demuestra una gran masa expansiva de estructura interna heterogénea y con áreas de degeneración quística y necrosis que ocupa el cavum, infiltra el espacio parafaríngeo y fosa pterigo-palatina derechos, en incluso infiltra e invade el seno esfenoidal y se extiende hacia la fosa craneal media de ese mismo lado. Se plantea el caso en el seno del comité de tumores de cabeza y cuello de nuestro hospital y se decide la administración de radioterapia externa y posterior revisión y curetaje mediante abordaje CENS. La evolución es favorable y en la actualidad 2 años después de la última cirugía presenta enfermedad residual estacionaria.

Discusión/Conclusiones: El TCG de base de cráneo plantea un serio problema terapéutico. No existe un protocolo de tratamiento para tumores con nivel de agresividad semejante y de la misma localización. Las revisiones de casuística son limitadas en número y carentes de homogeneidad necesaria (localización, características histológicas, etc.). Se ha ensayado la cirugía en uno o más tiempos, radioterapia pre y postoperatoria, y la quimioterapia adyuvante (adriamicina y cisplatino, etc.), sin que se pueda establecer un protocolo terapéutico. No obstante, el diseño de una estrategia racional, adaptada a cada caso y con la extirpación quirúrgica (curetaje) como terapia de elección, ha permitido supervivencias importantes. La radioterapia solo se aconseja en lesiones que no son resecables en su totalidad, pues el tumor es poco radiosensible y existe daño potencial de inducir la transformación maligna.

97

ABSCESO RETROFARÍNGEO. COMPLICACIÓN INUSUAL DE FARINGOLARINGOSCOPIA BIÓPSICA TRAS RADIOTERAPIA

Y. Escamilla, A. Aguilá, J. Vivancos, J.M. Saiz, R. Rosell, M. Costey, A. Cardesín

Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Introducción: El absceso retrofaríngeo es una patología poco frecuente en el adulto, afecta al espacio anatómico, normalmente virtual, com-

prendido entre las aponeurosis perifaringea y prevertebral y desde la base del cráneo hasta el mediastino. Sus causas habituales son: los traumas, los cuerpos extraños, la propagación de una infección desde otro espacio perifaringeo o una infección ósea vertebral. Clínicamente aparece: odinofagia, disfagia, rigidez cervical, disnea inspiratoria -que puede progresar a estridor-, hipersalivación y fiebre. La TAC es la prueba complementaria de elección en el diagnóstico. El tratamiento es el drenaje quirúrgico sumado a antibioticoterapia endovenosa, aunque en algunos casos se ha logrado su curación sólo con esta última.

Caso clínico: Presentamos un caso, con desarrollo de un absceso retrofaríngeo, secundario a la realización de una panendoscopia faringolaríngea, con biopsias seriadas, para descartar la persistencia de enfermedad en un paciente tratado con quimio-radioterapia concomitante por un carcinoma de oro-hipofaringe (T4 N2). Se muestra la radiología (TAC) del caso: tumoración inicial, control tras la quimio-radioterapia concomitante, imágenes de la colección cervical -que afectaba hasta el mediastino- y el control radiológico tras su tratamiento. El paciente curó, tras ser tratado quirúrgicamente de urgencia, realizando un drenaje hasta el mediastino retroesofágico a través de una cervicotomía, seguido de antibioticoterapia endovenosa.

Discusión/Conclusión: El absceso retrofaríngeo es una entidad poco frecuente y potencialmente muy grave, cuyo diagnóstico es clínico y radiológico. La TAC nos permite diferenciar el estadio clínico de la infección, definir si existe invasión vascular y la extensión de la colección, información que facilita al cirujano planificar el acto del drenaje quirúrgico.

99

EPIGLOTITIS EN PACIENTE ADULTO

J. Roura Moreno, A.L. Delgado Quero, J. Gálvez Pacheco, F.A. Navarro Escobar, R. Jódar Moreno

Hospital Neurotraumatológico Ciudad de Jaén, Jaén.

Introducción: La epiglotitis aguda en el adulto es una entidad rara potencialmente letal (1%), clásicamente atribuida H. influenzae B, aunque puede ser debida a otros, incluso a causas no infecciosas.

Material y método: Paciente varón de X años, consulta a urgencias ORL por cuadro febril con importante disfagia y odinofagia e incipiente disnea, diagnosticado por los servicios de urgencias como faringoamigdalitis aguda en tratamiento con AINEs. La clínica apareció tras ingesta de cuerpo extraño faríngeo al comer pescado. A la exploración se observa mal estado general, faringolalia importante, febrícula. A la laringoscopia indirecta se observa gran inflamación epiglótica con aspecto "de freza", llegando al diagnóstico de epiglotitis aguda. Fibroscópicamente se aprecia también edema aritenopiglotico. Se realiza RX lateral de cuello y TAC cervical, observándose burbujas aéreas en el interior de la epiglotis inflamada. Se pauta tratamiento con cefalosporinas, clindamicina ante la sospecha de anaerobios, corticoides y gastroprotección e ingreso en UCI, siendo necesaria la práctica de traqueotomía por empeoramiento de su disnea. No se realizaron hemocultivos, ag en orina ni cultivos de epiglotis.

Resultados: Una vez asegurada la vía aérea el paciente pasa a planta ORL. Tras una evolución satisfactoria en X días, se procede al cierre del traqueostoma y alta hospitalaria. En siguientes revisiones se observó una edematización de la epiglotis que resolvió con clindamicina y corticoides orales de forma ambulatoria.

Discusión/Conclusiones: La epiglotitis es una entidad grave que requiere vigilancia en UCI y asegurar la vía aérea si procede. Sospechar etiología anaerobia tras ingesta de cuerpos extraños. Es útil la realización de revisiones por el riesgo de recaída.

115

SÍNDROME DE DILATACIÓN DEL ACUEDUCTO VESTIBULAR. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M. Portell Soriano, M.M. Lasso De la Vega Zamora, J.I. Cervera, J.J. López Moya, M. Jiménez Jiménez

Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Introducción: El síndrome de acueducto del vestíbulo dilatado es una displasia aislada del hueso temporal, que se identifica radiológicamente y se asocia a hipoacusia neurosensorial progresiva. Puede ser unilateral o bilateral.

Material y método: Presentamos tres pacientes con este síndrome, dos de ellos bilateral y uno unilateral.

Resultados: Los tres pacientes presentan hipoacusia neurosensorial progresiva desde la infancia en los oídos afectados y uno de ellos posteriormente asocia un cuadro vertiginoso de características periféricas.

Discusión/Conclusiones: El síndrome del AVD suele ser más frecuentemente unilateral, no obstante en nuestros casos fue más frecuente bilateral. No se asocia en la literatura a cuadros vertiginosos, a pesar de ello, uno de nuestros pacientes ha presentado hasta el momento actual dichos cuadros.

124

TUMORACIÓN DE ESPACIO PARAFARÍNGEO EN MUJER DE 34 AÑOS

E. Mora Rivas, M. Izquierdo Cuenca, P.R. Cabrera Morín, D.R. Pérez Pérez, I. Cobeta Marco

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Las masas de origen neurógeno suponen un 20% del total de los tumores del espacio parafaríngeo. Dentro de ellas los más frecuentes son los neurinomas o schwannomas vagales.

Material y método: Paciente de 34 años con odinofagia y aparición de tumoración cervical derecha, de 2 meses de evolución. En la exploración se encuentra abombamiento de la pared laterofaríngea derecha, que desciende hasta repliegue faringopiglotico, y a la palpación cervical se objetiva masa en región II derecha, de consistencia elástica, de unos 2 cm de diámetro. Se comprueba la correcta funcionalidad de todos los pares craneales. Las pruebas de imagen (TC y RMN) informan una masa polilobulada en espacio parafaríngeo derecho, de 8 x 6 cm, bien delimitada e hipervascularizada, compatible con paraganglioma.

Resultados: Tras descartar funcionalidad de la masa con la medición de catecolaminas en orina, se procede a la extirpación de la misma mediante cervicotomía lateral, sin mandibulotomía. El estudio histopatológico definitivo fue de schwannoma o neurilemoma vagal. Como secuelas quirúrgicas necesarias aparecieron parálisis de hemilaringe derecha en abducción, y síndrome de Horner ipsilateral. Tras el postoperatorio tardío se realiza tiroplastia tipo I, con la que se consigue la medialización de la CVD, reduciéndose de forma considerable el grado aéreo de la voz de la paciente.

Conclusiones: Los schwannomas vagales constituyen una causa infrecuente de tumoración cervical, pero son las tumoraciones más frecuentes del espacio parafaríngeo. La clínica que ocasionan suele deberse a la compresión de estructuras vecinas, ya que la función del nervio suele, paradójicamente, mantenerse conservada durante largos periodos de tiempo.

125

HIGROMA QUÍSTICO – PERLAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

T. Labatut Pesce, E. Mora Rivas, M. Izquierdo Cuenca, P. Cabrera Morín, E. Raboso García Baquero

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Los linfangiomas son tumores benignos poco frecuentes provenientes de tejido linfático displásico atrapado en órganos blanco durante el desarrollo embrionario. Constituyen quistes llenos de linfa no comunicados con el sistema venoso. 50% son diagnosticados de manera prenatal o al nacer. Su localización más frecuente es en la región de cabeza y cuello. Hay 4 tipos: capilar, cavernoso, hemangiolinfangioma e higroma quístico. Son raros en adultos siendo la extirpación quirúrgica la conducta diagnóstica terapéutica definitiva.

Material y método: Mujer de 27 años que consulto por aumento de volumen laterocervical derecho de 1 año de evolución, de lento crecimiento e indoloro. No otra clínica relevante. Se efectuó estudio de imágenes con TAC, RNM y angiografía para precisar la ubicación, origen y relaciones anatómicas de la masa en la región cervical.

Resultados: Los estudios de imágenes revelaron una lesión quística en el triángulo cervical posterior y espacio vascular derechos, compatible con higroma quístico sangrado, descartándose extensión intratorácica y origen vascular. Al extirpar la lesión mediante cervicotomía se objetiva-

ron sus particulares relaciones anatómicas, que incluían el músculo ECM, nervio espinal, vena yugular interna y arteria carótida. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de higroma quístico.

Discusión: El diagnóstico y tratamiento del higroma quístico cervical supone un reto al cirujano de cabeza y cuello debido a sus complejas y variantes relaciones con estructuras nobles del cuello. Por lo anterior se hace necesario un acucioso estudio de imágenes y un profundo conocimiento de la anatomía cervical al abordar esta patología.

128

OTITIS EXTERNA MALIGNA POR ASPERGILLUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Álvarez, F. Mera, J. Horna, M. Gómez-Marino, A. Hinojar, D. López Ramos

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La otitis externa maligna (OEM) es una infección invasiva necrotizante del CAE, con una alta morbilidad, se presenta principalmente en pacientes inmunocomprometidos, comúnmente es causada por *Pseudomonas* y menos frecuentemente por otras bacterias y hongos como *Aspergillus* spp.

Material y método: Varón 83 años, diabético, perforación timpánica OD años evolución, refiere otalgia y otorrea 1 mes de evolución OD, dolor hemisfera ipsilateral. Tratamiento tópico y VO (fluconazol y moxifloxacino) en otro centro, tras cultivo negativo. Ante tórpida evolución es referido a nuestro centro. Otoscopia: CAE hipertrófico abundante secreción, perforación timpánica subtotal, resto EF normal. TAC y RMN masa partes blandas en CAE, ocupación oído medio y mastoides, extensión a fosa infratemporal, grasa foramen estilomastoideo y afectación dural fosa media.

Resultados: Se ingresa con tratamiento empírico con meropenem y posterior mastoidectomía OD por mala evolución. Continúa progresión objetivándose afectación de X, IX, XI y IV par craneal, nueva RMN que confirma progresión, gammagrafía gran captación base cráneo y región temporal, se cambia tratamiento a piperacilina-tazobactam y voriconazol con posterior mejoría clínica del paciente. Se indica oxigenoterapia hiperbárica adyuvante. Cultivo de material histopatológico + *Aspergillus fumigatus*. Tras 3 meses tratamiento intrahospitalario se decide alta con tratamiento con levofloxacino, voriconazol y minociclina, actualmente en seguimiento por servicio de ORL e Infecciosas.

Conclusión: La OEM es una enfermedad de difícil tratamiento en la que es crucial identificar el tratamiento más efectivo y eficaz, ante una mala evolución y cultivos bacterianos negativos, es importante recordar la implicación fúngica para instauración adecuada del tratamiento.

137

FRACTURA INUSUAL DEL HUESO TEMPORAL

A. Ruiz-Fornells Noreña, M.M. Lasso De la Vega Zamora, C. Ferreiro Argüelles, J.J. López Moya

Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Introducción: La fractura del cóndilo mandibular puede ocasionar fractura en la base del hueso temporal.

Material y método: Paciente de 56 años que presenta hipoacusia bilateral. Entre los antecedentes, durante su juventud, figura un traumatismo importante sobre el mentón con sangrado de éste y otorragia bilateral. En la otoscopia presenta CAEs estrechos y tímpanos con secuelas otorreicas cerradas. En la audiometría aparece una hipoacusia conductiva bilateral. TAC mastoides: signos de probable fractura de cóndilo mandibular izquierdo. Fractura compleja de la base de ambos temporales con desplazamiento superior de ambos cóndilos y de las estructuras de oído medio. Partes blandas entre fragmentos óseos de oído izquierdo. RM: meningocele post-traumático en oído izquierdo.

Resultados: Se decide no intervención del oído izquierdo por meningocele y desestructuración de la caja.

Discusión: La paciente consultaba por la posibilidad de timpanoplastia reconstructiva. En este caso los antecedentes traumáticos eran de gran importancia para solicitar las imágenes radiológicas.

PUENTE ÓSEO POSTINTUBACIÓN

E.I. Genestar, R.L. Boemo, R. Wegmann, P. Fortuna, M. Velasco, E. Perelló

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La intubación produce lesiones en la pared posterior de la laringe en la mayoría de los pacientes. Son diversas las complicaciones que aparecen debido a la intubación: ulceraciones por decúbito, luxación de los aritenoides, edema subglótico, granulomas, paresia del nervio recurrente.

Caso clínico: Varón de 63 años alérgico a la amiodarona con antecedentes de diabetes, dislipemia, hiperuricemia y valvulopatía reumática. Intervenido de recambio valvular mitral y aórtico que precisó ventilación mecánica durante 11 días. Acude por presentar disfonía que asocia a la intervención. En la estroboscopia se observa un granuloma en la comisura posterior que, al no movilizarse con los movimientos forzados de fonación, se recomienda cirugía. Durante la intervención no se aprecia el granuloma, y en su lugar se observa una lesión de consistencia ósea en comisura posterior a nivel subglótico que no permite su resección por su dureza.

Discusión: A las 48 horas postintubación aparece una ulceración del pericondrio de la apófisis vocal de los aritenoides, y a las 96 horas ya tiene lugar la necrosis isquémica. Después aparece el tejido de granulación con la formación de los granulomas. Si persiste la intubación hay una fusión y fibrosis de los granulomas creando un puente interaritenoides.

Conclusiones: 1- Durante los primeros 7 días se producen las secuelas postintubación, especialmente en las primeras horas. 2- El granuloma, sobre todo si es pediculado, puede desaparecer espontáneamente. 3- La cirugía láser puede ser una opción de tratamiento del puente óseo, pero por la localización de la lesión hay riesgo de oclusión glótica.

USO DEL BISTURÍ DE ULTRASONIDOS EN PACIENTES CON IMPLANTE COCLEAR

S. Santa Cruz Ruiz, A. Del Cañizo Álvarez, P. Santa Cruz Ruiz, L. García Pérez

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: En cualquier cirugía de un paciente con implante coclear existe contraindicación del uso de bisturí eléctrico, debido a las corrientes inducidas que pueden averiar la electrónica del estimulador-receptor y las fibras del nervio coclear. Una de las situaciones donde más se da esta circunstancia es en la reimplantación coclear. El empleo de bisturí de ultrasonidos permite realizar incisiones y hemostasia con seguridad, sin dañar los dispositivos del implante coclear.

Casos clínicos: Presentamos tres casos: dos pacientes eran de corta edad (2 y 4 años) a los que se les operó de implantación bilateral secuencial y un adulto que presentó úlcera por decúbito y hubo que realizar colgajo de rotación para el cierre de la úlcera. Tras las cirugías se realizaron pruebas telemétricas de integridad del implante coclear previo, sin apreciarse ninguna modificación.

Conclusión: El uso de bisturí de ultrasonidos es seguro en la cirugía de cualquier tipo, de un paciente con implante coclear.

MEJORÍA DE LA AUDICIÓN EN PACIENTE CON PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE HUESO TEMPORAL

J. Galindo, L. Lassaletta, A. Royo, L. Del Río, I. Bernardino, J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El Pseudotumor Inflamatorio (PI) es una enfermedad que puede afectar a todas las partes del organismo. En cabeza y cuello se localiza con más frecuencia en la órbita. Muy raramente afecta al hueso temporal, con sólo 11 casos descritos. Puede producir otalgia, otorrea, vértigo e hipoacusia.

Material y método: Presentamos un caso de PI de hueso temporal. Varón de 28 años que consulta por cefalea e hipoacusia izquierda desde

hace 2 meses. La audiometría objetiva una hipoacusia neurosensorial de 70 dB para frecuencias conversacionales y una discriminación máxima del 0% a 100 dB. La TAC y la RMN muestran una lesión lítica en hueso temporal que alcanza el espacio retrofaríngeo y el oído medio, simulando un proceso maligno. Se realiza una biopsia de cavum y una timpanotomía exploradora, sin obtener un resultado concluyente. Por vía infracoclear se toma una biopsia del ápex petroso que confirma el diagnóstico. No se realiza ningún otro tratamiento. Tras 2 años en seguimiento la radiología muestra disminución del tamaño de la masa. Se evidencia una recuperación parcial de la audición, con una mejoría de la audiometría tonal y una discriminación del 50% a 85 dB.

Discusión: La buena evolución clinicoradiológica de nuestro paciente hizo innecesaria la cirugía radical, la radioterapia y la corticoterapia intravenosa a altas dosis, que son las opciones de tratamiento para el PI. Existe controversia sobre la terapéutica de elección. Lo singular de nuestro caso es la recuperación de la audición, hecho no constatado antes en la literatura.

PEARCING: UNA CAUSA FRECUENTE DE PERICONDRITIS ÓTICA

M.I. Vázquez Muñoz, J. Bartual Magro, C. De la Plata Sánchez, J. Roquette Gaona

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: En la sociedad actual, sobre todo en los más jóvenes, el uso de pearcing se ha convertido en una práctica muy frecuente. Entre las distintas localizaciones, el pabellón auricular es el preferido, sobre todo en la zona alta del hélix, siendo estos de formas, tamaños y materiales muy diversos. Muchos de estos pearcings se realizan en establecimientos que no cumplen unas mínimas condiciones de higiene, con el elevado riesgo de infección que ello implica. Las complicaciones van a depender de la localización del pearcing, en el caso del pabellón auricular nos podemos encontrar con infecciones con formación de abscesos y pericondritis, deformación del pabellón, queloides, heridas por arrancamiento o dermatitis de contacto entre otras.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente mujer de 17 años que acude presentando absceso del pabellón auricular de varios días de evolución tras haberse puesto un pearcing unas semanas antes.

Resultados: Se realiza drenaje del absceso bajo sedación, drenando gran cantidad de material purulento, asociado a restos necróticos de cartilago auricular.

Conclusión: Las infecciones secundarias a los pearcings pueden ser graves, llegando a producir una pericondritis, con importantes deformaciones del pabellón auricular como secuela. Es necesario un correcto drenaje y un adecuado tratamiento antibiótico para reducir las secuelas, las cuales muchas veces son inevitables.

PAPILOMA INVERTIDO DE SENO FRONTAL

R. Terré Falcón, F. Sánchez González, J.J. Urbano Urbano

Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: El papiloma invertido es una tumoración infrecuente que representa el 0,5-7% de todas las tumoraciones nasosinusales. Se caracteriza principalmente por ser histológicamente benigno pero con evolución local asociada a potencial osteolítico y tendencia a recidivar localmente en casos de exéresis incompleta.

Material y método: Presentamos un caso de papiloma invertido cuyo origen es el seno frontal derecho y desde el cual emerge hacia la fosa nasal derecha. La modalidad terapéutica en este caso fue un abordaje mixto por cirugía endoscópica, para la resección de la porción intranasal, y abierta para la exéresis completa intrasinal.

Discusión: Los papilomas nasosinusales predominan en el sexo masculino en proporción 3:1, entre la 5ª y 6ª década de la vida. El tratamiento de elección es quirúrgico, por su potencial de malignización (5-56% según autores), y su índice de recurrencia varía dependiendo del tipo de abordaje quirúrgico, el estadije y el tiempo de seguimiento. Del caso que presentamos hemos analizado los síntomas clínicos, hallazgos de la exploración, pruebas complementarias, tratamiento

quirúrgico realizado y evolución postoperatoria para finalmente realizar una revisión del tema.

210

CARCINOMA BASALOIDE ESCAMOSO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

R. Terré Falcón Ramón, J.J. Urbano Urbano, A. Paulino Herrera
Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: El carcinoma basaloide escamoso (CBE) se ha descrito muy recientemente (1986 por Wain y colaboradores), lo cual asociado a que es un tumor relativamente infrecuente hace que no estemos acostumbrados ni clínicos ni patólogos a su hallazgo.

Material y método: En esta comunicación presentamos dos casos clínicos de diferentes características, pues el primero presenta un paciente con dicho tumor en una localización laríngea, mientras que el otro atañe a un origen desconocido, por presentarse hasta el momento únicamente como una metástasis adenopática cervical con histología de CBE.

Discusión: Es importante resaltar la dificultad que entraña el diagnóstico del CBE tanto para el patólogo como para el clínico debido a la complejidad de la histología y a los pocos datos macroscópicos específicos que hacen que el otorrinolaringólogo tenga un bajo nivel de sospecha. Las localizaciones más frecuentes de este tumor son fundamentalmente las vías aerodigestivas superiores teniendo especial predilección por la región laríngea supraglótica, la hipofaringe, el seno piriforme y la base de la lengua. Especial importancia adquieren las técnicas inmunohistoquímicas cuando se tiene que establecer el diagnóstico diferencial con otros tipos de tumores.

La actitud terapéutica convencional se establece asociando cirugía, sobre el tumor primario y las áreas ganglionares cervicales, y la radioterapia. Según la bibliografía este tipo de tumores presenta mal pronóstico por su capacidad de generar metástasis y la asociación más o menos frecuentes de segundos tumores.

216

ANÁLISIS DE LAS TASAS DE CAÍDAS ESTUDIADO POR EL SISTEMA "STATIC POSTUROLOGY SYSTEM", EL "TIME-UP-AND-GO" Y LA ESCALA DE BERG

C. Gimeno-Vilar, L. Montes-Jovellar, D. Ruba, M.S. Boleas, N. Pérez
Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: Dentro de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con inestabilidad crónica en sus casas, hay que considerar las caídas.

Pacientes: Se ha estudiado la correlación entre los resultados obtenidos con técnicas de estudio funcional ("Time-up-and-go" y la escala de Berg) en 26 pacientes (teniendo en estudio otro grupo de pacientes para ampliar la muestra) y las obtenidas con "Static Posturology System" (test de organización sensorial) y el Equitest (test de control motor y test de adaptación).

Resultados: 4 pacientes presentaron un riesgo de caída con las técnicas de estudio funcional, los cuales fueron analizados a su vez con "Static Posturology System" y "Equitest". En estos pacientes se vio unas características en las distintas mediciones de cada test que serán expuestas.

Conclusiones: Por el momento no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tests (a falta de ampliar el estudio con el nuevo grupo de pacientes).

217

TUMORES DE BASE DE CRÁNEO ANTERIOR CON SÍNTOMAS ORL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN

P. Baptista, M. Casale, C. Gimeno-Vilar, L. Montes-Jovellar
Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: Los tumores de base de cráneo anterior son infrecuentes, pero las nuevas técnicas de reconstrucción han permitido una gran evolución en este tipo de cirugía. La mayoría de estos tumores pueden producir como manifestación primaria sintomatología de la esfera ORL, en concreto patología de las fosas nasales diagnosticadas erróneamente como rinosinusitis crónica.

Pacientes: Se presentan 5 casos de pacientes vistos en nuestro departamento de ORL diagnosticados de tumores de base de cráneo que pre-

sentaron como primera manifestación sintomatología nasal (rinorrea, obstrucción, anosmia) además de otros síntomas (exoftalmos, cefalea), que pueden llevar a la confusión en el diagnóstico.

Resultados: Se muestra como en estos 5 casos se cumple la manifestación primaria nasal que puede llevar al diagnóstico de rinosinusitis, que se descarta gracias a las exploraciones complementarias que determinan que se trata de un tumor de base de cráneo anterior.

Conclusiones: Estos tumores pueden manifestarse con sintomatología primaria nasal, por lo tanto ante la sospecha de rinosinusitis crónica, debe evaluarse la posibilidad de la existencia de un tumor de base de cráneo anterior.

227

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DEL CUELLO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M.A. Díaz Díaz, M.A. Gómez-Marino, J. Horna Castiñeiras, S. Álvarez Carrillo, F. Mera Menéndez, D. López Ramos

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: La trombosis venosa profunda del cuello es poco frecuente. Asociada a drogadicción parenteral, catéteres venosos centrales, traumatismos e infecciones locales, también se relaciona en raras ocasiones con carcinomas y fenómeno tromboembólicos. Se manifiesta habitualmente con dolor cervical limitante e inflamación en el área del ECM. TAC y ecografía son necesarias para el diagnóstico. Anticoagulantes y antibióticos útiles para el tratamiento. Presentamos 2 casos clínicos. Revisión bibliográfica de diagnóstico etiológico y tratamiento.

229

PARAGANGLIOMA MÚLTIPLE LARÍNGEO Y CAROTÍDEO

J. Lloréns, J.M. Amador, C. García, I. Alonso, J. Horno, A. De Oña, J. Salinero
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Los paragangliomas laríngeos son neoplasias muy poco comunes, que aparecen como masas submucosas de aspecto vascular, asientan preferentemente en supraglotis, y son más frecuentes en el sexo femenino. Su presentación conjunta asociados a otros paragangliomas es excepcional.

Material y método: Mujer de 22 años con disfonía progresiva de 3 años de evolución, que presenta masa submucosa bien vascularizada en repliegue ariepiglótico derecho. Tras los estudios con TAC, RMN y gammagrafía con Octreoscan se sospecha tumor neuroendocrino, y aparece una segunda lesión de similares características en la bifurcación carotídea ipsilateral. La angiografía muestra relleno de ambas lesiones, la laríngea a expensas de la arteria tiroidea superior, y el test de clonidina confirma una actividad moderada secretora de noradrenalina. Se establece el diagnóstico de paraganglioma múltiple laríngeo y carotídeo; se decide intervención quirúrgica.

Resultados: Previa embolización del paraganglioma laríngeo, y alfa-betabloqueo adrenérgico controlado por el servicio de Endocrino, se realiza cervicotomía y tirotomía lateral con extirpación de ambas lesiones, vaciamiento cervical funcional y traqueotomía. El estudio microscópico confirma el diagnóstico.

Discusión: Diferenciar el paraganglioma laríngeo de otros tumores neuroendocrinos (carcinoide atípico) resulta fundamental para elegir una correcta opción terapéutica. TAC, angiografía e inmunohistoquímica son los procesos diagnósticos más rentables. La lesión marca el tipo de abordaje (endoscópico, faringotomía lateral, tirotomía lateral), implicando complicaciones como hemorragia, lesiones nerviosas, suelta de catecolaminas. La presentación múltiple obliga colaboración multidisciplinar.

236

ADENOMA DE OÍDO MEDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. González Delgado, C. Torregrosa Carrasquer, A. Capitán Guarnizo, E. Viviente Rodríguez, F. Argudo Marco, C. Sprekelsen Gasso
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Presentamos el caso de un adenoma de oído medio y revisamos la bibliografía.

Material y método: Mujer de 50 años que acude a nuestra consulta por hipoacusia y sensación de ocupación ótica de 3 años de evolución en

oído izquierdo. Se acompaña ocasionalmente de acúfeno pulsátil. En la otoscopia se aprecia una masa de aspecto angiomatoso en oído medio que abomba el tímpano. Mediante audiometría se objetiva una hipoacusia de transmisión ipsilateral. Las pruebas de imagen son compatibles con glomus timpánico. Se realiza exéresis de la lesión dando como resultado anatomopatológico adenoma de oído medio.

Resultados: Tras varios meses de seguimiento la paciente no presenta signos de recidiva.

Discusión: Los tumores benignos más frecuentes de oído medio son los glandulares. No obstante su incidencia es muy pequeña. Aparecen en cualquier edad de la vida y con la misma proporción en ambos sexos. Suelen desarrollarse a partir de la mucosa de la caja, trompa de Eustaquio o células mastoideas. Se presentan de forma insidiosa con hallazgos clínicos y audiológicos inespecíficos. La erosión ósea es frecuente y complica el diagnóstico diferencial con los tumores malignos. El diagnóstico de certeza es histológico e inmunohistoquímico y el diagnóstico diferencial se debe realizar con adenocarcinomas, paragangliomas, tumor carcinoide, tumores salivares y metástasis. El tratamiento es quirúrgico y precisa un seguimiento estrecho por el alto índice de recidivas y por la dificultad en diferenciarlo del adenocarcinoma.

238

LINFOMA PRIMARIO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

A. González Delgado, A. Capitán Guarnizo, E. Viviente Rodríguez, N. Sánchez Martínez, C. Torregrosa Carrasquer, F. Argudo Marco, C. Sprekelsen Gasso

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Los tumores malignos de conducto auditivo externo son infrecuentes siendo el carcinoma epidermoide el de mayor incidencia. La aparición de un linfoma primario en el CAE es excepcional. Presentamos un caso de linfoma T no Hodgkin primario en dicha localización y revisamos la literatura.

Material y método: Mujer de 52 años con molestias inespecíficas de un año de evolución en oído izquierdo. En la exploración se objetiva una masa blanda, no ulcerada con base en la pared posterior del conducto auditivo externo sin llegar a tímpano. El TAC revela una lesión de consistencia partes blandas en CAE sin erosión ósea asociada. Tras varias punciones-aspiraciones con AP negativa para malignidad y al no observar mejoría con tratamiento médico se realiza exéresis completa de la lesión. La anatomía patológica e inmunohistoquímica revelan un linfoma anaplásico no Hodgkin de célula T. El estudio de extensión no muestra afectación ganglionar, de médula ósea ni de otros órganos. Se inicia tratamiento con quimioterapia.

Resultados: Tras ocho meses de tratamiento la paciente está libre de enfermedad en este momento.

Discusión: Sólo encontramos 6 casos de linfoma primario de conducto auditivo externo en la literatura. Hacemos una revisión comparando la forma de presentación, diagnóstico y tratamiento.

241

ACTINOMICOSIS LARÍNGEA PRIMARIA

A. González Delgado, N. Sánchez Martínez, J.M. Osete Albaladejo, A. Medina Banegas

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Presentamos un caso de actinomicosis laríngea primaria en un paciente diabético y mostramos la evolución de las lesiones laríngeas tras varios meses de tratamiento.

Material y método: Varón de 46 años fumador y bebedor importante, diabético tipo 1, que acude al servicio de urgencias por disfonía, disfagia y disnea de 10 días de evolución. En la exploración encontramos edema de epiglotis y de ambos aritenoides así como hipertrofia de bandas ventriculares. Destaca la eversión del ventrículo izquierdo y la parálisis bilateral en aducción de las cuerdas vocales que requirió traqueotomía urgente. El TAC cervical muestra una disminución del diámetro laríngeo y edema generalizado y en el TAC torácico se encuentran 2 nódulos en parénquima. Se realizaron múltiples biopsias que nos informan de infiltración por Actinomicos y áreas de displasia por lo que se toman nuevas muestras que son negativas para malignidad. Se inicia tratamiento con penicilina.

Resultados: El paciente lleva 3 meses en tratamiento con penicilina. A lo largo de este tiempo lo hemos revisado periódicamente y hemos encontrado mejoría significativa en las lesiones laríngeas hasta el punto de que a día de hoy sólo persiste el edema de aritenoides y el paciente está decanulado. Ha de continuar con el tratamiento 3 meses más.

Discusión: El actinomicos es una bacteria anaerobia gram positiva que puede encontrarse en las criptas amigdalares, caries y mucosa gingival de personas sin patología. Las infecciones por actinomicos se producen en el área cérvico-facial en más del 50% de los casos pero la afectación laríngea primaria es excepcional. En estos casos puede simular un tumor maligno por su gran poder destructivo o simplemente estar sobreinfectando una neoplasia subyacente. Por esta razón son necesarias varias biopsias y seguimiento. El diagnóstico es anatomopatológico y el tratamiento se realiza con antibiótico al menos durante 6 meses.

277

GRANULOMA LARÍNGEO TRAS INYECCIÓN DE TEFLÓN

D. Pérez Pérez, T. Labatut Pesce, M. Pérez Ortín, F. De La Rosa Astacio, R. Barberá Durbán

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Durante décadas, la inyección intralaringea de teflón (politetrafluoretileno) ha sido usada en la corrección de la parálisis unilateral de cuerda vocal. El procedimiento tiene complicaciones, entre las cuales destaca la reacción granulomatosa a cuerpo extraño que ocurre en 2-3% de los casos (incluso años más tarde de la intervención). Esta patología cursa con disfonía, tos, disfagia, pudiendo llegar a comprometer el paso aéreo. Su tratamiento supone un verdadero reto quirúrgico.

Material y método: Varón de 62 años de edad que acude a consulta por disnea progresiva de años de evolución, que comienza a limitar su actividad diaria. Como antecedente refiere inyección de teflón en C.V.D. hace 13 años, tras parálisis de cuerda secundaria a cirugía de tumor glómico del X par craneal. Se aportan las imágenes de endoscopia, TC y RM cervicales que ilustran el caso.

Resultados: Excisión y vaporización de banda y cuerda vocal derecha mediante láser CO₂, consiguiendo buen paso aéreo. Tras examen histopatológico, se establece juicio clínico: granuloma por teflón de cuerda y banda vocal derecha.

Discusión/Conclusión: La asociación de la inyección de teflón con reacciones granulomatosas a cuerpo extraño ha hecho que esta técnica quede en desuso frente a otras (tiroplastia...). El manejo del granuloma laríngeo por teflón admite varias posibilidades terapéuticas, cuyo objetivo es preservar una fonación útil junto con un buen paso aéreo. Entre éstas encontramos la resección por vía externa y la vaporización con distintos tipos de láser.

312

DISCASA AGUDA EN ARTRITIS DE LARGA EVOLUCIÓN. CASOS CLÍNICOS

N. González Poggioni, J.C. Vázquez Barro, C. Deus Abelenda, S. Regueiro Villarin, M. Álvarez-Buylla Blanco, J. Martínez Vidal

Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo", A Coruña.

Introducción: La articulación cricoaritenoides puede afectarse en la artritis reumatoide, pudiendo llegar, en algunos casos, a provocar una obstrucción aérea que obligue a intervenir sobre la vía aérea. Presentamos dos casos de artritis cricoaritenoides que provocaron obstrucción respiratoria.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 67 años con una artritis reumatoide de larga evolución y que presentaba una disnea progresiva de 1 año de evolución, que no cedía con corticoides. A la exploración se observaba un espacio aéreo insuficiente debido a la aducción permanente de las cuerdas vocales. Ante este cuadro, se practicó una traqueotomía de urgencia y, 3 días más tarde, una cordotomía. La paciente falleció con posterioridad por neuropatía crónica. Caso 2: Mujer de 60 años con artritis de Still y disnea de dos años de evolución, que precisó dos ingresos en los que se observaba paso aéreo insuficiente asociado a infección de vías superiores. En ambas ocasiones se trató con corticoides y, en la actualidad, la paciente exhibe un paso aéreo reducido pero suficiente.

Discusión: La artritis reumatoide, cuando afecta a la articulación cricoaritenoides, puede provocar cuadros de obstrucción aérea que precisen una intervención sobre la vía aérea. Cualquier disnea en el curso de una artritis reumatoidea obliga a una exploración laríngea que objetive la motilidad de la articulación cricoaritenoides. En los casos de obstrucción grave de la vía aérea se debe proceder a la restauración de la misma con una traqueotomía o, en algunos casos, mediante una cordotomía o aritenoidectomía.

316

CILINDROMA DE ONDUCTO

P. Navarro Paule, P. Piqueras Pérez, A. Amores Lloret
Hospital Morales Messeguer, Murcia.

Introducción: El carcinoma adenoide quístico con origen en las glándulas ceruminosas del conducto auditivo externo es un tumor muy raro. El CAQ del CAE tiene su origen en las glándulas ceruminosas, aunque siempre hay que tener la presente de que se trate de un CAQ de parótida que secundariamente haya afectado al conducto. Las neoplasias primarias del CAE son bastante raras. En el oído, el 10-15% de los tumores malignos se localizan en el CAE, de los que el 90% son carcinomas epidermoides y el resto tumores de origen glandular o invasiones de vecindad. Entre los tumores que surgen en el componente glandular, el carcinoma adenoide quístico es el más común, aunque su ocurrencia en el CAE (0,2%) es muy infrecuente. En algunos casos el tumor surge en la parótida adyacente y secundariamente puede afectar al CAE.

Caso clínico: Paciente mujer de 61 años que acude a nuestra consulta por presentar dolor localizado en la pared anterior del CAE de años de evolución, que no remite con diferentes tratamientos. Ninguna otra sintomatología en el área ORL. Antecedentes, ni patología sistémica, con el único antecedente de cirugía de un fibroadenoma de mama bajoal. A la exploración destaca una ligera estenosis del CAE por abombamiento de su pared anterior, sin ningún otro hallazgo significativo. Se realiza un TAC que informa de ligero engrosamiento de partes blandas en la pared anteroinferior de CAE, se biopsia en dicha zona, para valoración anatómo-patológica. La imagen histológica plantea diagnóstico diferencial entre un carcinoma adenoide quístico y un carcinoma basocelular adenoide; más probable este último dado que en el estudio inmunohistoquímico aparece negatividad en células tumorales para CEA, EMA, S-100 y cd-117, que suelen resultar positivas en el carcinoma adenoide quístico y negativas en el basalioma. Se decide la exéresis de CAE y cóndilo de la articulación, más vaciamiento de adenopatías con injerto cutáneo de muslo.

Discusión: Estos tumores se caracterizan por presentar un crecimiento inicialmente indoloro, con tendencia a la invasión neural y perineural. El comportamiento clínico de estos tumores en el CAE es mucho más agresivo que en las glándulas salivares. Invasión linfática es infrecuente y las metástasis a distancia ocurren generalmente en los primeros años de la enfermedad. El tratamiento es quirúrgico.

317

DESCOMPRESIÓN ORBITARIA LATERAL, INFERIOR Y MEDIAL EN ENFERMEDAD DE GRAVES

C. Arigas Sapiain, E. Morera Serna, S. Tarrús Montaner
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: El exoftalmos asociado a la enfermedad de Graves es una situación grave tanto desde el punto de vista funcional, por el estiramiento del nervio óptico y por la queratopatía por exposición, como desde el punto de vista estético.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente con tiroidopatía de Graves y exoftalmos bilateral grave intervenido conjuntamente por los servicios de oftalmología y otorrinolaringología. Se realiza descompresión orbitaria lateral, inferior y medial, ésta última por abordaje endoscópico.

Resultados: La paciente presenta un hematoma retrobulbar derecho en el postoperatorio inmediato tratado con cantotomía lateral con cantolisis y megadosis de corticoides. El resultado final es una disminución de más de 4 mm en el exoftalmos, con una mejoría de la diplopía y una conservación de la agudeza visual.

Discusión/Conclusiones: La descompresión orbitaria lateral, inferior y medial es un procedimiento útil para el tratamiento del exoftalmos grave. El hematoma retrobulbar es una complicación que puede aparecer en cualquier cirugía orbitaria, incluso en cirugías de descompresión.

321

RINOPLASTIA: EVOLUCIÓN DE TRES CASOS

P.A. Escobar, F. Larach, A. Maeso, J.L. Frodel¹, J. Trinidad, P. Ortega²
Hospital de Móstoles, Madrid. ¹Facial Plastic Program-Geisinger Medical Center, ²Universidad de Puerto Rico

Introducción: La rinoplastia dentro del campo de la plástica facial es la técnica más difícil, no sólo por su complejidad técnica sino por la difícil predictibilidad de los resultados. La tendencia actual para un buen resultado a medio y largo plazo es el uso de técnicas conservadoras además de conseguir una adecuada función respiratoria.

Material y método: Presentamos la evolución a medio plazo de tres casos de rinoplastia realizadas en nuestro servicio, representativas de las deformidades nasales más frecuentes. Ya sea mediante abordaje abierto o cerrado el uso de técnicas conservadoras, mediante el uso de suturas e injertos de cartilago es la tendencia que mejores resultados a largo plazo y medio plazo ofrece. Para evaluar los cambios ocurridos en las medidas nasales a medio plazo en los casos presentados, nos basaremos en el estudio fotográfico prequirúrgico y en el de los 2, 4, 6 y 8 meses después de la cirugía.

Resultados: Se consiguió mejorar el aspecto estético de cada caso además de conseguir una buena función respiratoria subjetiva. Observando las diferentes modificaciones en las medidas nasales, vemos como el proceso de cicatrización de la rinoplastia es un proceso activo que condiciona el resultado estético final.

Conclusión: La dificultad de la rinoplastia radica tanto en el correcto desarrollo de la técnica quirúrgica, como en la obtención de un adecuado resultado estético y funcional a medio y largo plazo. Por esto debemos elegir técnicas conservadoras que nos ayuden a mejorar la predictibilidad de los resultados.

339

COMPLICACIONES INTRACRANEALES DE OTITIS MEDIA CRÓNICA

D. Moreno Jiménez, M. Gómez Serrano, E. Calvo, J.A. Sancipriano, F. Gómez Toranzo
Servicio de ORL, Hospital Universitario Virgen de la Vega, Salamanca.

Introducción: Las complicaciones intracraneales de los procesos óticos inflamatorios son poco frecuentes. Suelen producirse en pacientes con patología ótica crónica no controlada (ancianos, retraso mental...). El tratamiento es quirúrgico combinado ORL y neuroquirúrgico.

Material y método: Presentamos 4 casos de complicaciones intracraneales, por otitis media crónica, tratadas en el último año, de manera conjunta con el Servicio de Neurocirugía.

Resultados: El 100% de las complicaciones eran abscesos temporales. En el 50% el origen de la complicación era una otitis media colestomatosa y en el otro 50% era una otitis media crónica inflamatoria. El 75% eran pacientes y el 25% eran pacientes con retraso mental. El 50% estaba diagnosticado de su patología ótica y el 50% no. En el 100% el tratamiento fue quirúrgico combinado neuroquirúrgico y ORL. En el 50% las 2 cirugías fueron en el mismo tiempo y en el 50% el tratamiento quirúrgico ORL se demoró 24 horas. En el 100% de los pacientes el tratamiento fue una craneotomía temporal con drenaje de absceso, asociada a una mastoidectomía radical (en el 50% se selló una fístula con fascia temporal). La supervivencia fue de un 100%.

Conclusiones: En la actualidad las complicaciones intracraneales debidas a infecciones óticas son poco frecuentes pero potencialmente mortales si no se realiza un diagnóstico precoz. Las complicaciones intracraneales más frecuentes son las meningitis, seguidas de los abscesos temporales. El diagnóstico por pruebas de imagen (TAC y RMN) y la cirugía precoz, ha disminuido su mortalidad.

341

ASIMETRÍA AMIGDALINA

S. Tobías Gómez, M. Borràs Perera, V. Palomar Asenjo, A. Ruiz Giner, J.C. Fortuny Llances, J. Soteras Oller, V. Palomar García
Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El aumento unilateral de la amígdala palatina de forma asintomática suele tratarse con amigdalectomía sistemática ante la sospecha de malignidad. La mayor frecuencia de procesos benignos como asimetría en pilares anteriores o diferente profundidad de la fosa amigdalina, inflamación o infección crónica, enfermedades granulomatosas o tumores benignos hace plantear la posibilidad de conducta expectante.

Material y método: Se revisan las amigdalectomías realizadas entre 1996 y 2006, de un total de 267 se indicaron por asimetría 29. El resultado anatomopatológico fue de hiperplasia folicular linfóide en 79,3%, linfoma en 17,24% y quiste de retención en 3,45%. Se valoran como factores de riesgo 8 ítems: adenopatías, varón, mayor de 45 años, detectada por el paciente, aspecto sospechoso, clínica sistémica, historia de malignidad e inmunodepresión.

Resultados: El rango de ítems positivos en nuestros pacientes con enfermedad maligna es de 2 a 4. Se hubiese realizado amigdalectomía en el 100% de los casos con enfermedad maligna.

Conclusión: Se concluye que se puede realizar conducta expectante ante una asimetría amigdalina sin factores de riesgo para enfermedad maligna.

342

CONDROSARCOMA DE LARINGE

S. Tobías Gómez, M. Borràs Perera, E. Sarroca Capell, L. Andreu Mencía, V. Palomar García
Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Los condrosarcomas de laringe son tumores infrecuentes, aunque es el tumor no epitelial más frecuente. Son más frecuentes en varones de mediana edad. Suelen presentarse con disnea, disfagia, una masa palpable en el cuello, obstrucción de la vía aérea y dolor. La anatomía patológica permite diferenciarlos en de bajo, medio o alto grado.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 75 años derivada de otro hospital por aumento progresivo de tumoración cervical catalogada como condroma. En la exploración destacaba una tumoración cervical de 6 cm de diámetro. Se le practicó una laringectomía total incluyendo el hioides. El resultado anatomopatológico fue de condrosarcoma bien diferenciado.

Discusión: El tratamiento de elección es cirugía conservadora con márgenes de resección amplios. La laringectomía total debe considerarse en tumores extensos o indiferenciados. El pronóstico en general es bueno.

353

COLESTEATOMA DE CAE

A. Capitán, E. Viviente, F. Argudo, A. González, C. Torregrosa, N. Sánchez, C. Sprekelsen
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Presentamos un paciente con colestearoma de CAE izquierdo. **Material y método:** Mujer de 24 años que acude por otorrea fétida, autofonía e hipoacusia sin otalgia del oído izquierdo. A la exploración se aprecia una masa de aspecto blanquecino que ocupa todo el CAE del oído izquierdo sin poder visualizar el tímpano. Otorrea fétida. Se realiza TC de oídos apreciándose una masa de densidad de partes blandas que ocupa el CAE izquierdo y que rompe la pared anterior del mismo introduciéndose en la cavidad articular de la articulación temporomandibular izquierda. Se toma biopsia de la masa que informa de tejido de granulación con escamas de colestearoma. Se interviene mediante exéresis de la masa y cauterización del lecho.

Discusión: El colestearoma de CAE es una entidad rara, pero que afecta a la articulación temporomandibular es excepcional.

402

DISFONÍA DE APARICIÓN BRUSCA. ORIGEN NO HABITUAL

J. Chacón Martínez, J.M. Morales Puebla, O. Lasso Luis, M.Á. Díaz Sastre, J.T. Galán Morales, L.M. Menéndez Colino, A. Abril García
Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: La disfonía es una patología frecuente en la consulta de ORL, que se presenta en todas las edades de la vida y en ambos sexos. Es un síntoma común en distintas patologías, que van desde enfermedades banales a otras realmente graves.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 77 años que acude a consultas externas con un cuadro de disfonía de 15 días de evolución. Presenta una voz "aérea", hipotónica y asténica. No otra sintomatología. Por laringoscopia indirecta se aprecia una parálisis de CVI e hipomotilidad de CVD, con buen espacio glótico. El aspecto de ambas cuerdas es normal. Rx simple: hernia diafragmática y un EPOC mediante; mediante TAC se aprecia una adenopatía supraclavicular de 14 mm, múltiples adenopatías mediastínicas, nódulo pulmonar en LSI de 4 mm de carácter indeterminado, engrosamiento mural esofágico difuso y gran hernia hiatal. El estudio concluyó con la realización de una esofagoscopia, siendo informada de tumoración vegetante, estenosante e infiltrante de 6 cm de tamaño.

Resultados: El paciente fue remitido a consultas de oncología y cirugía general donde está siendo tratado actualmente de un carcinoma epidermoide pobremente diferenciado de esófago.

Discusión/Conclusiones: Ante una disfonía, debemos tener presente la posibilidad de un tumor como primera opción a descartar, siendo el origen pulmonar el más frecuente. No obstante debemos conocer que existen otras posibilidades que aunque su origen no esté en nuestras áreas ORL, ni tampoco sean tan frecuentes como las pulmonares, sí conllevan un auténtico riesgo para el paciente y debemos tenerlas presentes.

415

COLESTEATOMA GIGANTE COMPLICADO

F. De La Rosa Astacio, R. Polo López, P. Cabrera Morín, T. Labatut Pesce, C. Sierra Grañón
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El crecimiento anormal de epitelio queratinizado en el oído medio, con acumulación progresiva del mismo, define el colestearoma ótico. Ya sea congénito o adquirido la evolución natural es a la complicación.

Caso clínico: Varón de 78 años que acude al servicio de urgencias por tumefacción periauricular y otorrea izquierdas de unos 7 días de evolución. No fiebre termometrada. Refiere episodios de otorrea e hipoacusia desde hace años. Al examen físico se objetiva gran tumefacción periauricular, fluctuante, dolorosa. Otorrea abundante, purulenta y fétida. En la otoscopia edema de tercio anterior de CAE, no se visualiza membrana timpánica. Se solicita TAC de peñascos observándose ocupación de CAE y oído medio en su totalidad, con destrucción de cadena osicular, scutum, pared lateral de caja timpánica, pared anterior de epítimpano, pared posterior de CAE y tegmen timpáni y que se continúa con voluminoso absceso en espacio temporal. El TAC craneal fue normal. Se realiza drenaje de absceso temporal y vaciamiento radical de oído izquierdo confirmando la presencia de gran colestearoma así como los hallazgos radiológicos. El paciente evoluciona favorablemente.

Conclusiones: Casos como este hoy en día son escasos. La capacidad de destrucción de estructuras circundantes, especialmente óseas, y una clínica insidiosa condicionan las potenciales complicaciones del colestearoma. El tratamiento de elección es siempre quirúrgico con la intención de evitar dichas complicaciones.

419

TUMOR DE CÉLULAS DE HÜRTLHLE

C. Deus Abelenda, M. López Amado, R. Babarro Fernández, N. González Pogglioli
Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo", A Coruña.

Introducción: Los tumores de células de Hürthle son neoplasias tiroideas poco frecuentes derivadas de las células oxifílicas.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 72 años que debuta clínicamente con una masa cervical anterior de años de evolución.

En el último mes la paciente experimenta un crecimiento importante de la tumoración que dificulta la correcta movilización del cuello, así como la aparición de clínica compresiva con disfagia y disnea ocasional. Se realiza una exploración otorrinolaringológica completa, en la que se evidencia una masa dura en la región anterior del cuello, que se corresponde con la glándula tiroides. Se realiza una PAAF y una TAC cervical.

Resultados: El resultado de la PAAF no fue concluyente. En virtud de los datos clínicos y radiológicos se decide el tratamiento quirúrgico de la tumoración, realizándose una tiroidectomía. El estudio anatomopatológico nos proporcionó el diagnóstico definitivo de adenoma de células de Hürthle.

Discusión: Los tumores de células de Hürthle se definen como neoplasias foliculares en las cuales las células oxifílicas predominan o comprenden más del 75% de la población celular. Estas células presentan varios patrones de crecimiento, siendo la variante folicular, la más común en el caso de los adenomas. Éstos se caracterizan por estar encapsulados y no presentar invasión capsular ni vascular. Los adenomas de células oxifílicas, al igual que los carcinomas, son más frecuentes en mujeres entre los 45-50 años de edad. La principal manifestación clínica observada es la formación de nódulos. La PAAF es el método más fácil y accesible para evaluar los nódulos tiroideos pero no permite diferenciar los adenomas de los carcinomas de células oxifílicas. La hemitiroidectomía con istmectomía parece ser el mejor tratamiento para los adenomas, mientras que se prefiere la tiroidectomía total en caso de que se trate de un carcinoma.

439

OTITIS EXTERNA MALIGNA CAUSADA POR S. AUREUS. USO DE LA GAMMAGRAFÍA CON GA 67 EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

M.I. Castro Canelada, J. Herrero Herrero, F. Ramos Puerto, M.J. Cisternas, E. De La O

Complejo Hospitalario de Cáceres.

Introducción: La otitis externa maligna (OEM) es una infección del oído externo que aparece en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos, cursa con elevada morbilidad, que en algunos casos alcanza el 42%. El germen causal suele ser la *P. aeruginosa* (90%), aunque existen raros casos descritos de infección por *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*, etc. Se extiende por los tejidos próximos al temporal, origina osteomielitis de la base del cráneo y complicaciones endocraneales.

Material y método: Paciente de 73 años, con diabetes mellitus tipo II de 8 años de evolución, en tratamiento con antidiabéticos orales, que consulta en nuestro centro por cuadro de otorrea, otalgia e hipoacusia derecha de dos meses de evolución que no han cedido con curas locales por su ORL y que se acompaña de parálisis facial de 48 horas de evolución. En la exploración física se aprecia CAE con otorrea, estenosis y granulaciones en la pared inferior del conducto y en hipotímpano. Ante la sospecha diagnóstica de OEM se decide ingreso hospitalario, cultivo de exudado ótico, toma de biopsia de granulaciones, se instaura tratamiento empírico antipseudomona por vía parenteral, control estricto de glucemia, y se realizan estudios radiológicos con TC de peñasco, RMN y estudio gammagráfico con Tc 99 y con Galio 67. El paciente comienza evolución favorable cuando se inicia terapia antibiótica ajustada al antibiograma para *S. aureus* con vancomicina intravenosa. Tras dos semanas de estancia hospitalaria es dado de alta con terapia antibiótica combinada ajustada a antibiograma por vía oral, que se mantiene durante 5 meses. **Conclusión:** Considerar que la OEM es una infección que puede tener otros gérmenes causales, siendo por tanto, si es posible cultivo del exudado ótico para un tratamiento adecuado. Es importante asegurarse de que la infección ha sido erradicada antes de suspender el tratamiento, porque la recurrencia puede causar una infección mas resistente que la infección inicial y cursar con complicaciones mortales. Nosotros pensamos que la gammagrafía con Ga 67 es una prueba sensible y efectiva en la monitorización de la enfermedad y puede ser usada para evaluar la respuesta al tratamiento.

444

MATERIALES DE SUTURA EN OTOPLASTIA

F.J. García-Purriños, M.D. Romero, M. Uzcanga

Hospital de Hellín. Hospital de Navarra, Pamplona.

Introducción/Objetivos: Analizar los materiales utilizados para suturar los distintos puntos que lo requieren en la realización de una otoplastia.

Material y método: Estudiamos 82 pacientes a los que se realizó una otoplastia según técnica de Moustardé. En total fueron 171 intervenciones a lo largo de 10 años (1996-2006). Se usaron materiales de sutura para los siguientes pasos: antehélix, concha-mastoides, piel. Los materiales usados fueron Prolene 4/0 en 15 pacientes, Ethilon 4/0 en 21 y Gore-Tex en 46, para la sutura de concha y antehélix. Para piel: seda 4/0 en 20 pacientes, Ethilon 5/0 en 32 y vicryl 4/0 en 30.

Resultados: Las complicaciones relacionadas con el material de sutura fueron: granulomas en dos casos, ambos con seda como sutura cutánea; extrusiones en 16 casos, cuatro de los cuales fueron precoces y precisaron reintervención. 5 con prolene y 11 con Ethilon. Los reintervenidos se habían suturado todos con Ethilon.

Discusión/Conclusiones: Tras una revisión de 171 otoplastias se hace patente que los distintos materiales de sutura pueden producir diferentes problemas. Los que menos complicaciones han dado son el Gore-Tex para suturas internas y el Vicryl para la cutánea, que son, por tanto, los que utilizamos actualmente.

447

FRACTURA DE PEÑASCO BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.M. Lasso De la Vega Zamora, A. Ruiz-Fornells, M. Portell Soriano, J.J. López Moya

Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Introducción: La fracturas de peñasco pueden ser longitudinales o transversales y según el grado de afectación pueden provocar cófosis, vértigo y lesiones del VII y VIII par craneal. Las pruebas audiológicas, vestibulares y radiológicas nos acercarán al diagnóstico.

Material y método: Presentamos un paciente joven que acudió a urgencias tras una agresión, por cófosis bilateral y vértigo. Se le realizó, audiometría, TAC y RMN craneal, BERA y VNG.

Resultados: El paciente presentó cófosis bilateral, vértigo periférico con arreflexia vestibular bilateral y en las pruebas radiológicas una fractura de peñascos bilateral. La RMN la informaron con conservación de los pares craneales VII y VIII.

Discusión/Conclusiones: La fractura de peñascos bilateral es rara y generalmente incluida en un cuadro de politraumatizado, donde el mantenimiento de las constantes vitales es una prioridad. El paciente actualmente está incapacitado de forma irreversible y solo le podemos plantear un implante coclear, siempre teniendo la seguridad de que se mantiene aún una conductividad nerviosa aceptable en el VIII par coclear, que en nuestro caso lo hemos verificado en uno de los oídos por los BERA.

476

LINFOMA DE HUESO TEMPORAL

E. Martín Lorenzo, R. Altimari

Hospital Domingo Luciani, Caracas, Venezuela.

Introducción: Masculino de 63 años, evaluado en el servicio de postgrado ORL-CCC del Hospital Domingo Luciani (Venezuela), inicia enfermedad actual hace 5 años, presentando otalgia izquierda, hipoacusia ipsilateral, tinnitus, hace un año se asocia disfagia a sólido, disfonía. Realiza síndrome de agujero rasgado posterior, es llevado a mesa operatoria practicándose una craneotomía. El diagnóstico definitivo se logra a través de biopsia que reportó linfocitos atípicos con gránulos azurófilos con gránulos citoplasmáticos, Linfoma no Hodgkin de hueso temporal, la inmunohistoquímica, marcadores positivos.

Discusión: Los Linfomas no Hodgkin pueden afectar el hueso temporal, la vía de invasión en el oído es por filtración de los espacios perilinfáticos adyacentes a las trompa de Eustaquio, sin embargo es una entidad extremadamente rara, los pocos casos descritos en la literatura los diagnósticos se han realizado post mortem.

49

BULBO YUGULAR ALTO MANIFESTADO CLÍNICAMENTE CON HEMICRÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. López Campos, M.E. Campos Bañales, D. López Aguado

Hospital Universitario de Canarias, Ofra-La Laguna, Tenerife

Introducción: La posición del bulbo de la yugular interna varía ampliamente, no siendo excepcional una posición alta invadiendo la caja tim-

pánica. Aunque en muchas ocasiones es asintomático, su manifestación clínica mas frecuente son los acúfenos pulsátiles.

Material y método: Se presenta un caso de una mujer de 45 años donde su única manifestación clínica fue de hemicránea derecha asociada a cualquier actividad que produjera aumento de la presión torácica. Por la otoscopia se observa por transparencia una "masa azulada" a nivel del hipotímpano derecho. El examen por imagen, TAC y Angiografía, manifiesta un bulbo de la yugular interna que invade el hipotímpano, acompañado de una atresia marcada del seno transversal y sigmoides del lado izquierdo.

Discusión y comentarios: Se discute su diagnóstico diferencial y la actitud terapéutica.

491

MANEJO QUIRÚRGICO Y COMPLICACIONES DE LA OTITIS MEDIA CRÓNICA COLESTEATOMATOSA (OMCC) EN EL NIÑO

M. Salgado Rozas, C. Namoncura Poblete, M. Arancibia Silva
Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

Introducción: La OMCC infantil es de manejo controversial y difícil, pudiendo presentar complicaciones intra-extratemporales. Nuestro objetivo es caracterizar a niños con esta enfermedad, determinar su extensión, lesiones, hallazgos otoscópicos y quirúrgicos, identificar complicaciones y describir evolución auditiva post quirúrgica.

Material y método: se estudiaron 55 pacientes entre 3 y 18 años (62 oídos), con OMCC, tratados quirúrgicamente mediante técnica abierta combinada con timpanoplastia y osculoplastia en el servicio de otorrinolaringología (ORL) entre 1996 y 2006. Los datos se obtuvieron desde historias clínicas, incluyendo examen convencional, otomicroscopia, audiometría pre y postoperatorias. Se realizaron pruebas estadísticas de χ^2 , y comparativas con nivel de significación del 5%. Se consideró evolución satisfactoria la ganancia de 10 o más db entre audiometría pre y postoperatoria, y mala evolución con pérdidas mayores a 10 db entre ambas audiometrias.

Resultados: Se observó mayor frecuencia en niños de 7-12 años (50%). De 44 oídos intervenidos con técnica abierta, 7 fueron reintervenidos por recidiva (15,9%); de 18 intervenidos con técnica cerrada, 8 (44,4%) fueron reintervenidos con técnica abierta. Predominó el bolsillo de retracción (54,4%) y la perforación posterior (29,8%), la localización más frecuente del colestoma fue la atico-antromastoidea-caja en 82,3%, los huesecillos más le-

sionados fueron yunque (69,3%) y martillo (43,5%). La lesión predominante asociada fue la exposición meníngea (17,7%). Prevalcieron las complicaciones intratemporales (75%). Se realizó reconstrucción tímpano oscular en 45,2%. La evolución fue satisfactoria o sin cambios en 38 oídos (61,3%) y no satisfactoria en 17 (27,4%).

Discusión/Conclusiones: La técnica abierta sería el tratamiento indicado del colestoma extenso pediátrico.

371

ENFISEMA CERVICAL MASIVO POSTRAUMÁTICO

D. Moreno Jiménez, M. Gómez Serrano, E. Calvo, J.A. Sancipriano, F. Gómez Toranzo

Servicio de ORL, Hospital Universitario Virgen de la Vega, Salamanca.

Introducción: El enfisema cervical es el acúmulo de aire a nivel subcutáneo, en el cuello. Las causas más frecuentes son traumáticas, yatrogénicas, infecciosas...

El diagnóstico se realiza con una detallada anamnesis, una exploración cervical (cuyo signo más característico es la crepitación cutánea) y laringotraqueal y pruebas de imagen (TAC). El tratamiento suele ser conservador, valorando la ausencia de dificultad respiratoria.

Material y método: Presentamos 2 casos de pacientes que tras traumatismos cervicales (uno por agresión y otro por caída al suelo), presentan enfisemas cervicales masivos bilaterales con disección de musculatura cervical.

Resultados: Caso 1: Paciente que tras agresión (golpe directo en cuello) presenta enfisema cervical masivo, bilateral. No disnea y dolor cervical. TAC: enfisema cervical masivo, no se aprecia fractura laríngea. Laringoscopia normal. Tratamiento: observación hospitalaria, tratamiento antibiótico y analgésico. Se resuelve el cuadro en 2 semanas. Caso 2: Paciente que se cae al suelo y se golpea con la cabeza en suelo y posteriormente presenta enfisema subcutáneo masivo bilateral. No disnea, si dolor cervical. TAC: enfisema cervical masivo, no se aprecia fractura laríngea. Laringoscopia normal. Tratamiento: observación hospitalaria, tratamiento antibiótico y analgésico. Resolución del cuadro en 2 semanas.

Conclusión: El enfisema cervical subcutáneo es una patología benigna. En el enfisema subcutáneo cervical postraumático suele existir una pequeña fisura laringotraqueal que a veces es imperceptible en el TAC. El tratamiento si no existe una gran fractura laríngea, es conservador. Si existe una gran fractura laríngea es quirúrgico. Siempre hay que hacer una valoración laringoscópica para descartar lesiones laringotraqueales.

LUNES, 12 DE NOVIEMBRE

SALA 9

25

A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISNEA POR PARÁLISIS BILATERAL DE CUERDAS VOCALES EN PACIENTE CON CARCINOMA DE TIROIDES

J.M. Escapa Garrachón, I. Alonso Castañeira, A. Enterría González, J. Moralejo Martín, J. Rodríguez Pampliega, J.L. Alonso Treceño
Hospital Río Carrión, Palencia.

Introducción: Presentamos un caso de disnea producido por una parálisis bilateral de cuerdas vocales en adducción en paciente afectada de carcinoma papilar de tiroides y metástasis pulmonares.

Material y método: Paciente que presenta sensación de disnea y ruidos respiratorios altos. Antecedentes de traqueotomía hace 24 años, mastectomía derecha y radioterapia. En la laringoscopia observamos las cuerdas vocales paralizadas en línea media. En el TAC cervicotorácico, una lesión nodular de 3,5 cm en lóbulo tiroideo izquierdo que comprime y desplaza la tráquea. En el parénquima pulmonar se observan imágenes nodulares que parecen corresponder a metástasis. Se realizó tiroidectomía total y cordotomía posterior cuerda vocal izquierda con láser CO₂.

Discusión: Ante una parálisis de cuerdas vocales en adducción lo primero que hay que solucionar es el compromiso respiratorio. La compresión o invasión de los nervios recurrentes por tumores tiroideos, cervicales, laringeos, esofágicos y mediastino superior originan el 6% de las parálisis bilaterales.

Conclusiones: Cuando existe una parálisis laríngea en adducción el primer objetivo terapéutico es solucionar el compromiso respiratorio. Hay que pensar entre otras posibilidades en la patología tumoral tiroidea cuando existe una parálisis de cuerdas vocales. La cordotomía posterior unilateral con láser CO₂ es una técnica de fácil realización que en este caso resolvió perfectamente el problema respiratorio.

26

DISFAGIA POR ABSCESO RETROFARÍNGEO SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE POTT. REVISIÓN DE UN CASO

J.M. Escapa Garrachón, J. Freijanes Otero, I. Alonso Castañeira, P. De las Heras Flórez, F. Martín Peña, J.L. Alonso Treceño
Hospital Río Carrión, Palencia.

Introducción: La posibilidad de formación de un absceso retrofaríngeo a partir de un foco tuberculoso vertebral es excepcional. Presentamos un caso que comenzó con una intensa disfagia acompañado de disnea moderada y mal estado general.

Material y método: Paciente que acude a consulta por presentar astenia, anorexia, disfagia progresiva, disfonía y cierta disnea. En la exploración ORL se visualiza una formación redondeada de gran tamaño que hace protrusión en la pared posterior de hipofaringe y que se prolapsa sobre el vestíbulo laríngeo. Se realiza radiografía simple de columna cervical, esofagograma, TAC cervical y torácico. El resultado de la anatomía patológica fue de osteomielitis granulomatosa tuberculosa.

Discusión: La enfermedad de Pott engloba todas las lesiones tuberculosas vertebrales. Sólo en el 2-3% la localización es cervical. La aparición de un absceso frío retrofaríngeo a partir de un foco caseoso es muy poco frecuente y cuando ocurre la clínica suele ser de sensación de cuerpo extraño faríngeo, disfagia, disfonía y en ocasiones disnea. En este caso el tratamiento es médico y quirúrgico.

Conclusiones: Distintos procesos ORL no neoplásicos, algunos poco frecuentes, pueden ser causa de disfagia. Ante un paciente que presenta lesiones destructivas en columna vertebral o evidencia de un absceso frío retrofaríngeo hay que pensar en la enfermedad de Pott entre otras posibilidades.

33

TUMOR CERVICAL NEURÓGENO

E. Hernández Montero, M. Mesa Marrero, P. Rivas Lacarte
Hospital de San Lorenzo, Viladecans, Barcelona.

Introducción: Un 25-45% de los tumores neurógenos se dan en cabeza y cuello. Pero a pesar de este porcentaje, su diagnóstico sigue siendo infrecuente. Presentamos un caso de neurofibroma y realizamos una revisión acerca del diagnóstico diferencial de las tumoraciones cervicales neurógenas, sus características clínicas y anatomopatológicas y las opciones terapéuticas.

Material y método: Presentamos el caso clínico de un varón de 40 años de edad afecto de una tumoración en triángulo posterior derecho del cuello, de 5 cm de diámetro y de un año de evolución. La sintomatología referida era paresia de hombro derecho y dolor en la región posterior del cuello. Se completa el estudio con TC y RM, comprobándose su origen en las ramas C3-C5, del plexo cervical. Ante la imposibilidad de filiarlo mediante PAAF, se decide, dado su tamaño y clínica asociada progresiva, su excisión quirúrgica. La Anatomía Patológica resultante fue de neurofibroma. La recuperación clínica y electromiográfica, apoyada por tratamiento rehabilitador, es satisfactoria, con una recuperación funcional del 75% en la actualidad.

Discusión: Anatomopatológicamente los términos neurilemoma, neurinoma y schwannoma son sinónimos, pero no lo son con neurofibroma, empleándose muchas veces indistintamente, siendo en realidad sus características epidemiológicas y clínicas bien diferenciadas. A pesar de su benignidad, el neurofibroma tiene potencial de malignización.

Conclusiones: Los tumores cervicales neurógenos son tumores benignos poco frecuentes, cuyo tratamiento es controvertido ya que su excisión puede ocasionar un déficit neural iatrogénico. La rehabilitación es una medida complementaria que ayuda a paliar las secuelas.

34

SARCOMA MIOFIBROBLÁSTICO DE ETMOIDES Y SENO FRONTAL

C. García Navalón, M. Armengot, M. Bonet, R. Reboll, S. Frías, J. Basterra, M.A. Martorell¹, J. Gutiérrez¹

Servicios de ORL y ¹Anatomía Patológica, Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: Los miofibroblastos son células constituyentes de procesos reactivos, como la fascitis nodular o el tejido de granulación, y también forman parte de neoplasias no metastatizantes como las fibromatosis y los miofibroblastomas. El concepto de sarcoma de tejidos blandos compuesto mayoritariamente por miofibroblastos es controvertido. El objeto de este trabajo es presentar un caso de una localización no descrita en la literatura, a nivel etmoidal y del seno frontal.

Material y método: Paciente mujer de 61 años remitida a consulta de ORL desde el Servicio de Cirugía Plástica por presentar tumoración en raíz nasal de crecimiento progresivo, sin otra sintomatología. Exploración clínica: Ensanchamiento de la raíz nasal. A la palpación había destrucción de la apófisis nasal del frontal. Resto sin hallazgos patológicos. La TC y RMN maxilofacial y cervical informan de lesión localizada en raíz nasal izquierda que pasa la línea media y que destruye las celdillas etmoidales anteriores alcanzando el seno frontal. Con diagnóstico anatomopatológico tras biopsia de miofibrosarcoma de etmoides, se realiza exéresis quirúrgica vía externa y reconstrucción mediante colgajo frontal de rotación.

Discusión/Conclusiones: Los miofibroblastos son uno de los principales tipos celulares del tejido conectivo y están presentes en los tejidos blandos y en muchos otros órganos, de ahí la dificultad de definir las neoplasias miofibroblásticas. Para poder hacerlo hemos de atender a criterios morfológicos, ultraestructurales e inmunohistoquímicos. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, seguida o no de radioterapia postoperatoria según el estadio evolutivo.

LINFOMA NASAL NK EN PACIENTE VIH +

R. Reboll, L. Martínez¹, M. Armengol, S. Frías, C. García Navalón, M. Bonet, J. Basterra, J. Gaona², C. Calabuig²

Servicios de ORL, ¹Dermatología y ²Anatomía Patológica, Hospital Universitario, Valencia.

Introducción: El linfoma nasal T/NK se conocía clásicamente como granuloma maligno centrofacial. Este tipo de linfoma provoca una destrucción centrofacial que se inicia en la cavidad nasal. Su principal diagnóstico diferencial es la enfermedad de Wegener. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de una paciente VIH+ y excocainómana, con antecedentes de perforación septal, diagnosticada de linfoma nasal NK.

Material y método: Paciente mujer de 42 años VIH+ C3, y VHC+, sin control, y ex-cocainómana hace 10 años, acude a urgencias por presentar insuficiencia respiratoria nasal bilateral. Exploración ORL presenta una tumefacción no fluctuante a la palpación de los tejidos blandos de punta nasal y con rinoscopia anterior se observa una perforación septal y mucosa hiperplásica circundante. Se sospecha que sea secundario al consumo de tóxicos. La TC maxilofacial informa de edema-celulitis superficial de fosas nasales y tejidos blandos, y signos de sinusopatía maxilar derecha y etmoidal anterior. Tóxicos en orina son negativos. La biopsia y el estudio inmunohistoquímico dan el diagnóstico de linfoma T/NK extranodal de tipo nasal en estadio IIIB. Con lo que se completa estudio y recibe tratamiento quimioterápico. La paciente fallece tras finalizar el segundo ciclo de quimioterapia.

Discusión: Este tipo de linfoma es infrecuente, cuyo diagnóstico es histológico. Representa el 45% de los linfomas primitivos nasales. Se asocia a la infección por el virus de Epstein-Barr. Es una enfermedad letal si no se trata, tiene un mal pronóstico global, incluso con tratamiento. El cual se basa en la radio y quimioterapia. Los últimos trabajos demuestran un mejor pronóstico para los pacientes que pueden beneficiarse de la radioterapia externa, quienes presentan lesiones en un estadio poco avanzado.

Conclusiones: El linfoma nasal T/NK debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con lesiones nasales granulomatosas.

LA UTILIZACIÓN DE LA MINI-GAMMACÁMARA INTRAOPERATORIA EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

P. Estrems, J.M. Tamarit, N. Baviera, G. Pastor, F. Guallart, J. Ferrer, P. Sopena, J. Dalmau

Servicio de ORL, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Uno de los principales objetivos de la cirugía del hiperparatiroidismo primario por adenoma, es la realización de una cirugía mínimamente invasiva. Para ello se han diseñado numerosos métodos de imagen que permiten identificar preoperatoriamente el adenoma. Un paso más en este estudio de localización, es la mini gammacámara intraoperatoria, aún en fase experimental, que permite afinar, en el curso de la intervención quirúrgica, la localización de la glándula paratiroides patológica, facilitando así la tarea del cirujano.

Material y método: Presentamos los resultados obtenidos mediante la incorporación al protocolo diagnóstico-terapéutico del hiperparatiroidismo primario, de una nueva minigammacámara portátil (Sentinella 102®), a través de un caso clínico. El día de la intervención, 10-15 minutos antes de la misma, se inyectó al paciente 3-5 mCi de 99Tcm-MIBI iv. Se obtuvieron de 3 a 8 imágenes con la minigammacámara (Matriz 300 x 300, 30-120 segundos por imagen) antes, durante y al finalizar la cirugía. Se confirmó la adecuada extirpación mediante la medición intraoperatoria de PTHi y el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica.

Adicionalmente se utilizó un sistema de localización por láser integrado en la minigammacámara.

Discusión: La gammacámara intraoperatoria es una técnica exploratoria que ofrece grandes perspectivas de futuro en la cirugía del hiperparatiroidismo primario, ya que, además de facilitar la búsqueda del mismo, permite la constatación del éxito de la cirugía gracias a la ausencia de captación en el lecho quirúrgico.

POLIPOSIS NASOSINUSAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS

M. Bonet Loscertales, M. Armengot, L. Garín, S. Frías, C. García Navalón, R. Reboll, J. Basterra, M. Martorell

Servicio de ORL, Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: El síndrome de Churg-Strauss es una vasculitis sistémica necrotizante eosinófila que se diagnostica atendiendo a los siguientes criterios según la American College of Rheumatology (si al menos presenta 4 de los siguientes 6): asma intensa, eosinofilia, mononeuropatía o polineuropatía, infiltrados pulmonares migratorios, anormalidades de senos paranasales, eosinofilia extravascular. La asociación de esta enfermedad con la rinosinusitis polipoidea no es frecuente y plantea retos diagnósticos y terapéuticos. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de una paciente con síndrome de Churg-Strauss con poliposis nasosinusal asociada y discutir las pautas de diagnóstico y tratamiento.

Material y método: Paciente de 35 años remitida a Consultas de ORL desde el Servicio de Neumología por presentar obstrucción e hiperreactividad nasal de años de evolución. Exploración clínica: Rinoscopia anterior: se observa ocupación de ambas fosas nasales por pólipos. TAC maxilofacial: ocupación de senos paranasales. Biopsia de pólipo: abundante eosinofilia tisular. ANCAS: en título 1/640

Se ajusta tratamiento de acuerdo con neumología; corticoides orales y tópicos de forma continuada.

Discusión/Conclusiones: En el diagnóstico diferencial de la poliposis nasosinusal se debe considerar como causa menos frecuente la enfermedad de Churg-Strauss cuando se asocia a un cuadro sistémico compatible con una vasculitis, hecho a considerar en la anamnesis de todo paciente con poliposis nasal.

DE LA DETECCIÓN AL DIAGNÓSTICO: ESTUDIO A CORTO PLAZO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE SORDERA NEONATAL EN EL H.C.U.V

M.I. Pitarch Ribas, C. De Paula Vernetta, E. Latorre N. Conill Tobías, N. Muñoz Fernández, I. Alonso Castañeira, J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario, Universidad De Valencia.

Introducción: El diagnóstico y tratamiento temprano de la sordera es fundamental si se tiene en cuenta que la audición es imprescindible para un desarrollo adecuado del habla y del lenguaje, y para una buena integración del niño en su entorno familiar y escolar. Una sordera es causa, en muchas ocasiones, de inadaptación o fracaso escolar y de alteraciones del lenguaje.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo sobre los resultados obtenidos en los 6 últimos meses por la Unidad de Audiología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, en la detección y diagnóstico precoz de pacientes derivados a dicha Unidad con sospecha de sordera, ya sea provenientes del mismo Hospital, como de otros Centros de ámbito tanto público como privado.

Resultados: De los 55 niños estudiados, se detectaron 6 HNS profundas bilaterales, 2 HNS profundas unilaterales, 2 HNS severas bilaterales y HNS leves o moderadas.

Conclusión: La detección precoz de la sordera neonatal nos va a permitir la posibilidad de emplear medidas terapéuticas más tempranas y como consecuencia de estas unos resultados auditivos más satisfactorios.

FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES

I. Monjas Cánovas, E. Delgado Moreno, C. Gutiérrez Del Castillo, J.R. Paredes Osado, J.R. Gras Albert

Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: El carcinoma medular de tiroides (CMT) representa el 5-10% de las neoplasias tiroideas. Supone la segunda neoplasia tiroidea más agresiva. Se distinguen cuatro formas de presentación: una esporádica (75%) y tres formas hereditarias transmitidas de forma autosómica

dominante (25%). Presentamos un caso de CMT hereditario en un varón de 47 años cuyo diagnóstico se realizó de forma casual tras realizar una hemitiroidectomía por un adenoma folicular.

Caso clínico: Paciente varón de 47 años sin antecedentes personales de interés que refería aparición de tumoración en región tiroidea izquierda de un año de evolución. No otra sintomatología asociada. Palpación cervical: nódulo de 3 cm de diámetro en región hemitiroidea izquierda. Ecografía cervical: nódulo de 3,5 x 3 x 2,6 cm de naturaleza mixta. PAAF: nódulo folicular con componente proliferativo. Tratamiento: hemitiroidectomía izquierda. Resultado anatomopatológico: hiperplasia nodular adenomatosa y nidos de microcarcinoma medular de tiroides. Un mes más tarde se realizó totalización de la tiroidectomía asociada a vaciamentos funcionales bilaterales y de la región central cervical. Estudio extensión: TAC cervicotoracoabdominal y gammagrafía ósea: sin focos patológicos. Estudio genético protooncogen RET: positivo para la mutación V804M. Screening de familiares directos: positivo en hermano y hermana.

Conclusión: Ante un CMT siempre se debe descartar la asociación con otras endocrinopatías, así como la afectación familiar. El tratamiento es quirúrgico y se basa en la tiroidectomía total asociada a vaciamentos cervicales ganglionares. Actualmente, los estudios genéticos han abierto nuevos campos de investigación y han favorecido el diagnóstico y tratamiento precoz mejorando el pronóstico de la enfermedad.

144

PAPILOMATOSIS LARÍNGEA. NUESTRA EXPERIENCIA

J.A. Torre Eiriz, A. Cabanas López de Vergara, B. Patiño Castiñeira, A. Cabanas López

Complejo Hospitalario de Ourense.

Introducción: La papilomatosis laríngea es una infección de la mucosa laríngea por el virus papiloma humano, especialmente por los tipos 6 y 11, y que cursa con la aparición de formaciones vegetantes de tamaño variable en diferentes niveles de la laringe. La evolución de dicha enfermedad es imprevisible, considerando algunos autores que nunca se puede llegar a una curación definitiva. Con el advenimiento del láser CO₂ se han mejorado los resultados a corto y medio plazo. Paralelamente, se han propuesto diversos tratamientos médicos con resultados variables, como son la terapia fotodinámica, la inyección intralesional de zidovudina, el aciclovir vía sistémica, el interferón y el indol-3-carbinol.

Material y método: Presentamos dos casos de papilomatosis laríngea de tres y cuatro años de evolución tratados mediante vaporización láser y tratamiento postoperatorio con Indol-3-carbinol.

Resultados: Ambos pacientes presentan una remisión completa de los síntomas y de las lesiones.

Conclusiones: Consideramos que dada la ausencia de complicaciones, debería emplearse de primera elección el tratamiento con láser complementado con indol-3-carbinol.

162

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDOSCÓPICA ENDONASAL FRENTE A TRANSCANALICULAR CON LÁSER DIODO

D. Piédrola Maroto, F.J. Franco Sánchez¹, R. Reyes Eldblom¹, J.C. Casado Morente, M. Conde Jiménez, V. Povedano Rodríguez, N. Rodríguez Prado, M. Ortiz Rueda

Hospital Costa del Sol, Marbella. ¹Hospital Xanit Internacional. Benalmádena. Málaga.

Introducción: Ante la variabilidad de técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de la epífora crónica, las más utilizadas hoy en día en nuestra especialidad son la apertura del saco lacrimal vía endoscópica endonasal y la vía transcanalicular con láser diodo. En nuestro trabajo pretendemos valorar las ventajas e inconvenientes de ambas técnicas, así como comparar los resultados clínicos obtenidos.

Material y método: Grupo I: 80 pacientes intervenidos con apertura de saco vía endoscópica mediante fresado del saco endonasal, con anestesia general. Grupo II: 47 pacientes intervenidos vía transcanalicular con láser diodo y anestesia local.

Resultados: Dentro del grupo I obtuvimos una desaparición completa de la epífora en 65 casos (81,25%) mientras que los 15 restantes (18,75%) mantuvieron la sintomatología. En el grupo II, en 36 se obtuvo un resultado positivo (80,86%) siendo necesario reintervenir los 9 restantes por persistencia de epífora (19,14%).

Discusión: Se comentan la similitud de resultados con ambas técnicas y se comparan con los obtenidos en la literatura. Del mismo modo, aunque el porcentaje con láser es sensiblemente inferior, es de esperar una mejoría del mismo al aumentar la muestra.

154

ABSCESOS CERVICALES PROFUNDOS

E. De la O, M.J. Cisternas, F. Ramos, M.R. De Saa, J. Marcos, M.B. Castro, J. Herrero, G. Pardo

Complejo Hospitalario, Cáceres.

Introducción: Los abscesos cervicales profundos son infecciones profundas que afectan a los espacios y sus contenidos. Es una patología poco frecuente, pero con una alta morbi-mortalidad, que puede acarrear graves complicaciones.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 19 pacientes que fueron diagnosticados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de San Pedro de Alcántara de Cáceres, desde la fecha 1/1/2006 hasta 28/02/2007-04-17.

Resultados: Analizando los resultados del estudio se describe la epidemiología, etiopatogenia, localización, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento y complicaciones entre los diferentes casos a estudio.

Discusión/Conclusiones: Los abscesos cervicales profundos es una patología poco frecuente, pero que puede presentar serias complicaciones que requieran ingresos prolongados. Si la patología no evoluciona favorablemente después de adecuado tratamiento ATB y antiinflamatorio será necesario el drenaje quirúrgico dependiendo su abordaje de la localización, tamaño y complejidad del proceso.

184

NEURINOMA INTRACOCLEAR

J. Enjuanes Prades, M. Madrid Martín, M.A. Tormo Tormo, F. Holthoefer Casals, J. Ma Salom, J.J. Ferrer Burillo

Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla, Tarragona.

Introducción: El estudio de las hipoacusias de percepción mediante potenciales evocados auditivos i resonancia magnética craneal permite el diagnóstico de lesiones insospechadas o poco frecuentes como la existencia de neurinomas intracocleares.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 64 años, con antecedentes de hemorragia digestiva por úlcera gástrica, diabetes mellitus tipo II y dislipemia por hipertrigliceridemia que consulta por hipoacusia unilateral izquierda progresiva de larga evolución en el contexto del estudio de unas parestesias faríngeas.

Resultados: La audiometría revela una hipoacusia de percepción unilateral izquierda (menoscabos auditivos: OD 1,87%, OE 73,13% y binaural del 13,75%). En el estudio mediante potenciales evocados no se obtienen potenciales reproducibles en el oído izquierdo. En la resonancia magnética el estudio del oído interno muestra en la secuencia FIESTA una disminución de la señal a nivel de la 2ª espira de la cóclea izquierda; tras la administración de contraste se observa una captación intensa a este nivel, respetando la espira basal. Los hallazgos descritos sugieren la presencia de una tumoración intracoclear compatible con neurinoma.

Discusión/Conclusiones: La asimetría en los umbrales auditivos debe ser motivo de estudio exhaustivo, insistiendo en la búsqueda de la etiología y el topodiagnóstico, puesto que conducen a diagnósticos cada día más precisos gracias a las exploraciones complementarias y abren nuevas perspectivas terapéuticas a los pacientes.

192

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA POR DECÚBITO DE TUBO DE BYPASS SALIVAR DE MONTGOMERY

P. Santos Gorjón, Á. Batuecas Caletro, P. Blanco Pérez, F. Sánchez González, L. García Pérez, L. Sgambatti De Celis

Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: Las fístulas aorto-esofágicas son patologías bien descritas que pueden tener múltiples causas. La existencia de esta patología en relación con la utilización del tubo de by-pass salivar de Montgomery (TBSM) es algo excepcional del que tan sólo existe un caso descrito en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico correspondiente a un paciente de 81 años, intervenido de laringectomía total, que presentó una fistula faringo-cutánea tardía para cuya solución se utilizó un TBSM y que falleció por una hemorragia masiva del tracto digestivo superior causada por una fistula aortoesofágica en la localización del TBSM.

Discusión: La aparición de una fistula aortoesofágica puede darse en pacientes en los que se precisa la utilización de TBSM y ha de tenerse en cuenta en su indicación sobre todo en pacientes de edad avanzada sometidos a radioterapia previa.

199

OSTEOMA DE PARTES BLANDAS DE CAVIDAD ORAL CONCOMITANTE CON TUMOR DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR EN PALADAR

J. Chamizo Jurado, J. Vila Martín, C. Iglesias Valero, P. Fortuny Amorós
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El osteoma de partes blandas es un tumor benigno de muy baja frecuencia. No se ha encontrado ningún caso descrito en mucosa de paladar duro. El tumor mixto de glándula salival menor es un tumor relativamente frecuente en cavidad oral de comportamiento benigno.

Caso clínico: Paciente de 83 años que presenta dos tumoraciones de paladar blando y duro respectivamente. La tumoración de paladar duro afectaba el lado derecho, con aspecto redondeado y consistencia dura, sésil. La lesión de paladar blando aparecía en el lado izquierdo, desplazando la úvula al lado contrario, también de aspecto redondeado y de consistencia elástica. El tamaño de ambas lesiones fue de $2 \times 2 \times 1$ cm y de $3 \times 2 \times 2$ cm respectivamente. Se realizó exéresis completa de ambas lesiones y la anatomía patológica fue de metaplasia ósea estromal (osteoma de partes blandas sin conexión con paladar óseo) y de tumor mixto de glándula salival menor. Tras un seguimiento de 12 meses no ha habido recidiva y la cicatrización ha sido óptima.

Discusión: Hay pocos casos descritos de osteoma de partes blandas en cavidad oral; la mayoría afectan a la lengua. No hay ningún caso descrito en la mucosa del paladar duro. Los tumores mixtos de glándula salival menor son tumores glandulares frecuentes en cavidad oral, aunque no es característico que se asocien a osteomas.

206

VALORACIÓN CON PET-TAC DE LA RESPUESTA LOCO-REGIONAL EN PACIENTES TRATADOS CON QUIMIO-RADIOTERAPIA

L. Montes-Jovellar, J. Alcalde, J. Rey-Martínez, D. Ruba, C. Gimeno-Vilar

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: Una de las cuestiones más importantes en los pacientes tratados con quimio-radioterapia en neoplasias de cabeza y cuello, es la valoración de la respuesta loco-regional al finalizar el tratamiento y principalmente por la posible indicación de realizar un vaciamiento ganglionar programado en aquellos casos de sospecha de persistencia de enfermedad ganglionar. La PET y más recientemente, la PET-TAC, parece aportar una importante información en esta valoración, realizando el estudio a los 3 meses de finalizar el tratamiento.

Material y método: Se ha realizado una revisión de nuestra experiencia inicial en la valoración con PET-TAC postratamiento, en 6 casos, con un período de seguimiento entre 4 y 31 meses, incluyendo 4 tumores primarios de cabeza y cuello, 1 recidiva regional y 1 metástasis ganglionar de origen primario desconocido. A todos los pacientes se les ha realizado PET-TAC a partir de los 3 meses de la finalización del tratamiento.

Resultados: De los 6 pacientes estudiados, 4 están en seguimiento tras apreciarse PET negativo sin realizarse cirugía loco-regional; uno presentó PET positivo en la captación ganglionar y se realizó vaciamiento ganglionar, confirmando los hallazgos; y un paciente ha presentado un falso positivo, igualmente en la región ganglionar.

Conclusiones: Nuestra limitada experiencia inicial, coincide con la manifestada por otros autores en la utilidad de la PET o PET-TAC en la valoración de la respuesta al tratamiento quimio-radioterápico, fundamentalmente por su alta sensibilidad.

211

ANOSMIA CONSECUTIVA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

R. Terré Falcón, M. Martínez Sempere, J.J. Urbano Urbano

Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: Los trastornos de la olfacción acompañan con bastante frecuencia a los traumatismos craneales, aunque el porcentaje de casos en los que éstos ocurren es muy variable según la bibliografía consultada.

Material y método: Presentamos dos casos de anosmia que aparecen como secuela de traumatismos craneoencefálicos de muy diferente índole, pues en el primero de ellos el TCE fue de características leves, sin pérdida de conciencia, pero origino un hematoma de los bulbos olfatorios, y en el segundo de los casos el TCE fue grave, ya que generó una lesión axonal difusa y un hematoma subdural frontal bilateral y occipital derecho que obligó el ingreso de la paciente durante 11 días en la UCI.

Discusión: Las alteraciones del olfato por TCE suponen el 4,5% del total de las anosmias por detrás de la poliposis nasal, la causa viral y la etiología tóxica. Para el estudio del olfato en nuestros pacientes realizamos un test olfativo básico de fabricación propia, que se realizó en colaboración con el servicio de farmacia de nuestro hospital. El tratamiento depende principalmente de su etiología, no existiendo en el caso que nos ocupa ningún protocolo terapéutico que haya generado resultados satisfactorios. El pronóstico olfatorio tras TCE es pesimista puesto que únicamente el 36% de los pacientes refieren mejoría y sólo el 5% recobran su olfato normal. En nuestros casos no existió ningún tipo de mejoría objetivable.

212

RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR DE LOCALIZACIÓN PARANASAL

A.M. Pérez Orribo, M. Valido Quintana, M.S. Cabrera Ramírez, J.M. Cuyás de Torres, J. Benítez del Rosario

Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Los tumores de senos paranasales son poco frecuentes (0,2% de los tumores malignos del organismo). El rabdomiosarcoma es el sarcoma de partes blandas más común en la población pediátrica, representando el 5% de todos los tumores malignos durante la infancia siendo muy poco frecuente en adultos. Dentro de sus estirpes histológicas el más frecuente es el embrional (70%) seguido por el alveolar (20%) representando el de peor pronóstico.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 45 años que acude por masa laterocervical derecha de 1 mes de evolución sin otros síntomas acompañantes. El estudio con PAAF revela la existencia de un tumor de células grandes. En TAC de senos paranasales se objetiva la presencia de una tumoración sinusal de localización etmoidal derecha con extensión hacia la órbita y fosa nasal del mismo lado. Se realiza biopsia mediante cirugía endoscópica nasosinusal confirmando la existencia de un rabdomiosarcoma alveolar. Se decide tratamiento con quimioterapia y radioterapia para tumor en estadio T4-N2-M0.

Discusión: El RMS de adulto es un tumor maligno extremadamente raro, lo que dificulta su manejo, por lo tanto debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de tumores orbitarios independientemente de la edad. Un plan de tratamiento debería establecerse de forma individual, tomando en consideración la edad del paciente, el estadio de la enfermedad y el tamaño del tumor. Para el diagnóstico definitivo del rabdomiosarcoma se debe de realizar una inmunohistoquímica conjuntamente con técnicas radiológicas e histológicas.

213

SCHWANOMA DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO

A.M. Pérez Orribo, M. Valido Quintana, M.S. Cabrera Ramírez, J. Benítez Del Rosario

Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Los schwannomas son tumores benignos raros que se originan de las células de Schwann. Se ha establecido que entre un 25% y 45% de ellos se localizan a nivel de cabeza y cuello. Se pueden manifes-

tar clínicamente como pérdida de audición, obstrucción nasal, disfagia, disfonía o simplemente como una masa solitaria cervical. Estos síntomas no son específicos para el diagnóstico y pueden crear confusión con otras neoplasias de la cabeza y cuello.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 50 años que acude al servicio ORL con historia de disfagia progresiva y sensación de globo faríngeo de aproximadamente 2 meses de evolución que ha empeorado en los últimos 15 días. A la exploración presenta trismo grado I, con protrusión de pared lateral faríngea derecha. En el TAC se observa masa cervical parafaríngea lateral derecha que se extiende desde el cavum hasta la porción más creaneal de la epiglotis, con trombosis de la vena yugular interna ipsilateral. Se realiza biopsia estableciendo el diagnóstico de un schwannoma.

Discusión: Los schwannomas de cabeza y cuello normalmente se presentan como lesiones solitarias y bien circunscritas con curso insidioso. A pesar de ser lesiones benignas pueden causar síntomas secundarios en función de la localización de la lesión. La PAAF, el TAC y la RMN tienen su limitación a la hora de establecer el diagnóstico, sin embargo el estudio anatomopatológico postoperatorio permite establecer el diagnóstico definitivo.

242

ESTUDIO DE LA MADURACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DEL NERVI COCLEAR EN LAS MALFORMACIONES DEL OÍDO INTERNO

E. Fernández Pascual, J. García-Valdecasas, M. Sainz Quevedo

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Las malformaciones del oído interno están presentes en el 20% de las hipoacusias neurosensoriales en niños y han sido bien descritas, desde un punto de vista morfológico, mediante la realización de pruebas de imagen de alta resolución, TAC y RMN. No obstante, la distribución y madurez de sus estructuras neurales es poco conocida. El objeto de este estudio es conocer la madurez, mediante estimulación eléctrica intracoclear y tests de habilidades auditivas, así como la distribución de las estructuras neurales, mediante cortes histopatológicos, en dichas malformaciones.

Material y método: Se estudia la madurez de las estructuras neurales periféricas mediante los umbrales psicoacústicos obtenidos mediante estimulación eléctrica intracoclear en 8 pacientes implantados con diferentes grados de malformación. Además se estudian las habilidades auditivas mediante diversos tests logopédicos: little-ears, MTP3, MTP6 y MTP12. Los cortes histológicos se obtienen de fetos en diferentes estadios de maduración.

Resultados: Las malformaciones mayores presentan peores umbrales auditivos y una peor puntuación en los tests de habilidades auditivas que los pacientes con malformaciones menores.

Discusión/Conclusiones: A mayor grado de malformación, menor grado de madurez neurológica periférica y menor grado de complejidad en la distribución de dichas estructuras. A mayor grado de malformación, menor complejidad en la distribución de las estructuras nerviosas y menor grado de madurez de las mismas.

252

MANIFESTACIONES ORL DE LA DISPLASIA CRANEOMETAFISARIA

P. Santos Acosta, H. Galera Ruiz, M. Carrasco Rangel¹, S. Sánchez Gómez

Servicio de ORL. ¹Servicio de Radiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La Displasia Craneometafisaria (DCM) es una rara enfermedad congénita de etiología desconocida. Puede presentarse bien de forma esporádica o por transmisión hereditaria, dominante (AD) o recesiva (AR); siendo esta última más severa. Se caracteriza por la esclerosis de los huesos craneofaciales y ensanchamiento de la metáfisis de los huesos largos. El cuadro clínico está dominado por hiperostosis y esclerosis de los huesos del macizo craneofacial, que originan anomalías morfológicas y funcionales.

Material y método: Paciente varón de tres años de edad, que debuta a las 2 semanas de vida con un cuadro súbito de parálisis facial periférica.

Tras múltiples estudios se diagnostica de DCM. Se remite al servicio de ORL porque presenta obstrucción respiratoria nasal. La exploración clínica revela megalocefalia con tendencia a la dolicocefalia, ensanchamiento de la raíz nasal e ingurgitación venosa de los vasos faciales, exoftalmos bilateral, estrabismo divergente y maloclusión dentaria. La impedanciometría demuestra rigidez oscilar y cierta incompetencia tubárica bilateral. El resultado de la audiometría tonal liminar es de hipoacusia mixta moderada bilateral principalmente en frecuencias conversacionales. El estrecho diámetro de las fosas nasales no permiten una óptima exploración rinofibrolaringoscópica. Se solicita reconstrucción tridimensional de TC axial y coronal del macizo craneofacial.

Resultados: La TAC revela displasia severa e hipertrofia marcada del tejido óseo con estenosis de agujeros ópticos y de las coanas posteriores, además de mastoides eburneas y obliteración ósea de los senos paranasales. Se confirma el diagnóstico, estenosis bilateral de coanas.

Discusión/Conclusiones: La patología de la DCM es desconocida, parece estar relacionada con la disfunción osteoclástica producida por una mutación del gen ANK. El diagnóstico es clínico-radiológico. Existen múltiples manifestaciones otorrinolaringológicas, siendo las más comunes la parálisis facial y la pérdida de la audición. El tratamiento de los pacientes con DCM es extremadamente difícil porque no existe tratamiento médico o quirúrgico efectivo. Sin embargo, la hipoacusia de transmisión secundaria a la fijación oscilar, sí mejora con cirugía. El diagnóstico precoz, el consejo genético, y la selección de un tratamiento ajustado a la severidad del cuadro clínico de cada paciente son prerrequisitos para un mejor pronóstico y evitar complicaciones severas. Por último, el reciente descubrimiento del gen relacionado con la DCM ofrece una luz de esperanza en el futuro tratamiento/prevenición de la enfermedad.

256

ABSCESO PAROTÍDEO, COMPLICACIÓN INUSUAL DE SIALOADENITIS

E. Flores Carmona, O. Cazorla Ramos, J. Verge González, P. Contreras Molina, A. Cordero Jiménez, P. Sánchez Palma

Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La sialoadenitis aguda bacteriana es una infección del parénquima glandular que se propaga por vía ascendente canalicular. La instauración suele ser brusca o progresiva en 24-48 horas y habitualmente es unilateral pudiendo afectar a varias glándulas. El tratamiento de elección es la antibioterapia y rara vez es necesaria una actitud quirúrgica.

Material y método: Presentamos el caso de un varón diabético de 67 años que es ingresado con una importante tumefacción de región parotídea y submaxilar izquierda sin respuesta a antibióticos orales así como fiebre alta y leucocitosis. En la exploración y pruebas de imagen no se evidencian signos de litiasis ni de colección purulenta por lo que se inicia antibioterapia IV. Sin embargo el paciente evoluciona desfavorablemente y en varios días se identifica a la palpación una zona fluctuante. Mediante TAC cervicofacial se revela la presencia de un absceso parotídeo de 7 cm por lo que el paciente es intervenido inmediatamente.

Discusión: Los abscesos parotídeos son muy infrecuentes pero sus complicaciones pueden ser graves debido a las relaciones anatómicas de la glándula. El drenaje de un absceso parotídeo exige precaución por la posibilidad de lesión del nervio facial pero no debe ser demorado. Es necesario limitar la incisión a piel para evitar fístulas salivares y realizarla del menor tamaño posible ya que suelen ser poco estéticas.

258

LINFANGIOMA QUÍSTICO DEL ADULTO A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Sgambatti Celis, J.L. Gómez González, A. Batuecas Caletro, F. Del Rey Tomás-Biosca, P. Santos Gorjón, F. Sánchez González

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Los linfangiomas están considerados una enfermedad rara, benigna, que comprende afectaciones congénitas y adquiridas de los vasos linfáticos. Es más frecuente en niños y existen varias teorías para explicar su origen, que hablan de un fallo en la conexión del sistema linfático. Es rara la presentación en adultos y se suele asociar a fac-

tores específicos como infecciones, tumores y traumatismos. El 90% de los linfangiomas quísticos se localizan en la región cervicofacial, presentándose clínicamente como una masa de crecimiento progresivo, fluctuante, multilocular, blanda, compresible e indolora aunque en ocasiones el crecimiento es súbito. El diagnóstico se realiza mediante la exploración clínica, pruebas de imagen (RM, TAC) y el diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Se han usado varios métodos para el tratamiento, como: drenaje simple, aspiración, radiación, láser terapia, y la inyección de agentes esclerosantes como la bleomicina y el OK-432. Esta última con resultados aceptables en niños. La intervención quirúrgica es la modalidad más comúnmente usada como tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 45 años de edad con tumoración laterocervical derecha de 2 años de evolución de crecimiento lento y progresivo que presentó un aumento importante en el último semestre donde se evidencia tumoración laterocervical derecha de aproximadamente 8 x 8 cm de consistencia blanda, móvil no dolorosa a la palpación. Como tratamiento se realizó escisión quirúrgica de la tumoración con el diagnóstico de linfangioma quístico no asociado a traumatismos, procesos infecciosos o tumorales.

261

RINOESCLEROMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Ortega Fernández, F. Larach Juliet, G. Barrutieta Baztán, A. Maeso Plaza, P. Escobar Rincón, E. Macón Liqueite, M. Rey García, P. Ortega Del Álamo

Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: El rinoscleroma es una enfermedad rara granulomatosa crónica del tracto respiratorio superior. Endémica en zonas de Asia, Europa oriental, América central y del Sur. Causada por la *Klebsiella rhinoscleromatis*. La infección empieza generalmente por las fosas nasales y puede extenderse a nasofaringe, senos paranasales, orofaringe, laringe o traquea. El diagnóstico se realiza por cultivo. En los países no endémicos el diagnóstico suele retrasarse pudiendo causar estenosis de la vía respiratoria y deformidad nasal. El tratamiento consiste en antibiótico durante largo tiempo y debridación quirúrgica.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente, natural de Ecuador, de 45 años que acude a nuestra consulta con diagnóstico de rinoscleroma realizado hace más de 20 años en otro centro con tratamiento tópico intranasal. Actualmente acude por disfonía y disnea. En la exploración presenta lesiones granulomatosas en la vía aérea superior. El diagnóstico se realizó mediante cultivo. El tratamiento fue antibiótico más tratamiento endoscópico mediante laringoscopia directa y láser CO₂ de lesiones laringotraqueales.

Conclusiones: El rinoscleroma es una patología poco frecuente en nuestro medio pero que ha de tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de lesiones granulomatosas intranasales para no retrasar el diagnóstico y evitar, de este modo, la aparición de lesiones laringotraqueales.

264

PLASMOCITOMA SOLITARIO LARÍNGEO

S. Rodríguez Rondón, J. Perolada Valmaña, C. De Paula Vernetta, D. Collado Martín, C. Morera Pérez

Servicio de ORL, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El plasmocitoma solitario es un tumor de células plasmáticas de localización infrecuente a nivel laríngeo. Puede presentarse de forma aislada, ser la manifestación de un mieloma múltiple, o puede éste desarrollarse posteriormente. El diagnóstico debe ir dirigido a descartar esta enfermedad, ya que varía el pronóstico y tratamiento.

Caso clínico: Mujer remitida al Servicio de Otorrinolaringología por el hallazgo casual de una tumoración supraglótica con erosión del cartílago tiroideo en una Resonancia Nuclear Cervical solicitada por cervicalgia. Estaba asintomática desde el punto de vista Otorrinolaringológico. La biopsia practicada mediante microcirugía endolaringea dio como resultado histológico plasmocitoma. Posteriormente, se descartó un mieloma múltiple y fue tratado mediante radioterapia exclusiva.

Conclusión: Se resalta la localización inusual y aislada de este tipo de tumor a nivel de la laringe así como el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones de células plasmáticas y sus implicaciones en el tratamiento.

270

MANIFESTACIÓN CLÍNICA DIFERIDA EN EL TIEMPO DE UN CUERPO EXTRAÑO CERVICAL

J.M. Serradilla López, A. Muñoz Herrera, E. Coscarón Blanco, M.C. Pérez Liedo, L. García Pérez, M. Jánhez Moral

Hospital Virgen de la Concha, Zamora. Hospital Clínico, Salamanca.

Introducción: Los cuerpos extraños cervicales, constituyen una patología potencialmente grave, su etiología es fundamentalmente traumática. Su manifestación clínica depende de su localización y de las estructuras dañadas en su trayecto. El tratamiento de elección es la extracción del mismo.

Caso clínico: Paciente que acude a urgencias por presentar una tumefacción cervical izquierda de aproximadamente 3 x 2 cm, junto con disfagia y odinofagia de 15 días de evolución, sin síntomas infecciosos asociados. A la exploración se aprecia una protrusión de la pared faríngea postero-lateral izquierda con obliteración del seno piriforme, y una tumefacción laterocervical izquierda dura y sensible a la palpación. Se realizó un Rx simple cervical apreciándose una imagen sugerente de cuerpo extraño metálico ligeramente curvo de aproximadamente 3,5 cm, que protruía en la pared faríngea postero-lateral, obliterando el seno piriforme, en íntimo contacto con varios cuerpos vertebrales. Este dato se confirmó con la realización de un TAC cervical. Tras una anamnesis exhaustiva, el paciente refiere que hace 15 años, sufrió un accidente con "una pistola de clavos", produciéndose una herida cervical según el paciente sin importancia que no necesitó tratamiento. Se procedió a la realización de una cervicotomía exploradora, y a la extracción de un gran clavo metálico, desapareciendo la disfagia y la tumefacción cervical del paciente.

Discusión: Ante una disfagia debemos investigar de manera profunda las posibles causas, una de ellas es la presencia de cuerpos extraños, que aunque en su mayoría tienen una presentación aguda, en raras ocasiones, como en nuestro caso, pueden manifestarse incluso años después.

273

COMPARATIVA DE UTILIZACIÓN DE PEATC Y PEAEE EN UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA

M.E. Mora Santos, A. González Palomino, C.G. Pantoja Hernández, E. Cruz De la Piedad, G. Trinidad Ruiz, M.A. Serrano Berrocal, A. Blasco Huelva

Complejo Hospitalario Universitario, Badajoz.

Introducción: Los potenciales evocados auditivos de estado estable son un método objetivo de evaluación auditiva que permite determinar el umbral auditivo en un más amplio espectro que los PEATC y de manera específica por frecuencia.

Material y método: Se realiza un estudio prospectivo de los datos recogidos entre los años 2000 y 2006 ambos inclusive, obteniéndose una muestra de 665 pacientes, de los cuales 281 (42,3%) son hembras, y 384 (57,3%) varones. A todos los pacientes se les realizan PEATC y PEAEE en 4 frecuencias (500 Hz-1000 Hz-2000 Hz-4000 Hz), en ambos oídos.

Resultados: Mediante un estudio estadístico se procede a la comparación de los datos obtenidos en ambas pruebas, obteniendo resultados estadísticamente significativos para las cuatro frecuencias estudiadas, siendo la mayor fuerza de relación para 2000 y 4000 Hz.

Discusión/Conclusiones: Con los PEAEE los umbrales audiológicos obtenidos se aproximan a los umbrales reales, sobre todo en oídos patológicos. Por lo tanto, son una técnica adecuada para el diagnóstico de niños con hipoacusia, pero que debe ser complementada con potenciales convencionales para una mayor exactitud diagnóstica.

284

CUERPO EXTRAÑO MALAR COMO CAUSA EXCEPCIONAL DE NEURALGIA DEL INFRAORBITARIO

M. Mesa Marrero, E. Hernández Montero, P. Rivas Lacarte, B. De Frías Berzoza

Hospital de Viladecans, Barcelona.

Introducción: Las neuralgias del V par craneal son una causa común de algias craneofaciales pudiendo afectar a cualquiera de sus ramas. Es im-

portante distinguir las neuralgias idiopáticas de las sintomáticas. El proceso diagnóstico se basa en la anamnesis y en las pruebas complementarias. El tratamiento suele ser diferente en ambas. El manejo del dolor orofacial puede ser difícil.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 61 años que acude por dolor intenso en forma de crisis agudas, de escasos minutos de duración, que afecta el área inervada por V2 derecho, de años de evolución y que ha empeorado en el último año. Estas crisis se desencadenan ocasionalmente, al hablar y sobre todo con la masticación. En periodos intercrisis se encuentra asintomático. Fue intervenido de exodoncia de caninos incluidos sin mejoría. Las pruebas radiológicas practicadas muestran la existencia de un cuerpo extraño metálico a nivel del orificio piriforme derecho compatible con perdigón. Se decide exéresis quirúrgica bajo anestesia local por vía sublabial con marcaje prequirúrgico y guiada con escopia. Buena evolución postquirúrgica con desaparición de la sintomatología.

Discusión: La neuralgia del trigémino implica un diagnóstico diferencial excluyendo posibles causas orgánicas. Las características del dolor orientaban hacia una neuralgia idiopática del infraorbitario, sin embargo, las pruebas de imagen nos dieron el diagnóstico correcto por lo que las consideramos necesarias en el manejo de este tipo de pacientes. Es importante la colaboración interdisciplinaria antes de la toma de decisiones terapéuticas, ya que es común la realización de maniobras ineficaces como la exodoncia en nuestro caso.

Conclusiones: El manejo de las algias faciales es complejo. Habitualmente requiere la implicación de diferentes especialistas. Las neuralgias secundarias o somáticas tienen una mejor evolución. Los cuerpos extraños como causa de neuralgia del trigémino son excepcionales.

298

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SUBGLOTIS EN MUJER SIN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

C. De Paula Vernetta, D. Collado Martín, S. Rodríguez Rondón, J.M. Perolada Valmaña, C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La región subglótica se define como el área cilíndrica delimitada entre el borde inferior del cartílago cricoides y una línea situada 5 mm por debajo del borde libre de la cuerda vocal verdadera. La clínica más frecuente del cáncer subglótico es una disnea progresiva con tos. El examen clínico en principio es difícil, apareciendo de forma gradual una disminución de la movilidad en una hemilaringe. Las adenopatías cervicales serán palpables en un 25% de los casos.

Material y método: Paciente mujer de 47 años sin hábitos tóxicos conocidos, que acude a Urgencias por disfonía y dificultad respiratoria de 3 meses de evolución. Se realiza nasofibroscopia visualizando cuerdas vocales edematosas con movilidad conservada. Se programa para Microcirugía endolaringea (corditis polipoide), siendo imposible su intubación por estenosis subglótica (edema del cono elástico) precisando la realización de traqueostomía. Se realiza toma de biopsia a través de la traqueostomía que se informa como Carcinoma in situ.

Resultados: Se interviene mediante abordaje endolaringeo a través de una tirotomía media confirmándose el diagnóstico de Carcinoma epidermoide poco diferenciado (G3) e infiltrante de subglotis izquierda, por lo que se realiza laringectomía total con vaciamiento cervical funcional bilateral y hemitiroidectomía izquierda.

Discusión/Conclusiones: El cáncer primario de subglotis es raro (1-3,6%), siendo generalmente de alto grado de malignidad, estando en estadios avanzados en el momento del diagnóstico y presentando un alto índice de recidiva local y metástasis a distancia.

307

CORRELACIÓN ANATOMO-CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE LOS TUMORES PAROTÍDEOS

N. Conill Tobías, C. De Paula Vernetta, L. De la Fuente Arjona, D. Dualde Beltrán, N. Muñoz Fernández, I. Alonso Castañeira, J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia.

Introducción: Los tumores de parótida constituyen aproximadamente el 5% de los tumores de cabeza y cuello, formando un grupo de gran

complejidad en su composición histológica y comportamiento biológico. Para una buena aproximación diagnóstica, serán importantes tanto los aspectos clínicos como los diferentes métodos de imagen y/o anatomopatológicos.

Material y método: Se realiza un estudio para valorar la correlación entre la sospecha clínica, el diagnóstico anatomopatológico y la imagen radiológica a través del análisis de los diferentes tumores malignos de glándula parótida intervenidos recientemente en nuestro Hospital.

Resultados: Se estudian fundamentalmente la forma de presentación, diagnóstico y tratamiento del Carcinoma epidermoide (parotidectomía total con conservación del facial, Vaciamiento radical derecho y funcional izquierdo), Carcinoma adenoide quístico (parotidectomía total sin conservación del facial), adenocarcinoma (parotidectomía total con conservación del facial y Vaciamiento funcional ipsilateral) y metástasis por adenocarcinoma de células claras renal (parotidectomía total con vaciamiento funcional ipsilateral).

Discusión/Conclusiones: Consideramos fundamental un abordaje multidisciplinar (ORL, AP, radiólogo) para el adecuado manejo de los tumores parotídeos en cuanto a su diagnóstico precoz y correcta indicación quirúrgica.

313

LINFOMA T/NK DE TIPO NASAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

C. Iglesias, A. Martínez, R. Wegmann, R. Boemo, E. Genestar, J. Lorente, A. Palacios, E. Perelló

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El linfoma T/NK de tipo nasal es un linfoma no Hodgkin extraganglionar de curso clínico agresivo, raro en los países occidentales, que afecta preferentemente a las estructuras medifaciales, siendo las cavidades nasosinusales las más afectadas.

Material y método: Presentamos dos casos clínicos (caso 1: varón de 40 años, caso 2: mujer de 73 años), sin antecedentes patológicos de interés, que consultaron por clínica de insuficiencia respiratoria nasal acompañada de rinorrea y dolor facial de semanas de evolución. En la exploración se hallaron lesiones de aspecto polipoideo en ambas fosas nasales y la TC mostraba engrosamiento mucoso de fosas nasales y ocupación de senos paranasales. Posteriormente se realizó exéresis quirúrgica y biopsia en ambos casos.

Resultados: El resultado del análisis anatomopatológico de las lesiones fue de linfoma T/NK de tipo nasal. En los dos casos se demostró la presencia del virus de Epstein Barr. En el estudio de extensión realizado posteriormente se halló afectación pulmonar en el caso 1. El estudio de LCR y la biopsia de médula ósea resultaron negativos en ambos casos. Los dos pacientes presentaron una buena respuesta inicial al tratamiento quimioterápico y radioterápico aunque tuvieron un deterioro rápidamente progresivo en las siguientes semanas.

Discusión/Conclusiones: El linfoma T/NK de tipo nasal es una entidad poco frecuente en nuestro entorno. Se suele presentar en varones adultos jóvenes, manifestándose habitualmente en forma de masa intranasal. El diagnóstico de esta enfermedad viene dado por el estudio anatomopatológico, y la determinación del VEB suele ser positiva. El tratamiento se basa en la quimio y radioterapia. La supervivencia depende de su diseminación, aunque en general el pronóstico es muy malo.

314

SCHWANNOMA DEL NERVO LINGUAL

F. Trobat Company, P. Sarriá Echegaray, P. Epprecht González, N. Bejarano, C. Artigas, M. Tomás

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: La terminología utilizada para clasificar los tumores de las vainas nerviosas ha sido siempre algo confusa. Los schwannomas han recibido diversos nombres, neurolemmomas, neuromas, neurinomas y fibroblastos perineurales. La diferenciación será histológica. Extracranalmente el 25% de ellos se ubican en cabeza y cuello siendo su origen más frecuente en la cadena simpática cervical y tan solo el 1% se encuentran intraoral donde la lengua es la localización más frecuente.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 53 años que acudió a consultas externas ORL Hospital Son Dureta por molestias lin-

guals focalizada en suelo de boca izquierda de un mes de evolución. Se realizó orofaringoscopia y nasolaringofibroscofia sin observar alteraciones significativas excepto una leve profusión en el suelo de boca izquierdo palpándose una neoformación izquierda elástica levemente dolorosa de contornos regulares de un tamaño aproximado de 2-3 cm de diámetro. La PAAF fue informada de neoformación mesenquimal con ausencia de signos de malignidad en la citología. Se realizó una TAC y RMN donde presentó masa de bordes definidos redondeados sobre músculo milohioideo. Se intervino quirúrgicamente realizándose resección peroral sin ningún tipo de complicaciones. Resultado anatomopatológico de tumoración bien delimitada encapsulada de coloración amarillenta gelatinosa elástica de 2,8 x 2,2 cm compatible con schwannoma.

Conclusión: El schwannoma del nervio lingual es una afectación benigna, de baja incidencia, pobre recurrencia tras su exéresis y escasa malignización. La PAAF y el estudio por imagen puede orientar hacia un diagnóstico de benignidad aunque su confirmación ha de ser anatomopatológico.

332

DISNEA AGUDA EN PACIENTE ANTICOAGULADO

J. Horno López, A. De Oña Navarrete, J. Lloréns Navarro, I. Alonso Martín; P.M. Moreno Salvador, J. Salinero Hernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Ampliamente conocida y de particular interés para todo médico, la hemorragia, como efecto colateral de los anticoagulantes puede llegar a producir cuadros severos y de riesgo vital en áreas otorrinolaringológicas concretas. Presentamos dos casos relacionados.

Material y método: Caso 1: Paciente de 71 años con prótesis mitral en tratamiento con acenocumarol oral que presenta disnea súbita y disfonía. Tras la exploración se aprecia: hematoma supraglótico, y se realizan pruebas analíticas y de coagulación junto con una tomografía axial cervical. Caso 2: Paciente de 84 años con fibrilación auricular crónica en tratamiento con acenocumarol, atendido por un cuadro agudo de odinodisfagia y disnea. En la exploración se aprecia: hematoma sublingual y lingual que avanza hasta base de lengua. Se extrae analítica y coagulación.

Resultados: Caso 1: Las pruebas realizadas revelan una descompensación del INR junto con un hematoma en cara anterior de epiglotis desplazando ésta y obstruyendo la luz supraglótica. Es ingresado y tras tratamiento corticoide intravenoso y control del INR el cuadro remite y es dado de alta a los 6 días con corticoide oral domiciliario. Caso 2: Siendo las pruebas completamente normales es ingresado hasta la resolución de la glositis ocasionada por el hematoma. Se procede al alta tras 48 horas de tratamiento corticoide intravenoso.

Conclusión: La hemorragia y los hematomas son contrariedades que muy frecuentemente abordan al paciente anticoagulado y algunos casos como los presentados requieren de los conocimientos del otorrinolaringólogo para su correcta resolución sopesando la posibilidad del tratamiento médico y/o quirúrgico en casos puntuales de extrema urgencia y refractariedad.

336

SÍNDROME DE LEMIERRE

R. Jódar Moreno, J. Gálvez Pacheco, J.I. Cañada Dorado, J. Roura Moreno, F.A. Navarro Escobar

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Introducción: El síndrome de Lemierre o trombosis séptica de la vena yugular constituye una rara y grave complicación de procesos infecciosos craneocervicales, clásicamente atribuida a *F. necrophorum*; de rápida evolución y que cursa con sepsis y émbolos pulmonares. Mortalidad actualmente de alrededor del 12%.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 23 años de edad con cuadro de faringoamigdalitis aguda y mal estado general que no responde a tratamiento con eritromicina. Ingresa en UCI por cuadro de sepsis, fallo hepático, hematológico y renal junto con derrame pulmonar bilateral. Ante la sospecha de trombosis séptica de la yugular se realiza TAC cervical y eco-doppler en el que se aprecia ocupación completa de su luz. Es tratado con imipenem, sintrom y heparina evolucionando favorablemente, momento en el que pasa a cargo de ORL y Medicina interna. Es dado de alta siendo nuevamente visto en consulta externa ORL para amigdalectomía.

Resultados: Tras dos años de seguimiento el paciente continua asintomático.

Discusión: Debemos sospechar la presencia de un síndrome de Lemierre ante un cuadro faringoamigdalar con grave afectación y sepsis. Debemos valorar la realización de un TAC cervical con contraste como prueba de elección. Generalmente el cuadro se resuelve con el tratamiento médico siendo innecesaria la exéresis de la vena yugular. En la era antibiótica ésta complicación es excepcional.

340

METÁSTASIS CERVICALES EN TUMORES ESPINOCELULARES DE LABIO

D. Moreno Jiménez, M. Gómez Serrano, E. Calvo, J.A. Sancipriano, F. Gómez Toranzo

Servicio de ORL, Hospital Universitario Virgen de la Vega, Salamanca.

Introducción: El carcinoma espinocelular de labio es un tumor que se da en la sexta y séptima década de la vida, más frecuente en varones y cuya causa primaria es la exposición al sol (RUV) y el tabaquismo. En su tratamiento se debe considerar el riesgo de metástasis. El pronóstico de estos tumores depende de su extensión cervical.

Material y método: Presentamos 2 pacientes tratados en 6 meses en el Servicio de ORL, con antecedentes de ser intervenidos en el Servicio de Dermatología por tumores cutáneos espinocelulares de labio y presentar metástasis cervicales.

Resultados: Caso 1: Paciente de 72 años intervenido de carcinoma espinocelular en línea media de labio inferior, que 8 meses después acude a consulta con tumoración cervical izquierda de 6 cm. Se diagnostica de metástasis de carcinoma espinocelular. Se realiza quimio-radioterapia concomitante y posteriormente cirugía de rescate (vaciamiento radical). Caso 2: Paciente de 79 años intervenido de carcinoma espinocelular en línea media de labio inferior, que 5 meses después presenta tumoración submaxilar derecha de 4 cm. Se diagnostica de metástasis de carcinoma espinocelular. Se realiza tratamiento quirúrgico (vaciamiento funcional izquierdo y Vaciamiento funcional modificado derecho con celda submaxilar).

Conclusiones: Dentro de los carcinomas espinocelulares, el de labio es el más maligno produciendo metástasis más rápidamente. Es importante valorar la posible extensión cervicales de las lesiones de gran tamaño y tratar mediante cirugía cervical. Se deben tratar los tumores espinocelulares de labio como otros tumores de cavidad oral y dar el mismo tratamiento cervical.

350

TUMORACIÓN BENIGNA SENO ETMOIDAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Sebastián Gil, R. Tejada Soriano, M. Grau Martínez, M. Esparcia Navarro, J. Barrios Montes, F. Torrecillas Fernández¹, J. Razquín Murillo¹

Servicio de ORL. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Introducción: Los tumores de los senos paranasales son una patología poco frecuente (suponen el 3% de los tumores de la vía aerodigestiva superior y el 0,2% de todos los tumores malignos) teniendo una menor prevalencia los tumores de estirpe benigna. Suelen diagnosticarse en estadios avanzados sobre todo por su comienzo insidioso y porque no existe una sintomatología específica (epistaxis, dolor, obstrucción nasal, rinorrea...).

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 25 años de edad que consulta por obstrucción nasal bilateral de años de evolución. A la exploración (rinoscopia) se observa desviación septal a fosa nasal derecha y una masa que ocupa en su totalidad la fosa nasal izquierda con mucosa de aspecto normal. Para el diagnóstico del tumor se solicitaron pruebas de imagen (TAC y RNM) y un estudio anatomopatológico. TAC: masa en fosa nasal izquierda que afecta a cornete medio y células etmoidales, con desplazamiento septal, respetando las paredes de las órbitas. RNM: Masa de consistencia sólida que contacta con la pared de la órbita, sin destrucción ósea ni afectación cerebral. Anatomía patológica: compatible con neurofibroma. Se realizó intervención quirúrgica con extirpación de la tumoración mediante cirugía endoscópica nasal.

Discusión/Conclusiones: Los tumores benignos de los senos paranasales pueden comportarse en algunos casos como potencialmente malignos, pudiendo afectar a estructuras vecinas debido a su localización y crecimiento. Su clínica inespecífica, su variedad histológica y su baja frecuencia pueden dificultar su estudio, clasificación y tratamiento.

357

CUERPOS EXTRAÑOS DE VÍA AERO-DIGESTIVA EN ADULTOS

M.T. Laviana Muslera, P. Eza Núñez, R. Rodríguez Crespo, J. Rodríguez Iglesias, R. Megía López, J.A. Rama Quintela
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La presencia de cuerpos extraños en el área de la Otorrinolaringología es una urgencia nada infrecuente que debe ser tratada con rapidez. Se localizan con mayor frecuencia en la vía digestiva que en la aérea. Lo más frecuente es que se trate de huesos o espinas de pescado provenientes de la alimentación, aunque en ocasiones pueden ser materiales inorgánicos como puntas o clavos y prótesis o piezas dentarias. Los desórdenes neurológicos, la pérdida de conciencia y el abuso de ciertas sustancias son predisponentes de estos accidentes.

Material y método: Presentamos dos casos clínicos curiosos, un alfiler en hipofaringe que se introdujo por aspiración nasal durante una maniobra de rascado y una prótesis dental que fue aspirada inadvertidamente durante una crisis epiléptica, permaneciendo en traquea 48 horas. Mostramos la iconografía de los mismos.

Resultados: En el primer caso el diagnóstico era obvio con la anamnesis mientras que en el segundo fue un hallazgo radiológico en un paciente con disnea. Ambos casos debieron ser explorados bajo anestesia general y la extracción y la evolución fueron exitosas.

Discusión/Conclusiones: Los cuerpos extraños de la vía aero-digestiva son generalmente referidos por el paciente aunque en ocasiones debemos sospecharlos ante determinados síntomas respiratorios o digestivos en determinados pacientes. El diagnóstico generalmente debe apoyarse en pruebas de imagen que variarán dependiendo de la localización que sospechemos. La extracción puede realizarse de diferentes maneras según el tamaño, el tipo de cuerpo extraño y la localización.

380

RUPTURA VASCULAR COMO COMPLICACIÓN DE UN ABSCESO CERVICAL PROFUNDO

M.V. Pulido Clarasó, C. Calvo Navarro, M. Bohé Rovira
Clínica Plató, Fundació Privada, Barcelona.

Introducción: La ruptura vascular como complicación de las infecciones profundas del cuello es excepcional y tiene un elevado grado de mortalidad. Se presenta tardíamente, entre el 7º y 14º día de la evolución de la infección cervical, por la resistencia que presenta la pared del vaso frente a la infección.

Material y método: Varón de 57 años de edad al que realizamos una cervicotomía bilateral para drenar un absceso cervical profundo de los espacios para y retrofaríngeos. A los 6 días tras realizar una maniobra de Valsalva el paciente empieza a sangrar profusamente a través de la cervicotomía y en pocos minutos se forma un gran hematoma que ocluye las vías aéreas superiores con la consiguiente parada cardiorrespiratoria. Se realizan maniobras básicas de RCP procediéndose a la intubación orotraqueal. En quirófano se realiza nueva cervicotomía bilateral, para localizar el origen del sangrado, y traqueotomía. El paciente fue dado de alta una semana después tras comprobar la reabsorción del hematoma mediante TC y cierre del traqueostoma.

Conclusión: Las complicaciones de las infecciones profundas del cuello tienen una mortalidad elevada (40%) por su extensión a espacios vitales como el mediastino o por la afectación del paquete vascular del cuello. Dada la gravedad de las complicaciones somos partidarios de realizar el drenaje primario del absceso, control de la vía aérea y de una estancia hospitalaria de 15 días.

383

HIBERNOMA CERVICAL

V. Palomar Asenjo, M. Borràs Perera, S. Tobías Gómez, A. Ruiz Giner, V. Palomar García
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Universitat de Lleida.

Introducción: El hibernoma es un tumor benigno derivado de vestigios de la grasa parda fetal. La grasa parda es una variante de tejido adiposo

habitual en los animales que hibernan a la que se atribuye una función termorreguladora. En el humano se pueden encontrar restos de este tejido en las localizaciones en las que aparece de forma normal en la etapa fetal: región interescapular, mediastino...

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón remitido de otro centro para exéresis de una tumoración supraclavicular izquierda. Aportaba un TC en el que se informaba de la presencia de una neoforación localizada en la región supraclavicular izquierda sugestiva de lipoma de características atípicas. Se solicitó una RM para completar el estudio y en ella sugerían como primera posibilidad diagnóstica que se tratara de un hibernoma cervical. Tras la exéresis quirúrgica de la tumoración se confirmó el diagnóstico mediante el estudio histológico de la pieza.

Discusión: El hibernoma es un tumor benigno con unas características peculiares en la RM. En T1 muestra una señal algo hipointensa respecto al tejido graso subcutáneo y en las secuencias de supresión grasa no desaparece completamente la señal. Es por ello que esta prueba de imagen puede permitir una aproximación diagnóstica, pese a no poder descartar por completo otros diagnósticos. Por este motivo se recomienda realizar la exéresis de la tumoración para confirmar el diagnóstico.

389

FIBROMA OSIFICANTE DE MASTOIDES VS DISPLASIA FIBROSA

A. Rodríguez Valiente, C. Martín González, J. Vicente, A. Ibáñez, A. Trinidad, J.R. García Berrocal, R. Ramírez Camacho
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: El fibroma osificante, al igual que la displasia fibrosa, es una rara tumoración fibro-ósea benigna que presenta un comportamiento localmente agresivo por crecimiento expansivo. Su localización en el hueso temporal es anecdótica. El diagnóstico es anatomopatológico, siendo difícil de diferenciar ambas entidades. El tratamiento consiste en la resección completa del tumor.

Material y método: Presentamos el caso de un fibroma osificante en el hueso temporal, que se encontró de forma incidental en un paciente que iba a ser intervenido de un meningioma frontal.

Resultados: Tras un año de seguimiento la evolución del paciente ha sido favorable, sin presentar recidiva.

Conclusión: Presentamos nuestros criterios para establecer el diagnóstico diferencial entre estas dos raras entidades.

398

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITARIO DE FOSAS NASALES. ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA LOCAL EXCLUSIVA

J. Vicente¹, A. Ibáñez¹, A. Trinidad¹, I. Zapata², C. López-Cortijo¹, F. González¹, A. De la Torre²

¹Servicio de Otorrinolaringología. ²Servicio Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: El plasmocitoma extramedular solitario supone 10% de las neoplasias de células plasmáticas, presenta una incidencia de 3/100.000 y rara vez se localiza en el área de cabeza y cuello; supone el 4% de los tumores no epiteliales de fosas nasales. Con frecuencia se presenta sólo como enfermedad local y es controlable con irradiación externa.

Material y método: Se presenta un caso de plasmocitoma extramedular solitario implantado en ambas fosas nasales y en paladar blando, sin adenopatías cervicales. El diagnóstico se realizó mediante exploración endoscópica, TAC y biopsia tisular. El estudio de extensión fue negativo.

Resultados: El paciente fue tratado mediante radioterapia exclusiva local a una dosis de 50 Gy, con remisión clínica total. Se muestra la planificación de volúmenes de irradiación y las imágenes de endoscopia previas y posteriores al tratamiento y el TAC. Se comparan los resultados con los obtenidos en otras localizaciones del área de cabeza y cuello de nuestro hospital (6 casos) entre enero 1976 y abril del 2007.

Conclusiones: La irradiación local exclusiva parece suficiente para el plasmocitoma extramedular solitario de cabeza y cuello, sin ser necesaria la radioterapia regional electiva, con altas tasas de control definitivo.

404

ADENOCARCINOMA DE FOSA NASAL TIPO INTESTINAL. UN DIAGNÓSTICO INFRECIENTE

M. Borràs Perera, V. Palomar Asenjo, S. Tobías Gómez, L. Andreu Mencía, J. Soteras Ollé, E. Sarroca Capell, V. Palomar García
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El adenocarcinoma de fosa y senos paranasales de tipo intestinal (ACTI) es un tumor infrecuente y agresivo, con una mortalidad global de un 60%. Los ACTI muestran unas características microscópicas normalmente indistinguibles del cáncer colorrectal, lo que puede conllevar errores diagnósticos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 62 años que acudió por presentar tumoración nasogeniana izquierda con crecimiento rápidamente progresivo. El diagnóstico anatomopatológico informó de adenocarcinoma polimorfo de bajo grado. A los 14 meses apareció recidiva en una localización contigua, que correspondió a un adenocarcinoma tipo intestinal túbulo-papilar de grado I.

Discusión: Los ACTI aparecen de forma esporádica o por exposición laboral a polvo de madera u otros agentes. El diagnóstico diferencial debe realizarse con metástasis tumorales del adenocarcinoma de colon, otras metástasis tumorales, con el carcinoma mucopidermoide y con el adenocarcinoma de bajo grado. Con ese objeto, la inmunohistoquímica parece ser la herramienta clave para conseguir mayor rendimiento diagnóstico. El tratamiento consiste en una resección quirúrgica amplia, con o sin algún tipo de tratamiento coadyuvante.

408

ESTUDIO DE FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA SENSACIÓN SUBJETIVA DE VÉRTIGO

L. Martí Gomar, J. Donderis Sala, M. Uehara Benites, M. Mateos Fernández, H. Pérez Garrigues, C. Morera Pérez
Hospital Universitario La Fe, Universidad de Valencia.

Introducción: El vértigo es un síntoma cuya intensidad es difícil de cuantificar por ser muy subjetiva. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar dicha subjetividad tras un vértigo provocado por estimulación térmica del oído.

Material y método: Realizamos un estudio prospectivo con 30 pacientes que consultaron por cuadro vertiginoso y 30 pacientes asintomáticos como grupo control. Tras estimular el sistema vestibular con la prueba calórica el paciente reflejaba su sensación vertiginosa en una escala analógico-visual de cinco puntos. Los resultados obtenidos se analizaron estadísticamente considerando las siguientes variables: edad, sexo, nivel económico familiar, cuestionario de calidad de vida y el test de ansiedad de Hamilton. Se utilizó el umbral de discomfort acústico como referencia de sensibilidad del sujeto a un estímulo.

Resultados: Los pacientes con patología laberíntica refieren mayor sensación subjetiva de vértigo tras la irrigación que el grupo control para la misma respuesta nistágmica, con relación variable respecto a la velocidad de la fase lenta. Los valores en el test de Hamilton suelen coincidir con mayor sensación subjetiva de vértigo independientemente de la respuesta nistágmica. La relación entre la sensación subjetiva de vértigo y el discomfort ante estímulos acústicos es variable.

Conclusiones: La intensidad de la crisis vertiginosa por parte del paciente que la sufre es muy variable y difícil de cuantificar por estar relacionada con diversos factores.

409

CEREBELITIS AGUDA COMO COMPLICACIÓN DE AMIGDALITIS LINGUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. Guerra, B. Molina, F.J. Cogolludo, V. Vasallo, R. del Castillo, C. Cenfor, R. Gutiérrez, J. Sanabria, J.M. Villacampa, D. Martínez
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Numerosos artículos sobre cerebelitis postinfecciosa han cambiado la concepción de esta enfermedad desde una patología benigna hacia una entidad con mayor morbilidad. La amigdalitis lingual es una entidad relativamente poco frecuente que se produce en paciente amigdalectomizados generalmente y asocia más a menudo complicaciones sistémicas respecto a la amigdalitis orofaríngea.

Material y método: Paciente de 32 años con antecedentes de miopatía de Walton, hipotonía neonatal y retraso motor que acude a urgencias por disfagia, odinofagia y fiebre de 4 días de evolución valorado por su MAP y tratado con amoxicilina y paracetamol sin mejoría. Refiere sensación distérmica y astenia. A la exploración se aprecia cicatriz de amigdalectomía con inflamación de pilares amigdalinos. Fibroscopia con inflamación de amígdala lingual y eritema de mucosa de hipofaringe. Palpación cervical con adenopatías dispersas sin grandes masas. Resto ORL sin alteraciones.

Resultados: El paciente fue diagnosticado de amigdalitis lingual e ingresó a cargo de ORL con buena evolución con tratamiento con amoxicilina/clavulánico 1 g i.v. y metilprednisolona 60 mg/día. El paciente fue dado de alta a los 3 días con reingreso a cargo de neurología a los 4 días por cuadro de inestabilidad y disartria con diagnóstico de cerebelitis aguda postinfecciosa con TAC y RMN normales y con cese del cuadro con la finalización del tratamiento pautado para su amigdalitis lingual.

Discusión/Conclusiones: La cerebelitis postinfecciosa es un cuadro prevalente en la infancia asociado a infecciones virales y raro en la edad adulta que se asocia con relativa frecuencia a infecciones de área ORL. Debe hacerse un diagnóstico por exclusión descartando la laberintitis aguda, el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), las alteraciones vasculares tanto cerebrales como de fosa posterior, la patología tumoral, tóxica y degenerativa.

410

OBSTRUCCIÓN LARÍNGEA POR TEJIDO LINFOIDE

P. Fernández-Miranda López, M.I. Aguadero García, J.L. Vargas Fernández
Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: En la laringe, aún cuando existen nódulos linfoides asociados, no son prominentes, sin embargo existen casos descritos de sobrecrecimiento de este tejido linfóide formando masas pseudotumorales que parcialmente obstruyen la vía aérea. Presentamos el caso de un paciente con sospecha de neoplasia laríngea.

Material y método: Varón, 64 años, ex-fumador, que consulta por disfonía de ocho meses de evolución asociada a disnea y odinofagia. Exploración normal salvo fibroscopia, donde observamos tumoración de base de lengua que se extiende a repliegue aritenopiglotico y banda derecha.

Resultados: TC: Tumoración en base de lengua y hemilaringe derecha. Analítica: normal. Microcirugías laríngeas: Toma de biopsias intraoperatorias (seis muestras) informadas como hiperplasia de amígdala lingual. Nueva biopsia de base de lengua informada como tejido adenoide con hiperplasia linfóide.

Discusión/Conclusiones: La presencia de tejido amigdalino fuera del anillo de Waldeyer ha sido descrita en laringe en forma de nódulos linfoides cuya hipertrofia causa una masa pseudotumoral con obstrucción. Ocho casos han sido reportados en laringe y dos en epiglotis. Histopatológicamente, la presencia de nódulos linfoides en centros germinales así como criptas en biopsias laríngeas de aspecto tumoral, debe hacernos pensar en la posibilidad de hipertrofia de tejido linfóide asociado a laringe.

412

OSTEOMA ETMOIDAL INTERVENIDO POR CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

E. Alarcón Linares, J. Gutiérrez Jodas, F. Roper Romero, A. Jurado Ramos, E. Cantillo Baños
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Los osteomas son tumores histológicamente benignos, que proceden de los osteocitos del tejido óseo. Es frecuente su localización en los senos, sobre todo frontal y maxilar; y pueden ser responsables de cefaleas resistentes al tratamiento médico y de sinusitis crónicas.

Método: Presentamos el caso de una mujer de 53 años con clínica de cefaleas resistentes a los analgésicos de larga evolución. La exploración mediante endoscopia nasal es anodina a excepción de un discreto abombamiento hacia la línea media de la pared lateral de la fosa nasal derecha. El TC muestra una masa redondeada de densidad ósea depen-

diente de la masa lateral del etmoides derecho, que penetra en la órbita, desplazando lateralmente el nervio óptico. Se practicó un abordaje endoscópico de la tumoración, extirpándose en su totalidad, fracturándolo en tres fragmentos.

Discusión: Los osteomas de los senos paranasales deben de ser tenidos en cuenta como responsables de multitud de síntomas, como cefaleas, obstrucción nasal o sinusitis. La cirugía endoscópica nasosinusal se muestra eficaz para el tratamiento quirúrgico de estos tumores, incluso en aquellos de tamaño considerable, como el descrito en nuestra comunicación.

421

ENFERMEDAD DE FORESTIER. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Patiño Castiñeira, J.A. Torre Eiriz, M.J. González Cortés, A. Cabanas Complexo Hospitalario de Ourense.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente que acudió a Urgencias por clínica de disnea alta. A la exploración ORL se objetivó disminución de motilidad de ambas cuerdas vocales, sin visualizarse correctamente el seno piriforme izquierdo, comprometiendo el paso de aire, sin evidenciarse otras alteraciones. Precisó la realización de una traqueotomía de urgencia.

Material y método: Laringoscopia directa: no pudo realizarse una exploración adecuada debido a la imposibilidad para la hiperextensión céfalica del paciente. Estudios radiológicos (radiografía de tórax, RMN, TC cérvico- torácico y abdominal, esofagograma) muestran calcificación exagerada del ligamento longitudinal anterior vertebral, un gran osteofito que comprimía y lateralizaba la glotis, así como signos de compresión medular cervical.

Resultados: El paciente fue diagnosticado de enfermedad de Forestier; es portador de cánula de traqueotomía de forma permanente. Se valoró intervención quirúrgica para reducir compresión extrínseca de la glotis y posible afectación esofágica pero fue desechada debido a las características clínicas del enfermo.

Conclusiones: La enfermedad de Forestier (hiperostosis esquelética difusa idiopática) se caracteriza por la calcificación exagerada del ligamento longitudinal anterior vertebral generalmente en varones adultos. Su diagnóstico se establece con criterios clínicos y fundamentalmente radiológicos. Se manifiesta más frecuentemente como disfagia, pudiendo aparecer compresión medular o disnea. En este caso la clínica se trataba de disnea y no existía afectación esofágica alguna. Debemos incluir esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de la disnea de origen alto, a pesar de la rareza de la presentación aislada de este síntoma.

422

RINOESCLEROMA NASAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Zubimendi, A. Macaya, H. Trilles
Hospital Virgen del Camino, Pamplona

Introducción: Es una enfermedad de muy rara presentación, producida por la infección de *Klebsiella rhinoscleromatis* que afecta a tracto respiratorio superior. Debido a su escasa incidencia no suele sospecharse precozmente.

Material y método: Varón de 60 años diagnosticado de enfermedad de Wegener con buena respuesta analítica y clínica de la misma, acude a urgencias por dolor intenso y persistente a nivel hemifacial derecho y exoftalmos derecho llamativo. Se realiza tomografía computarizada observándose un desplazamiento ocular por más que podría ser mucormicosis. Se instaura tratamiento antimicótico sin obtener respuesta por lo que se realiza revisión quirúrgica con descompresión ocular. El resultado anatomopatológico es compatible con rinoescleromanasosinusal. Se instaura tratamiento con ciprofloxacino obteniendo una importante disminución del dolor. Sigue con revisiones periódicas.

Discusión: Es una enfermedad granulomatosa que afecta a VRS con importante afectación clínica. El estado de inmunosupresión favorece la aparición de la enfermedad, como ocurre en nuestro caso, sin embargo no se sospechaba dicha enfermedad por su escasa frecuencia. La tetraciclina es el medicamento de elección pero el ciprofloxacino también ha demostrado ser muy eficaz para el tratamiento de dicha enfermedad.

423

ENFISEMA CERVICAL SUBCUTÁNEO TRAS MANIOBRA DE LIMPIEZA DENTAL

R. Artal Sánchez, B. Agreda Moreno, A. Lázaro Sánchez, J.M. Sebastián Cortés, J.I. Alfonso Collado, H. Vallés Varela
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El enfisema cervical subcutáneo es la acumulación de aire en el tejido celular subcutáneo. Las causas principales son: idiopática o espontánea, perforación o ruptura de vías respiratorias altas y esófago, traumatismos faciales o cervicales y iatrogénica. El diagnóstico se establece radiológicamente. La evolución generalmente es buena con una recuperación satisfactoria y con un tratamiento conservador.

Material y método: Exponemos el caso de una paciente de 51 años que presenta enfisema cervical y maxilar subcutáneo tras serle realizada una maniobra de limpieza dental. En la exploración, se observa crepitación ángulo-mandibular derecha. El TAC torácico y cervical muestra gran cantidad de aire en tejidos blandos cervicales con extensión torácica y neumomediastino. Se realizó tratamiento conservador instaurando cobertura antibiótica. La evolución fue favorable.

Discusión: Presentamos el caso de una paciente con enfisema cervical subcutáneo de etiología iatrogénica y realizamos una revisión bibliográfica sobre las causas más frecuentes de esta patología.

432

FIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA PAAF EN PATOLOGÍA DE GLÁNDULA PARÓTIDA

I. Alonso Castañeira, N. Muñoz Fernández, N. Conill Tobías, A. Morant Ventura, F.J. García Callejo, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia.

Introducción: Ante una consulta por la aparición de una masa en el área ORL se activa un procedimiento de diagnóstico que pasa por la punción y la imagen. En esencia, estas dos pruebas nos orientan hacia el tratamiento correcto. En la glándula parótida una punción errónea puede acarrear una cirugía de consecuencias fatales con una alta morbilidad.

Material y método: Se presenta una revisión de 100 historias de patología tumoral tanto benigna como maligna de glándula parótida, en la que se analiza la fiabilidad de la PAAF como prueba diagnóstica comparando los resultados de ésta con los de la anatomía patológica tras la intervención.

Resultados: Como resultado de la revisión se obtiene una sensibilidad de la PAAF de 0,85 para tumores tanto benignos como malignos de glándula parótida, mientras que la sensibilidad de la prueba calculada sólo para tumores benignos asciende a 0,91. Se ofrecerán así mismo resultados estadísticos por grupos tumorales.

Conclusión: La probabilidad de error de la PAAF es relativamente baja, de modo que ante un diagnóstico habitual como el tumor de Warthin o el adenoma pleomorfo, podemos ofrecer al paciente la posibilidad de controlar la evolución, pero cuando el diagnóstico se aparta de lo cotidiano aumenta la probabilidad de error de la prueba.

436

NEUMOENCÉFALO SECUNDARIO A UNA FÍSTULA DE LCR TRAS UN TRAUMATISMO

B. Agreda Moreno, R. Artal Sánchez, J.I. Alfonso Collado, A. Urpugui García, H. Vallés Varela
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El neumocéfalo es la acumulación de aire en el interior de la cavidad craneal y el encéfalo. Su etiología es diversa, siendo las más comunes las posteriores a cirugías craneales, otológicas o craneofaciales, traumáticas, y las secundarias a tumores.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 33 años con antecedentes de TCE severo abierto hace 15 años que dejó como secuela una fístula de LCR. Acudió a urgencias presentando cefaleas, vómitos y crisis tónico-clónicas generalizadas. El TC cerebral mostraba gran neumocéfalo y neumoventrículo. Se realizó cierre de la fístula por vía endonasal bajo control endoscópico.

Conclusiones: Las causas más frecuentes se vinculan a TCE en personas jóvenes y de sexo masculino, al igual que lo presentado en nuestro caso. Un paciente con neumocéfalo debe ser intervenido cuando presente síntomas neurológicos, debiendo realizar craneotomía y cierre dural.

438

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA BILATERAL EN UN CASO DE ENFERMEDAD DE WEGENER

N. Gómez Estancona, S. Bañuelos, J.J. Novo, M.J. Mozota, I. Vila, A.G. Tena, L. Muñiz, L. Urruticoechea

Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

Introducción: Presentamos un caso de parálisis bilateral periférica en un paciente con enfermedad de Wegener.

Material y método: Paciente con una parálisis facial periférica unilateral operada de radical mastoidea, con recuperación total del balance muscular facial y sin secuelas, a los 3 meses desarrolla otra parálisis facial en el oído opuesto y es de nuevo intervenida de radical mastoidea y recupera sin secuelas la función facial. Diagnóstico anatómico-patológico de enfermedad de Wegener.

Discusión: En la enfermedad de Wegener se deben de usar como tratamiento los corticoides y tratamientos inmunosupresores, dado que es una enfermedad sistémica. El tratamiento quirúrgico en este caso no estaba indicado.

452

ESTUDIO DIAGNÓSTICO DEL GLOMUS YUGULAR

L. Montes de Oca Fernández, J.A. Guerrero Ríos, F.J. Gamboa Mutuberría, M. Rodríguez Paradinas, L. Echeverría Usúa, T. Rivera Rodríguez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción: Los glomus son paragangliomas no cromafines, derivados de la rama timpánica del IX par (nervio de Jacobson), nervio de Arnold (X par) y/o de la adventicia de la v. yugular y a. carótida. Es el tumor benigno más frecuente del oído medio. Su crecimiento es lento y generalmente son benignos aunque su comportamiento se caracteriza por ser localmente agresivos. El diagnóstico se basa en la clínica, la exploración física y las pruebas complementarias. Existen varias alternativas terapéuticas encaminadas bien a la eliminación del tumor, bien al control de su crecimiento.

Material y método: Presentamos 5 casos de pacientes en los que se objetivó una lesión rojiza pulsátil timpánica, y en los que el diagnóstico se realizó mediante tomografía computarizada (TC) y Resonancia nuclear magnética (RNM). El diagnóstico fue de glomus yugular en 3 casos y de glomus timpánico en otros 2. Se estudia la extensión de las lesiones hacia oído medio, foramen yugular e incluso a tronco del encéfalo.

Resultados: Se llegó al diagnóstico mediante la combinación de clínica, exploración física y las imágenes de TC y RM.

Discusión/Conclusión: Se analizan los hallazgos radiológicos y las características del glomus yugular y timpánico y el diagnóstico diferencial con otras lesiones mastoideas.

464

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

A. Quintana, A. González. Prado, L. Díez, E. Pallás, J. Ibarra

Hospital Xeral-Cies. Complejo Hospitalario Universitario, Vigo, Pontevedra

Introducción: La parálisis facial periférica es una afectación del VII Par craneal que se manifiesta por la debilidad de la musculatura de la hemifacia ipsilateral al nervio afectado. Es la más frecuente de todas las parálisis de los pares craneales.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de una parálisis facial periférica izquierda, acompañada de dolor trigeminal localizado en la segunda rama izquierda, en una paciente de 70 años que remitida desde servicio de Neurología. Presenta antecedentes sensación de pérdida de audición y de perforación timpánica derecha. Describimos los hallazgos del TC y RMN cerebral, y las peculiaridades del caso.

Discusión: Exponemos el diagnóstico diferencial entre las parálisis faciales de supranucleares y las intranucleares.

477

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LOS QUISTES RADICULARES MAXILARES DE GRAN TAMAÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Silva Grosso, H. Galera Ruiz, I. Barbero Navarro, J. González García

Hospital Infanta Luisa, Clínica Esperanza de Triana, Sevilla.

Introducción: El quiste radicular es una lesión granulomatosa que conforma una cavidad tapizada por epitelio escamoso estratificado y tejido conectivo fibroso de soporte. El crecimiento es expansivo, y su interior frecuentemente es estéril. Además, con frecuencia se sobreinfectan, bien antes o después del tratamiento endodóntico.

Material y método: Paciente varón de 37 años, que es remitido por el odontólogo porque presenta drenaje espontáneo y recidivante de contenido purulento a través de incisivos y caninos de la arcada dentaria superior derecha. La exploración orofaríngea es normal. Se solicita TAC de arcada dentaria y senos paranasales.

Resultados: La TAC describe una lesión ósea quística de gran tamaño en hueso maxilar superior derecho que engloba las raíces de cuatro piezas dentarias, y sinusitis maxilo-etmoidal reactiva. El resultado es compatible con el diagnóstico de quiste radicular o queratociste odontogénico. La lesión se extirpa completamente y se practica CENS funcional.

Discusión/Conclusión: Existen numerosos factores que influyen en la reparación de las lesiones quísticas después del tratamiento endodóntico convencional, algunos de los cuales dependen directamente de la actuación del odontólogo, como la realización de un adecuado tratamiento endodóntico. Sin embargo existen otros ajenos al operador como bacterias persistentes dentro del conducto, variaciones anatómicas, tipo de quiste o factores sistémicos que pueden interferir en la reparación posterior al tratamiento endodóntico convencional. En estos casos es necesaria la extirpación quirúrgica. Nuestro equipo apuesta por un tratamiento quirúrgico conservador de primera línea.

480

SÍFILIS LINGUAL

F. García De Pedro, M. Mancheño, A. Encinas, C. Martín, A. Löwy, X. Araujo, M. Gutiérrez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La sífilis es una enfermedad infecciosa producida por el treponema pálido, de evolución crónica, que transcurre entre periodos de actividad y de latencia, con manifestaciones cutáneo-mucosas y viscerales de toda índole, alternando con largos periodos asintomáticos. En la boca se pueden apreciar lesiones de la sífilis en todas sus etapas: chancro, placas mucosas, gomas y perforaciones, ragadias y dientes de Hutchinson.

Material y método: Les presentamos el caso y la iconografía de un varón de 31 años de edad VIH+, que acude al servicio de urgencias por presentar lesión ulcerada de 1 cm de diámetro, en tercio medio de lengua por delante de la "V" lingual de dos semanas de evolución acompañado de adenopatía cervical izquierda.

Resultados: Se realizó RPR de urgencia resultando positivo por lo que se instauró tratamiento con penicilina G Benzatina 2.400.000UI/IM en dosis única. El paciente evoluciona favorablemente con el tratamiento desapareciendo las adenopatías a los pocos días y curando la ulcera regenerándose lentamente del fondo a la superficie.

Conclusiones: Las lesiones sífilíticas en lengua, aunque raras, se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial ante una ulcera lingual.

483

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE LARINGE

L. Pérez Delgado, J.A. Maltrana García, M. El Uali Abeida, S. Herrera Tolosana, F. De Miguel García, A. Ortiz García

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El carcinoma cístico adenoide antiguamente conocido como cilindroma es una neoplasia de crecimiento lento y agresivo con marcada capacidad de recurrencia. Suele ser una lesión exofítica, rosada, a menudo con márgenes pobremente definidos. Las metástasis ganglionares son raras y el tratamiento más utilizado es la cirugía radical.

Caso clínico: Presentamos un caso de carcinoma adenoide quístico de laringe de localización subglótica que clínicamente se manifestó con disnea.

488

MUCOCELE MAXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Sánchez Legaza, W. Elhendi Halawa, J.R. Ruiz Fito, R. Lorenzo Núñez, A. Caravaca García, A. Sanmartín Anaya, A. Ruiz Mondéjar
Hospital Punta Europa, Algeciras, Cádiz.

Introducción: El mucocelo es una dilatación de los senos paranasales ocasionada por obstrucción de los conductos de drenaje. Suelen localizarse a nivel fronto- etmoidal (90 %) y raramente a nivel maxilar, aunque existen mucocelos extrasinuosales.

Material y método: Mujer de 54 años que presenta una tumefacción indolora de la mejilla izquierda de varios meses. A la exploración se aprecia estrechamiento de la FNI por desplazamiento de su pared lateral. En la TAC de senos paranasales se observa un gran mucocelo, que ocupa completamente el seno maxilar izquierdo con destrucción de su pared medial y la obstrucción de la FNI.

Resultados: Se le extirpa el mucocelo junto con el cornete inferior izquierdo, mediante CENS bajo anestesia general, quedando actualmente asintomática.

Discusión: Los mucocelos maxilares suelen ser asintomáticos, afectando posteriormente a la órbita (enofthalmos). Aunque el diagnóstico se confirma con la TAC, se apoya en la endoscopia nasal. Su tratamiento es quirúrgico, salvo que exista contraindicación, variando la técnica según su localización.

489

LARINGOCELE MIXTO

W. Elhendi Halawa, J.R. Ruiz Fito, E. Sánchez Legaza, R. Lorenzo Núñez, A. Caravaca García, a. Sanmartín Anaya, A. Ruiz Mondéjar
Hospital Punta Europa, Algeciras, Cádiz.

Introducción: El laringocelo es una dilatación llena de aire del sáculo del ventrículo laríngeo originado por un aumento anormal del tamaño del sáculo. La mayoría son asintomáticos y unilaterales, resultando ser hallazgos casuales

Material y método: Paciente varón de 30 años que refiere tumefacción cervical derecha de hace varios meses. En la laringoscopia presenta una masa con una mucosa normal en el repliegue aritenopiglótico derecho y en la exploración física se palpa una tumefacción blanda laterocervical. En la TAC se observa una gran imagen quística aérea que ocupa el espacio paralaríngeo derecho que deforma la vía aérea.

Resultados: Se interviene de cervicotomía externa derecha sin complicaciones: actualmente está asintomático sin recidiva

Discusión: El laringocelo ha adquirido una mayor importancia debido al incremento de su diagnóstico por el uso de TAC, y su asociación con el cáncer de laringe. A pesar de ser una patología laríngea infrecuente y benigna, puede llegar a ser potencialmente letal por el distrés ocasionado.

490

LINFOMA NO HODGKIN MAXILAR

J.R. Ruiz Fito, E. Sánchez Legaza, W. Elhendi Halawa, R. Lorenzo Núñez, A. Caravaca García, A. Sanmartín Anaya, A. Ruiz Mondéjar
Hospital Punta Europa, Algeciras, Cádiz.

Introducción: El linfoma es el segundo tumor tras el carcinoma epidermoide más frecuente de los tumores de cabeza y cuello, representando el 3% de las neoplasias malignas en esta región, y el 1% de los tumores nasosinuosales.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 84 años, que presenta úlceras orales tumefacción dolorosa hemifacial derecha y pérdida de peso. En la exploración se aprecia abombamiento del meato inferior de FND.

Resultados: En la TAC y RNM se observa masa que ocupa seno maxilar derecho e infiltra suelo de órbita y FND. La biopsia, obtenida mediante antrotomía maxilar resultó LNH. Está asintomática tras tres ciclos de quimioterapia con CHOP.

Discusión: Los linfomas nasosinuosales producen una clínica similar al carcinoma, pero tienen mejor pronóstico. La supervivencia ha mejorado con el tratamiento combinado de radioterapia seguida de quimioterapia.

MARTES, 13 DE NOVIEMBRE

SALA 9

74

PÉNFIGO VULGAR A NIVEL LARÍNGEO

N. Bejarano, P. Epprecht, F. Trobat, G. Jaume
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune vesiculoampollosa que afecta primariamente las mucosas pero en su evolución también puede afectar la piel. Clínicamente aparecen lesiones bullosas en la cavidad oral y conjuntivas, pero otros territorios como la nasofaringe y la mucosa laríngea se pueden ver involucrados.

Material y método: Varón de 82 años de edad que acude a urgencias por referir odinofagia progresiva de 2 meses de evolución que en el momento de la consulta es intensa con disfagia absoluta y acompañada de pérdida evidente de peso. Como antecedentes patológicos de interés, presenta adenocarcinoma prostático con buena respuesta tras tratamiento radio-quimioterápico. En la exploración se objetivan lesiones ampollosas a nivel de hipofaringe y mucosa laríngea (aspecto erosivo en epiglotis). Durante su ingreso aparecen úlceras en mucosa yugal, en borde lingual y paladar; y por último afectación en la piel de la espalda.

Resultados: Se realizan tomas de biopsias de las lesiones en cavidad oral y piel, con estudio histológico y de inmunofluorescencia, evidenciándose ampollas espongíóticas con acantolisis e IGG positiva a nivel de sustancia intercelular escamosa y negativa en membrana basal. Se inicia despistaje de proceso neoplásico subyacente (estudios de imagen y analíticos) sin mostrar evidencia de él. Ante la confirmación de enfermedad autoinmune se instaura tratamiento corticoideo endovenoso con buena respuesta y remisión clínica.

Discusión/Conclusión: El diagnóstico de las enfermedades autoinmunes vesiculoampollosas es difícil siendo necesario un equipo multidisciplinar para su correcto manejo (dermatólogo, internista y otorrinolaringólogo). Habrá que descartar la presentación de pénfigo vulgar como síndrome paraneoplásico o bien ser consecuencia iatrogénica por la toma de fármacos tipo IECAs y quelantes. El pénfigo puede producir complicaciones cicatriciales, con riesgo vital si comprometen la vía aérea superior a nivel laríngeo; o tener muy mala evolución si la actitud terapéutica no es adecuada.

101

CARCINOMA IN SITU TRAQUEAL TRAS CARCINOMA DE EPIGLOTIS

R. Hijano, X. Galindo, F. Ghani, B. García, P. Melgarejo, A. Hernández
Hospital Provincial de Santa María, Lleida.

Introducción: Los tumores traqueales son relativamente raros, siendo los secundarios más frecuentes que los primarios. Los tumores laríngeos ocasionalmente pueden progresar a los primeros anillos traqueales, mientras que las recidivas periestomales ocurren por la extensión de una metástasis paratraqueal o por implantación en el momento de realizar una traqueotomía. Los cánceres de las vías aéreo-digestivas superiores se asocian a menudo con otras localizaciones oncológicas, predominantemente en zonas mucosas expuestas a las mismas agresiones.

Material y método: Se trata de un paciente de 78 años de edad, al cual se le realizó una laringectomía parcial supraglótica más vaciamiento cervical funcional derecho cuatro años atrás por presentar un carcinoma epidermoide de borde libre de epiglotis. Se cerró traqueotomía a los dos meses. En visita de seguimiento se detecta en fibroscopia tumoración redondeada en zona anterior de la tráquea, a 1,5 cm de distancia de la subglotis. Se toma biopsia tras exploración laringo-traqueo-bronquial. El resultado es informado como carcinoma in situ. La TC cervico-torácica no muestra más alteraciones que las halladas en la tráquea.

Resultados: Se practica marcaje de la tumoración con soporte fibroscópico y posterior exéresis en bloque con márgenes suficientemente amplios, por vía externa, y posterior traqueotomía baja. La anatomía pato-

lógica confirma el diagnóstico y la ausencia de infiltración en márgenes. Los seguimientos posteriores son satisfactorios.

Discusión/Conclusiones: Los pacientes sometidos a una cirugía oncológica laríngea deben someterse a seguimiento periódico en el que debe tenerse en cuenta, además de la ausencia de lesión primaria y posible extensión ganglionar, cualquier posibilidad de aparición de cáncer metacrónico en el resto de las VADS ante la mínima sospecha. La exploración fibroscópica flexible de la tráquea es una herramienta de gran valor diagnóstico ante la sospecha de lesiones traqueales.

103

QUISTE DE RETENCIÓN FARÍNGEO

R. Hijano, A. Hernández, A. Martínez, R. Boemo, J. Chamizo, M. García
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los quistes de retención o canaliculares se deben a una retención de moco en los conductos excretores glandulares debido a una estenosis distal del mismo. Es el tipo con mayor frecuencia y en un 40% de los casos se localiza en la valécula, más comúnmente en adultos. Pueden llegar a ser muy voluminosos, dando lugar a problemas obstructivos. Pueden permanecer asintomáticos durante mucho tiempo y manifestarse debido a una sobreinfección.

Material y método: Mujer de 53 años que acude urgencias por odinofagia y fiebre de 24 horas de evolución. Presenta voz gangosa y halitosis. La exploración pone de manifiesto una masa violácea a nivel de base lingual, redondeada, dificultando la visión endolaríngea. Leucocitosis con desviación a la izquierda es lo único destacable en la analítica. La TC pone de manifiesto una masa redondeada de contenido quístico. Tras tratamiento antibiótico y antiinflamatorio sistémico mejora espectacularmente, observándose disminución de la masa. En controles posteriores se observa imagen quística en base lingual de predominio derecho.

Resultados: Por vía endoscópica se realiza exéresis bajo visión microscópica. La anatomía patológica confirma el diagnóstico. En los controles de seguimiento la paciente se muestra asintomática, y la exploración dentro de los límites de la normalidad.

Discusión/Conclusiones: Ante una tumoración de base lingual debe realizarse el diagnóstico diferencial entre quistes de retención, tiroides lingual, tumores malignos e incluso laringoceles. Las características clínicas, la tomografía e incluso la gammagrafía tiroidea nos pueden ayudar en el proceso diagnóstico. El tratamiento consiste en la exéresis o marsupialización por vía endoscópica. La histología confirmará la sospecha diagnóstica.

109

COMPLICACIONES DE ADENOAMIGDALECTOMÍA EN NUESTRO SERVICIO DE ORL INFANTIL

J. Zubizaray, R. López, P. Rodríguez, I. Arruti
Unidad ORL Infantil, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: La cirugía de amígdalas y adenoides sigue siendo una de las intervenciones más frecuentes en la infancia y aunque las complicaciones son escasas pueden ser graves.

Material y método: Trabajamos en un hospital terciario y nuestra Unidad de ORL Infantil esta compuesta por cuatro miembros y un residente el R1 de la especialidad, que realiza casi el 50% de la cirugía. Realizamos en torno a las 750 intervenciones al año de las cuales un gran número son cirugía de amígdalas y adenoides. La edad no influye para nuestro criterio quirúrgico y hay niños operados en torno al año. Nuestros criterios de exclusión en fase aguda son la fiebre y los problemas bronquiales agudos. A todos los niños se les realiza un estudio analítico de coagulación. Todos los niños llevan fluidoterapia con ringer lactato, en el caso de las amígdalas hasta el día siguiente. A todos se les da antibioterapia postoperatoria y analgesia.

Discusión: Las complicaciones son muy poco frecuentes en torno al 1%, casi todas están relacionadas con el sangrado postoperatorio inmediato, normalmente en la sala de despertar y en las cuatro próximas horas de la cirugía, siendo excepcionales las diferidas. Algún caso necesito permanecer en la Unidad de Cuidados

Conclusión: Hay que realizar una técnica quirúrgica minuciosa para minimizar los riesgos. La fluidoterapia adecuada mejora la calidad de vida postoperatoria. Una buena tutorización del residente parece ser que no aumenta la incidencia de complicaciones.

110

TRATAMIENTO DE NIÑOS CON PRONÓSTICO DE MUERTE A LOS QUE SE LES HA DETECTADO UNA SORDERA EN UN PROGRAMA DE SCREENING NEONATAL

J. Zubizaray, R. López, I. Arruti, P. Rodríguez

Unidad ORL Infantil, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: Con los programas de screening neonatal, encontramos niños con enfermedades asociadas que limitan en un futuro la vida del niño, esto nos obliga a tomar decisiones en caso de sordera.

Material y método: Presentamos 3 niños con hipoacusia neonatal y tienen una enfermedad mortal. Síndrome de Tay Sachs, microcefalia con Insuficiencia cardíaca y parálisis cerebral. Síndrome de Wolf. El pronóstico de vida de ellas es variable en el tiempo desde los 2 años a los 5 años.

Discusión: Se plantea no tratar su sordera dado la ausencia de viabilidad del paciente o tratarla a pesar del pronóstico y de la poca expectativas de mejora de vida de los niños dada sus lesiones centrales. Nuestra experiencia ha sido satisfactoria incluso en uno de los niños en el cual la conexión con el exterior era nula y en numerosas ocasiones nos planteamos dejarlo, con el empleo de audioprótesis y estimulación comenzó a interactuar con el logopeda y con su padre de una forma sorprendente, mostrando expresiones de placer siempre sin emisión oral. En todos los casos se ha realizado apoyo psicológico de los padres.

Conclusión: Dadas las experiencias tenidas pensamos que este tratamiento aunque no sea rehabilitador, sí ha mejorado el contacto de los niños con los padres mientras han vivido lo cual mejora la satisfacción de estos a pesar de la expectativa sin solución de la muerte del paciente.

116

QUISTE BRANQUIAL DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO

J.M. Amador, J. Lloréns, I. Alonso, J. Salinero

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Los tumores del espacio parafaríngeo sólo representan el 0,5% de las neoplasias de cabeza y cuello, constituyendo un grupo heterogéneo de amplio diagnóstico diferencial, el cual conduce al abordaje quirúrgico de las lesiones en la mayoría de los casos.

Caso clínico: Varón de 35 años que consulta por otalgia y sensación de presión laterofaríngea derechas de semanas de evolución. El único hallazgo de la exploración ORL es una tumoración submucosa que abomba pared laterofaríngea desde velo del paladar hasta borde libre epiglótico. Se inicia el estudio diagnóstico: RMN: lesión homogénea hiperintensa en T2; TAC: lesión ovalada de contenido hipodenso y aspecto quístico que no capta contraste; PAAF transoral positiva con salida de 15 cc líquido purulento. Citología negativa para células neoplásicas; gammagrafía con Octreoscan y SPECT: no significativas. Se decide exéresis quirúrgica de la tumoración parafaríngea.

Resultados: Se consigue diseccionar la lesión en su totalidad mediante abordaje externo transcervical, sin necesidad de manubulotomía media. Diagnóstico A-P definitivo = quiste branquial

Discusión: Los quistes branquiales son lesiones congénitas laterocevicales originadas en anomalías del desarrollo del aparato branquial embrionario. Los más frecuentes son los del segundo arco, que se subdividen según su localización en los cuatro tipos de Bailey/Proctor, perteneciendo nuestro caso al poco habitual tipo III (espacio parafaríngeo). El tratamiento de elección es la exéresis completa del quiste para evitar recidivas.

122

SARCOMA DE EWING MANDIBULAR

P. Contreras Molina, E. Flores Carmona, J. Verge González, Á. Cordero Jiménez, P. Sánchez Palma

Hospital Universitario Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Mujer de 14 años que consulta por tumoración en región parotídea derecha que le ocasiona otalgia y dificultad para la movilidad mandibular.

Material y método: Radiológicamente: Lesión lítica geográfica heterogénea, de 8 cm, que destruye la rama ascendente de mandíbula derecha incluido cóndilo, contacta con CAE y con pared posterior del seno maxilar derecho al que importa, adelgaza y borra focalmente, con abundantes vasos neoformativos. Histológicamente: tumor pobremente diferenciado, de aspecto mesenquimal. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para vimentina, actina, S-100, queratina, mioglobina y CD-99. El estudio de extensión es negativo.

Resultados: Sarcoma de Ewing/tumor primitivo neuroectodérmico (PNET), estadio II.

Conclusión: El sarcoma de Ewing/PNET pertenece a la familia de tumores de Ewing, que derivan de la misma célula madre primordial. Se presenta con mayor frecuencia en la segunda década de la vida y comprenden cerca del 4% de los cánceres óseos primarios. Es más frecuente en la epífisis de huesos planos y largos, siendo inusual que afecte a huesos de cabeza y cuello. El dolor y el crecimiento tumoral son los síntomas más frecuentes. El diagnóstico se establece por biopsia de la masa: pertenece al grupo de tumores de células pequeñas. El producto del gen MIC2, CD99 se manifiesta en la mayoría de los casos y resulta útil en el diagnóstico de estos tumores cuando los resultados se interpretan en el contexto de parámetros clínicos y patológicos. Dada la agresividad local y la capacidad de metastatizar a distancia (pulmón, médula ósea y hueso), el tratamiento es quimioterapia y cirugía y/o radioterapia. La buena respuesta a la quimioterapia es el factor de pronóstico favorable más importante.

129

SEPSIS POR FUSOBACTERIUM. ¿LA ENFERMEDAD OLVIDADA?

R. Souviron, J.A. Pasamontes, A. Maeso, P. Ortega

Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: La necrobacilosis es un proceso grave e infrecuente, con una incidencia de 0,8 casos por millón y año. Se caracteriza por una sepsis provocada por fusobacterium, trombosis de la vena yugular interna y abscesos metastáticos.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 33 años de edad, previamente sana, que presenta dolor cervical derecho que no cede con analgesia, fiebre de 40°C, sudoración profusa, mareo, inestabilidad, bradipsiquia, vómitos y diarrea. A la exploración se observa una tumoración laterocervical derecha, bajo el músculo esternocleidomastoideo, muy dolorosa a la palpación, de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor. Pruebas complementarias: radiografía de tórax: derrame pleural bilateral, Tc craneal y ecografía abdominal normales. Se inicia tratamiento con antibioterapia empírica.

Resultados: En los hemocultivos se aísla Fusobacterium nucleatum. Se pide TC cervicotorácico urgente donde se confirma la existencia de un absceso en el espacio parafaríngeo derecho y adenopatías hasta el opérculo torácico y se decide el drenaje quirúrgico urgente del absceso, mejorando significativamente de sus síntomas. En un TC de control se evidencia la existencia de émbolos sépticos pulmonares y la trombosis de la vena yugular interna iniciándose un tratamiento de anticoagulación sistémica.

Conclusiones: En casi el 90% de los casos de síndrome de Lemierre, se aísla un bacilo gram negativo identificado como Fusobacterium necrophorum, pero en un 15% se pueden aislar otros anaerobios como en nuestro caso, el Fusobacterium nucleatum. Un hemocultivo positivo a este agente en un sujeto joven con sepsis de origen no filiado debe sugerir inmediatamente el diagnóstico de síndrome de Lemierre.

141

TUMORACIÓN PARAFARÍNGEA ASOCIADA A NEUROFIBROMATOSIS TIPO I

E. Delgado Moreno, I. Monjas Cánovas, M.C. Gutiérrez Del Castillo, J.R. Gras Albert

Servicio de ORL, Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La neurofibromatosis tipo I es una enfermedad multisistémica y progresiva, de herencia autosómica dominante que afecta a uno de cada 3500 nacidos vivos, caracterizada por la aparición de múltiples tumores en el sistema nervioso periférico y en la piel denominados neurofibromas.

Caso clínico: Paciente mujer de 19 años diagnosticada de neurofibromatosis tipo I que acude por tumoración laterocervical izquierda de crecimiento progresivo, disnea, odinodisfagia progresiva y migraña que no cede a pesar de tratamiento con morfínicos asociada a parálisis de la cuerda vocal izquierda. En las pruebas de imagen se objetiva dos tumoraciones parafaríngeas izquierdas y una intratorácica izquierda. Se procede a la exéresis de ambos tumores parafaríngeos izquierdos, uno de los cuales es informado como tumor maligno de la vaina de los nervios periféricos que asienta sobre neurofibroma. Asimismo el servicio de Cirugía Torácica extirpa varios neurofibromas intratorácicos que asientan sobre el nervio vago.

Discusión: Es importante tener en cuenta que hasta un 2% de los neurofibromas asociados a la enfermedad de Von Recklinghausen pueden generar a un tumor maligno de la vaina de los nervios periféricos o neurofibrosarcoma. Los datos primordiales que deben alertar de la presencia de malignidad son la aparición de dolor asociado a crecimiento brusco del tumor.

148

CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

A. Rivas, A. Alonso, M. Alonso, A. Angulo
Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, Burgos.

Introducción: La cirugía de la glándula parótida supone en el campo de la ORL una de las áreas que exigen técnica cuidadosa para conseguir los mejores resultados.

Material y método: Presentamos aquí la experiencia en las parotidectomías suprafaciales en los tumores benignos del lóbulo superficial, apoyándonos fundamentalmente en el material iconográfico. Se recalcan, sobre todo, aquellos pasos quirúrgicos que nos parecen esenciales para lograr no sólo el éxito funcional sino evitar las complicaciones (paresia facial, síndrome de Frey...).

Resultados: Los pasos quirúrgicos esenciales: a) Incisión pre y retroauricular tipo lifting; b) Disección de colgajo SMAS; c) Localización del nervio facial; d) Disección de sus ramas usando método de magnificación; e) Resección glandular y tumoral suprafacial sin dividir el tumor; f) Colgajo SMAS para cobertura, y g) Cierre.

Discusión/Conclusiones: Hoy, existen múltiples detalles quirúrgicos descritos para intentar mejorar la cirugía parotídea evitando las recidivas y complicaciones (paresia facial, síndrome de Frey...). Proponemos los pasos que consideramos importantes apoyados en nuestra experiencia con el fin de minimizar las recidivas y secuelas de esta cirugía.

153

CUARTO TUMOR PRIMARIO EN PACIENTE CON CARCINOMA ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO (CECC)

A. Cordero Jiménez, P. Sánchez Palma, E. Flores Carmona, J. Vergé González, P. Contreras Molina
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: A pesar de que en los últimos años ha mejorado el control local de CECC, se han incrementado los segundos tumores primarios (STP), siendo la principal causa de mortalidad. El STP se suele diagnosticar 40 meses después del tumor primario (TP). La supervivencia del paciente será del 30% a los cinco años.

Material y método: Presentamos un caso infrecuente de desarrollo consecutivo de cuatro tumores primarios del área ORL en un mismo paciente.

Resultados: Paciente de 58 años, bebedor y fumador, diagnosticado de tumor supraglótico en 2003, que fue tratado con cirugía y radioterapia. En 2004 desarrolla un STP (amígdala izquierda) realizándose amigdalectomía izquierda. En 2006 desarrolla un tercer TP en hemilengua móvil izquierda, tratándose mediante hemiglossectomía izquierda ampliada a pelvis bucal, con márgenes libres. Un mes después, presenta un cuarto tumor primario en región amigdalina derecha. A día de hoy se mantiene control local del mismo.

Conclusiones: Los STP son en su mayoría metacrónicos. Están presentes en el 11% de los pacientes. El TP que suele presentar STP es el de laringe supraglótico, afectando la cavidad oral generalmente. Nuestro paciente ha presentado STP metacrónicamente a un primer TP supraglótico, y en cavidad oral, que es lo más frecuente. Lo peculiar es que ha desarrollado no

uno, sino tres STP, lo cual es más raro. Con este caso queremos insistir en la gran importancia del seguimiento en pacientes con CECC a largo plazo, por el impacto que supone en la supervivencia del paciente.

157

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE RESCATE TRAS RADIOQUIMIOTERAPIA SIMULTÁNEA EN PACIENTES CON CARCINOMAS DE FARINGOLARINGE

A. Ibáñez, F.M. González, B. Belinchón, C. Martín, A. Rodríguez, J. Vicente, C. Górriz, C. López-Cortijo
Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La introducción de los nuevos protocolos de conservación de órgano ha supuesto una revolución en el tratamiento de los tumores avanzados de faringolaringe. El objetivo de este trabajo es analizar la incidencia de complicaciones postquirúrgicas de la cirugía de rescate comparándolas con las de los pacientes tratados con cirugía o radioterapia en primera intención.

Material y método: Realizamos una revisión de los pacientes diagnosticados como tumores avanzados (estadios III y IV) que fueron tratados con cirugía o radioterapia por un lado, y aquellos pacientes que recibieron cirugía faringolaríngea o cervical tras la aplicación inicial de radioquimioterapia.

Resultados: Destacamos la existencia de 22 pacientes que se sometieron a cirugía de rescate tras recibir radioquimioterapia como primer tratamiento. Recogemos la incidencia de complicaciones en nuestros pacientes, entre las que destacan fístulas faringocutáneas, complicaciones de la herida quirúrgica y complicaciones sistémicas.

Conclusiones: La aplicación de protocolos de conservación de órgano supone hoy un arma terapéutica de primera línea en la oncología faringolaríngea, permitiendo reservar la cirugía como terapia de rescate. Sin embargo debe tenerse en cuenta el posible aumento de la morbilidad que conlleva. Por ello consideramos de suma importancia la individualización del tratamiento así como la elección final del propio paciente.

167

¿VÉRTIGO CERVICAL?

A. Rodríguez Valiente, F.M. González, C. Martín, A. Ibáñez, D. Laguna, J. Vicente, C. López-Cortijo
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: El vértigo de origen cervical, entidad puesta en duda por muchos autores, ha sido ampliamente debatida y discutida. Existen numerosas teorías que describen los mecanismos fisiopatológicos de los vértigos cervicales.

Material y método: Presentamos los datos de 109 pacientes con un diagnóstico final de exclusión de vértigo cervical. Analizamos sus características clínicas y exploratorias. Se realiza el análisis estadístico mediante el programa SPSS10.

Resultados: El patrón característico de estos pacientes es: sexo femenino (81%), vértigo de tipo posicional (70%), evolución de meses (76%), no hipoacusia (82%), ni acúfenos (96%), con audiometría tonal liminar normal (80%), exploraciones vertibulares sin nistagmo, aunque un 54% presentaba subjetivamente vértigo al hiperextender la cabeza, y pruebas calóricas normales (98%). La RM craneal fue normal en todos los pacientes. La mayoría de los pacientes mejoró de la clínica con rehabilitación y fármacos antiinflamatorios y miorrelajantes.

Conclusión: Creemos que el vértigo de origen cervical existe como entidad, presentando un patrón clínico y exploratorio característico. El diagnóstico final se hace tras excluir otras patologías.

173

EXTENSIÓN ENDOLARÍNGEA DE UN CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES

E.I. Genestar, M.L. Navarrete, R.L. Boemo, C. Iglesias, J. Lorente, M. García, E. Perelló
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El carcinoma de tiroides rara vez metastatiza localmente, excepto en su forma anaplásica. La aparición de síntomas como disnea,

disfonía, hemoptisis, disfagia y odinofagia debe alertarnos de su progresión local.

Caso clínico: Mujer de 53 años con antecedentes de bronquitis crónica, posible bocio y un pólipo en CVI pendiente de cirugía. Acude a urgencias por sensación disneica de 2-3 semanas de evolución. En la laringoscopia indirecta se observa una masa que ocupa el vestíbulo laríngeo. A la exploración cervical se objetiva una masa en zona cervical anterior izquierda sin signos flogóticos y leñosa a la palpación. El TC cervical muestra una lesión infiltrante sugestiva de tiroides que invade los planos cervicales izquierdos y endolaringeos ipsilaterales. Tras exéresis de la lesión glótica y PAAF cervical se diagnostica de carcinoma anaplásico. Un PET demuestra características tumorales e hipercaptación en base de cráneo. Se decide quimioterapia más radioterapia posterior a traqueotomía.

Discusión: El carcinoma anaplásico de tiroides puede invadir localmente los nervios recurrentes, la laringe, la traquea, el paquete vasculonervioso y el esófago. La resección quirúrgica es la primera opción terapéutica, pero no siempre es posible por el tamaño tumoral y la invasión de estructuras vitales. La siguiente línea terapéutica es la quimioterapia y la radioterapia.

Conclusiones: 1- La palpación cervical es importante para la sospecha diagnóstica. 2- Los pacientes con cáncer invasivo tienen una mejor supervivencia con la resección completa del tumor. 3- El anaplásico, casi siempre invasivo, rara vez responde a una terapia agresiva. 4- Las metástasis no contraindican la resección.

176

LINFOMA NO HODGKIN DE ENCÍA

P. De Las Heras Flórez, A. Enterría González, F. Martín Peña, J.M. Escapa Garrachón, J.L. Alonso Treceño
Complejo Hospitalario, Palencia.

Introducción: El linfoma no Hodgkin comprende un grupo complejo de neoplasias diversas. Los que se manifiestan en cavidad oral representan menos del 5% de las neoplasias orales.

Paciente y método: Presentamos el caso de una paciente de 84 años de edad que acude a urgencias por cuadro de deterioro progresivo del estado general y masa en encía que engloba paladar duro. Se solicita TC completo en el que se visualiza la lesión palatina junto con afectación ganglionar torácica y abdominal además de un marcado engrosamiento del íleon terminal y el ciego. Realizamos biopsia de la lesión oral informada como Linfoma B difuso de alto grado, CD 20 +.

Discusión: En cabeza y cuello, los linfomas MALT son relativamente comunes en comparación con la enfermedad ganglionar. Aunque la presentación primaria del linfoma no Hodgkin intraoral es poco frecuente, es importante tener en cuenta esta posibilidad ya que pueden representar el comienzo de la progresión hacia otros nódulos linfáticos y órganos reticuloendoteliales.

Conclusiones: 1. Aunque raro, es importante tener en cuenta el linfoma de cavidad oral, ya que puede ser una manifestación de una enfermedad que ya afecta a otros ganglios linfáticos y órganos reticuloendoteliales. 2. Un diagnóstico claro puede ser enmascarado por signos y síntomas de otras enfermedades orales (gingivitis, pericoronaritis). 3. Para una correcta estadificación del linfoma, tras su diagnóstico, son necesarios un examen físico, biopsia de médula ósea, estudio radiológico cervical y abdominopélvico (TC y RM).

177

LIPOMA LARÍNGEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Enterría González, P. De las Heras Flórez, J.M. Escapa Garrachón, J. Freijanes Otero, F. Martín Peña, J.L. Alonso Treceño
Complejo Hospitalario, Palencia.

Introducción: El 13% de los lipomas se encuentran a nivel de la cabeza y el cuello, sobre todo en la zona de la nuca. Los lipomas a nivel faringolaringeo son muy raros (0,6% de las neoplasias benignas de la zona). En la laringe se asientan, por lo general, en la supraglotis. Afectan sobre todo a varones en la 5ª década de la vida.

Material y método: Presentamos un caso de un varón de 55 años de edad que acude a consulta de ORL por sensación de cuerpo extraño hipofaríngeo, disfagia, aspiraciones, voz engolada y aumento de la inten-

sidad del ronquido de 2 meses de evolución. Mediante fibroscopia se observa una masa de aproximadamente 5 cm, de aspecto quístico, de coloración rojiza y mucosa no ulcerada, asentada en la cara lingual de la epiglotis. La intubación orotraqueal convencional fue imposible dadas las dimensiones de la masa. Se realizó de forma programada una intubación guiada con broncoscopio (que fue dificultosa). La lesión se extirpó con láser CO₂. El resultado anatomopatológico fue de lipoma.

Resultados: El paciente actualmente está asintomático, no existiendo recidiva alguna.

Discusión: Se revisa la literatura existente al respecto (frecuencia, clínica, diagnóstico diferencial y tratamiento). Se aporta iconografía de la masa laríngea.

Conclusiones: Los lipomas a nivel de la hipofaringe-laringe son muy infrecuentes. Generalmente dan clínica cuando presentan un tamaño importante (parestesia, sensación de cuerpo extraño). La exéresis completa es fundamental para evitar recidivas.

178

AMILOIDOSIS LARÍNGEA

R.L. Boemo, E.I. Genestar, C. Iglesias, F. Mateu, E. Perelló
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La amiloidosis laríngea es una patología infrecuente que representa el 1% del total de los tumores benignos de laringe. Los síntomas más comunes son disfonía, odinofagia y sensación disneica.

Caso clínico: Varón de 45 años que acude a consultas de ORL por presentar disfonía intermitente de meses de evolución, que empeora en ambientes ruidosos. No presenta disnea ni odinofagia. A la exploración por laringoscopia indirecta se aprecia una pequeña lesión polipoidea en el tercio anterior de la cuerda vocal derecha. La TC cervical es normal. Se decide su exéresis mediante microscopia endolaringea y se remite para estudio anatomopatológico. El resultado es de amiloidosis de cuerda vocal derecha.

Discusión: Se trata de un caso de amiloidosis sin afectación sistémica. La valoración de su extensión se realiza mediante una TC cérvico-torácica y un estudio por hematología. La preservación de la voz y la deglución son importantes en estos tumores. La exéresis completa del tumor garantiza excelentes resultados.

Conclusiones: 1) La amiloidosis laríngea debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones benignas de las cuerdas vocales. 2) Debido al alto porcentaje de recidivas de esta enfermedad deben dejarse unos márgenes de seguridad en la exéresis de la lesión. 3) Ante un caso de amiloidosis laríngea debe descartarse la afectación sistémica.

183

EPIGLOTITIS AGUDA POR ANAEROBIOS

J. Enjuanes Prades, J.M. Salom, J.J. Ferrer Burillo, M.A. Tormo Tormo, F. Holthofer Casals
Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla, Tarragona.

Introducción: La epiglotitis aguda es un cuadro infeccioso grave y puede comprometer la vía aérea, pudiendo requerir intubación orotraqueal, traqueotomía o coniotomía. El germen responsable habitual es el *Haemophilus influenzae* tipo b, pero puede ser debida a otras bacterias o etiologías, sobre todo en el adulto.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 45 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por un cuadro de odinofagia de 72 h de evolución que no mejora tras tratamiento médico oral con Amoxi+Clav. La clínica de intolerancia al decúbito y la característica "voz de patata caliente" orientan hacia una epiglotitis que se confirma mediante fibrolaringoscopia.

Resultados: Tratado mediante ceftriaxona y corticoides e.v., se practica estudio radiológico simple y TAC cervical demostrando la presencia de gas extraluminal limitado a la epiglotis. Orientado el caso como epiglotitis por anaerobios, se añade clindamicina e.v. i se procede a su intubación y desbridamiento por vía transoral. La evolución es favorable, siendo extubado a las 48 h y alta hospitalaria cuatro días más tarde. El cultivo del contenido epiglótico estva formado por flora mixta aerobia y anaerobia (sin identificar); los cultivos de rinofaringe y hemocultivos resultaron negativos.

Discusión/Conclusiones: Las exploraciones complementarias no deben posponer el inmediato tratamiento de una sospecha de epiglotitis,

si bien como es el caso, pueden modificarlo posteriormente. La presencia de anaerobios sin traumatismo previo ni cuerpo extraño constituye una excepcionalidad en la etiología de la epiglottitis, pudiendo sospecharse sólo por la presencia de gas extraluminal en las exploraciones radiológicas.

197

CIRUGÍA RADIOGUIADA: ¿UNA NUEVA TÉCNICA EN EL MELANOMA DE MUCOSA NASAL Y PARANASAL?

P. Baptista, M. Casale, C. Gimeno-Vilar, J. Rey-Martínez

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: El melanoma mucoso (MM) se presenta con mayor frecuencia en la nariz y senos paranasales en el área de cabeza y cuello (menos del 1% del total de MM). Como tratamiento quirúrgico se realiza una resección de amplios márgenes que se acompaña de vaciamiento cervical aunque no exista un criterio estandarizado para realizarlo. No es infrecuente que en esta resección salgan márgenes afectados por tumor o ganglios positivos que no se sospechaban inicialmente. La inyección de un radio marcador intralesional nos puede informar de la extensión de la lesión y de los ganglios linfáticos afectados por MM en el propio acto quirúrgico.

Pacientes: Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de MM en el cual durante la cirugía, gracias a la ayuda del marcador, se realizó una resección lesional completa e identificación de ganglios afectados por MM.

Resultados: Tanto en las muestras operatorias como en el seguimiento realizado durante 2 meses, no se ha encontrado evidencia de recidiva ni progresión enfermedad.

Conclusiones: Pensamos que la cirugía radioguiada es de gran utilidad a la hora de orientar al cirujano acerca de la extensión y localización del MM. Es posible que esta técnica pueda incrementar la tasa de curaciones para esta enfermedad, teniendo además en cuenta la escasa eficacia de otras alternativas terapéuticas (radioterapia y quimioterapia).

214

ABORDAJE SUBFRONTAL PARA LESIONES DE LOCALIZACIÓN NASOSINUSAL Y DE BASE ANTERIOR DE CRÁNEO

J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, I. Reyes Tejero, F.J. Aguilar Vera, M.D. Allely Teruel, A. Medinilla Vallejo, F. Esteban Ortega, A. García Perla

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Las neoplasias de los senos paranasales no son frecuentes en la población general, constituyendo menos del 3% de los tumores malignos del área ORL. La resección craneofacial anterior se ha establecido como el "gold standard" del tratamiento quirúrgico para los procesos de esta localización y que se extienden hacia la base de cráneo anterior. Presentamos el abordaje subfrontal con resección en bloque frontonasal como variante para permitir un buen acceso y minimizar las complicaciones.

Material y método: En pacientes con tumores de localización nasosinusal se realiza resección craneofacial anterior mediante abordaje subfrontal, con incisión bicoronal bifrontal, resecando un bloque frontonasal para acceder a la lesión. Se comparan nuestros resultados con los publicados mediante la técnica clásica.

Resultados: No ha habido mortalidad intraoperatoria. Las variables tiempo de ingreso hospitalario y en unidad de cuidados críticos, pérdida de sangre, tiempo operatorio y complicaciones son claramente favorables respecto a los resultados publicados con la resección craneofacial tradicional.

Conclusiones: La resección craneofacial anterior con el abordaje transfrontonasal se constituye como una técnica adecuada para el manejo de lesiones de la base de cráneo anterior. Además, proporciona una excelente exposición de la cavidad nasal, órbitas, senos etmoidales y esfenoidales, así como de la fosa craneal anterior, minimizando la retracción del lóbulo frontal.

220

PARAGANGLIOMA DEL CUERPO CAROTÍDEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ceballos Cauto, J. González García, T.F. Herrero Salado, S. Sánchez Gómez, H. Galera Ruiz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los paragangliomas cervicales representan menos del 0,6% de los tumores de cabeza y cuello. Presentan un crecimiento lento, con una posibilidad de malignización en torno al 6%. El síntoma de presentación más frecuente es una masa cervical. El tratamiento de elección es quirúrgico, siendo la radioterapia la segunda opción de tratamiento.

Material y método: Paciente con antecedentes personales de DMII, hernia de hiato y quiste hidatídico intervenido hace 20 años, que refiere tumoración laterocervical derecha y disfagia progresiva de dos años de evolución.

Resultados: En el TAC se observó una lesión situada a la altura de la arteria carótida común derecha, desplazando las arterias carótidas interna y externa. En la RMN de cuello la tumoración presentó unos contornos bien definidos con captación homogénea, que no infiltraba las estructuras vasculares. La angiorresonancia tampoco mostró alteraciones vasculares significativas, sin defectos de repleción en el interior de los vasos mencionados, ni afectación de las paredes. Aumento del ángulo de la bifurcación carotídea derecha. El paciente se diagnosticó de paraganglioma del cuerpo carotídeo, que se extirpó mediante abordaje cervical submandibular con resección completa del tumor y sin alteraciones neurológicas asociadas. Actualmente el paciente se encuentra en remisión completa tras dos años de seguimiento.

Discusión: La resección quirúrgica constituye el tratamiento de elección de los paragangliomas del cuerpo carotídeo, debiendo valorar cada caso individualmente, dado el carácter predominantemente benigno y el lento crecimiento, junto con las potenciales y graves secuelas neurológicas postoperatorias.

223

UN CASO COMPLICADO DE SÍNDROME DE FERDINAND VIDAL

C. Sánchez Herrero, C. López Azanza, D. Herrero Calvo, L.A. Vallejo Valdezate, L.M. Gil-Carcedo García

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Síndrome de Ferdinand Vidal (triada ASA), conjunto sintomático caracterizado por: asma, sinusitis/poliposis, intolerancia a la aspirina. La poliposis tiene carácter extremadamente recidivante, es frecuente la necesidad de múltiples intervenciones. Son raras las complicaciones orbitarias graves.

Material y método: Varón, 34 años, consulta en 06.07.04 por IRN, rino-rrea y anosmia. La endoscopia muestra obstrucción nasal por poliposis nasal mayor. Aporta informe de alergia: sensibilización a polen de gramíneas, ácaros y grupo PARA (rinoconjuntivitis y asma extrínseco por sensibilización). Exudado nasal negativo para gérmenes y hongos. TC con imágenes típicas de pansinusitis y poliposis.

Resultados: 25.01.05: Polipectomía por CEN. Tratamiento postoperatorio: corticoides tópicos. Revisiones endoscópicas: marzo, mayo y agosto 2005, no denotan enfermedad activa. 11.10.05: Acude a urgencias con exoftalmos y diplopía derechos, la endoscopia muestra recidiva masiva de poliposis, el cuadro cede con corticoterapia sistémica. 23.02.06: Resonancia/TC: pansinusitis, osteomielitis, amplia destrucción del techo de órbita derecha. 26.03.06: Septoplastia, CEN y abordaje osteoplástico del frontal, reconstrucción con recanalización del ducto frontonasal. 31.01.07: Cefalea intensa, diplopía, proptosis y disminución de agudeza visual derechas. Resonancia/TC: pansinusitis, destrucción del techo de órbita derecha, absceso orbitario. 02.02.07: Abordaje bicoronal, tallado de gran colgajo pericráneo de pedículo anterior, nueva osteoplastia frontal, extracción desde el seno frontal del pus que llena la órbita. Reconstrucción del techo de la órbita y exclusión del seno frontal con pericráneo. Cierre con miniplacas.

Discusión/Conclusión: La reconstrucción/exclusión del seno frontal con colgajo pericráneo resultó el tratamiento idóneo, con recuperación de la agudeza visual, en este caso complejo de sinusitis/poliposis (excelentes imágenes).

DISFAGIA EN PACIENTE CON AMYLOIDOSIS PRIMARIA DE LENGUA A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Mera-Menéndez, S. Álvarez, M. Gómez-Marino, J. Horna, A. Hinojar, D. López Ramos, S. Nieto

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La disfagia orofaríngea es una alteración frecuente en la consulta de Otorrinolaringología, producida por diversas alteraciones anatómicas y funcionales. La amiloidosis primaria se caracteriza por un depósito anormal extracelular de amiloide tipo AL en diferentes tejidos, siendo la lengua una localización rara, el diagnóstico se establece con biopsia, y su presentación sistémica con un aspirado abdominal.

Material y método: Se presenta una mujer 73 años, referida por el Servicio de Reumatología para estudio de disfagia y disartria de dos años de evolución, con antecedentes personales de poliartritis simétrica FR (-) y HLAB27+ de cuatro años de evolución, PAAF de grasa abdominal negativa para material amiloide, a la exploración física se evidencia una lengua dura, anquilótica y sin aumento de tamaño, sin otras alteraciones de importancia.

Resultados: Se toma biopsia del suelo de la lengua, que informa músculo estriado con depósito de material amiloide, estudio inmunohistoquímico con marcada positividad frente a cadenas ligeras con fenotipo correspondiente a una amiloidosis primaria (a L Kappa). Se realiza punción de médula ósea que informa plasmocitosis atípica clonal Kappa. Tratamiento: melfalán y prednisona ambulatoria.

Conclusión: La biopsia es una importante herramienta diagnóstica ante la sospecha de amiloidosis de la lengua siendo imprescindible el estudio inmunohistoquímico de las diferentes variables. Se debe descartar neoplasias hematológicas mediante el estudio de médula ósea. El pronóstico es malo con una esperanza de vida entre 5-15 meses, pese a tratamiento con quimioterapia.

FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL: PRESENTACIÓN DE 7 CASOS

B. Martínez, M. Caballero, F. Sabater

Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) es una infección aguda que afecta el tejido celular subcutáneo y fascias musculares siendo generalmente de etiología polimicrobiana y que tiene una mortalidad asociada del 25-30%.

Material y método: De un total de 215 pacientes diagnosticados de infecciones de parte blandas cervicales en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínic de Barcelona entre enero de 1982 y febrero de 2001, 10 casos correspondían a fascitis necrosantes. El diagnóstico se realizó siguiendo los criterios presentados por Lin y cols: necrosis extensa de la fascia superficial, rápida afectación de los tejidos vecinos acompañado de toxicidad sistémica, inflamación y necrosis de la fascia en el análisis histológico e imágenes de gas en la TAC.

Resultados: Siete pacientes cumplieron estrictamente la definición de fascitis necrotizante cervical, cuatro hombres y tres mujeres con una media de edad de 37,1 años (rango 25-53). La región cervical inicialmente implicada fue variable. En cuatro casos hubo propagación torácica (57,1%). El origen fue odontogénico en cinco casos (71,4%) y faríngeo en dos (28,6%). Los síntomas iniciales fueron odontalgia y odinofagia. Otros signos y síntomas fueron disnea, trismus (42,9%), tumoración faríngea y signos inflamatorios cervicales. Se encontraron al menos dos especies bacterianas en cada caso. Todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, entre una y cuatro intervenciones. En cuatro casos fue suficiente con realizar desbridamiento de los abscesos orocervicales (57,1%), pero en tres pacientes fue necesario realizar toracotomías y desbridamiento mediastínicos y pleurales (42,9%). Se realizó pericardiotomía en un paciente (14,3%).

Conclusiones: La fascitis necrotizante es una enfermedad grave, con alta morbi-mortalidad. Los gérmenes implicados en las F.N. cervicales de origen dentario o faríngeo son los microorganismos. La rápida evolución de esta infección y su posible extensión al mediastino, obligan a la práctica de pruebas de imagen seriadas (TAC). La curación se consigue realizando un desbridamiento amplio, agresivo y precoz junto con una antibioterapia correcta. Creemos que el pilar básico del tratamiento es la cirugía, no pudiendo confiar en la antibióticoterapia como tratamiento único de esta entidad.

QUISTE EPIDÉRMICO GIGANTE

J.M. Martínez Salazar¹, J.J. Ramos Fernández¹, M. Guijarro Rojas³, C. Ferreiro Argüelles², C. González Lois³, J. Cubero Carralero², J.J. López Moya¹

¹S. de ORL. ²S. de Radiología. ³S. de Anatomía Patológica, H. Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Introducción: El quiste epidérmico es un quiste de inclusión tapizado por tejido ectodérmico (epitelio escamoso) en cuyo interior aparece material sebáceo y queratina. Este tipo de quiste es de lento crecimiento y aparece raramente en cabeza y cuello. Habitualmente se diagnostican y extirpan cuando son de pequeño tamaño.

Material y método: presentamos un caso de una paciente de 29 años con masa submentoniana asintomática de más de 2 años de evolución de unos 5 x 3,5 x 3,5 cm. Realizamos la historia clínica, solicitamos pruebas complementarias (TAC, IRM, PAAF) y practicamos una cervicotomía con exéresis de la lesión.

Resultados: aportamos las imágenes del TAC y de la IRM, con fotografías preoperatorias e intraoperatorias de la cervicotomía y de la anatomía patológica.

Discusión/Conclusiones: discutimos la confusa clasificación de estos quistes en la literatura. También correlacionamos las pruebas de imagen con los hallazgos intraoperatorios, especialmente unas prolongaciones superiores del quiste hacia el espacio sublingual. Por último incidimos en el extraordinario tamaño de la lesión, comparándolo con los casos descritos en la bibliografía. Como conclusión, describimos una presentación inusual de un quiste epidérmico gigante de localización submentoniana, acompañado de abundante material iconográfico.

QUISTE Y FÍSTULA CERVICAL DE LA 1ª HENDIDURA BRANQUIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Onrubia Parra, G. Eisenberg Plaza, C. Pérez Martínez, J. Montojo Woodeson, G. Plaza Mayor

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: Las anomalías de la 1ª hendidura branquial, son dentro la patología congénita del territorio cervicofacial unas de las menos frecuentes, que se pone de manifiesto en pocas publicaciones y series cortas publicadas en la literatura médica, hecho que a su vez condiciona su difícil diagnóstico y tratamiento. En muchas ocasiones el diagnóstico diferencial es difícil con otras anomalías congénitas del 1º y 2º arco branquial y con otras patologías no congénitas como quistes dérmicos. Su tratamiento condiciona con frecuencia el antecedente de cirugías con insuficiente extirpación y consecuentemente recurrencias también frecuentes. Dicho tratamiento exige la extirpación del quiste junto con todo los trayectos fistulosos hasta el CAE y hasta la piel cervical. Fueron clasificadas por Work en 1972, en tipo I (duplicación de CAE) y más raras las de tipo II (auriculocervicales).

Material y método: Exponemos un caso de una anomalía congénita de la 1ª hendidura branquial tipo II de Work, diagnosticado y tratado quirúrgicamente en nuestro servicio. En su diagnóstico contamos con la iconografía correspondiente a la TC cervical con contraste en secuencias axial, coronal y sagital, que es el elemento diagnóstico de elección. Su tratamiento quirúrgico se realizó extirpando el quiste cervical junto con los trayectos fistulosos cervical y superior hasta glándula parótida y suelo de CAE, aportamos la iconografía de dicha intervención así como de los cortes histológicos de la pieza extirpada.

Resultados, discusión y conclusiones: se revisan mediante la revisión de la literatura, el origen embriológico de dichas anomalías, su epidemiología, clasificación, métodos, diagnóstico y tratamiento.

LARINGECTOMÍA TOTAL EN PACIENTE NO ONCOLÓGICO

R. Wegmann, A. Martínez, C. Iglesias, E. Perelló

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La parálisis recurrente bilateral obedece a múltiples causas, como procesos neoplásicos, cirugía de cabeza y cuello, traumatismos no quirúrgicos, radioterapia o a una combinación de ellas. El tra-

tamiento de sus complicaciones incluye alternativas de tratamiento médico y quirúrgico.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de paraganglioma vagal bilateral, tratada quirúrgicamente de la lesión derecha por cirugía vascular. En el curso de su evolución postquirúrgica fue necesario realizar, inicialmente, una traqueotomía y posteriormente una tiroidectomía tipo I para el tratamiento de las complicaciones derivadas tanto de su patología de base como de la propia intervención, principalmente las aspiraciones. Dado el difícil control de éstas últimas, se decidió, finalmente, realizar una laringectomía total.

Resultados: Como resultado de la intervención, se solucionó el problema de las aspiraciones, pero persistió una disfagia de difícil tratamiento. Adicionalmente, la paciente presenta un severo trastorno depresivo asociado a ansiedad que ha dificultado la terapia de rehabilitación de la deglución.

Conclusiones: Las parálisis recurrenciales obedecen a múltiples causas, siendo las más frecuentes las neoplasias y la cirugía. Dentro de ellas, los paragangliomas vagales son una causa poco frecuente y su tratamiento es complejo y requiere un equipo multidisciplinario. Las principales complicaciones son la disfonía, la disfagia, la disnea y las aspiraciones. El tratamiento de dichas complicaciones incluye desde la terapia de rehabilitación hasta procedimientos quirúrgicos potencialmente reversibles. En casos seleccionados, puede requerirse un tratamiento más agresivo, como una laringectomía total.

281

QUISTE DEL TRACTO TIROGLOSO GIGANTE

F. Ropero Romero, E. Alarcón Linares, J. Gutiérrez Jodas, E. Cantillo Baños, A. Jurado Ramos

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El quiste del tracto tirogloso representa la tumoración cervical de línea media más frecuente. Formados por un defecto de resorción del tracto tirogloso, son tumoraciones anteriores, fijadas al esqueleto laríngeo y que se mueven con él. Todas las demás características son variables.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años que presenta una gran tumoración cervical anterior de larga evolución y voz engolada, observándose en la laringoscopia un abombamiento de la base de la lengua sin alteraciones macroscópicas de la mucosa. Como pruebas de imagen se realizan ecografía y TAC cervical, observándose masa submandibular de 6 cm de diámetro, redondeada, bien delimitada y de baja densidad. Se requirió tratamiento quirúrgico, resecando completamente la tumoración junto con el hueso hioides. El diagnóstico histopatológico confirmó la sospecha clínica de quiste del tracto tirogloso.

Discusión: En este póster presentamos la descripción de nuestro caso, mostrando fotografías intraoperatorias y de las exploraciones radiológicas. Realizamos una descripción de la literatura al respecto.

285

CUERPO EXTRAÑO DE LOCALIZACIÓN PECULIAR

A. Hernández, J. Chamizo, R. Hijano, M. Saderra, C. García-Vaquero, F. Pumarola

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los cuerpos extraños más frecuentes en vía aerodigestiva alta son espinas de pescado y huesos de pollo, siendo amígdala palatina, amígdala lingual y senos piriformes donde su localización más frecuente. Los pacientes presentan sensación de cuerpo extraño y odinofagia como síntomas principales. En la exploración física es importante la visualización de la orofaringe, hipofaringe y laringe a través de laringoscopia o nasofibroscopia laríngea. Usualmente los cuerpos extraños faríngeos pueden ser identificados y extraídos en el mismo acto. Si los síntomas persisten se deben realizar pruebas de imagen o endoscopia digestiva. Las complicaciones de los cuerpos extraños pueden ser graves. Entre ellas se encuentra el absceso retrofaríngeo (cuya causa más frecuente es la espina de pescado en el espacio retrofaríngeo), perforación y celulitis.

Caso clínico: Se presenta una paciente de 80 años en tratamiento con sintrom por ACxFA que tras ingesta de pescado 48 horas antes acude al

hospital por presentar sensación de cuerpo extraño, disfagia, síndrome febril y dolor cervical posterior. La exploración ORL objetivó una espina de pescado en luz laríngea. La Rx cervical lateral mostró un cuerpo extraño que se desplazaba desde hipofaringe hasta el pie de la epiglotis y presencia de aire en el espacio prevertebral. Con anestesia tópica y sedación se extrae espina de pescado de aproximadamente 4 cm de longitud con buena evolución clínica.

293

UN CASO DE CARCINOMA PARATIROIDEO

G. Barrutieta Baztán, A.M. Maeso Plaza, P.A. Escobar Rincón, E. Macon Liqueite, M. Rey García, M.J. Pascual Delso, P. Ortega Del Álamo

Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: El carcinoma de paratiroides es un tumor raro que suma el 1% de los hiperparatiroidismos primarios. Al diagnóstico, los pacientes suelen presentar metástasis regionales en un tercio de los casos y la supervivencia varía desde el 80% a los 5 años hasta el 50% a los 10.

Material y método: Presentamos un caso hiperparatiroidismo primario causado por un adenoma paratiroides y un carcinoma de paratiroides diagnosticado tras un estudio diferido de la muestra. La clínica, datos de laboratorio, y estudio gammagráfico no nos pudieron alertar de la malignidad del caso.

Conclusión: En la mayoría de los casos descritos en la literatura el tratamiento principal es quirúrgico y aunque la mayor parte sólo realiza paratiroidectomía simple, se recomienda la resección en bloque pero no la disección ganglionar radical. La radioterapia aporta poco al tratamiento.

295

SARCOMA SINOVIOL DE LARINGE

E. Macon Liqueite, M. Rey García, C. Ortega Fernández, G. Barrutieta Baztán, A. Maeso Plaza, P. Escobar Rincón, P. Ortega Del Álamo

Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: El sarcoma sinovial es un tipo de tumor mesenquimal maligno raro, que representa el 8,5% del total de sarcomas de tejidos blandos. Generalmente se presenta en extremidades inferiores de adultos jóvenes y su incidencia en la región de cabeza y cuello es muy baja (3%). La localización en laringe sólo se ha descrito en 13 casos.

Material y método: Presentamos a un paciente de 12 años que acude a Urgencias presentando síntomas de disnea, disfonía y odinofagia. Se le realiza fibroscopia donde se visualiza una gran masa violácea que impide ver glotis y que parece provenir del repliegue ariepiglótico derecho.

Resultados: El paciente precisó una traqueotomía de urgencia y mediante laringoscopia directa se obtuvo una muestra para biopsia con posterior diagnóstico de sarcoma sinovial bifásico. Fue trasladado a un hospital pediátrico especializado en Oncología Infantil donde se le trató con cirugía y tratamiento complementario.

Conclusión: El sarcoma sinovial es un tumor raro en la región de cabeza y cuello, pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial inicial ante un paciente con disnea y disfonía para no retrasar el diagnóstico ni el tratamiento.

296

APLICACIÓN NUEVAS TECNOLOGÍAS, VIDEOCONFERENCIA, EN LA DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

P. Sarriá Echegaray, F. Trobat Company, G. Jaume Bauza, M. Tomás Barberán

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: La introducción de las nuevas tecnologías en el ámbito médico-científico está abriendo un amplio campo en el cual podemos facilitar la comunicación, ganando tiempo y reduciendo gastos. La idiosincrasia que nos otorga el pertenecer a una comunidad compuesta por varias islas de las que somos el hospital de referencia, nos obliga a buscar alternativas en nuestra relación interhospitalaria.

Material y método: Presentamos la realización de videoconferencia como "arma" de uso cotidiano para la comunicación médico-científica.

Exponemos el material y métodos necesarios para la instauración de dicho sistema, compuesto por una sistema informático, línea telefónica adsl, webcam, cámaras, monitores, pantallas y resto del soporte audio-visual.

Discusión/Conclusión: La aplicación de nuevas tecnologías como es la videoconferencia para la comunicación tanto médico-científica como de cualquier otro tipo, entre hospitales, es una asignatura obligada y necesaria que nos lleva a una fluida relación sin movernos de nuestro ámbito de trabajo ganando tiempo, reduciendo esfuerzo y abaratando importamente los gastos derivados de estancias y desplazamientos.

305

EXPLORACIÓN AUDIOLÓGICA EN PACIENTE CON ACÚFENOS. VALORACIÓN Y RESULTADOS

C. De Paula Vernetta, A. Piera Balbastre¹, N. Conill Tobías, N. Muñoz Fernández, J.M. Láinez Andrés¹, J. Marco Algarra

Servicio de ORL. ¹Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia.

Introducción: La estrecha relación entre hipoacusia y acúfenos ha llevado al Otorrinolaringólogo a realizar a lo largo de los años una exhaustiva exploración audiológica en vistas a etiquetar el origen del mismo.

Material y método: Se realiza un estudio audiológico sobre 77 pacientes con acúfeno de más de 6 meses de evolución, un 29,9% (23/77) derechos, un 44,1% (34/77) izquierdos y un 26% (20/77) bilaterales.

Resultados: El nivel auditivo predominante de nuestros pacientes (76,4%) fue una hipoacusia de grado leve- moderado. Un 36% presentó antecedente de trauma acústico. El tipo de ruido predominante en la acufenometría fue un tono puro (T) (39%), siendo la frecuencia predominante los 8000 Hz (42,85%). La mayoría de nuestros pacientes (53/77) presentaron algún tipo de respuesta en el grado de percepción de su acúfeno ante un estímulo de las mismas características, predominando la inhibición parcial (38,23%). La Intensidad media (dBSU) fue de 15,7 y el NME (dBSU) de 18,27. En los DPOAE se detectó una alteración fundamentalmente a 4875 Hz en el 73,58%. Los PEATC mostraron una latencia media: III (3,94 mseg), V (6,08 mseg) con una interlatencia media de 2,14 mseg. En el estudio con RNM se detectó un macroadenoma hipofisario.

Discusión/Conclusiones: La completa exploración otorrinolaringológica se considera de vital importancia en el paciente con acúfenos, ya que al presentar cerca de un 85% de éstos una hipoacusia asociada nos ayudará a la adecuada orientación del paciente.

306

COMORBILIDAD DEL PACIENTE CON ACÚFENOS EN UNA UNIDAD ORL

C. De Paula Vernetta, A. Piera Balbastre¹, N. Conill Tobías, I. Alonso Castañeira, J.M. Láinez Andrés¹, J. Marco Algarra

Servicio de ORL. ¹Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia.

Introducción: El acúfeno es la percepción de un sonido en los oídos o en la cabeza del paciente sin que exista una fuente externa. Éste puede aparecer de forma aislada, asociado a un problema del oído o bien ser manifestación de una patología sistémica.

Material y método: Se presentan los datos obtenidos en la historia y exploración clínica de 85 pacientes (43 mujeres, 42 hombres) con una edad media de 52 años y tiempo medio de evolución de 60 meses. Un 84,7% de características unilaterales y un 15,3% bilaterales.

Resultados: Un 29% (25/85) de nuestros pacientes presentaban patología cardiovascular asociada, fundamentalmente de tipo hipertensivo. Respecto a la patología neurológica: 20% (17/85) cefalea tensional, 15% (9/85) migraña sin aura, 2% (2/85) migraña con aura, 25% (21/85) depresión y/o ansiedad asociada. El 23% (20/85) de nuestros pacientes padecía alteraciones del sueño basal, estando directamente relacionadas con el acúfeno en el 36% (31/85) de los pacientes. La alteración de la memoria reciente se desarrolló en un 41% (35/85). Un 51% (43/85) de

nuestros pacientes presentaron estrés (Test Hamilton), desarrollando componente fóbico un 34% (30% agorafobia). Respecto a las alteraciones sistémicas de nuestros pacientes, destacó un 45,16% con niveles de Zinc anormalmente bajos y un 37% con dislipemia. Un 22% asoció contractura muscular y un 2% una clara relación con patología de la ATM. Un hemispasmo ipsilateral facial postparalítico fue detectado en tres de nuestros pacientes.

Discusión/Conclusiones: Consideramos de vital importancia un exhaustivo conocimiento de la patología asociada al paciente con acúfenos para su correcto diagnóstico y tratamiento.

311

MIASIS EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. González Poggoli, J.C. Vázquez Barro, C. Deus Abelenda, S. Regueiro Villarín, M. Álvarez-Buylla Blanco, J. Martínez Vidal
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La miasis que afecta al oído es una patología infrecuente en los países desarrollados que se relaciona con condiciones ambientales y de higiene deficientes. La sintomatología se relaciona con la ocupación ótica por las larvas, y el diagnóstico consiste en la visualización de las mismas en las cavidades óticas. La terapéutica incluye la extirpación de las larvas del oído, pudiendo ser necesario, en algunos casos, el abordaje de la cavidad timpánica y mastoides.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 65 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés y nivel socioeconómico bajo, que acude a Urgencias de ORL por presentar otalgia y acúfenos en oído izquierdo de aproximadamente 72 horas de evolución. A la exploración se observó la presencia de numerosas larvas de dícteros, por lo cual se procedió a la extracción de las larvas y la realización de una tomografía axial computarizada de oídos para determinar la presencia o no de invasión de las estructuras vecinas al conducto auditivo externo. Ante la evidencia de no afectación del oído, se procedió a la limpieza del mismo y, tras 48 h de observación, al alta definitiva.

Discusión: La miasis ótica es una patología infrecuente en los países desarrollados, relacionada con condiciones higiénico-ambientales deficientes. Su diagnóstico consiste en la visualización de las larvas de mosca en las cavidades óticas, y su terapéutica incluye la extirpación de las larvas del oído. En algunos casos resulta necesario el abordaje de la cavidad timpánica y mastoides.

323

PRESENTACIÓN INUSUAL DE EXOFTALMOS AGUDO: HEMATOMA SUBPERIÓSTICO ORBITARIO ESPONTÁNEO

J.A. Garabal, E. Álvarez, L. Pérez, B. De Miguel, J.L. Artazkoz
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Son múltiples las causas que pueden producir un exoftalmos en el transcurso de la evolución de un paciente, como síntoma de presentación o a consecuencia de enfermedades generales o de intervenciones médicas o quirúrgicas. Cuando la presentación es aguda las posibilidades etiopatogénicas disminuyen.

Material y método: Presentamos el caso de paciente mujer joven que acude a urgencias por exoftalmos y diplopía de ojo izquierdo de presentación aguda. El servicio de ORL es solicitado por la sospecha diagnóstica de mucocoele etmoidal tras realización de TAC en urgencias. Se realiza estudio completo de fosas nasales y de agudeza visual.

Resultados: Tras una anamnesis completa en el que sólo destaca antecedentes de probable barotraumatismo sinusal tras viaje en avión 3 semanas antes y tras descartarse el mucocoele como factor etiológico, no se encuentra ninguna otra causa que justifique el cuadro. En estudio con RMN con contraste de órbita se llega al diagnóstico de hematoma subperióstico orbitario izquierdo. Al no existir compromiso visual se decide actitud expectante con reabsorción del hematoma a lo largo de varias semanas.

Discusión/Conclusiones: Analizamos más en profundidad la etiopatogenia de exoftalmos agudo con especial énfasis en el hematoma subperióstico (etiología, casuística y manejo terapéutico).

328

PSEUDOANEURISMA GIGANTE DE CARÓTIDA SECUNDARIO A RADIOTERAPIA

D. Castro Gutiérrez de Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, A. Medinilla Vallejo, M.D. Allely Teruel, F. Aguilar Vera, I. Reyes Tejero, E. Mata López, F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El pseudoaneurisma de carótida común presenta una variada etiopatogenia describiéndose casos asociados a ruptura espontánea, relacionados con amigdalectomía o abscesos periamigdalinos, traumatismos, cirugía vascular, y con menor frecuencia postradioterapia. Esta patología se suele manifestar por sintomatología neurológica al comprometer el aporte sanguíneo cerebral.

Material y método: Se presenta el caso de un pseudoaneurisma gigante de carótida acontecido en un paciente diagnosticado de neoplasia laríngea que fue inicialmente tratado con radio-quimioterapia concomitante y finalmente laringectomizado. Dicho hallazgo se manifestó por hemorragia hipofaríngea recurrente que requirió taponamientos faríngeos.

Resultados: Se presentan las arteriografías en las que se aprecia el pseudoaneurisma así como el tratamiento que se realizó mediante embolización con espirales de platino. El tratamiento fue eficaz cesando por completo la hemorragia.

Discusión/Conclusiones: El pseudoaneurisma de carótida es una rara complicación del tratamiento radioterápico. Esta patología vascular se suele manifestar por sintomatología neurológica, en este caso se presentó como hemorragias faríngeas. Aunque podría estar indicada la colocación de una endoprótesis vascular, en este caso se decidió el tratamiento con embolización mediante espirales de platino debido a la gran distorsión que presentaba la formación vascular. Esta actitud terapéutica fue eficaz desapareciendo la sintomatología que presentaba el paciente.

334

EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

X. Araujo Piedra, C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, A. Encinas Vicente, M. Mancheno Losa, F. García De Pedro, B. Scola Yurrita

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La Unidad de Cirugía Mayor ambulatoria (UCMA) es un pabellón de reciente creación que ha surgido con el objetivo de permitir el regreso de los pacientes a sus casas el mismo día de la intervención proporcionando los cuidados necesarios de determinadas cirugías en las que no es indispensable el ingreso hospitalario.

Material y método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo tomando como población todos los pacientes intervenidos por el servicio de ORL desde septiembre del 2002 hasta 31 diciembre 2006 en la UCMA, con análisis porcentual del tipo de cirugía realizada y total de intervenciones que han necesitado reingreso. Se utilizó los datos de Informes registrados de cada paciente en el sistema de archivo del Hospital.

Resultados: La población estudiada fue de 1331 pacientes, de los que el 44,8% eran mujeres y el 55,2% hombres. El mayor porcentaje de cirugías realizadas fueron: Cirugía funcional nasal (CFN) 31,1%, Microcirugía endolaringea 15,2%, miringoplastias y timpanoplastias 25,3%, Estapedectomías y estapedotomías 7,2%, amigdalectomías 2,5%. El reingreso ha aumentado cada año coincidiendo con mayor volumen y variedad de intervenciones siendo en el año 2006 del 6,2% por complicaciones como intenso dolor, sangrado, prolongación de la cirugía.

Discusión/Conclusiones: La cirugía mayor ambulatoria permite la realización de varias intervenciones quirúrgicas en el área ORL con el beneficio de una pronta recuperación en casa. La situación y condición de cada paciente debe ser evaluada con detenimiento para evitar complicaciones posquirúrgicas que influyan en el reingreso.

337

EPIGLOTITIS RECURRENTE POR ANGIOEDEMA CRÓNICO IDIOPÁTICO

F. Ferrer Baixauli, J.V. Brasó, E. Fernández Julián, J. Marco Algarra

Servicio de ORL. ¹Umed, Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: El angioedema se caracteriza por una reacción vascular por vasodilatación y edema tisular.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 24 años que debuta con brotes recurrentes de angioedema epiglótico, sin que se detecte factor causal, ni historia familiar, con C1 inhibidor, C1q, C4 y C3 normal. Clínicamente presenta un cuadro de odinofagia de varias horas de evolución, asociando voz faringolábica, y sensación disnea, sin fiebre asociada. Mediante fibroscopia observamos edema e hiperemia epiglótica, y de pliegues ariepiglóticos. Acude a Urgencias en ocho ocasiones, siendo ingresada en cinco de ellas. Dada la sospecha de epiglottitis bacteriana pautamos corticoide (prednisona) IV y cefotaxima IV, mejorando lentamente el proceso.

Resultados: En su estudio diagnóstico solicitamos VSG, química, estudios de imagen (TAC, RMN), estudio parasitológico, estudios del complemento, estudio de enfermedades infecciosas (VEB, hepatitis), serología reumática y detección de autoanticuerpos (ANA, Acs antitiroideos), estudios con aditivos y alimentos, estudio dietético, endoscopia digestiva, IgE totales y específicas, siendo de resultado anodino, exceptuando valores de Ig E total elevados.

Discusión/Conclusiones: Dada la recurrencia del cuadro, pautamos tratamiento profiláctico del angioedema crónico idiopático en el periodo intercrisis, con buen resultado: cetirizina (10 mg /día por la mañana), asociada a hidroxizina (50 mg por la noche), ranitidina, 150 mg/12 h y cinaricina, 75 mg/12 h. Los últimos 10 meses la paciente se encuentra asintomática y con endoscopia faringo-laríngea normal.

338

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL EN EL SÍNDROME DE SUSAC

P. Melgarejo, A. Montserrat, X. Galindo, F. Ghani, B. García, J. García

Hospital Santa María, Lleida.

Introducción: El síndrome de Susac es un cuadro raro caracterizado por la triada de hipoacusia neurosensorial fluctuante, pérdida visual brusca y encefalopatía. Afecta sobre todo a mujeres jóvenes que inician el cuadro con migrañas, alteraciones visuales y auditivas, con hallazgos característicos en la RMN. La etiología es desconocida, y se basa en microinfartos arteriolas en SNC, retina y cóclea.

Material y método: Se presenta el caso de un varón con hipoacusia y pérdida visual brusca acompañada de cefaleas. En la audiometría tonal presenta una hipoacusia neurosensorial de predominio derecho. El fondo de ojo muestra una atrofia del nervio óptico bilateral. La RMN craneal es informada de lesiones hiperintensas en T2 en la sustancia blanca cerebral. También se presentan otras pruebas complementarias realizadas como EEG, ecodoppler de troncos supraaórticos entre otras.

Discusión/Conclusiones: Se realiza una revisión bibliográfica de los casos publicados, y se discute el diagnóstico diferencial con otras patologías similares de hipoacusia neurosensorial.

347

OSTEOMA APÓFISIS ODONTÓIDES DEL AXIS QUE PROTRUYE EN PARED POSTERIOR FARÍNGEA

R. Jódar Moreno. E. García De la Torre. J. Gálvez Pacheco. J. Roura Moreno. F.A. Navarro Escobar

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Introducción: Los osteomas osteoides son poco comunes en los cuerpos vertebrales siendo más frecuente encontrarlos en los elementos vertebrales posteriores. Presentamos el caso de un osteoma de la apófisis odontoides del axis.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 54 años de edad que acude a consulta refiriendo haber notado una tumoración en la pared posterior faríngea de años de evolución, en los últimos meses parece haber aumentado de tamaño. Como única sintomatología, refiere una muy leve disfagia para sólidos; la exploración ORL es completamente

normal con el único hallazgo de una tumoración de aproximadamente 2 cm. de diámetro en línea media de pared posterior faríngea, ovoidea, de consistencia dura y no dolorosa a la palpación.

Se realizan como pruebas complementarias: fibroscopia, radiografías laterales de cuello así como TAC cervical que evidencia la presencia de una formación con densidad cálcica entre el arco anterior del atlas y el cuerpo de la apófisis odontoides produciendo un abombamiento en la pared posterior de la orofaringe.

Resultados: Se informa al paciente de los riesgos quirúrgicos que supondría la intervención a realizar; éste decide no intervenir y someterse a revisiones periódicas en consulta ORL dada la mínima sintomatología y el crecimiento lento de la lesión.

Discusión: Hemos encontrado muy pocos casos de osteomas del cuerpo del axis, clásicamente la clínica descrita es de dolor y rigidez cervical. Es fundamental la valoración de los riesgos y beneficios que se obtendrían en cada caso si se sometiesen a cirugía.

354

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUEÑAS (OAT-CELL) EN SENOS PARANASALES

E. Viviente, A. Capitán, A. González, C. Torregrosa, N. Sánchez, C. Sprekelsen

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Presentamos un paciente con carcinoma indiferenciado de células pequeñas (oat-cell) a nivel nasosinusal

Material y método: Varón de 42 años que consulta por cefalea fronto-orbitaria persistente, insuficiencia respiratoria nasal por ambas fosas y anosmia de 1 año de evolución. En la endoscopia se evidencia una masa hiperémica de superficie lisa y friable al tacto. La TC revela una masa de densidad de partes blandas ocupando por completo los senos etmoidales y maxilares afectado a la fosa craneal anterior y órbita derecha. La biopsia indica un carcinoma indiferenciado de células pequeñas (oat-cell). Se realiza TC torácica y fibrobroncoscopia descartando el origen pulmonar primario. Se instaura un tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: Se presenta el caso dada la rareza de que dicho tumor asiente de forma primaria en la región sinusal.

359

NECESIDAD DEL ESTUDIO MULTIFRECUENCIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS HIPOACUSIAS NEUROSENSORIALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

E. Fernández Pascual, J. García-Valdecasas, M. Sainz Quevedo

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La fiabilidad y el conocimiento, cada vez más extendido, de los PEATC en el diagnóstico cuantitativo de la hipoacusia en niños deja, en ocasiones, en desuso las pruebas audiométricas conductuales a pesar de que los PEATC sólo valoran un rango frecuencial concreto, pudiendo subestimar los umbrales en frecuencias graves, incluso utilizando potenciales de estado estable.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo, analizando, en 50 niños con hipoacusia neurosensorial severa o profunda, los resultados de las pruebas audiométricas conductuales (juguetes sonoros y Peep-Show), así como las pruebas neurofisiológicas mediante potenciales evocados del tronco cerebral (PEATC) y potenciales de estado estable (PEE).

Resultados: Los resultados demuestran un importante número de pacientes con curvas audiométricas más afectadas en las frecuencias agudas, que sufrirían una sobreestimación de su hipoacusia si basáramos el diagnóstico en los PEATC. Además, aquellos con caída en las graves sufrirían una infraestimación de los umbrales al ser estudiados únicamente con PEATC. Los PEE permiten analizar las frecuencias graves, pero con una gran variabilidad entre sus resultados y los obtenidos por la audiometría conductual.

Conclusiones: la combinación de las distintas pruebas audiométricas, conductuales y neurofisiológicas, es necesaria para establecer un diagnóstico lo más exacto posible de la hipoacusia, siendo la audiometría conductual la protagonista en el estudio de la población pediátrica.

360

LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES PRIMARIO DE SUPRAGLOTIS

U. Bidón Gómez, L. Uceda Carrascosa, C. Alonso González, A. Raposo Jiménez, S. Pérez Gutiérrez¹, A. Castro Serrano

S. de ORL. ¹Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Los linfomas no Hodgkin (LNH) de cabeza y cuello se presentan habitualmente en el anillo linfático de Waldeyer y en las áreas ganglionares cervicales, siendo la localización laríngea excepcional.

Caso clínico: Paciente varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que presenta esputos hemoptoicos, leve odinofagia y disfagia a sólidos de un mes y medio de evolución. En la exploración ORL se aprecia una tumoración epiglótica, que ocluye el vestíbulo laríngeo. En la tomografía computarizada se observa una lesión supraglótica de 4,8 cm de diámetro que compromete la luz laríngea, con adenopatías radiológicamente significativas en áreas II y III cervicales bilaterales.

Se realiza biopsia de la lesión con resultado Anatomopatológico de Linfoma B Difuso de Células Grandes. En el estudio inmunohistoquímico de las células tumorales se encuentra un factor de proliferación ki-67 entre 60 y 70%; CD5, CD79, Bcl-6 y MUM1 positivos; Bcl-2 > 50%. En analítica se descarta hepatitis y la serología VIH es negativa. El estudio de extensión mediante TC de tórax, abdomen y punción de médula ósea es normal. El paciente es remitido al Servicio de Hematología de nuestro hospital para tratamiento. Ha recibido 6 ciclos de Quimioterapia (R-CHOP), objetivándose una mejoría clínica y radiológica significativa en las revisiones realizadas durante su tratamiento.

Discusión/Conclusiones: La laringe como localización primaria de un LNH es excepcional, con muy pocos casos publicados en la literatura. La presentación de este tipo de linfomas se ve favorecida por la inmunodepresión, y aunque se pueden observar a cualquier edad, la edad media de aparición son los 55 años. En nuestro caso clínico se trata de un varón de 29 años, inmunocompetente, que presentó una sintomatología atípica, con esputos hemoptoicos y sin referir disnea a pesar de las dimensiones de la tumoración supraglótica. También destacamos los buenos resultados tras el tratamiento con QT, basados en una correcta identificación del linfoma mediante el estudio inmunohistoquímico.

361

EXPRESIÓN DE ERCC-1 EN CARCINOMA DE FARINGOLARINGE COMO MARCADOR DE SUPERVIVENCIA

J. Chamizo Jurado, J. Lorente, M. Suñol, R. Boemo, M. García López, F. Mateu, P. Fortuny, J.I. Quesada, E. Perelló

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La quimioterapia con cisplatino ha mejorado la supervivencia de pacientes con carcinoma escamoso de laringe, totalmente extirpado, sin adenopatías positivas ni metástasis.

Material y método: Hemos estudiado un total de 121 pacientes diagnosticados y tratados de carcinoma escamoso de faringo-laringe, hemos excluido del estudio los pacientes diagnosticados de ca. glótico y se ha determinado mediante inmunohistoquímica, la expresión de ERCC-1. Se compara el efecto de la quimioterapia adyuvante con cisplatino en la supervivencia de los pacientes de acuerdo a la expresión de ERCC-1 y hemos demostrado que, los pacientes con ausencia de expresión de ERCC-1 se benefician del tratamiento adyuvante con cisplatino frente a los pacientes con ERCC1 positivo.

Conclusiones: Los pacientes con carcinoma escamoso de faringo-laringe, ERCC-1 negativos parecen beneficiarse del tratamiento adyuvante con cisplatino y mejoran la supervivencia, mientras que los pacientes con tumores ERCC-1 positivos, no

365

LINFOMA DE HODGKIN LARÍNGEO

A. Macaya Martínez, S. Quer Canut, R. López Diu, J. Aramberri Aresti, M. Uzcanga Lacabe

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: En la patología oncológica de laringe el linfoma constituye de por sí una excepcionalidad. Hay muy pocos casos descritos de lin-

fomas no-Hodgkin primarios de laringe, siendo la del linfoma de Hodgkin realmente anómalo; hasta el punto que en las últimas revisiones bibliográficas no se ha encontrado ningún caso.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 52 años que acude a consulta por adenopatía de tres meses de evolución. En el interrogatorio la paciente refiere disfagia progresiva de larga evolución sin odinofagia. A la exploración ORL, además de la adenopatía laterocervical, se observó una masa a nivel de cara lingual de epiglótis que no comprometía vía aérea. A la paciente se le realizó estudio anatomopatológico de la masa cervical mediante PAAF cuyo resultado no fue definitivo, por lo cual se le realizó biopsia y posterior vaciamiento ganglionar funcional. Mediante laringoscopia indirecta, en el mismo acto quirúrgico, se realizó biopsia de la masa laríngea.

Resultados: El estudio anatomopatológico determinó la existencia de un linfoma de Hodgkin de patrón a nivel laríngeo. El TC determinaba una masa que se extendía desde epiglótis hacia base de la lengua. El estudio de extensión reveló que la médula ósea estaba libre de enfermedad. Se inicia protocolo oncológico quimioterápico ABVD. A los 6 meses post-tratamiento oncológico se observa una disminución significativa de la masa laríngea, limitándose actualmente a la base de la lengua, por lo que se indica tratamiento radioterápico.

Discusión/Conclusión: El linfoma de Hodgkin primario de laringe es una patología que no ha sido descrita en las publicaciones médicas realizadas en los últimos 25 años. La aparición de un linfoma laríngeo no-Hodgkin está descrita pero se trata también de algo excepcional.

367

CAUSA EXCEPCIONAL DE PARÁLISIS DE CUERDA VOCAL

T. Corzón Pereira, M. Calvo Pérez, T. Collazo Lorduy, D. Ocampos Gubler, C. Domingo Carrasco

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.

Introducción: Ante la inmovilidad de una cuerda vocal deben tenerse en cuenta dos mecanismos fisiopatológicos fundamentales como son lesiones en la inervación laríngea y alteración en la mecánica articular de la laringe. El empleo de pruebas de imagen como la TAC puede ser la clave para determinar la etiología del proceso.

Material y método: Paciente de 18 años que consulta por disfonía de 4 meses de evolución. Como antecedente personal cabe destacar múltiples lesiones cráneo-cervicales debidas a traumatismo con cristal hace 2 años -desde entonces el paciente presenta ptosis palpebral izquierda. En la exploración por laringoscopia indirecta se objetiva inmovilidad de cuerda vocal izquierda. En el TAC cervical solicitado se observa cuerpo extraño en planos blandos izquierdos del cuello cuyo extremo posterior y lateral se encuentra en contacto con carótida interna y el medial y anterior introduciéndose entre la aritenoides y el cricoides, siendo causa de la disfunción del cartilago cricoaritenoides.

Discusión: La disrupción de la articulación cricoaritenoides es una causa infrecuente de inmovilidad de cuerda vocal y de disfonía. En la mayoría de los casos descritos es secundaria a una intubación traumática, siendo el trauma externo, y más particularmente la interposición de un cuerpo extraño, una causa excepcional.

369

URGENCIAS QUIRÚRGICAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN HOSPITAL DE REFERENCIA

E.A. Mata, J. Muñoz, D. Castro, F.J. Aguilar, I. Reyes, A. Abrante, M. Mochón, R. Martínez, F. Esteban

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La patología urgente otorrinolaringológica puede ser manejada según su nivel de complejidad desde atención primaria. Sin embargo, en los hospitales de referencia se produce un sesgo de inclusión relacionado con el filtrado previo y las facilidades disponibles.

Pacientes y método: Presentamos un estudio retrospectivo de las urgencias otorrinolaringológicas manejadas en un entorno quirúrgico en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío en los últimos 3 años.

Resultados: Frente a la elevada aunque mantenida incidencia de traqueotomías urgentes y de extrema urgencias, las broncoscopios pediátricos infantiles para extracción de cuerpos extraños se mantienen estables, y se incrementan patologías emergentes como mastoidectomías

por complicaciones intracraneales de otitis medias o cervicotomías por complicaciones de infecciones orofaríngeas. Las hemorragias por complicación de procedimientos quirúrgicos ORL se mantienen por debajo del estándar.

Discusión/Conclusiones: El manejo de las urgencias otorrinolaringológicas en los hospitales de referencia constituye un reto especial para el otorrinolaringólogo, precisando de entrenamiento y desarrollo de habilidades específicas por parte de todo el equipo de guardia. Creemos que el incremento de complicaciones sépticas de procesos infecciosos del área ORL debería ser investigado en profundidad.

407

SÍNDROME DE SENO SILENCIOSO

L. Fito, T. Collazo, C. Povedano, D. Ocampos, M.A. Melchor

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El síndrome del seno silencioso constituye una rara entidad caracterizada por enoftalmos progresivos e hipoglobos, en el contexto de una sinusitis maxilar crónica subclínica, con atelectasia del seno maxilar ipsilateral y acompañada de una opacificación radiológica. La obstrucción del complejo ostiomeatal produce una hipoventilación sinusal, dando lugar a los signos y síntomas se definen.

Material y método: El primer caso documentado fue descrito en 1964 por Montgomery, y hasta hoy es difícil encontrar revisiones que incluyan más de 90 entidades. Constituye una patología que puede afectar a otras áreas, principalmente a la oftalmológica, teniendo sin embargo un origen nasosinusal y requiriendo un enfoque otorrinolaringológico en un primer momento. Se trata de un paciente varón de 27 años, que desde hace aproximadamente 4 meses, nota hundimiento progresivo de su ojo derecho, sin diplopía ni lagofthalmos, ni cacosmia. Como antecedentes personales, presenta un implante en maxilar superior derecho hace tres años, extracción de cordales inferiores hace 6 meses y colon irritable. Se detecta déficit de factor XI en estudio de coagulación.

Resultados: El estudio radiológico revela colapso de seno maxilar derecho, con cierto hundimiento y colapso de pared superior, existiendo irregularidad en vertiente posterior del suelo de la órbita. Se mide un enoftalmos de 4 mm. Se decide realizar cirugía nasosinusal endoscópica.

Discusión/Conclusión: La cirugía nasosinusal endoscópica como tratamiento de primera opción. Seguimiento de enoftalmos y radiológico. Reconstrucción del suelo de la órbita en segundo acto quirúrgico, dependiendo del estado del mismo y grado de enoftalmos.

418

REDUCCIÓN VOLUMÉTRICA AMIGDALAR MEDIANTE CAVITACIÓN ULTRASONICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA

P. Cabrera M., D. Pérez P., M. Pérez O., F. De La Rosa A., R. Polo L., C. Fragola A.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Los ultrasonidos han sido aplicados en la medicina desde hace muchos años, sobre todo como método diagnóstico. Pero utilizando diferentes frecuencias, éstos pueden tener otras aplicaciones. El sonido puede transmitirse a través de diferentes medios, generando el movimiento molecular. Este principio se puede aplicar a nuevos métodos para el tratamiento de patologías y problemas funcionales frecuentes en nuestra especialidad.

Material y método: Presentamos la técnica quirúrgica de "Reducción volumétrica amigdalar por cavitación ultrasónica. Basándonos en la utilización de ondas de ultrasonidos para inducir un movimiento molecular en los tejidos a tratar, se producen en este burbujas de cavitación mediante un fenómeno de "difusión rectificada" de forma repetida hasta el colapso de la burbuja de cavitación, el cual se traduce en una reducción del volumen del órgano tratado. Dicho procedimiento puede ser aplicado en casos de hiperplasia amigdalar para lograr una reducción volumétrica de las amígdalas palatinas, además puede aplicarse para la extracción de caseum y tonsilolitos de las mismas. Utilizando un equipo generador de ultrasonidos, conectado a una pieza de mano con un terminal de cavitación que se activa mediante un pedal. Este procedimiento se puede realizar en un periodo de tiempo corto, y con una técnica sencilla.

Discusión: Mediante una intervención de fácil aprendizaje y realización podemos tratar una patología frecuente como lo es la hipertrofia amig-

dalar, extraer caseum y tonsilolitos, causas frecuentes de molestias faringéas, siendo esta técnica un nuevo recurso terapéutico en ORL.

420

LITIASIS PAROTÍDEA Y SUS COMPLICACIONES, UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

C. Pérez Torres, S. García Fernández, I. Aguadero García, M. Sánchez Garzón

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La sialolitiasis constituye uno de los factores más comunes de disfunción de las glándulas salivales. El éxtasis de la secreción salival producida por la presencia de cálculos en el conducto, con una sobreinfección bacteriana piógena, es la causa más frecuente de sialoadenitis crónica.

Método: Presentamos una casuística de los ingresos por complicaciones en patología litiasica glandular de los últimos 15 meses, centrándonos en la de etiología parotídea, su diagnóstico, evolución y tratamiento.

Resultados: Se observa un mayor número de complicaciones locales y de difusión a tejidos adyacentes de la patología litiasica parotídea con respecto a la submaxilar, aun siendo esta más frecuente. Así como una mayor estancia hospitalaria y agresividad en las técnicas terapéuticas empleadas.

Discusión/Conclusión: Este estudio concluye que la patología parotídea litiasica está experimentando un aumento en su incidencia en nuestra población, con un riesgo potencial de complicación por difusión a espacios adyacentes mayor que a nivel submaxilar.

437

OTITIS MEDIA CRÓNICA TUBERCULOSA

R. Rodríguez Crespo, T. Laviana Muslera, P. Eza Núñez, Y. Longarela Herrero, J. Rama Quintela

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La otitis tuberculosa es una causa rara de infección supurativa crónica. Su incidencia ha disminuido de manera muy importante, situándola estudios recientes en un 0,04 a 0,09%. El diagnóstico precoz puede ser difícil debido a que los signos y síntomas iniciales son inespecíficos.

Material y método: Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 33 años valorado en consulta por otorrea derecha e hipoacusia de varios meses de evolución que no mejora tras tratamientos habituales y que es diagnosticado de otitis tuberculosa tras resultar positiva biopsia de oído derecho, PCR y cultivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Discusión: Para llegar al diagnóstico de otitis tuberculosa es necesario considerar la enfermedad en un paciente con infección crónica de oído medio, que no responde a la terapia rutinaria. En la exploración se observa de forma frecuente una perforación en la membrana timpánica que se localiza en muchos casos a nivel central, aparición frecuente de granulomas, supuración ótica y una pérdida progresiva de audición. La apropiada evaluación de otitis media tuberculosa incluye realización de radiografía de tórax, PCR, y cultivo para bacterias ácido alcohol resistentes. El tratamiento médico con fármacos antituberculosos es usualmente efectivo, siendo la cirugía raramente necesaria.

441

QUISTE EPIDERMÓIDE DE TÓRCULA

F. García de Pedro, M. Mancheño, A. Encinas, C. Martín, A. Löwy, X. Araujo, M. Aristegui

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La prensa de Herófilo o tórcula es el punto de confluencia del seno venoso sagital superior, seno recto, y senos transversos del encéfalo situado en la protuberancia occipital interna.

Material y método: Les presentamos el caso y la iconografía de un varón de 58 años intervenido previamente de exéresis de quiste aracnoideo temporal izquierdo y exéresis de quiste epidermoide en la tórcula, que presenta recidiva de dicho quiste epidermoide.

Resultados: El paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose fresado de hueso occipital, vaciamiento del contenido y posterior exéresis de la cápsula del quiste, despegándola de los senos venosos y reconstrucción del defecto óseo con plancha de metil-metacrilato.

Conclusiones: Aunque el quiste epidermoide es una patología benigna, la dificultad de su exéresis radica en la importancia de las estructuras que delimitan esta localización.

442

PUNCIÓN POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA COMPARADA CON HISTOLOGÍA DEFINITIVA EN TUMORES CABEZA Y CUELLO

C. Pérez Torres, M.M. Serrano Falcón, J. Esquivias López-Cuervo

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) constituye una prueba de diagnóstico basada en la obtención de un material citológico susceptible de estudio microscópico, procedente de nódulos o masas que aparecen en el organismo, y obtenido mediante la punción con una aguja. En el área de la ORL es de gran utilidad para tumoraciones en el área de cabeza y cuello.

Material y método: Se estudio retrospectivamente las PAAF realizadas entre 2003 y 2006 (n = 199) a pacientes con tumoraciones a ese nivel, de las cuales solo 85 debido a su diagnóstico citológico de presunción o a la alta sospecha de malignidad requirieron una posterior biopsia tomada a cielo abierto.

Resultados: De estas 85 muestras citológicas que requirieron posterior estudio histológico por medio de biopsia quirúrgica se obtuvo un número de confirmaciones diagnósticas en 78, en las restantes, solo una fue finalmente catalogado como maligno con PAAF previa de normalidad.

Discusión/Conclusiones: La biopsia a cielo abierto debe ser el ultimo paso de la secuencia diagnóstica de una tumoración cervical. La PAAF constituye un el primer paso diagnóstico en el estudio de un tumor de cabeza y cuello debido a ser un método rápido, de sencilla ejecución, bajo coste y complicaciones leves e infrecuentes.

453

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES DE LA PUNTA DEL PEÑASCO

L. Montes De Oca Fernández, J.A. Guerrero Ríos, F.J. Gamboa Mutuberria, M. Rodríguez Paradinas, L. Echeverría Usúa, T. Rivera Rodríguez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción: La punta del peñasco es una estructura caracterizada por su difícil accesibilidad y por la íntima relación que presenta con las estructuras neurovasculares circundantes. Las lesiones que afectan a esta área cursan con síntomas inespecíficos y su diagnóstico es radiológico.

Material y método: Presentamos dos pacientes. El primero es un varón de 31 años, operado de timpanoplastia sin mastoidectomía izquierda en la infancia, visto por un episodio de parálisis facial izquierda que mejoró con tratamiento médico. Presenta otorrea e hipoacusia de oído izquierdo (OI). En la otoscopia se observó una retracción mesotimpánica en OI. La audiometría revela una hipoacusia mixta izquierda severa. En la tomografía computarizada (TC) de mastoides se observa, en la punta del peñasco izquierdo, una lesión expansiva que destruye el hueso, engloba el conducto auditivo interno, la pared del conducto carotídeo y facial, además de erosionar el escutum y la cadena osicular. La resonancia magnética (RNM) informa de mucocele vs colesteatoma. El segundo caso es un varón de 52 años que presentó una hipoacusia neurosensorial derecha moderada, y tras realizar un estudio mediante TC y RNM se diagnosticó de granuloma de colesterol.

Resultados: El diagnóstico y la filiación de estas lesiones se realizaron mediante estudio radiológico.

Discusión/Conclusión: Se analizan las aportaciones del TC y RNM al diagnóstico diferencial de las lesiones de la punta del peñasco, así como también la información de las secuencias potenciadas en T1 y T2.

LOCALIZACIÓN DE INFECCIÓN CERVICAL PROFUNDA EN 28 PACIENTES.

A. Pujol Olmo, Z. Piñero Aguín, D. Virós Porcuna, R. Krakowiak Gómez, E. Dina

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La complejidad de la anatomía cervical determina la evolución, a veces potencialmente letal, de las infecciones cervicales profundas. El conocimiento de estructuras como fascias y espacios cervicales es necesario para comprender la evolución y posibles complicaciones de dichas infecciones.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente el historial médico de 28 pacientes afectos de infecciones de espacios cervicales profundos, recogiendo información sobre sexo, edad, localización de la infección y causa probable. También se consideró la presencia de complicaciones asociadas.

Resultados: De los 28 pacientes revisados, 18 fueron varones y 10 mujeres con edades comprendidas entre los 7 meses y los 65 años. El espacio cervical más frecuentemente afectado fue el submandibular con un 27%, seguido del parafaríngeo (21%) y el parotídeo (14%). En la mitad de los casos la causa de la infección se desconocía. La causa conocida más frecuente fueron las infecciones odontógenas en 7 pacientes (25%), seguidas por patología glandular salival y adenitis supuradas. Aparecieron complicaciones en 3 pacientes.

Discusión/Conclusiones: Pese a la disminución de la morbilidad asociada a las infecciones de espacio cervical profundo debida principalmente al advenimiento de la antibioterapia, persiste el riesgo de

complicaciones severas como por ejemplo la mediastinitis o la obstrucción aguda de la vía aérea. La afectación de determinados espacios cervicales como el retrofaríngeo o pretraqueal, aumenta el riesgo de complicación.

CA. ADENOIDEO QUÍSTICO EN LENGUA ORAL

E. Martín Lorenzo, R. Altimari

Hospital Domingo Luciani, Caracas, Venezuela.

Introducción: La variedad tumoral carcinoma adenoideo quístico en glándulas salivales menores exhibe una frecuencia reportada de 1% en cabeza y cuello, las lesiones en lengua agrupan cerca del 10%, siendo más frecuente su ubicación en base de lengua. Se reporta un caso infrecuente en 1/3 anterior de lengua. Paciente femenina de 43 años, evaluada en el servicio de postgrado ORL-CCC del Hospital Domingo Luciani, (Venezuela) con enfermedad actual de 6 meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen progresivo, no doloroso, en 1/3 anterior de hemilengua izquierda asociada a parestesias linguales. Al examen físico se evidenció aumento de volumen submucoso en dicha ubicación, de 2,5 cm de diámetro, de consistencia firme, no doloroso con movilidad lingual conservada. Se realizó biopsia excisional. El reporte de anatomía patológica fue carcinoma adenoideo quístico patrón cribiforme. La paciente recibió tratamiento adyuvante con radioterapia, además de terapias de lenguaje por presentar trastornos articulatorios inherentes a la radioterapia y la cirugía. A 25 meses de postoperatorio la paciente está asintomática y sin evidencia de enfermedad.

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

VIDEOS

SALA 9

98

CONDROPEXIA POR SUTURA PARA PREVENIR LA LATERALIZACIÓN DEL CORNETE MEDIO

M. Pinilla, C. López Cortijo, B. Arellano, C. Górriz, F. González, A. Ibáñez A, A. Rodríguez, C. Martín

Clínica Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: El cierre del meato medio por sinequia entre el cornete medio y la pared lateral nasal es una de las causas más comunes de fracaso de la cirugía endoscópica nasosinusal. La abrasión, mediante microdesbridador, de la mucosa septal y de la cara medial de la cabeza del cornete medio, es la técnica que habitualmente realizamos, para evitar esta complicación. La posibilidad de perforación septal, si se ha realizado septoplastia a ese nivel, y la necesidad de taponamiento no reabsorbible, para fiar la cavidad, durante 5-7 días, nos ha llevado a buscar otras alternativas.

Material y método: Presentamos, la técnica alternativa realizada en un grupo de 70 paciente, desde junio-05, mediante la sutura transfixiante de cornetes medios y la colocación de un material hemostático reabsorbible (celulosa oxidada regenerada), que el paciente autolimpia con lavados nasales que inicia a las 48-72 horas de la cirugía.

Resultados: Esta técnica, ha mostrado en algunos casos (5 pacientes), la aparición de sinequias con la pared lateral, que hemos obviado al recolocar el cabo de sutura entre el septum y el cornete medio, consiguiendo unas cavidades quirúrgicas amplias. Ningún paciente ha requerido taponamiento adicional por epistaxis postoperatorias.

Discusión/Conclusiones: La sutura cuidadosa de cornetes medios, así como la ausencia de taponamiento no reabsorbible, nos ha mejorado el postoperatorio de estos pacientes. Por un lado, al evitar reacciones vagas y el resangrado, en ocasiones, al extraer el taponamiento, y por otro al mantener una cavidad quirúrgica que permite la adecuada aplicación de la medicación tópica y la aireación de los senos.

150

RINOPLASTIA EN SÍNDROME DE BINDER

E. Morera Serna, M. Tomás Barberán

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: La hipoplasia de nariz y tercio medio facial o síndrome de Binder es una alteración dentofacial que se caracteriza por un aspecto aplastado de la nariz y los pómulos, con un defecto severo de proyección nasal y un ángulo nasolabial muy disminuido, tanto por la atrofia de la espina nasal anterior como por el aumento de la proinclinación de los incisivos superiores.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente con síndrome de Binder que acude a nuestra consulta para realización de rinoplastia para mejorar su perfil nasal.

Resultados: Se realiza bajo anestesia general rinoplastia abierta utilizando injerto de cartilago conchal bilateral. Para incrementar la proyección de la punta se utiliza un injerto de alas de gaviota, un poste intercrural y un Sheen. Se coloca un injerto en el supratip para regularizar el dorso y se ponen trozos de cartilago en el ángulo nasolabial para aumentarlo.

Discusión/Conclusiones: El síndrome de Binder supone un reto para el otorrinolaringólogo. El defecto severo de proyección de la punta nasal

obliga a la utilización de diversos injertos para lograr mejorar el perfil nasal. El límite de incremento lo marca la elasticidad de la cubierta de tejidos blandos, pudiendo ser necesario un segundo procedimiento si el resultado resulta incompleto.

159

TIROPLASTIA TIPO I: TÉCNICA Y APLICACIONES

E. Mora Rivas, T.E. Labatut Pesce, P.R. Cabrera Morín, I. Cobeta Marco
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La tiroplastia tipo I de Isshiki, es una de las principales técnicas quirúrgicas empleadas en el del campo de la fonocirugía. Realizada con diferentes materiales (silicona, Goretex®, titanio, etc.), su fin es la medialización de una de las dos cuerdas vocales, afecta por parálisis, hipomovilidad o atrofia (presbifonia, atrofia, etc.) afectando al cierre glótico. Dicha cirugía palia la mala calidad de vida que presentan los pacientes afectando su patología vocal a la comunicación, base de la existencia humana.

Material y método: Se presenta la realización de una tiroplastia tipo I mediante la colocación de una prótesis prefabricada de Montgomery. El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local y sedación del paciente, ya que se requiere la colaboración del mismo para evaluar la calidad vocal en el mismo momento de la cirugía.

Resultados: En el acto quirúrgico se realiza la valoración psicoacústica mediante el Tiempo máximo de Fonación, comprobándose el máximo alargamiento del mismo teniendo como límite la voz tensa. También se objetiva visualmente la medialización de la cuerda mediante nasofibrolaringoscopia, comparándose con la imagen laríngea preoperatoria.

Conclusiones: Estudios recientes confirman la eficacia y la funcionalidad de dicha técnica en el tratamiento de las parálisis unilaterales de cuerda vocal, así como la satisfacción de los pacientes tras la cirugía, en lo que se refiere a las alteraciones en la voz. Otras aplicaciones en las que esta técnica ha resultado eficaz son la atrofia de las cuerdas vocales, la presencia de cicatrices en las mismas, o las alteraciones en la deglución, tales como la aspiración.

166

SELLADO ENDOSCÓPICO DE LAS FÍSTULAS DE LCR DE LA LÁMINA CRIBOSA

A. García Fernández, P. Gete García, C. Povedano Fernández, C. Bolaños Rodríguez, C. Almodóvar Álvarez

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La lámina cribosa es una de las localizaciones más frecuentes de las fístulas nasales de líquido cefalorraquídeo. Pueden aparecer espontáneamente o como consecuencia de un traumatismo previo, en ocasiones yatrógeno. Su manejo quirúrgico ha cambiado tras la introducción de la cirugía endoscópica nasal.

Material y método: Se muestra la técnica quirúrgica empleada en la reparación de tres fístulas localizadas en la lámina cribosa del etmoides, de diferentes etiologías. En uno de los casos, sin antecedentes de interés, existía un meningocele asociado, en otro la fístula se produjo como complicación de una cirugía endoscópica nasal y en el tercero era secundaria a un traumatismo craneoencefálico previo. En los tres casos la obliteración se realizó con un colgajo libre mucoperióstico o mucopericóndrico fijado con cola de fibrina.

Resultados: En los tres casos se consiguió el cierre primario de la fístula sin complicaciones destacables.

Discusión/Conclusiones: La reparación endoscópica de las fístulas nasales de líquido cefalorraquídeo es segura, efectiva y acarrea menor morbilidad que el abordaje intracraneal.

247

DISFONÍA ESPASMÓDICA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

F. Sánchez González, Á. Muñoz Herrera, Á. Batuecas Caletro, P. Santos Gorjón, M.T. Arribas López¹, J. Pascual Gómez¹

Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. ¹Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La disfonía espasmódica es un desorden de la voz que cursa con contracciones involuntarias y disrítmicas de la musculatura de las cuerdas vocales. Es una afección rara. Predomina en mujeres entre 40 y 60 años. La etiología es desconocida, probablemente debida a una alteración en los ganglios de la base. Se distinguen dos formas clínicas: disfonía espasmódica aductora y abductora. La primera es la presentación más frecuente. El diagnóstico requiere una valoración neurológica y otorrinolaringológica. Otras pruebas como la electromiografía o el análisis acústico de la voz pueden apoyar el diagnóstico.

Material y método: Se presentan dos casos de disfonía espasmódica recogidos en el último año en el Servicio de ORL y PCF del Hospital Universitario de Salamanca.

Varón 75 años. Comienza con limitaciones en la visión por blefarospasmo hace un año. Desde hace 6 meses asocia contracturas periorales y linguales junto con cierta dificultad para hablar. A la exploración física destacan movimientos descontrolados palpebral, mandibular, lingual y faringolaríngeos. Mujer 43 años. Menopausia precoz en tratamiento con veralaprinda los 6 meses previos al inicio de la clínica. Presenta contracciones involuntarias que afectan a musculatura facial, lingual y faringolaríngea. Se revisa la etiopatogenia, formas clínicas, diagnóstico y posibles opciones terapéuticas.

Discusión/Conclusiones: La disfonía espasmódica es una enfermedad muy incapacitante ya que impide una comunicación social adecuada. Puede presentarse de forma aislada o asociarse a otras distonías craneocervicales. El tratamiento de elección es la aplicación de toxina botulínica.

265

ABORDAJE RETROSIGMOIDEO PARA UN TUMOR EPIDERMÓIDE DE FOSA POSTERIOR

L. Lassaletta, P. Casas, L. Del Río, J.M. Roda, J. Gavilán

Servicio de ORL, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Los tumores epidermoides de fosa posterior suponen un reto quirúrgico para el cirujano otoneurológico por su adherencia al tronco cerebral y a las estructuras neurovasculares de esta región anatómica.

Material y método: Presentamos un caso bien documentado de una paciente de 22 años en la que se demostró crecimiento de un tumor epidermoide de fosa posterior. El diagnóstico radiológico se realizó con RNM empleando una técnica de difusión.

Resultados: El tumor tenía un diámetro máximo de 45 mm y rodeaba los pares craneales V al XI. Se realizó una exéresis completa del tumor por vía retrosigmoidea. Se muestran los principales detalles de la cirugía. La paciente preservó tanto la función facial como la audición.

Discusión/Conclusiones: Se enfatiza la capacidad invasiva de estos tumores, que rodean todas las estructuras neurovasculares del ángulo pontocerebeloso, sus dificultades diagnósticas y las claves de la cirugía.

276

ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE MUCOCELE FRONTOETMOIDAL GIGANTE

J.C. Casqueiro, P. Avilés, P. García-Laguna, J.J. López-Moya

Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Introducción: Los mucocelos son formaciones pseudoquisticas expansivas de los senos paranasales. Los frontoetmoidales o anteriores son los más frecuentes. Inicialmente su clínica es paucisintomática y posterior-

mente erosionan las paredes óseas del seno afecto y generan síntomas oftalmológicos y rinológicos principalmente. La exploración radiológica se basa en la TAC complementada con la RM. El tratamiento curativo es el quirúrgico, ya sea mediante un abordaje externo o mediante un abordaje endoscópico. La elección del abordaje depende fundamentalmente del tamaño del mucocele.

Material y método: Presentamos un caso de mucocele anterior extenso que erosionaba los huesos propios nasales y abombaba por el techo de ambas fosas nasales.

Resultados: A pesar del gran tamaño del mucocele, se pudo abordar sin complicaciones mediante una vía endoscópica para su marsupialización.

Discusión/Conclusiones: Actualmente, en la mayoría de los casos, los mucocelos anteriores pueden ser abordados por vía endoscópica, lo que disminuye la morbilidad, las recidivas y la probabilidad de complicaciones infecciosas de esta patología.

324

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR

J. Bauza Gabriel, P. Epprecht González, J. Pérez Obón, F. Trobat Company

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

Introducción: pacientes con clínica vertiginosa periférica que a la posturografía estática demuestran un patrón de déficit vestibular, son subsidiarios de realizar rehabilitación vestibular.

Material y método: Pacientes con clínica vertiginosa son evaluados a través del posturógrafo estático computarizado. Según el test sensorial veremos pacientes con déficit vestibular, con preferencia visual o déficit somatosensorial, o bien una combinación de ellos. Los que tienen déficit vestibular son sometidos al test optocinético según el plano horizontal para ver si hay diferencias en el estabilograma de un lado con respecto al otro, si en un lado se aprecia mayor desequilibrio que en el otro se considera déficit vestibular descompensado. Presentamos el programa de rehabilitación vestibular para los pacientes con déficit vestibular descompensado. El programa consiste en rehabilitación vestibular con optocinético, aplicar el test traslacional y sinusoidal y ejercicios específicos en el eje lateral o anteroposterior según el déficit que presenten. En el vídeo se podrán visualizar todos estos diferentes ejercicios.

Conclusiones: Todos aquellos pacientes con déficit vestibular periférico descompensado podrán obtener gran beneficio si siguen un programa de rehabilitación vestibular individualizado según lo obtenido con el posturógrafo.

329

EXÉRESIS POR CERVICOTOMÍA DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

J. Montojo, V. García Peces, T. Onrubia, G. Plaza

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ) es una herniación de la mucosa a nivel de la unión faringoesofágica. El mecanismo patogénico fue descrito en la 2ª mitad del siglo XIX por Friedrich Albert Von Zenker como resultado de la pulsión en la zona de menor resistencia (triángulo de Laimer). El tratamiento quirúrgico puede realizarse vía externa, con escisión y sutura de los márgenes de resección, para lo cual pueden emplearse dispositivos de autosutura, o por endoscopia, generalmente mediante resección con láser CO₂ de la pared que separa el divertículo del esófago. En casos seleccionados puede realizarse una pexia del divertículo o una reversión del divertículo hacia la luz faringoesofágica.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 72 años de edad que nos consultó por disfagia progresiva de larga evolución. La exploración endoscópica era normal y el tránsito baritado mostraba una imagen sugestiva de un divertículo de Zenker relleno de contraste. El vídeo muestra las pruebas de imagen y la intervención quirúrgica, con comentarios sobre la clínica, diagnóstico y alternativas de tratamiento. Se realizó una cervicotomía izquierda con sutura del cuello del divertículo y escisión.

Resultados: Se produjo una fístula faringocutánea que debutó en el 3er día del postoperatorio, lo que demoró la estancia hospitalaria a doce días. La fístula curó con medidas conservadoras mediante vendaje compresivo y nutrición por SNG, siendo la paciente dada de alta asintomática.

Conclusión: El DZ es una patología que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los pacientes con disfagia. Su tratamiento es habitualmente quirúrgico.

355

SINUSITIS ESFENOIDAL FÚNGICA

A. Capitán, E. Viviente, A. González, C. Torregrosa, N. Sánchez, C. Sprekelsen

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Presentamos un paciente con sinusitis esfenoidal de etiología fúngica.

Material y método: Mujer de 45 años que acude por cefalea de carácter frontal, supraciliar y en la raíz nasal, que a veces es holocraneal. Así mismo presenta rinorrea mucopurulenta izquierda y episodios de epistaxis leve autolimitada por dicha fosa. A la exploración por rinoscopia se aprecia un espolón óseo que contacta con el cornete inferior izquierdo. Con la endoscopia nasal se aprecia el espolón septal y una hipertrofia del cornete medio izquierdo. Se realiza TC nasosinusal en el cual vemos el espolón septal que contacta con el cornete inferior izquierdo y una ocupación del seno esfenoidal con material de densidad de partes blandas con calcificaciones en su interior, apreciándose que la pared ósea que recubre la carótida interna esta erosionada. Se interviene de cirugía endoscópica nasosinusal asistida con Navegador 3D. Se resecciona el espolón septal y se aborda el seno esfenoidal a través del recesso esfenoidal, encontrando un material cremoso mucopurulento que al analizarlo nos indica la presencia de hongos ramificados tipo *Aspergillus*, que se confirma con el cultivo realizado de la secreción. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: Consideramos la importancia del uso de Navegador 3D para el abordaje de este caso por las complicaciones de la localización y de la ausencia de pared de la carótida interna.

366

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LA ASPIRACIÓN

J. Bauza Gabriel, P. Epprecht González, F. Trobat Company, E. Novas Valiente

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: Los pacientes con sospecha de aspiración deben ser evaluados a través de la videoendoscopia de la deglución para verificar si la nutrición oral es segura. La videoendoscopia de la deglución nos permitirá ver qué maniobras facilitadoras de la deglución y qué consistencias evitan dicha aspiración.

Material y método: Los pacientes con sospecha de aspiración son evaluados con videoendoscopia de la deglución, la videoendoscopia diferenciará los pacientes que pueden comer por boca de los pacientes que no pueden, requiriendo nutrición parenteral. Al realizar la videoendoscopia veremos qué maniobras y qué consistencias son las adecuadas para cada paciente.

Se muestra un vídeo en el que se realiza la evaluación de estos pacientes y las técnicas de rehabilitación adecuadas para cada uno de ellos.

Conclusión: En los pacientes con sospecha de aspiración podremos diseñar un programa individualizado, a través de diferentes consistencias y maniobras facilitadoras de la deglución. Con este vídeo pretendemos difundir estas técnicas de rehabilitación que serán de utilidad para la consulta ORL.

368

UTILIZACIÓN DE LA MASCARILLA LARÍNGEA

N. Gómez Estancona, M.A. Fernández, M.A. Reguera, A.G. Tena, L. Muñiz, L. Urruticoechea

Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

Introducción: Enviamos un vídeo con la técnica de colocación de la mascarilla laríngea flexible en la cirugía ORL infantil.

Material y método: En el Hospital de Cruces presentamos los posibles problemas en la cirugía y ventilación por malposición.

Discusión: Se presentan las diferentes técnicas y un protocolo de comprobación para evitar complicaciones.

411

VIDEOFLUOROSCOPIA DE DEGLUCIÓN EN ORL

V. Vasallo García, B. Molina, R. Gutiérrez, F. Guerra, R. Del Castillo, D. Martínez, J. Sanabria, J.M. Villacampa, F.J. Cogolludo, C. Cenjor

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La videofluoroscopia de deglución consiste en la administración por vía oral de un contraste radiopaco y la visualización dinámica mediante radioscopia de la capacidad de deglución del paciente.

Material y método: Presentamos diversas exploraciones videofluoroscópicas demostrativas de alteraciones de la deglución de diversas etiologías, tanto orgánicas (procesos inflamatorios, estenosis, neoplasias, resecciones quirúrgicas) como funcionales (ACVA, demencia, enfermedades degenerativas).

Resultados: Esta técnica permite valorar las fases oral, faríngea y esofágica de la deglución analizando los diversos movimientos que se producen y la coordinación de los mismos. Evalúa tanto la eficacia de la deglución como su seguridad, detectando con gran sensibilidad la penetración y aspiración a la vía respiratoria. Además de este estudio cualitativo de la deglución, se puede realizar un estudio cuantitativo, analizando los tiempos y desplazamientos que se producen en cada uno de los movimientos que componen las distintas fases de la deglución, lo que aporta mayor fiabilidad a la prueba al reducir la subjetividad del explorador. Resulta de gran utilidad tanto en el estudio y diagnóstico de los pacientes con disfagia, como en su seguimiento y valoración de la eficacia de las diversas medidas de rehabilitación de la deglución.

Conclusiones: La videofluoroscopia es actualmente uno de los métodos diagnósticos más sensibles para el estudio de la disfagia, que nos permite no sólo detectar la existencia de patología, sino además conocer la localización de la alteración y la magnitud de la misma.

417

REDUCCIÓN VOLUMÉTRICA DE CORNETES MEDIANTE CAVITACIÓN ULTRASÓNICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA

P. Cabrera M., R. Polo L., C. Fragola A.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Los ultrasonidos han sido aplicados en la medicina desde hace muchos años, sobre todo como método diagnóstico. Pero utilizando diferentes frecuencias, éstos pueden tener otras aplicaciones. El sonido puede transmitirse a través de diferentes medios, generando el movimiento molecular. Este principio se puede aplicar a nuevos métodos para el tratamiento de patologías y problemas funcionales frecuentes en nuestra especialidad, como en la hipertrofia turbinal.

Material y método: Presentamos la técnica quirúrgica de "reducción volumétrica de cornetes por cavitación ultrasónica". Basándonos en la utilización de ondas de ultrasonidos para inducir un movimiento molecular en los tejidos a tratar, se producen en este burbujas de cavitación mediante un fenómeno de "difusión rectificada" de forma repetida hasta el colapso de la burbuja de cavitación, el cual se traduce en una reducción del volumen del órgano tratado. Dicho procedimiento puede aplicarse como tratamiento de hipertrofia turbinal. Utilizando un equipo generador de ultrasonidos, conectado a una pieza de mano con un terminal de cavitación que se activa mediante un pedal. Este procedimiento se puede realizar con anestesia local en un periodo de tiempo corto, y con una técnica sencilla.

Discusión: Mediante una intervención con anestesia local, y de fácil aprendizaje y realización podemos tratar una patología extraordinariamente frecuente como lo es la hipertrofia turbinal, siendo esta técnica un nuevo recurso terapéutico en ORL.

435

TÉCNICA DE EXÉRESIS ABIERTA Y CON INCISIÓN MÍNIMA DE ADENOMA PARATIROIDES

N. Gómez Estancona, J. Aguirregoitia, A. de la Quintana, M.A. Fernández Urarte, M.A. Reguera Fernández, A.G. Tena, I. Vila

Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

Introducción: Técnica de cirugía abierta para la exéresis de un adenoma de paratiroides.

Material y método: Presentamos 26 pacientes intervenidos en el Hospital de Cruces de adenoma de paratiroides con una pequeña incisión cervical.

Discusión: Esta técnica permite una visión completa del campo quirúrgico, sin complicaciones.

440

TÉCNICA ABIERTA DE INDIVIDUALIZACIÓN DEL NERVO RECURRENTE

N. Gómez Estancona, J. Aguirregoitia, A. de la Quintana, M.A.

Fernández Urarte, M.A. Reguera Fernández, A.G. Tena, I. Vila

Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

Introducción: Técnica de cirugía abierta para la individualización del nervio recurrente en cirugía abierta tiroidea

Material y método: Presentamos 126 pacientes intervenidos en el Hospital de Cruces de hemitiroidectomía con una pequeña incisión cervical. Disección del nervio recurrente.

Discusión: Esta técnica permite una visión completa del campo quirúrgico, y exenta de complicaciones.

450

EXÉRESIS DE UN NEURINOMA INTRAVESTIBULAR, MEDIANTE TIMPANOPLASTIA CERRADA

S. Santa Cruz Ruiz, Á. Muñoz Herrera, Á. Batuecas Caletro, P. Santa Cruz Ruiz

Complejo Universitario de Salamanca

Introducción: Mujer de 58 años que consulta con el diagnóstico de neurinoma del VIII par, como hallazgo incidental de un estudio de RMN y angioRMN para el tratamiento de un aneurisma cerebral. La paciente

refiere antecedentes de alteraciones del equilibrio en diversas circunstancias: bajas escaleras, giros bruscos, atracciones de feria. También refiere cierta hipoacusia izquierda. Las pruebas audiológicas muestran una cofosis izquierda, y el VNG una arreflexia del 92%.

Material y método: Se practica RMN de oído interno, con reconstrucción 3D, donde se aprecia tumoración intravestibular izquierda de 1,5 cm de diámetro, con CAI libre. Se realizó una exéresis del tumor, mediante abordaje retroauricular, laberintectomía posterior y exéresis tumoral con apoyo endoscópico.

Resultados: Tras 1 año de la intervención los estudios no detectan persistencia tumoral.

468

VÍAS DE ABORDAJE TRANSTEMORALES EN CIRUGÍA DEL ÁNGULO PONTocerebeloso

M. Mancheño Losa, A. Encinas Vicente, F. García de Pedro, C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, X. Araujo Piedra, M. Aristegui Ruiz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid.

Introducción: La elección de la vía de abordaje mas adecuada para la exéresis de tumores del ángulo pontocerebeloso (APC) depende del tamaño tumoral, la presencia de tumor en el fondo del conducto auditivo interno, el nivel de audición preoperatorio, edad y audición contralateral. El objetivo principal del tratamiento quirúrgico es la exéresis completa del tumor con la menor morbi-mortalidad posible, la conservación del nervio facial y la preservación de la audición cuando sea posible.

Material y método: Presentamos un vídeo donde se muestran las distintas vías de abordaje transtemporal (vía translabirintica, vía retrolabirintica y abordaje por fosa media o vía suprapetrosa) que utilizamos en la cirugía del APC.

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

LUNES, 12 DE NOVIEMBRE

SALA UNESCO 12,00-13,30

63

ANATOMÍA RADIOLÓGICA DEL OÍDO

DIRECTOR: Juan Martínez San Millán

TC y RM permiten una adecuada valoración de las estructuras contenidas en el peñasco. La TC permite estudiar adecuadamente las estructuras óseas y los espacios aéreos. La RM permite valorar el contenido de la cápsula ótica y del CAI. El nervio facial puede ser valorado con ambas pruebas.

17,30-19,00

64

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA CERVICAL

DIRECTOR: Mario Fernández Fernández

Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

El empleo de los endoscopios rígidos para abordar las patologías del cuello ha abierto un nuevo campo de expansión a nuestra especialidad. El principal problema es cómo crear un campo quirúrgico en los espacios cervicales. En segundo lugar cómo emplear los instrumentos necesarios para la disección, cauterización y exéresis. Y en tercer lugar, cómo ser mínimamente invasivos y aportar beneficios mediante esta filosofía. Desde hace 2 décadas, cirujanos de todo el mundo han hecho propuestas, pero pocas han sido aceptadas como válidas y reproducibles en la actualidad. Lejos de ser dogmáticos en cuanto a sus aplicaciones, debemos de considerar en la actualidad a estas técnicas como recursos adicionales a nuestro arsenal terapéutico para el abordaje de masas cervicales.

La glándula tiroides y paratiroides son las que más se han beneficiado de estas técnicas. Sin embargo, parece factible que otras patologías pueden beneficiarse de ellas. En el presente curso se revisará la historia y estado actual de las técnicas, sus ventajas e inconvenientes, así como la futura proyección en nuestra especialidad.

SÁBADO, 10 DE NOVIEMBRE

SALA AUDITORIO 16,00-18,00

24

CURSO BÁSICO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

DIRECTOR: Humbert Massegur Solench.

COLABORADOR: Juan Manuel Ademà Alcover

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La cirugía endoscópica nasosinusal está evolucionando constantemente: nuevos conocimientos, aparición de nuevos campos de actuación, nuevos instrumentos y mejoras tecnológicas, pero la iniciación en esta técnica quirúrgica requiere una base sólida de anatomía y un entrenamiento progresivo, de dificultad creciente, para poder llegar con seguridad a las distintas regiones anatómicas de las fosas nasales y senos paranasales, evitando las complicaciones y, en caso de producirse, tener la capacidad de solucionarlas. Este curso pretende sentar las bases para el especialista que quiera iniciarse en la técnica endoscópica

Programa: La primera parte del curso estará dedicada, en su totalidad a las bases anatómicas: Osteología, anatomía clásica, anatomía endoscópica de la pared lateral, puntos de referencia principales y secundarios.

La segunda parte pretende dar las orientaciones elementales para conocer el instrumental básico, y las técnicas quirúrgicas más simples: turbinectomía, meatotomía, extirpación de pólipos antro-coanales, mucocel maxilares, etmoidectomía anterior, etmoidectomía posterior y esfenoideotomía al mismo tiempo que se explican las posibles complicaciones en cada acción quirúrgica y la forma de solucionarlas.

Sala 2 16,00-17,00

44

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO DE 0-3 AÑOS

DIRECTOR: Pablo L. Parente Arias

COLABORADORES: Belén García Carreira, Marina Salorio Corbetta

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña.

El desarrollo de los programas de cribado auditivo neonatal permite la detección de la hipoacusia neonatal en los primeros días de vida, lo que posibilita el inicio del tratamiento antes de los 6 meses de edad. Sin embargo, esta premura en el inicio del tratamiento conlleva una gran dificultad en realizar un diagnóstico adecuado por parte del especialista ORL ya que, aún en las mejores manos, más del 7% de los diagnósticos realizados antes de los 6 meses son erróneos. En el curso de instrucción se propone, describe y explica el protocolo diagnóstico, basado en evidencia científica, usado en el programa gallego de cribado de hipoacusia neonatal, desde la realización del diagnóstico inicial (0 a 6 meses) y el seguimiento hasta los tres años. el diagnóstico en estos niños debe asumir como objetivos: Detectar los niños sanos remitidos del programa de cribado, produciendo el menor impacto sobre ellos y sus familias. Diagnosticar y caracterizar la pérdida auditiva de los niños. Indicar el tratamiento adecuado, estableciendo los parámetros a seguir en la adaptación protésica o implante coclear.

En la presentación de los procedimientos diagnósticos que proponemos se hace hincapié en su validez y en su rendimiento, estudiando ambos parámetros a lo largo del desarrollo del niño. de esta manera se presentan tanto las pruebas básicas (PEATC, audiometría conductual) como las de más reciente aparición (PEE), dentro del protocolo clínico que se propone.

17,10-18,10

41

ACÚFENOS 2007: PUNTOS CLAVE EN EL TRATAMIENTO

DIRECTOR: Carlos Herraiz Puchol
Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

Introducción: El conocimiento actual de la fisiopatología del acúfeno abre las puertas a tratamientos más individualizados y resultados más eficaces. Las posibilidades que ofrece la farmacología, las terapias de sonido o la estimulación eléctrica han avanzado de forma considerable el control de este síntoma.

Objetivos: A través de este curso proponemos una serie de claves que orienten como abordar el tratamiento del paciente con acúfenos. la etiología, los síntomas acompañantes y su gravedad y los medios a nuestro alcance pueden ser factores que acoten el tipo de tratamiento que ofreceremos. Puntos son básicos en la información que se transmite al paciente. Exposición de los diferentes fármacos, su eficacia y el algoritmo en su utilización. Descripción de las diferentes terapias sonoras y los resultados que se obtienen. Avance de los tratamientos electroestimuladores (magnéticos o transcutáneos). Desarrollo de los tratamientos intratimpánicos. Especial detenimiento en el concepto de acúfeno somático. El objetivo es que el participante salga con una idea estructurada del manejo del paciente atendiendo a claves argumentadas.

Material y método: Curso interactivo en el que se expondrá los protocolos en el tratamiento del acúfeno que utilizamos en nuestra unidad, complementados con casos clínicos.

Sala 7

16,00-17,00

22

DISEÑO Y MANEJO DE UNA CLÍNICA OTONEUROLÓGICA. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

DIRECTOR: Rafael Barona de Guzmán
COLABORADOR: Eduardo Martín Sanz
Hospital Casa de Salud. Valencia.

Introducción: Las necesidades formativas en el ámbito de la otoneurología se va acrecentando conforme aumenta el interés y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas en esta área. cada vez es mas necesario no solo conocer la patología propiamente dicha, sino también los medios técnicos necesarios para su estudio, cuando utilizarlos y que resultados permiten obtener. con este curso se pretende atender a los aspectos más prácticos del manejo de una clínica otoneurológica.

Material y métodos: En el curso se hará un repaso de cada uno de los puntos que deben ser tenidos en cuenta en la organización de una consulta de otoneurología. Anamnesis y exploración clínica. cuestionarios estandarizados. Indicaciones, organización e utilidad de las diferentes pruebas instrumentales, en especial pruebas calóricas, rotatorias, potenciales evocados miogénicos y vertical subjetiva. Posturografía estática y dinámica. Nuevas tecnología aplicadas al estudio de la marcha y de la columna cervical. Redacción de informes y aspectos médico legales. La información se completará con videos de casos clínicos así como grabaciones de las pruebas.

Discusión/Conclusiones: En nuestra experiencia la anamnesis y la exploración clínica del paciente suponen el elemento con mayor rentabilidad diagnóstica en esta patología. para obtener la mayor eficiencia diagnóstica de las pruebas complementarias es imprescindible un conocimiento adecuado de sus indicaciones y de la información que son capaces de suministrar. A través de ellas es posible realizar un tratamiento específico y ordenado de las patologías vestibulares más frecuentes.

17,10-18,10

1

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA AGUDA: ACTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO

DIRECTOR: Manuel Maños Pujol
COLABORADORES: J. Nogués, J. Tornero, I. Doménech, F. Cruellas, R. Jiménez
H. U. de Bellvitge- Universidad de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

La parálisis facial es una enfermedad que provoca angustia al paciente y preocupación a su médico. Ello conlleva a realizar con frecuencia pruebas diagnósticas innecesarias y caras, y a veces a un tratamiento inapropiado. El objetivo del curso es ofrecer una guía sistemática para la evaluación y tratamiento de estos pacientes; con ello se reafirma la confianza del médico en su tratamiento lo cual refuerza también la actitud positiva del paciente. El curso tiene 3 partes: la primera es un análisis de los mecanismos etiopatogénicos, para alcanzar una mejor comprensión de las manifestaciones clínicas y las posibilidades actuales de realizar un tratamiento etiológico; la segunda se dedica a la discusión de sobre el diagnóstico clínico y eléctrico así como sus vertientes pronósticas en la actualidad, y la tercera muestra las distintas opciones terapéuticas de acuerdo a sus bases etiopatogénicas, clínicas y pronósticas, incluyendo las posibilidades de nuevos tratamientos con rehabilitación tales como el Reaprendizaje Neuro-Muscular. Además, se orienta sobre el seguimiento clínico de estos pacientes y la necesidad de protección ocular.

Sala UNESCO

16,00-17,00

7

TÉCNICAS DE AMIGDALECTOMÍA, ¿QUÉ APORTAN LAS NUEVAS TÉCNICAS?

DIRECTOR: Daniel Pérez Plasencia
COLABORADORES: J. Corominas Isern, S. Santos Santos, J. Hernández Calvin
Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular, Las Palmas, Gran Canaria.

La amigdalectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados por los otorrinolaringólogos. Históricamente, las técnicas han ido evolucionando con los avances médicos que han ido apareciendo, pero en los últimos tiempos han surgido gran cantidad de instrumentos que entre otras aplicaciones se han utilizado para realizar este procedimiento lo cual puede crear un cierto grado de confusión. Este curso de instrucción se plantea como una puesta en discusión de algunas de las distintas técnicas quirúrgicas de la amigdalectomía intentando plantearnos los pros y los contras de cada uno de las diferentes abordajes quirúrgicos. Para ello el curso será llevado a cabo por distintos especialistas de centros de Madrid, Barcelona y Las Palmas. Cada uno de ellos versará sobre su experiencia con un instrumento concreto apoyándose en una revisión bibliográfica. Deseamos un curso dinámico y participativo por ello hemos seleccionado este tema, actual, polémico y sumamente interesante para la gran mayoría de compañeros de la Sociedad.

17,10-18,10

29

RESONANCIA MAGNÉTICA EN ORL: ENFOQUE PRÁCTICO

DIRECTOR: Miguel Ángel López Pino
COLABORADORES: Javier Cervera Escario, Margarita Bartolomé Benito, Sara Sirvent Cerda, Elena García Eparza, Julián Cuesta Pérez, Gustavo Albi Rodríguez, Gloria Gómez Mardones
Servicio Diagnóstico por imagen y Servicio de ORL. H. Infantil Unio. Niño Jesús, Madrid.

Las técnicas de imagen son fundamentales en el diagnóstico, estadificación y seguimiento de múltiples patologías ORL. Tradicionalmente se

ha empleado la Tomografía Computada (TC) y recientemente la Resonancia Magnética (RM) tiene un papel destacado.

Los *objetivos docentes* del curso son:

- Ilustrar el espectro de patología ORL por RM haciendo hincapié en la metodología para la interpretación de dichas imágenes.

- Describir la semiología por RM, analizando tanto los aspectos básicos la técnica como sus últimos avances.

Las principales ventajas de la RM en ORL son:

- La posibilidad de efectuar cortes en cualquier plano del espacio: axial, sagital, coronal, es decir, la capacidad multiplanar.

- Su alta resolución de contraste.

La RM ofrece un buen mapa vascular no invasivo (arteriografía por RM).

Las posibles desventajas de la RM son:

- Su largo tiempo de exploración y su alto coste económico. Además, es una técnica que exige colaboración por parte del paciente y se degrada de forma marcada si existe movimiento.

- Al utilizar un campo magnético puede estar contraindicada en pacientes con componentes ferromagnéticos o cuerpos extraños metálicos.

En los últimos años, diferentes avances tecnológicos en RM permiten nuevas técnicas que mejoran la visualización anatómica y la caracterización de lesiones. Por ejemplo, hoy día se dispone de secuencias tridimensionales (3D) que permiten reconstruir volumétricamente el oído interno, aportando una información adicional. Conocer todos estos aspectos de la imagen por RM puede mejorar la indicación y aplicación de la técnica en la patología ORL.

DOMINGO, 11 DE NOVIEMBRE

Sala AUDITORIO

16,00-17,00

32

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE CUELLO

DIRECTOR: José Martínez Vidal

COLABORADORES: Mario Fernández Fernández,
Pablo Parente Arias

Hospital Juan Canalejo, La Coruña.

La cirugía mínimamente invasiva es uno de los campos de expansión de la práctica totalidad de las especialidades quirúrgicas.

En nuestra especialidad estamos asistiendo continuamente a importantes avances de la cirugía endoscópica. Sin embargo, el desarrollo de técnicas de invasión mínima para el abordaje de estructuras que no están en cavidades naturales, se está abriendo hueco muy lentamente y sólo desde hace pocos años.

En nuestro servicio hemos apostado por este desarrollo y durante los últimos años hemos acumulado experiencia en algunos aspectos como la cirugía mínimamente invasiva de tiroides y paratiroides.

Simultáneamente hemos aplicado las técnicas a determinadas estructuras cervicales como glándulas submaxilares o masas benignas con buen resultado.

La aportación de estas técnicas se cifra en mejores resultados estéticos, menos dolor postoperatorio, y estancias hospitalarias más cortas, sin aumentar la morbilidad de las intervenciones.

En el presente curso se pretende mostrar las técnicas descritas hasta la actualidad, sus ventajas e inconvenientes, y fomentar el debate con los asistentes sobre la pertinencia de estas técnicas en nuestra especialidad.

49

RECIDIVAS Y METÁSTASIS EN CARCINOMA DIFERENCIADO TIROIDEO

DIRECTOR: Francisco José García-Purriños García

Hospital de Hellín, Hellín, Albacete.

Si bien la cirugía es la base del tratamiento de los carcinomas diferenciados de glándula tiroides, faltan ensayos prospectivos com-

rando la cirugía con yodo o sobre el valor del tratamiento supresivo con hormona tiroidea. En este curso analizamos las principales controversias sobre formas de presentación de los tumores, técnica quirúrgica más apropiada, necesidad y extensión de los vaciamentos ganglionares, seguimiento postoperatorio según distintas técnicas y protocolos y el tratamiento de recidivas y metástasis, aportando nuestra experiencia y revisando la de los principales centros que tratan este tipo de tumores.

Sala 2

16,00-17,00

28

VALORACIÓN AERODINÁMICA DE LA VOZ Y SUS TRASTORNOS

DIRECTOR: Secundino Fernández González

COLABORADOR: David Ruba San Miguel

Departamento de Otorrinolaringología. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra.

El sonido de la voz se genera al pasar un flujo de aire concreto a una presión determinada entre la mucosa de unas cuerdas vocales adducidas. La deformación que se produce en esa mucosa y el contacto de la superficie de la mucosa de las cuerdas vocales entre sí es lo que genera el sonido de la voz.

Por tanto el estudio de los fenómenos aerodinámicos que tienen lugar en la laringe durante la fonación pueda aportar información muy valiosa a la hora de caracterizar una voz normal o patológica y determinar los mecanismos fisiológicos o fisiopatológicos de los que depende esa voz.

En muchos casos puede precisar la etiología y ayudar al diagnóstico y orientar el tratamiento rehabilitador.

Presentamos en el siguiente curso la metodología y el material que se emplea en el Laboratorio de Voz de manera rutinaria para valorar los trastornos de la voz, así como determinados aspectos de la voz cantada, la voz infantil, la voz del anciano o la voz erigimofónica.

Se dedica un apartado especial a comentar aspectos importantes del registro aerodinámico con son la calibración de los sistemas de medición de flujo y presión; la técnica de recogida de señales simultánea (flujo fonatorio medio, presión fonatoria, señal acústica y electrografía) mediante una máscara de Rothenberg a la que se han adaptado traductores de flujo, de presión, microfónicos y electrográficos.

Se dedicará un apartado a la metodología y a la medición de los distintos parámetros y en los diferentes tramos de la fonación o muestras fonatorias registradas.

También se expondrán los criterios de normalidad de los parámetros aerodinámicos con respecto a la voz normal, a una frecuencia e intensidad cómoda, a una frecuencia e intensidad elevada y a una frecuencia e intensidad baja. Se expondrán los registros y características aerodinámicas de los principales trastornos fonatorios.

Por último se hará referencia a la correlación entre los principales parámetros aerodinámicos, acústicos y electroglotográficos.

17,10-18,10

51

FONOCIRUGÍA DE LAS LESIONES CONGÉNITAS DE LAS CUERDAS VOCALES

DIRECTOR: Mikel Landa Aranzábal

COLABORADORES: Juan José Camacho, Javier Gómez,
Jesús Algaba

Hospital Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa.

Se hace un repaso al estado actual del tratamiento de las lesiones congénitas de la cuerda vocal (quistes epidermoides, sulcus vocalis, los puentes mucosos y las membranas anteriores).

Pretendemos mostrar nuestra experiencia tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, sobre todo en los procedimientos más novedosos, como la infiltración con grasa o la utilización de fascia de músculo temporal. Intentamos dar un enfoque totalmente práctico al curso, utilizando nuestros casos clínicos y apoyándonos tanto en videos quirúrgicos como en las exploraciones estroboscópicas anteriores y posteriores a la intervención.

Sala 7 16,00-17,00

33

INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS POLIGRÁFICOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON SAHOS. CONCEPTOS BÁSICOS

DIRECTORES: Enrique N. Fernández Julián y Agustín Baixauli Beso

COLABORADORES: Felipe Ferrer Baixauli

Servicio de ORL, Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) se diagnostica mediante estudios poligráficos, evaluándose su grado de severidad y nos permite, algunos de ellos, el diagnóstico diferencial con otras patologías.

Material y métodos: Existen cuatro niveles de registro de la apnea del sueño: Dispositivos de nivel I: monitorizan una polisomnografía (PSG) completa intrahospitalaria. Nivel II: Efectúa una PSG completa, pero no es necesaria la presencia de un técnico. Nivel III: Registra variables cardiopulmonares, el flujo aéreo, el esfuerzo respiratorio, la saturación de oxígeno y electrocardiograma (ECG). Nivel IV: Sólo registra de una a tres variables (pulsioximetría, ECG, flujo aéreo).

Resultados: La tendencia actual es que el otorrinolaringólogo se integre en las unidades de diagnóstico y tratamiento de los trastornos respiratorios obstructivos del sueño (TROS), para lo cual es imprescindible que tenga unos conocimientos, al menos básicos, de los estudios poligráficos del sueño, y no limitarse a una valoración simple de la vía aérea superior.

Discusión/Conclusión: La hipersomnia diurna, incluso con ronquido, no es sinónimo en absoluto de SAHOS. La correcta interpretación de los resultados de los estudios poligráficos del sueño permite al ORL orientar el diagnóstico, no sólo hacia el SAHOS, sino hacia otras patologías, evitando así cirugías innecesarias.

17,10-18,10

12

MORTALIDAD EN EL SAOS Y TRATAMIENTO MECÁNICO VENTILATORIO NO INVASIVO

DIRECTOR: J.M. Marín Trigo, E. Vicente González

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

En el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) existen evidencias de su relación con la excesiva somnolencia diurna, el deterioro cognitivo, el aumento de los accidentes de tráfico y el elevado riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Recientemente se ha demostrado que en pacientes con SAOS severo, el tratamiento eficaz mediante CPAP nasal, reduce el riesgo de episodios cardiovasculares mortales y no-mortales respecto a pacientes no tratados. En este curso pretendemos abordar dos campos de gran actualidad dentro del mundo del SAOS, poco tratados habitualmente en las reuniones científicas de nuestra especialidad, y que sin embargo, tienen una enorme importancia, como son: 1) el exceso de mortalidad y 2) el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva.

Se pretende exponer: 1) una descripción breve de la fisiopatología del síndrome y su relación con la patología cardiovascular, así como una revisión de la bibliografía relevante sobre el tema, y 2) revisar la tecnología disponible actual que permite insuflar aire en la vía aérea superior y evitar su colapso durante el sueño -CPAP, BIPAP, APAP, etc.- explicando sus ventajas, indicaciones, efectos adversos y cómo modifican la historia natural del SAOS.

Sala 8 16,00-17,00

13

RECONSTRUCCIÓN DE LAS DIFERENTES "UNIDADES COSMÉTICAS" DE LA CARA, TRAS LA EXTIRPACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS MALIGNAS

DIRECTOR: Juan Tomás Bezos Capelástegui

COLABORADORES: Señaris, Gómez, García, Carrera, Acinas, Quintana, Pérez

Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria

Objetivos didácticos:

- 1.- Presentamos algunas características de los tumores malignos cutáneos.
- 2.- Comentaremos las diferencias anatómicas de las distintas "unidades cosméticas" en que dividimos la cara.
- 3.- La "exéresis" de éstas lesiones y su reconstrucción, constituyen un reto en algunas áreas faciales.
- 4.- Los pacientes, deben de conocer la importancia de su lesión, cuya extirpación es "fundamental", aspecto "oncológico", sin olvidar los "estéticos" y "funcionales".

Descripción del curso: El cáncer de piel es muy frecuente, sobre todo en la cara (unos 80.000 nuevos casos/año) en personas de piel y ojos claros, expuestas al sol. La cara se divide en cinco "unidades cosméticas": pabellón, frente, mejillas, pirámide nasal y labios, separadas por "las líneas de unión", con unas características anatómicas, estéticas y funcionales "diferentes". En las zonas con piel abundante, podemos realizar "cierres directos" muy estéticos, en otras haremos "colgajos locales" que, en ocasiones, pueden tener comprometida su viabilidad, los cierres por "segunda intención" resultan útiles y dan un resultado "muy aceptable". Entre enero del 98 y enero del 2.007, hemos intervenido 1.700 "tumores malignos": pabellón: 374, frente: 272, mejillas: 340, pirámide: 544, labios: 68, otras localizaciones: 102. "Cierres directos" realizados: 1.207, "colgajos locales": 374, por "segunda intención": 102, "injertos libres": 17. Hemos encontrado 7 metástasis cervicales (el 7%).

Conclusiones: Después de presentar las distintas "soluciones quirúrgicas" en cada una de las "unidades cosméticas" de la cara, demostraremos que, con cierta experiencia y un conocimiento anatómico mínimo, cualquier cirujano de cabeza y cuello, en cualquier hospital, puede tratar estas lesiones.

17,10-18,10

38

REANIMACIÓN FACIAL

DIRECTOR: Manuel D. Tomás Barberán

COLABORADORES: Pedro Sarria Echegaray, Eduardo Morera Serna, Gabriel Jaume Bauza

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares.

La parálisis facial independientemente de su etiología es una patología muy traumática desde el punto de vista emocional para el paciente que requiere nuestro esfuerzo en poder ofrecer todas las alternativas de plástica facial disponibles para mejorar su situación estética y funcional. Presentamos nuestra experiencia en técnicas quirúrgicas de reanimación facial: Transposición muscular, Reinervación, Botox, Infiltración grasa, Lifting, Frontoplastia, Suspensión estática, Otras técnicas accesorias.

Sala UNESCO 16,00-17,00

53

IMPLANTES COCLEARES

DIRECTORES: Manuel Manrique Rodríguez y Ángel Ramos Macías

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra.

Los implantes cocleares constituyen una eficaz técnica para el tratamiento de la hipoacusia neurosensorial. El conocimiento de determinados aspectos relacionados con este procedimiento es básico en la práctica otorrino-

laringológica. En este curso se trata de facilitar la adquisición de información clara, actualizada y contrastada sobre los siguientes temas:

1. Tecnología actual e implantes cocleares. Pueden calificarse de numerosos y frecuentes los avances tecnológicos que se han incorporando a estos dispositivos. Su conocimiento es esencial para obtener un máximo aprovechamiento y poder ofrecer las mejores posibilidades a cada paciente en particular. En este sentido se revisan modelos de guías de electrodos, características de las principales estrategias de estimulación y aportaciones de la telemetría neural.

2. Indicaciones y contraindicaciones de un implante coclear. Para todo especialista en Otorrinolaringología es básico identificar cuales son los candidatos que pueden beneficiarse de un implante coclear. Los cambios tecnológicos y la aplicación de recientes técnicas quirúrgicas atraumáticas han ampliado de manera significativa el número de indicaciones reduciendo al mismo tiempo las contraindicaciones. Se revisan las indicaciones atendiendo a criterios audiométricos, anatómicos y determinados factores pronóstico. Así mismo, se identifican las contraindicaciones y limitaciones de esta técnica.

3. Conceptos quirúrgicos. Detección y prevención de complicaciones. En los últimos años se han ido incorporando, a la cirugía de implantación coclear, técnicas de preservación de la audición (cirugía atraumática) y variantes dirigidas a la colocación de estos dispositivos en oídos malformados o cócleas osificadas. Resulta interesante conocer las posibilidades que ofrecen estas técnicas, así como pautas que ayuden a detectar precozmente la aparición de complicaciones y qué medidas pueden adoptarse en el seguimiento de los pacientes implantados para prevenir su aparición.

4. Evolución y resultados a largo plazo. La hipoacusia, especialmente en los niños, genera una serie de consecuencias que van más allá de los aspectos relacionados con la comunicación. Se muestra el protocolo de seguimiento de un paciente implantado y los resultados alcanzados a largo plazo.

17,10-18,10

10

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL COLESTEATOMA

DIRECTOR: Francisco Antoli-Candela Cano

COLABORADORES: Alejandro Harguindey Antoli-Candela
Instituto ORL Antoli Candela, Madrid.

Este curso se basa en la experiencia del Instituto Antoli Candela en más de 1200 pacientes intervenidos desde 1982. Se revisan todas las técnicas quirúrgicas y sus indicaciones dependiendo del tipo del colestomatoma, su extensión y las características anatómicas del oído medio. Se realizan los resultados curativos y funcionales. En el 56% de los pacientes se lleva a cabo una técnica cerrada. Los colestatomas residuales en técnica cerrada se presentan en menos del 20% de los casos. Recidivas en técnica cerrada se presentan en el 3,5% de los adultos y 8% de los niños. Desde el punto de vista funcional en más del 60% de los casos se consigue mantener o mejorar el nivel auditivo preoperatorio. Se hará énfasis en los conceptos fundamentales y la nomenclatura que concierne a este tema.

LUNES, 12 DE NOVIEMBRE

SALA AUDITORIO

13,00-14,00

30

MANEJO DEL PACIENTE DISFÓNICO CON UNA NUEVA APLICACIÓN INTEGRAL PARA LA EXPLORACIÓN DE LA VOZ

DIRECTOR: Agustín Pérez Izquierdo

COLABORADORES: A. Zabala, J.C. Casado, Begoña García Zapirain y Miembros del Grupo PAS¹

Hospital de Basurto y ¹Grupo PAS de Investigación de Ingeniería de la Universidad de Deusto, Unidad de Voz de Clínica Guimón, Bilbao, Vizcaya.

El desarrollo de los programas informáticos y otras tecnologías actuales, facilita enormemente la valoración de los pacientes con patología de la

voz. Esto nos permite reducir el tiempo de exploración, favorece la reproductibilidad de los resultados, y genera posibilidades de protocolizar pruebas para intercomunicarnos entre los distintos profesionales de la voz.

El grupo PAS de la facultad de telecomunicaciones de la Universidad de Deusto en colaboración con el Servicio de ORL del Hospital de Basurto ha creado una nueva aplicación básica en la que se recogen los aspectos más destacados que deben tenerse en cuenta ante un paciente disfónico.

Se trata de una visión multidimensional en la que abarcamos cuestionarios subjetivos, y valoraciones de tipo perceptual, aerodinámica, acústica y estroboscópica.

Nos hemos basado en protocolos personales (Teatinos) y otros aceptados internacionalmente como el VHI, Dejonkere (ELS) y asumidos por la SEORL (Dr. Núñez Batalla).

En esta aplicación hemos creado unas herramientas sencillas para la grabación y análisis acústico automático, así como para la captura y edición de imágenes estroboscópicas.

Con ello pretendemos trabajar bajo una misma aplicación con todos los herramientas necesarias sin necesidad de exportar e importar datos de otros programas.

El objetivo por tanto, es realizar un repaso a la exploración básica de la voz, simplificándola mediante el diseño de un programa que nos ayuda a analizar paso por paso cada aspecto de la patología vocal.

16,00-17,00

59

CASOS PRÁCTICOS EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO (CURSO INTERACTIVO)

DIRECTORES: Miquel Quer¹ y Bartolomé Scola²

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

El objetivo de este curso interactivo es actualizar cuestiones de manejo práctico en el cáncer de cabeza y cuello, a partir de casos clínicos. Para ello, se presentarán varios casos de cánceres de cabeza y cuello, planteando, a través de ellos, los dilemas actuales del manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes.

En concreto, partiendo de cada caso clínico, se discutirá en primer lugar aspectos del diagnóstico y las pruebas complementarias necesarias para el mismo. Se seguirá con aspectos de clasificación, para pasar a continuación al tema central, que será el abordaje terapéutico, donde se discutirán las diferentes opciones y se presentará el tratamiento seguido en cada caso clínico. Finalmente, se pasará a discutir la evolución, con las incidencias posibles: complicaciones, recidivas, etc., para concluir con un resumen del caso. En cada punto clave, se plantearán a la audiencia preguntas con diferentes opciones y se pedirá su opinión sobre las mismas (interactivo mediante sistema de selección). Las respuestas obtenidas serán contrastadas con la opinión de los organizadores y la evolución del caso presentado.

17,10-18,10

52

ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE HUESO TEMPORAL, DISECCIÓN ANATÓMICA, IMPLICACIONES EN LAS TÉCNICAS CERRADAS DEL COLESTEATOMA. CURSO BÁSICO

DIRECTORES: Ángel Ramos Macías, Manuel Manrique Rodríguez, Carlos Censor Español, Luis García-Ibáñez Cisneros, Constantino Morera Pérez

Complejo Hospitalario Materno-Insular, Las Palmas, Gran Canaria.

Objetivo: El objetivo de este curso es proponer una plataforma de opinión práctica, por expertos en el área de otología, centrando el tema en la cirugía del colestomatoma de oído medio.

Material y Método: Se seleccionan casos prácticos que son presentados al panel de expertos, que expondrán las guías fundamentales de diagnóstico y tratamiento. Una vez planteadas las respuestas serán

comentadas por el resto de los panelistas y a su vez con los asistentes, de forma anónima a través de cuestionarios presentados mediante un sistema informático de participación.

Áreas de trabajo fundamentales: Criterios Generales de selección de técnica quirúrgica en Colesteatoma de oído medio. Timpanoplastias con mastoidectomía cerrada. Timpanoplastia Abierta. Técnicas de reconstrucción osicular. Manejo de las complicaciones intratemporales en Timpanoplastias

Sala Goya

13,00-14,00

26

DCR ENDOSCÓPICA

DIRECTOR: Manuel Bernal-Sprekelsen

COLABORADOR: Isam Alobid

Servicio de ORL, Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivos: Introducción al diagnóstico diferencial de las alteraciones del drenaje de la vía lagrimal, para distinguir obstrucciones presacales de sacales o postacales. Valor de los diferentes métodos diagnósticos. Repaso anatómico que permita identificar la zona y facilite la orientación endoscópica para la exposición del saco lagrimal. Aprendizaje acerca de las curas postoperatorias y el tratamiento a seguir. Exposición de problemas durante la cirugía y posibles complicaciones, así como su evitación o tratamiento.

Métodos: Presentación de las técnicas diagnósticas de la vía lagrimal. Técnica quirúrgica del saco lagrimal y del sondaje de la vía lagrimal. Se presentarán diapositivas sobre la técnica y resultados a largo plazo, así como videoclips que ayuden al entendimiento de la técnica. Reparto de publicaciones originales por email.

Resultados: Se presentan los resultados funcionales en más de 700 pacientes intervenidos por vía endoscópica, el seguimiento y métodos quirúrgicos alternativos.

16,00-17,00

39

CAVITACIÓN ULTRASÓNICA: BASES Y MANEJO PRÁCTICO

DIRECTOR: Claudio Fragola Arnau

COLABORADOR: Gustavo Eisenberg

Hospital Universitario Ramón y Cajal y Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: La cavitación ultrasónica es una tecnología que permite realizar variadas técnicas quirúrgicas en el ámbito ORL. Pretendemos explicar las bases de la tecnología profundizando en las diferentes técnicas que se pueden realizar.

Materiales y métodos: Mediante fotografías y videos quirúrgicos explicativos pretendemos explicar las bases de esta novedosa tecnología que permite entre otras: Reducción volumétrica turbinal. Reducción volumétrica amigdalara. Septoplastia. Técnicas sobre mucosa y piel.

En cada una de las técnicas se explicará paso a paso como realizarlas, permitiendo a los asistentes exponer sus dudas para aclarar diferencias con técnicas similares menos avanzadas.

Resultados: Se expondrán brevemente los resultados prácticos obtenidos con estas técnicas en nuestro centro desde que se viene utilizando.

17,10-18,10

25

CIRUGÍA LÁSER TRANSORAL DE TUMORES MALIGNOS DE LA VÍA AERODIGESTIVA SUPERIOR

DIRECTOR: Manuel Bernal-Sprekelsen

COLABORADORES: Isabel Vilaseca, José-Luis Blanch

Servicio de ORL, Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivos: Introducción a la técnica del a resección de tumores malignos del a vía aerodigestiva superior por vía transoral con láser carbónico.

Métodos: Presentación de las indicaciones y condiciones preliminares, del instrumental básico imprescindible y de las técnicas de exposición tumoral y de resección en monobloque o "en mosaico". Como distinguir tejidos sano de tejido tumoral. Como evitar la carbonización. Evaluación anatomopatológica. Tratamiento del cuello y seguimiento. Se presentarán diapositivas y videoclips que ayuden al entendimiento del a técnica. Reparto de publicaciones originales.

Resultados: Se presentan los resultados funcionales en más de 700 pacientes: deglución, tasa de traqueotomías y de preservación de órgano, porcentajes de gastrostomías percutáneas o de laringectomías de rescate, así como de las complicaciones y la curva de aprendizaje de la técnica y los resultados oncológicos en los colectivos con suficiente seguimiento.

Sala 11

16,00-17,00

9

CÁNCER DE CAVIDAD ORAL, ESTUDIO DE 150 CASOS

DIRECTOR: Francisco Rivera Pesquera

Hospital General de Querétaro, Querétaro, México.

En el presente trabajo se inicia con una breve presentación de la anatomía aplicada de la cavidad oral, con sus subdivisiones, así como del drenaje linfático del cuello. Posteriormente se menciona la epidemiología, los factores etiológicos, la histopatología, el diagnóstico y estadificación y por último los diversos tipos de tratamiento, de acuerdo a cada subdivisión de la cavidad oral.

Por último se hace un estudio de 150 casos tratados en los últimos 5 años, en los cuales encontramos diferentes estadios y por lo tanto diferentes tipos de tratamiento.

17,10-18,10

21

PAPEL DE LA VIDEONISTAGMOGRAFÍA EN EL VÉRTIGO DE ORIGEN CENTRAL

DIRECTOR: Eduardo Martín Sanz

COLABORADOR: Rafael Barona de Guzmán

Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Las necesidades formativas en el ámbito de la otoneurología se va acrecentando conforme aumenta el interés y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas en esta área.

No obstante los medios diagnósticos clásicos como la videonistagmografía con estimulación calórica siguen vigentes actualmente.

Material y métodos: En el curso se hará un repaso de cada uno de los puntos que deben ser tenidos en cuenta en la interpretación de la videonistagmografía a la hora de valorar un vértigo central.

Se profundizará en los mecanismos fisiopatológicos de la alteración del seguimiento, sacadas, nistagmo evocado por la mirada, así como las pruebas de posición, calóricas y el valor de la inhibición visuovestibular.

Todos los conceptos teóricos irán apoyados con registros reales de pacientes con vértigo de origen central, así como de apoyo con videos de los pacientes correspondientes, y apoyo con imágenes de resonancia magnética cerebral de algunos de los casos presentados.

Toda la iconografía del curso de instrucción se entregará en formato CD a los cursillistas que lo deseen. Del mismo modo, se representarán algoritmos de diagnóstico y actuación.

Conclusión: El gran avance que la otoneurología está experimentando en la actualidad, no ha de ir acompañado de una disminución de la formación en pruebas diagnósticas clásicas como la videonistagmografía. El vértigo central forma parte del ámbito de la consulta diaria, y su conocimiento y manejo incrementa las posibilidades de un correcto tratamiento.

Sala 2

13,00-14,00

11

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA ASISTIDA POR ORDENADORDIRECTOR: Carlos Sprekelsen Gassó¹COLABORADORES: Enrique Viviente Rodríguez¹, Alfonso Capitán Guarnizo¹, Roque Torres Sánchez²¹HGU Reina Sofía de Murcia. ²Universidad Politécnica de Cartagena, Murcia.

La cirugía endoscópica nasosinusal y de base anterior de cráneo asistida por ordenador relaciona en tiempo real la imagen del campo quirúrgico con la anatomía radiológica del paciente en un contexto 3D.

Está especialmente indicada en la cirugía avanzada que incluye celdas etmoidales posteriores, esfenoides y seno frontal, así como base anterior de cráneo, ya que permite conocer mejor sus puntos críticos.

Por ello, en el momento actual la introducción de los denominados navegadores en la práctica quirúrgica de nuestra especialidad es, aunque lenta, progresiva e imparable.

Los autores exponen en éste curso en que se basan los diversos sistemas comercializados, los principios de la navegación, sus indicaciones, sus ventajas y sus limitaciones en la cirugía nasosinusal, especialmente en la de revisión y en la avanzada.

16,00-17,00

57

IMAGING OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES: WHAT YOU NEED TO KNOW

DIRECTOR: James Zinreich

The Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland, EE.UU.

The objective of this instructional course is to discuss the prerequisites in the approach of image interpretation of the nasal cavity and paranasal sinuses. The most common "anatomic variations" will be presented and their relevance shown.

The second half of the session will deal with the imaging presentation of the more commonly encountered pathologic entities and how one is to use CT and MRI in establishing the proper diagnosis. Audience participation is encouraged.

17,10-18,10

42

ELECTROMIOGRAFÍA LARÍNGEA Y VALORACIÓN NEUROLARINGOLÓGICA

DIRECTORA: Carmen Górriz Gil

COLABORADORES: Andrés Ibáñez Mayayo, Mayte Pinilla Urraca

Clínica Puerta de Hierro, Madrid.

La electromiografía laríngea es una técnica mínimamente invasiva que nos va a orientar sobre la integridad del sistema muscular y nervioso de la laringe. Ésta la realizaremos cuando encontremos alteraciones de movilidad de las cuerdas vocales y nos servirá para diferenciar entre alteraciones nerviosas bien centrales o periféricas, alteraciones del músculo, de la unión neuromuscular o de la movilidad de la articulación cricoaritenoides.

En este curso se expondrá la valoración neurolaringológica de la laringe a nivel clínico, así como los protocolos de pruebas a realizar en las patologías neurolaringológicas más frecuentes. Seguidamente se pasará a explicar la técnica de electromiografía laríngea desde principios básicos de la EMG al abordaje de los músculos y al estudio e interpretación de resultados.

Se expondrán casos relevantes de enfermedades neurolaringológicas: miastenia laríngea, miopatía de cuerdas vocales, parálisis y paresias la-

rínguas unilaterales, parálisis bilateral, disfonía espasmódica con técnica de inyección de toxina botulínica con EMG, etc., que ilustrarán la anteriormente expuesto, viendo un diagrama de interpretación de los resultados en cada caso.

Sala 7

13,00-14,00

61

MANEJO DE LA DISFAGIA Y LA ASPIRACIÓN

DIRECTOR: Gabriel Jaume Bauzá

COLABORADORES: Pedro Sarria Echegaray, Francisca Trobat Company, Manuel Tomás Barberán

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares.

La disfagia y la aspiración son problemas que habitualmente comparten varios especialistas, pero en las que el otorrinolaringólogo se encuentra especialmente capacitado dado su conocimiento y posibilidades de exploración de la encrucijada laringo faringo esofágica. El término disfagia se refiere a imposibilidad de comer por la boca. El paciente puede presentar disfagia como síntoma aislado o bien, asociarse con aspiración; definido como paso del bolo alimenticio y/o saliva hacia el tracto aéreo superior.

En el presente curso pretendemos enseñar a los participantes el diagnóstico y el tratamiento de la aspiración y la disfagia.

El curso constará de dos partes diferenciadas: 1. El gold estándar del diagnóstico de la disfagia y aspiración es la videoendoscopia de la deglución y la esofagoscopia transnasal. Explicaremos dichas dos técnicas de exploración, así como realizaremos en directo las mismas. 2. Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de la disfagia y aspiración. Con especial énfasis en las maniobras facilitadoras de la deglución, maniobras indirectas de la deglución y cambios en consistencia en los alimentos.

16,00-17,00

58

SURGICAL CORRECTION OF PEDIATRIC LARYNGEAL AND TRACHEAL STENOSIS

DIRECTOR: Jean Michel Triglia

Department Pediatric of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, La Timone University Children's Hospital, Marseille, Francia.

Objective: Management of pediatric laryngotracheal stenosis remains a major challenge for pediatricians, intensivists and surgeons. The subglottic area is the most common site of stenosis regardless of etiology or mechanism. The purpose of this talk is to analyze a series of 202 children treated, during a 16-year period, for laryngotracheal stenosis and to evaluate current therapeutic methods.

Patients and methods: Open surgery was performed in 166 cases and endoscopic laser surgery in 36 cases. Open surgical techniques included laryngotracheoplasty in 135 cases, cricotracheal resection in 24 cases and slide tracheoplasty in 7 cases.

The mean age was 4.8 years at the time of the surgery. The mean weight was 15 kg. In most of cases, stenosis was acquired (n = 150) as a result of prolonged endotracheal intubation and/or tracheotomy secondary to neurocranial disorders and major surgery. Airway obstruction was graded according to the percentage of identifiable lumen and 129 children had severe stenosis with narrowing involving over 70% of the lumen.

With a mean follow-up of 4.6 years after decannulation, 95% of the children operated on cricotracheal resection were able to breathe normally through the upper airway vs. 85 % for laryngotracheoplasty.

Comments: Perspectives for development of new techniques and improvement of conventional methods will be discussed, specially the indications and the results for the laryngotracheoplasty vs. the cricotracheal resection according to the degree of airway obstruction, the age of distribution, the etiology of the stenosis, the type of procedure (single-stage without postoperative tracheostomy vs. two-stages with postoperative tracheostomy), and the length of the hospitalization stay.

17,10-18,10

43

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

DIRECTORA: Francisca Trobat Company

COLABORADORES: G. Jaume, E. Novas, G. Til

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares.

La adicción nicotínica está catalogada según el DSM IV en un trastorno adictivo. los pacientes que quieran dejar de fumar se les debe ofrecer una intervención conductual mínima y si no fuera suficiente derivarlos a la consulta especializada.

El curso está orientado para poder una consulta de deshabituación tabáquica. Veremos el protocolo establecido en nuestra unidad consistente en evaluar a los pacientes en función de la motivación y el grado de dependencia. Explicaremos los diferentes tests a realizar como el test de Fagerström de dependencia y el test de Richmond de motivación. en función de los resultados se instaurará un tratamiento individualizado para los pacientes.

Sala 8

13,00-14,00

48

BÚSQUEDA EFICIENTE DE LA INFORMACIÓN OTORRINOLARINGOLÓGICA

DIRECTOR: Antonio J. Martín Mateos

COLABORADORES: M. De Mier Morales, E. Ávalos Serrano

Unidad de Gestión Clínica de ORL. Hospital U. Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Vivimos en un momento de gran expansión de la información científica, muy especialmente la biomédica. Se considera que se producen más de dos millones de artículos al año en las más de 25.000 revistas médicas originales. Afortunadamente en el momento actual las fuentes de información biomédicas están sometidas a un cambio radical, estando disponible en Internet unos nuevos recursos como son metabuscadores de evidencia, bases de datos de revisiones sistemáticas, buscadores de guías clínicas, publicaciones secundarias de resúmenes estructurados, bases de datos de los informes de las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias e incluso libros de textos que se actualizan al menos una vez al año con criterios de evidencia. Internet ha pasado a ser el medio más importante de información pero se precisa de la adquisición de unas mínimas serie de conocimientos y habilidades para realizar una estrategia de búsqueda eficiente.

Objetivos: Mejorar los conocimientos básicos de las bases de datos biomédicas. Conocer las nuevas fuentes de información biomédicas. Iniciar habilidades de búsqueda en las nuevas fuentes información. Realizar una estrategia de búsqueda eficiente.

Programa: Estado actual de la información biomédica. Sesgos de la información: Publicación, idioma, disponibilidad, industria farmacéutica y otros. Artículos de información secundaria: Características principales de las guías clínicas, revisiones sistemáticas, publicaciones secundarias y CATs. Fuentes y bases de datos biomédicas: metabuscadores y bases de datos de artículos originales y de información secundaria, generales y específicas de otorrinolaringología. Proceso de búsqueda eficiente.

16,00-17,00

8

CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN PATOLOGÍA OTOLÓGICA (OÍDOS EXTERNO Y MEDIO)

DIRECTOR: Luis Ángel. Vallejo Valdezate

COLABORADORES: L.M. Gil-Carcedo García, E. Gil-Carcedo Sañudo

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Los estudios de imagen ocupan un lugar fundamental en el diagnóstico de la patología otológica. Numerosos procesos patológi-

cos que afectan al oído pueden ser diagnosticados mediante una correcta interpretación de las pruebas de imagen. En otros casos esas mismas pruebas son esenciales, si no para el diagnóstico, sí para la correcta planificación terapéutica.

Objetivos: El objetivo de este curso es proporcionar las bases al médico otorrinolaringólogo que inicia su práctica clínica, o aún se halla en formación, para obtener el máximo provecho de las pruebas de imagen normalmente utilizadas en la práctica ORL habitual (TC y RNM). Dirigido a otorrinolaringólogos en formación o que inician su práctica clínica.

Material a emplear: la sistemática a utilizar será la siguiente: 1.- Descripción de la anatomía radiológica (TC) en un paciente otológicamente sano. 2.- Descripción de la anatomía radiológica patológica y su correlación clínica (imagen otoendoscópica y quirúrgica) en: A. Patología del oído externo. a. Congénita. b. Adquirida (traumatismos, infecciones, secuelas postquirúrgicas, alteraciones de la migración epitelial). B. Patología del oído medio. a. Congénita. b. Adquirida. Otitis media crónica simple y colestomatosa. Datos radiológicos esenciales en la planificación quirúrgica. Radiología en las complicaciones infecciosas de origen otógeno. Otosclerosis. Importancia de la imagen en la revisión quirúrgica en otosclerosis y análisis de fracasos. Atelectasias. Importancia de la imagen en la determinación del momento óptimo para la intervención. Traumatismos del temporal. Signos secundarios de fractura cuando existe escaso desplazamiento. Timpanosclerosis. Parámetros a tener en cuenta antes para predecir el éxito de la intervención o si puede llevarse a cabo en un solo tiempo.

17,10-18,10

54

DACRIOCISTORINOSTOMÍA ENDONASAL, TÉCNICAS QUIRÚRGICAS, REFERENCIAS ANATÓMICAS, PROBLEMAS Y SOLUCIONES

DIRECTOR: Mustafa Kadiri

COLABORADORES: J. Villar, R. Martí, C. Zorita, S. Di Vanna

Hospital Dos de maig. Barcelona.

El objetivo del curso es enseñar de forma muy pragmática la anatomía quirúrgica de la zona, las referencias anatómicas exactas para la cirugía, las diferentes técnicas quirúrgicas que se utilizan, la evolución del instrumental, la cirugía en caso de recidiva de la obstrucción de la vía lagrimal, casos complicados, problemas y soluciones. Queremos aportar nuestra amplia experiencia en este campo ya que venimos haciendo este tipo de cirugía desde el año 1980.

Sala Europa - 10

16,00-17,00

15

TIMPANOPLASTIA CON CARTÍLAGO EN EMPALIZADA

DIRECTOR: Manuel Bernal Sprekelsen

COLABORADORES: Jose María Guilemany Toste, Luis Miguel Menéndez Colino

Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La timpanoplastia mediante cartílago en empalizada es efectiva para la reconstrucción de la membrana timpánica, previniendo nuevas retracciones y recurrencias de colestatoma, junto a un excelente resultado funcional.

Objetivos: Introducción a la técnica de la reconstrucción timpánica mediante cartílago en empalizada. Enseñanza de las técnicas de extracción de cartílago y colocación para la consecución del neotímpano, tanto en las timpanoplastias tipo I como en las reconstrucciones asociadas de cadena osicular.

Métodos: Presentación de las técnicas de extracción de cartílago tragal y de cimba. Uso del cartílago de la concha para rellenar huecos. Técnica de apoyo o almohadillado del cartílago para evitar retracciones a largo plazo. Se presentarán diapositivas sobre la técnica y resultados a largo plazo así como videoclips que ayuden al entendimiento de la técnica. Reparto de publicaciones originales por email.

Resultados: Se presentan los resultados funcionales en más de 600 pacientes intervenidos mediante timpanoplastia con cartílago en empalizada, los trucos para conseguir buenos resultados y los posibles fallos y su corrección. Se presentan resultados anatómicos y funcionales, tanto tras timpanoplastias tipo I como tras timpanoplastias tipo III.

17,10-18,10

47

ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA OLFATORIA

DIRECTOR: Adolfo Toledano Muñoz

COLABORADORES: José Miguel Aparicio Fernández, Carlos Herráiz, Nieves Monge, Cristina Gómez

Hospital Riber Internacional. Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, Madrid.

Objetivos: 1. Obtener un conocimiento práctico de las pruebas de olfato: UPSIT, CCCRC y Sniffing Stick. 2. Mostrar los resultados del CCCRC: valores normales y patológicos (poliposis, postviral, traumática y otras). 3. Nuevas perspectivas de tratamiento y aplicaciones clínicas.

Material y métodos: Sesión práctica con tres pruebas de olfato: la versión reducida del test de UPSIT denominada CC-SIT (Cross Cultural Smell Identification Test); el test de CCCRC desarrollado en la Universidad de Connecticut y, por último, el Sniffing Stick desarrollado en la Universidad de Dresden. Presentaremos los resultados del CCCRC en la patología olfatoria: poliposis nasal (200 pacientes), postviral (70 pacientes) y traumática (40 pacientes). Revisamos el resultado del tratamiento farmacológico y quirúrgico de las alteraciones del olfato en enfermos con poliposis nasal. Explicaremos la metodología y resultados de la rehabilitación olfatoria en las hiposmia neurosensoriales.

Resultados: El 63% de los pacientes operados de poliposis nasal recuperan el olfato. Sólo el 47% de ellos mantienen el olfato dentro del primer año. El tratamiento con corticoides es útil en estos pacientes. El 27% de los enfermos mejoran con macrólidos y el 11% con AAS. El tiempo estimado de recuperación para las anosmia virales oscila entre 18 y 24 meses. El 37% de los pacientes con anosmia viral se recuperan en dicho intervalo.

Conclusiones: El test de CCCRC es un test útil y sencillo de aplicar en la consulta de ORL para el estudio del olfato. La rehabilitación olfatoria es un nuevo tratamiento que puede ser útil en las hiposmias neurosensoriales.

Sala UNESCO

13,00-17,00

60

THE EXPANDED ENDONASAL APPROACH TO THE VENTRAL SKULL BASE

DIRECTORES: Amin Kassam, Carl Snyderman

Center for Minimally Invasive endoNeurosurgery and Cranial Base Surgery, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, EE.UU.

Endonasal skull base surgery is a collaboration of otolaryngology and neurosurgery that extends the limits of traditional skull base surgery. The entire ventral skull base is now accessible using a completely endoscopic endonasal approach. Anatomical subunits or surgical modules are defined based on their orientation in sagittal and coronal planes (table 1). The sphenoid sinus is the epicenter and is the starting point for all of these approaches due to the key anatomical relationships of the sphenoid sinus (optic nerve and internal carotid artery). Coronal plane modules are further subdivided into anterior (superior), middle, and posterior (inferior) coronal planes. The course of the ICA is an important anatomical relationship that influences the surgical approach. A binarial approach is used to allow bimanual dissection and maximize angles for visualization and instrumentation.

Over the last decade, we have performed over 800 endonasal surgeries of the ventral skull base at the University of Pittsburgh Medical Center. This course will describe the anatomy and techniques of endonasal surgical modules and provide clinical examples. Endoscopic surgical techniques will be discussed and a training program for acquisition of endoscopic surgical skills will be presented.

MARTES, 13 DE NOVIEMBRE

SALA AUDITORIO

16,00-17,00

3

PERMEABILIDAD NASAL I, RINOMANOMETRÍA ANTERIOR ACTIVA, ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR DE LA RNMAA?, ¿CORRELACIÓN DE LA RNMAA CON LA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN?

DIRECTORES: Joan Ramon. Montserrat i Gili, Juan Ramón Gras Cabrerizo, José María Fabra Llopis

COLABORADORA: Kataryna. Kolańczak

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Rinomanometría es aquella técnica que permite medir simultáneamente débito y variaciones de presión que experimenta la corriente aérea al atravesar las fosas nasales en las fases de la respiración. La European Rhinologic Society a través de su "International Standardisation Committee on Objective Assessment of nasal airway" recomienda el empleo de la RNMAA usando una mascarilla facial y un registro informatizado. Se esbozarán nociones de fisiología respiratoria y conceptos físicos de la dinámica de los fluidos tales como el número de Reynolds (flujo laminar y turbulento) ley de Poiseuille y de Venturi para el cálculo de las resistencias nasales y la ley de Bernoulli. Especial mención merecerán los segmentos valvulares: válvula septoturbinar (mucosa) y área II de Cottle o Isthmus nasi. Los valores de flujo se expresan en $\text{cm}^3/\text{seg.}$ a valores de presión de 75, 100, 150 y 300 Pa. Los datos se transcriben en dos registros bien diferenciados: a) eje de coordenadas X-Y. b) sinusoidal oscilográfico. Se obtienen en síntesis parámetros cualitativos y cuantitativos de la respiración nasal). Se describirá la técnica de ejecución de la prueba: prueba basal, con dilatación valvular (no plenamente consensuada) y tras vasoconstricción. Se citarán los valores de normalidad, extraídos de la tesis doctoral del Dr. J.M. Fabra (1990), y un intento de correlacionar el grado de obstrucción nasal clínico con los resultados de la RNMAA.

Se revisarán las indicaciones de la prueba, su correlación con los datos de la exploración y su valor pronóstico en la cirugía septorinaria.

17,10-18,10

4

PERMEABILIDAD NASAL II, RINOMETRÍA ACÚSTICA ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR DE LA R.AC.?, ¿CORRELACIÓN DE LA R.AC. CON LA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN?

DIRECTOR: Joan Ramon Montserrat i Gili, Juan Ramón Gras Cabrerizo, César Orús Dotu

COLABORADORA: Kataryna. Kolańczak

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Los fundamentos de la rinometría acústica se basan en que una onda acústica es en parte reflejada cuando hay un cambio en el área de sección o de impedancia en la fosa nasal. El análisis consecutivo de las diferentes ondas reflejadas es el método que permite la transformación y obtención de gráficos bidimensionales de las áreas de sección transversa en función de la distancia. Se exponen las recomendaciones de la European Rhinologic Society a través del International Standardization Committee on Objective Assessment of Nasal Airway. Al expresar los datos obtenidos se recomienda seleccionar: Área y distancia de las dos primeras escotaduras: 1ª escotadura (no plenamente consensuada su localización topográfica) y la 2ª escotadura que se corresponde a la cabeza del cornete inferior. El volumen de la fosa nasal debe expresarse entre la distancia 0 cm (ventana nasal) y 5 cm con la finalidad de evitar la presencia de los senos paranasales. La fiabilidad de la R. Ac. depende esencialmente de tres factores: distancia respecto a la ventana, grado de obstrucción mecánica y relación entre la dimensión del adaptador y la edad del sujeto. Se presentarán las correlaciones entre mediciones anatómicas y rinométricas. Se reseñará de forma pormenorizada: La ejecución de la prueba (condiciones basales y

tras vasoconstricción). Indicaciones en la cirugía septopiramidal y tipificación de la hipertrofia turbinal. Relevancia en las pruebas de hiperreactividad nasal. Se aportarán los valores de normalidad de la prueba extraídos de la tesis doctoral del Dr. C. Orús Dotu (2003).

18,20-19,20

2

DACRIOCISTORINOSTOMÍA TRANSCANALICULAR. ¿QUÉ PODEMOS HACER CON ELLA?

DIRECTOR: José Maeso Riera¹

COLABORADORA: Teresa Sellarès Fabrès²

¹ORL. Centro Internacional de Medicina Avanzada. Barcelona. ²Oftalmología. Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Objetivos: Partiendo del conocimiento de las técnicas quirúrgicas de tratamiento de las obstrucciones lagrimales, se pretende dotar de bases para poder desarrollar nuevas técnicas menos agresivas, con menor morbilidad y con igual efectividad.

Metodología: Mediante un curso de instrucción teórico, revisaremos brevemente las bases anatómo-fisiológicas del sistema lagrimal, su valoración y diagnóstico, con las aportaciones interdisciplinarias ORL-Oftalmología. Se expondrá la técnica básica de la DCR transcanalicular, para extendernos posteriormente en las variaciones de la misma. Partiendo de esta base, veremos cómo y cuándo podemos ampliar sus indicaciones. Revisaremos las dificultades que pueden encontrarse y como podemos intentar solventarlas, sobre la exposición de casos tratados. Analizaremos los resultados de la técnica, sus fallos y cómo intentar evitarlos, o solucionarlos. Finalmente analizaremos las causas de recidiva clínica a largo plazo y cómo tratarlas.

Sala Goya

16,00-17,00

45

ESTAPEDECTOMÍA PASO A PASO: TRUCOS, INCIDENCIAS, DIFICULTADES Y SUS SOLUCIONES

DIRECTOR: José Dalmau Galofre

COLABORADORES: Virginia Murcia Puchades, Francisco Pons Rocher
Hospital Dr. Peset, Valencia

Introducción: En nuestro centro, desde hace unos 25 años, con aproximadamente unas 1000 intervenciones, realizamos la estapedectomía con sustitución estapedial por prótesis tipo pistón teflón-metálica "sin cierre de vestíbulo".

Materiales y métodos: El objetivo de este curso es presentar la técnica paso a paso con visión microscópica habitual y externa del campo quirúrgico. Esto nos permite observar los diferentes pasos de la cirugía y en ellos la posición y maniobras realizadas por las manos del cirujano con respecto al otoscopio, microscopio y posición del paciente. Mostramos también pequeños trucos que pueden facilitar la cirugía, así como incidencias y dificultades que se nos pueden presentar en algunas ocasiones y sus posibles soluciones durante la cirugía y revisiones quirúrgicas.

17,10-18,10

35

INFORMATIZACIÓN DE LA CONSULTA ORL. ASISTENCIA PÚBLICA O PRIVADA

DIRECTOR: Guillermo Til Pérez

COLABORADORES: Manuel D. Tomás Barberán, Joan Romera Torrens
Hospital Son Dureta, Clínica Juaneda, Palma de Mallorca, Baleares

La historia clínica en papel al igual que tantas otras cosas en medicina, aunque muy útiles para algunos, deben ir dejando paso a otras nuevas tecnologías.

Tanto en la asistencia pública como privada cada vez es más imprescindible el manejo informático de las historias clínicas de los pacientes. La necesidad de disponer al instante de toda la información del paciente que estamos tratando, el manejo de imágenes, de radiología, de pruebas específicas, etc. es fundamental. Ello no tan sólo agiliza enormemente el desarrollo normal de la consulta sino que además, facilita mucho el trabajo disminuyendo de manera notable el riesgo de error, al poder disponer en todo momento de toda la información del paciente.

Exponemos el porqué se debe informatizar una consulta de otorrinolaringología, cómo manejar la información almacenada, cuáles son los requisitos mínimos y necesarios, qué rendimiento obtenemos, posibilidad de trabajar en red y todo ello valorado tanto desde un punto de vista de la asistencia pública como de la asistencia privada (en lo que a facturación se refiere).

18,20-19,20

27

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA SINUSAL ASISTIDA POR BALONES DE DILATACIÓN (SINUPLASTIA O BASS)

DIRECTOR: Guillermo Plaza Mayor

COLABORADORES: Juan Luis Quesada¹, José Montojo, Tomás Onrubia, Carlos O'Connor²

Hospital de Fuenlabrada, Madrid. ¹Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital USP Marbella, Málaga.

Introducción: La rinosinusitis es una enfermedad prevalente, cuyos brotes agudos tienen alta incidencia. La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) supone el tratamiento quirúrgico estándar de las sinusitis que no han mejorado con tratamiento médico.

Los abordajes mínimamente invasivos en CENS persiguen obtener la mejoría, con los menores efectos secundarios posibles.

La cirugía endoscópica sinusal asistida por balones de dilatación (CESAB) a alta presión (sinuplastia o BASS - balloon assisted sinus surgery) tiene como objetivo dilatar los ostia de drenaje natural de los senos paranasales, como tratamiento de las obstrucciones de los mismos en pacientes con sinusitis crónica.

Objetivos: 1.- Presentar la técnica quirúrgica de la sinuplastia (CESAB). 2.- Exponer nuestra experiencia en cadáveres. 3.- Evaluar nuestros resultados preliminares en clínica. 4.- Discutir las indicaciones de esta técnica. 5.- Determinar qué papel debe jugar esta técnica como una herramienta quirúrgica más.

Materiales y métodos: 1.- Presentación de la técnica quirúrgica. 2.- Discusión de resultados de la misma. 3.- Curso interactivo: presentación de dos casos clínicos abiertos.

Sala 2

16,00-17,00

20

POTENCIAL VESTIBULAR MIOGÉNICO EVOCADO. TÉCNICA DE OBTENCIÓN. APLICACIONES PRÁCTICAS. POSIBILIDADES FUTURAS

DIRECTOR: Herminio Pérez Garrigues

COLABORADORAS: Vanesa Pérez Guillén, Sofía Santos Pérez

Hospital Mateu Orfila, Menorca; Hospital Clínico Santiago de Compostela. Valencia, Santiago de Compostela. Baleares, A Coruña.

Hasta hace poco tiempo solo era posible el estudio de la función vestibular correspondiente a los canales semicirculares, fundamentalmente el canal semicircular externo, a través de las pruebas cinéticas y calóricas.

La incorporación del potencial vestibular miogénico evocado a la exploración otoneurológica nos aporta conocimientos sobre la función otolítica que pueden ser de gran interés en el ámbito clínico.

La técnica de registro no es invasiva y es rápida, sencilla y reproducible. Consiste en un registro electromiográfico en el músculo esternocleidomastoideo.

mastoideo tras estimular el oído con cliks acústicos. Se obtienen dos complejos de ondas, la primera generada por la activación sacular y la segunda por la estimulación coclear.

Recientemente el PVME se está utilizando en estudios sobre el fenómeno de Tullio, enfermedad de Menière, neurinoma acústico, vértigo posicional, neuritis vestibular, tratamiento intratimpánico con gentamicina, etc. Aporta una valoración complementaria y precisa para la localización del lado de la lesión y una sensibilidad al daño vestibular periférico alta.

Objetivo del curso: Presentar los conocimientos actuales sobre el RVME, la técnica de realización y las aplicaciones clínicas

Metodología:

- Concepto y fundamentos del PVME.
- Conocimientos actuales.
- Técnica de realización.
- Aplicaciones clínicas.
- Casos prácticos.

17,10-18,10

14

RUTA DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

DIRECTOR: Alberto Labra Herrera

COLABORADOR: Ángel Daniel Huerta Delgado

Clinica de trastornos del sueño, UNAM, México D.F. México.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una de las patologías con mayor actualidad dentro del ámbito otorrinolaringológico. Todos los días se siguen descubriendo nuevos conceptos sobre sus implicaciones cardiovasculares y cognitivas, así como sobre su diagnóstico y tratamiento. Tanto diagnóstico como tratamiento están llenos de controversia.

Presentamos una propuesta de ruta diagnóstica, empleando recursos clínicos y paraclínicos, así como sus posibles implicaciones terapéuticas.

18,20-19,20

5

INTRODUCCIÓN A LA CODIFICACIÓN EN ORL; CONCEPTO, GENERACIÓN E IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO, GRDS

DIRECTOR: Francisco Javier Martín Arregui

COLABORADORES: Javier Aitor Zabala López de Maturana³, José María Bereciartua Eizmendi², Luis Mutio Zalacaín¹, Imanol Castillo Iturralde¹

¹Servicio de ORL Hospital de Zumárraga. ²Unidad de Gestión Sanitaria Hospital de Zumárraga. ³Servicio de ORL Hospital de Basurto Bilbao.

Introducción: La idea de este curso, así como el que planteamos a continuación: "Optimización de la codificación (GRDs) en la cirugía endoscópica nasal.", surge a raíz de la comunicación oral presentada en el anterior Congreso de Granada, "CENS y GRDs" en el que hicimos un recálculo del peso de la CENS del H. de Zumárraga en el año 2005, hallando una variación significativa, cuali y cuantitativa de los GRDs, así como de la acogida por parte del público presente en la sala, al tratarse de un tema para muchos desconocido, pero no por eso menos importante.

Material y método: Este curso pretende iniciar a los asistentes en un lenguaje desconocido para el clínico, sentando las bases de lo que es y representa un GRD, adentrándonos en su proceso de generación para poder comprenderlo y dar a conocer las diferentes rutas posibles que podemos encontrar según los Centros para su generación.

Conclusiones: Se pretende despertar el interés de los asistentes en la importancia de la Gestión Clínica, así como sentar unas bases para poder comprender mejor el siguiente curso, que no deja de ser una aplicación práctica de éste.

Sala 7

16,00-17,00

18

EL INFORME PERICIAL EN ORL

DIRECTOR: Fernando Cristóbal García

COLABORADORA: M^a Mar Bodoque Cano

Hospital El Escorial, San Lorenzo Del Escorial, Madrid.

Introducción: Todo profesional de la medicina, y en concreto de la Otorrinolaringología, puede ser llamado a elaborar un informe médico-pericial de un paciente, o bien a instancias de un juez o bien a instancia de alguna de las partes. El médico que acepta el cargo de perito en un procedimiento, queda sometido a una legislación concreta que debe conocer. El informe pericial tiene el carácter de prueba (prueba pericial) en un proceso judicial, y está sometido a ciertas normas, que le hacen diferente del informe clínico, en su presentación, redacción y conclusiones. Más aún, el cobro de los honorarios en estos casos es diferente al habitual, y diferente según el tipo de peritaje que se nos solicite.

Material y métodos: Se expondrán los siguientes apartados: El cargo de Perito. Legislación aplicable. El informe pericial en asuntos de lo social (minusvalías). El Informe pericial en demandas civiles y penales (valoración de secuelas). Un caso especial: El informe por negligencia. Honorarios.

Resultados y discusión: Se expondrán ejemplos de informes periciales de los distintos tipos. Se reservarán 15 o 20 minutos para las preguntas de los asistentes al curso.

17,10-18,10

17

DISEÑO Y MANTENIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN UN SERVICIO DE ORL

DIRECTOR: Javier Herrero Agustín

COLABORADORES: Javier Gavilanes, Gonzalo Martín, José Granell

Complejo Asistencial de Ávila, Ávila

Las bases de datos informatizadas son de uso habitual en servicios de ORL que manejan pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Por otro lado los registros de tumores a distintos niveles tienen en general un alto grado de sistematización.

Sin embargo, no es fácil encontrar un compromiso entre el uso clínico y los requerimientos estándar de un registro de cáncer. Con este objetivo en el año 2001, tras un estudio sistemático y riguroso, se diseñó un sistema de base de datos de pacientes diagnosticados y tratados por cáncer de cabeza y cuello en nuestro servicio. Se incluye-ron pacientes diagnosticados desde 1978. En base al mismo se desarrollará el presente curso, que se estructurará de acuerdo con el siguiente esquema: 1. *Introducción:* descripción conceptual de los registros de tumores. 2. *Justificación:* necesidades clínicas en el seguimiento de pacientes oncológicos. Creación del registro. Funcionamiento general. Utilidad. 3. *Presentación del sistema:* descripción de los campos mínimos requeridos, el formato de los mismos, "macros", menús de ayuda, etc. Se exponen las "consultas" de mayor uso clínico, y su utilidad en la auto-auditoría del servicio. Se resalta la importancia de la actualización continuada: mostramos el sistema de formularios de seguimiento de pacientes implementado en "PDAs" para las revisiones efectuadas en cualquier contexto (consultas hospitalarias o periféricas, urgencias...), con conexión inalámbrica al servidor. Se realizará una exposición práctica mostrando en tiempo real todos los procedimientos mediante un sistema de emulación. 4. *Preguntas.*

Se discutirán además las posibilidades de integración en la red informática de los centros y los problemas de compatibilidad, accesibilidad y seguridad, en el contexto de la historia clínica electrónica, y por último las exigencias generadas por el cumplimiento de la ley de protección de datos. Se entregará a los asistentes el formato electrónico de la base de datos.

Sala 8 16,00-17,00

34

AVANCES EN LA TAC Y LA RNM PARA LA PATOLOGÍA DEL OÍDO INTERNO

DIRECTORES: Luis Lassaletta Atienza, Arantxa Royo

COLABORADORA: Marta Martínez

Servicios de ORL y Radiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid

Los objetivos docentes de este curso son mostrar la anatomía normal del oído interno con las nuevas TAC y RNM, exponer ejemplos representativos de diferentes patologías de oído interno, mostrar nuestro protocolo de imagen para los implantes cocleares y ver la radiología de posibles complicaciones postquirúrgicas.

El oído interno es una de las localizaciones anatómicas que más se ha beneficiado de los avances tecnológicos de las pruebas de imagen. Mientras que las reconstrucciones tridimensionales de la RNM han permitido una mejor visualización de la patología del laberinto membranoso y los nervios, el desarrollo de la TAC de 64 detectores con reconstrucciones multiplanares volumétricas han permitido una mejor evaluación de las estructuras óseas. Estos avances tecnológicos, asociados a una mejor coordinación entre el radiólogo y el otólogo, permiten un mejor abordaje de la patología del oído interno.

Se mostrará la anatomía normal del oído con una TAC de 64 detectores y una RNM de 1,5 Tesla. Se ilustrarán ejemplos de diversas patologías, incluyendo lesiones vasculares, tumores, malformaciones congénitas y lesiones inflamatorias, todas ellas con su correlación clínica. Se mostrará el protocolo de implantes cocleares de nuestro servicio, incluyendo hallazgos pre y postoperatorios de varios pacientes nuestro programa de implantes cocleares. Se verán algunos ejemplos de complicaciones postoperatorias.

17,10-18,10

31

IMPLANTE COCLEAR: RESULTADOS Y EXPECTATIVAS SEGÚN LA EDAD DE IMPLANTACIÓN EN NIÑOS PRELOCUTIVOS

DIRECTORA: María José Lavilla Martín de Valmaseda

COLABORADORES: Alicia Huarte Irujo, Eulalia Juan Pastor, Laura Cavalle Garrido

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El implante coclear ha venido a suponer un avance quirúrgico y tecnológico para el tratamiento paliativo de la hipoacusia neurosensorial severa - profunda bilateral. Los resultados dependerán de varios factores, pero una condición que "a priori" marca la diferencia en los pacientes prelocutivos es la edad de implantación.

Material y método: Basándonos en los resultados con respecto a la comunicación oral y lenguaje de un amplio grupo de pacientes prelocutivos implantados analizados en un estudio multicéntrico, y con un soporte videográfico y diapositivas muy práctico e instructivo, se mostrarán, las habilidades comunicativas conseguidas, y las técnicas de rehabilitación empleadas en niños prelocutivos según la edad de implantación: entre 0-1 años, 2-3 años, 4-5 años, y > 6 años y adolescentes. Además se mostrarán también y con el mismo soporte de videoimagen, las estrategias de estimulación temprana en la edad de 0-3 años, estimulación que no solo optimizará al máximo los resultados, sino que ayudará al diagnóstico y cuantificación de la hipoacusia en este particular grupo etario, y a la valoración en los casos de existencia de audición residual de si la amplificación protésica está siendo suficiente como para adquirir el lenguaje ó por el contrario hay que proceder al implante coclear. Todo esto se analizará desde los puntos de vista de otorrinolaringólogos, fonoatras, logopedas y audiólogos

Resultados: Se podrán apreciar gráficamente los resultados obtenidos, y las diferentes expectativas que se marcarán según la edad de implantación y las habilidades auditivas previamente adquiridas por los candidatos.

Discusión/Conclusiones: En los niños implantados tempranamente se obtendrán mejores resultados en el desarrollo del lenguaje, siendo la percepción del habla mejor, y los retrasos lingüísticos menores a mayor precocidad en la edad de implantación.

18,20-19,20

56

INTRODUCCIÓN A REFERENCE MANAGER

DIRECTOR: Emilio Martínez Gutiérrez

COLABORADORES: Antonio Martín Mateos, Miguel De Mier Morales

Unidad de Gestión Clínica de ORL, Hospital U. Puerta del Mar, Cádiz.

Los gestores de citas bibliográficas son programas que permiten crear bases de datos bibliográficas en las que se pueden importar citas bibliográficas desde diversas fuentes y diversos formatos para tratarlas, editarlas y producir nuevas bibliografías que luego pueden ser exportadas con el formato deseado a otros documentos: Word, Excel, archivos de texto. Referente Manager es un programa de base de datos específicamente diseñado para gestionar las referencias bibliográficas. Facilita el trabajo para registrar referencias o citas bibliográficas para producir bibliografías o trabajos de investigación. En el momento actual, debido a la enorme cantidad de información es de gran ayuda para el investigador el manejo de un gestor de referencias bibliográficas.

Metodología: El curso tratará sobre: Creación de bases de datos bibliográficas. Importación de registros desde diferentes plataformas. Edición y tratamiento de registros, eliminación de duplicados, unificación de índices. Exportación y creación de bibliografías.

Sala Europa - 10

16,00-17,00

46

REJUVENECIMIENTO DEL TERCIO MEDIO FACIAL

DIRECTOR: Julián Trujillo Piedrahita

Clínica del Pacífico. Universidad del Valle, Valle del Cauca, Colombia.

Introducción: El tercio medio facial es una de las áreas donde se hace más patente el proceso de envejecimiento. La ptosis de la bolsa adiposa infra-malar acentúa el pliegue nasogeniano a la vez que puede formar un doble surco suborbitario. La pérdida de elasticidad cutánea y la reabsorción parcial del esqueleto óseo a nivel zigomático y del reborde orbitario favorecen esta caída de estructuras que contribuye a crear un aspecto triste y cansado. El tratamiento del envejecimiento del tercio medio facial se orienta bien hacia técnicas de suspensión de tejidos, como el lifting de planos profundos o el lifting de tercio medio, bien hacia técnicas de relleno como la lipoinyección o el relleno con materiales sintéticos.

En este curso de una hora haremos una descripción de fisiopatología del envejecimiento del tercio medio facial, así como de las técnicas quirúrgicas disponibles para su tratamiento, haciendo especial hincapié en el lifting endoscópico y la lipoinyección facial.

17,10-18,10

50

¿SE PUEDEN PREVENIR LAS COMPLICACIONES EN LA IMPLANTACIÓN COCLEAR?

DIRECTOR: Santiago Santa Cruz Ruiz

COLABORADORES: Agustín Del Cañizo Álvarez, Fernando Benito González, Ángel Batuecas Caletro

Complejo Universitario de Salamanca, Salamanca

Uno de los objetivos fundamentales de cualquier cirugía, y con mayor motivo en las funcionales, es el que sea segura y con las menos complicaciones posibles.

Nuestro país en las últimas décadas ha experimentado la creación de nuevas Unidades de Implantación Coclear y esto al tiempo que es una oportunidad y una mayor accesibilidad a los pacientes sordos, supone también una menor experiencia, que debe ser adquirida lo antes posible. Nuestro Centro de Implantación Coclear data de 1990; 17 años donde hemos realizado 276 cirugías de IC, de más de 400 candidatos eva-

luados. Hemos empleado las 4 manufacturas existentes, aunque con las que tenemos mas experiencia en con Nucleus 166 casos y después con Medel 97. Nuestras complicaciones quirúrgicas mayores han sido del 4,17%, incluyendo implantación fallida, parálisis facial periférica severa, hematomas y desplazamiento del receptor-estimulador que precisaron de reintervención. Las complicaciones quirúrgicas menores fueron del 14,36%, sobre todo trastornos del equilibrio, acúfenos y hematomas o infecciones de la incisión que no precisaron cirugía. Sin embargo el paciente implantado con el paso del tiempo experimenta diversas complicaciones (12,4%), desde averías o roturas del dispositivo interno, a úlceras del colgajo o infecciones del dispositivo que requieren nuevas cirugías y en muchos casos sustitución del implante. Creemos que una sólida formación y una buena planificación de las distintas fases del procedimiento de implantación puede reducir algunas de estas complicaciones.

18,20-19,20

37

CÓMO MEJORAR NUESTRAS PRESENTACIONES EN PÚBLICO

DIRECTOR: Pedro Luis Sarria Echegaray

COLABORADORES: Manuel Tomás Barberán, Gabriel Jaume Bauza, Guillermo Til Pérez

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares.

En nuestro ámbito médico-científico es muy importante cómo exponer nuestras ponencias y comunicaciones. Presentamos las que consideramos en nuestra opinión una variedad de técnicas y trucos para mejorar nuestras presentaciones.

Incidimos desde el vestuario del ponente, pasando por el tipo, formato y contenido de las diapositivas, accesorios de las mismas para captar el interés del oyente, cómo monitorizar el estado de la audiencia, cómo captar o recaptar su atención, hasta cómo transmitir de una forma amena la información deseada.

No cabe duda que es muy importante lo que se dice pero igualmente es fundamental, cómo se transmite el mensaje.

Sala UNESCO

16,00-17,00

62

NUEVAS OPCIONES QUIRÚRGICAS IMPLANTABLES DEL VIBRANT SOUNDBRIDGE EN LAS HIPOACUSIAS DE CONDUCCIÓN Y MIXTA*

DIRECTOR: Pedro Clarós Blanch

COLABORADORES: Ángel Ramos, Carlos Cenjor
Clínica Clarós, Barcelona.

Los implantes de oído medio, actualmente comercializados, se pueden clasificar según el transductor utilizado para activar la cadena de huesecillos o el oído interno en dos tipos: electromagnéticos y piezoeléctricos.

El principio de los implantes electromagnéticos consiste en que el sonido transformado en señal eléctrica amplificada es, a su vez, transformado en campo electromagnético por el transductor. Es el que utiliza el implante de oído medio Vibrant-Soundbridge.

Consta de una parte externa o procesador y una parte interna implantable, el Vibrating Ossicular Prothesis (VORP™). Al igual que el implante coclear, el implante de oído medio Vibrant Soundbridge requiere una cirugía para su colocación. Las indicaciones clásicas del Vibrant-Soundbridge son la pérdida neurosensorial moderada a severa.

Sin embargo, en los últimos años, nuevas aplicaciones de esta técnica quirúrgica han dado un vuelco a las indicaciones clásicas, abriéndose un abanico de posibilidades nuevas en la utilización de este dispositivo. Las nuevas indicaciones quirúrgicas incluyen la colocación del FMT en ventana redonda que ha dado resultados espectaculares en sorderas mixtas o de transmisión, sobre todo en lo que se refiere a la ganancia en vía ósea en los audiogramas. De esta forma, así como en la

indicación clásica, el Vibrant se coloca en pérdidas neurosensoriales con beneficios insuficientes de audífonos y quedaban descartados aquellos pacientes que habían sufrido cirugías previas de oído medio. En las nuevas indicaciones con el emplazamiento del dispositivo en ventana redonda, Vibrant Soundbridge se puede utilizar en pacientes con cirugías de oído medio previas o sorderas conductivas o mixtas, tales como: Patologías crónicas de oído medio. Cirugías de oído medio que no han tenido éxito. Malformaciones de oído medio y externo. Otosclerosis con pérdidas mixtas. Alternativa al sistema BAHA.

Cirugía para la colocación del Vibrant Soundbridge:

En la indicación de ventana redonda, se hace un abordaje similar al de un implante coclear, con una mastoidectomía y una timpanotomía posterior, necesaria para descubrir la ventana redonda y alojar el FMT sobre la misma. Se sitúa un fragmento de fascia sobre la ventana redonda con un fresado previo. Para colocar el FMT, se cubre todo de nuevo con fascia y se sella con cola de fibrina. Una vez cicatrizado, se crea un tejido conjuntivo que fija todo el sistema. Alternativamente, se puede realizar un abordaje a través del conducto auditivo externo, donde se sitúa el cableado del FMT y a través de la elevación del tímpano, se descubre la caja, con el oído medio y ventana redonda, repitiéndose los pasos anteriores para la colocación del FMT sobre ventana redonda.

Programación del implante de oído medio:

La programación de un implante de oído medio consiste en ajustar los parámetros de funcionamiento del equipo a las particularidades del paciente, para obtener el máximo rendimiento del dispositivo.

La programación debe ser realizada por personal especializado y cualificado para ello.

Nuestra experiencia en Clínica Clarós de Barcelona:

Hasta la actualidad llevamos realizados un buen número de casos de implantes de oído medio (malformaciones de oído medio y externo, fracasos de intervenciones anteriores e hipoacusias neurosensoriales), con un buen éxito y resultado auditivo.

Conclusión: Creemos que esta nueva aplicación de un dispositivo semi-implantable soluciona una serie de casos clínicos difíciles de resolver. Durante el curso hablaremos de todos los detalles así como la experiencia quirúrgica de los tres autores que imparten el curso.

17,10-18,10

19

IMPLANTES DE PALADAR: NUEVAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES. NUESTRA EXPERIENCIA

DIRECTOR: Carlos O'Connor Reina

COLABORADORES: Maria Teresa García Iriarte, Guillermo Plaza Mayor, Juan Carlos Casado Morente, Diego Gómez Ángel, Alfonso Rodríguez Díaz, Ángel Matesanz

H. USP Marbella. Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla. Centro ORL García Monge. H. de Fuenlabrada, Hospital Naval de San Carlos. Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: En el abordaje multidisciplinar de los pacientes con roncopatía, con/sin apnea obstructiva del sueño, los implantes de pilar constituyen una opción quirúrgica más. Debido a su ausencia de complicaciones, constituye un método muy ventajoso para tratar el ronquido y la apnea en pacientes seleccionados. Bajo nuestra experiencia entendemos que es el mejor método que existe actualmente para otorgar rigidez al paladar blando.

Objetivos: Presentar la técnica del implante de pilar en roncopatía; Exponer nuestra experiencia en dicha técnica; Evaluar sus indicaciones y contraindicaciones.

Material y métodos: Desde que en marzo del 2006 realizamos la primera intervención de implante de paladar en España, un total de 42 pacientes en nuestro centro han recibido este procedimiento hasta marzo de 2007.

Discusión: En este curso presentamos nuestros resultados, y modificaciones de la técnica inicial. También revisamos nuevas contraindicaciones e indicaciones como la cirugía de rescate con implante de paladar tras el fracaso de la cirugía convencional.

Creemos que todo otorrino que realiza cirugía del ronquido y de la apnea debe estar familiarizado con este procedimiento que esta técnica puede alcanzar a todos.

18,20-19,20

55

PARÁLISIS FACIAL: ¿CUÁNDO HACE FALTA UNA TÉCNICA RECONSTRUCTIVA?**DIRECTORES:** Javier Gavilán Bouzas, Luis Lassaletta Atienza

Servicio de ORL. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

La parálisis facial postquirúrgica es una de las consecuencias más devastadoras, tanto para el paciente como para el cirujano. Afortunadamente, el porcentaje de pacientes con parálisis facial completa definitiva, bien por interrupción anatómica del nervio o bien por ausencia de función a pesar de mantenerse íntegro, es cada vez más bajo en centros con experiencia. Sin embargo, en ocasiones es una consecuencia inevitable de la cirugía, por lo que debemos estar preparados para afrontarla.

Cuando el extremo proximal del nervio facial es accesible, la anastomosis término-terminal con o sin injerto nervioso es la técnica que mejores resultados da. Este abordaje, relativamente fácil en el hueso temporal, es técnicamente difícil en el CAI o el ángulo pontocerebeloso.

En cambio, cuando el extremo proximal del nervio no es accesible, es necesario realizar una técnica reconstructiva, cuyo paradigma es la anastomosis hipogloso-facial (AHF). La AHF término-terminal es una técnica clásica eficaz con el que se obtiene un tono de reposo excelente en la mitad inferior de la cara y una sonrisa aceptable en la mayor parte de los casos, con unos resultados reproducibles. Sin embargo, presenta dos problemas fundamentales: la atrofia de la hemilengua ipsilateral y los movimientos en masa, las sincinesias y el espasmo, tan desfigurantes para el paciente. En su lugar, la AHF hemi-término-terminal, en la que se anastomosa directamente el tronco del nervio facial intratemporal (seccionándolo a la altura del ganglio geniculado) a un tercio del grosor total del nervio hipogloso, se obtiene suficiente función facial, mayor que con la anastomosis con interposición, se reducen los movimientos en masa que son menores que con la técnica clásica, y se evita la morbilidad derivada de la atrofia lingual.

Los objetivos docentes de este curso son: aprender el manejo más adecuado de una parálisis facial quirúrgica en función de la severidad de la parálisis y el tiempo de evolución, aprender los principales detalles de la anastomosis término-terminal con sus peculiaridades en función del sitio de la lesión, y conocer las bases quirúrgicas de la AHF hemi-término-terminal, así como sus ventajas sobre los procedimientos clásicos.

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

NORMATIVA PARA LA VALORACIÓN DE PÓSTERES

PREMIO PÓSTERES 2007 - INDUSTRIAL FARMACÉUTICA CANTABRIA

El total de los pósteres recibidos y aceptados hasta la fecha se distribuyen en 5 sesiones.

- De cada sesión se seleccionarán por el Comité 8 pósteres haciendo el recuento de los votos emitidos por los congresistas. Las votaciones para cada sesión (de viernes a martes) se cerrarán a las 15:00 horas, se procederá al recuento de votos entre las 15:00 y las 16:00 horas. A partir de este momento quedarán expuestos únicamente los 8 pósteres más votados siendo estos discutidos in situ junto con el Presidente y Secretario de la sesión a las 17:00 horas. Para esta discusión es obligatoria la presencia de uno de los autores del póster. En caso de que no se presente ninguno, el póster recibirá 0 puntos en la segunda votación

- Al finalizar la discusión in situ, el Presidente y Secretario de cada sesión, procederán a la valoración de los 8 pósteres discutidos, atendiendo a los apartados de *diseño, calidad gráfica, contenido, originalidad y discusión*. El diseño, la originalidad y calidad gráfica se valoran de 0 a 3, el contenido y la discusión de 0 a 5. Todas estas puntuaciones se incluirán en la hoja de votación que les proporcionará la azafata y se entregará debidamente cumplimentada a ésta junto con las Actas de la Sesión en las que se harán constar los pósteres no presentados.

- Existen dos premios (1º y 2º) y cinco accésit. Estos premios finales los distribuirá el Comité Científico, teniendo en cuenta la valoración de los cuarenta pósteres elegidos y discutidos en las 5 sesiones. Los premios de los pósteres presentados al congreso, así como el sistema de presentación están, al igual que en años anteriores, patrocinados en exclusividad por Industrial Farmacéutica Cantabria.

PROPUESTAS PARA LA PONENCIA DEL AÑO 2011

Ya terminó el plazo para presentar las propuestas de ponencia para el Congreso Nacional del año. Se han recibido las siguientes propuestas para la Ponencia Oficial de 2011:

PATOLOGÍA DE LAS GLANDULAS SALIVARES

Dres. Víctor Palomar García, Miquel Quer i Agustí y Francisco Roca Ribas.

ACTUALIZACIÓN EN PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES

Dres. José Martínez Vidal, Mario Fernández Fernández y Primitivo Ortega del Álamo.

LA COCLEA. DEL PASADO AL FUTURO

Dres. Santiago Santa Cruz Ruiz, Agustín del Cañizo Álvarez y Miguel A. Merchán Cifuentes.

FARMACOLOGÍA APLICADA EN ORL

Dres. Jesús Iniesta Turpín, Luis Amorós Rodríguez y Rafael Pérez Aguilera

TUMORES BENIGNOS DE FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES

Dres. Adolfo Sarandeses García y Ramona Soler Vilarrasa

La votación de las ponencias durante el 58 Congreso Nacional que se celebrará en Madrid del 10 al 13 de noviembre de 2007. La mesa de votación estará abierta desde el comienzo del Congreso hasta las 14:00 horas del día 12 de noviembre, en que se celebra la Asamblea General donde se hará pública la ponencia ganadora.

PRÓXIMAS PONENCIAS OFICIALES DE LA SEORL-PCF

PONENCIA DEL 58 CONGRESO NACIONAL - 2007 - MADRID "TUMORES MALIGNOS DE FARINGE"

Dr. Jorge Basterra Alegría.

PONENCIA DEL 59 CONGRESO NACIONAL - 2008 - TARRAGONA "COMPLICACIONES EN CIRUGÍA ORL: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO"

Dr. Manuel Bernal Sprekelsen

PONENCIA DEL 60 CONGRESO NACIONAL - 2009 - MADRID "ENFERMEDAD DE MENIERE"

Dr. Carmelo Morales Angulo, Dr. José Antonio López Escámez, Dr. Nicolás Pérez Fernández, Dr. Herminio Pérez Garrigues

PONENCIA DEL 61 CONGRESO NACIONAL - 2010 - VALENCIA "PARÁLISIS FACIAL"

Prof. Pedro Quesada Marín.

International Symposium on Inner Ear Research

Madrid (Spain), November 10, 2007

(linked to the 58th National Meeting of the Spanish Society of E.N.T.)

New Frontiers on Inner Ear Regeneration, Protection and Neuroplasticity

OBJECTIVES:

To show the main advances on inner regeneration and neuroplasticity (receptor or auditory pathway) that have been obtained during the recent years and that could be useful or applied in clinics.

The meeting will be addressed to people involved in inner ear research but, in particular, to ENT doctors working on cochlear/nuclear implants, micropumps, etc.

The attendance of young people (MD or PhD students or young) will be encouraged (no inscription costs, also lunches will be free for them, low cost lodging were offered!).

SCIENTIFIC PROGRAM:

Chairmen of the Meeting :

Prof. Pablo Gil-Loyzaga

Professor of Neurobiology of Hearing. Dpt. Ophthalmology and Oto-Rhino-Laryngology. University Complutense of Madrid (Spain)

President of Research Commission of the Spanish Society of E.N.T.

Conference Title: Cellular and Molecular Bases of Neuroplasticity

Prof. Matti Anniko

Professor of Otorhinolaryngology. University of Uppsala (Sweden)

Editor-in-Chief Acta Oto-Laryngologica (Stockholm)

Honorary Member of the Spanish Society of E.N.T.

Invited Speakers:

Prof. Remy Pujol

Professor Emeritus. Faculty of Medicine. University of Montpellier (France)

Conference Title: "New challenges on inner ear research for the XXI century"

Prof. Edwin W. Rubel

Professor of Hearing Science. Virginia Merrill Bloedel Hearing Research Center. Professor of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Physiology and Biophysics, and Psychology, University of Washington, Seattle, Washington, USA

Conference Title: "Hair cell regeneration in the inner ear - History and current perspectives"

Prof. Allen Ryan

Professor- Director of Research. Dept. of Otorhinolaryngology/Head and Neck Surgery. University of California - San Diego (U.S.A.)

Conference Title: "Transplantation of cells into the inner ear"

Prof. Philippe Lefebvre and Dr. Brigitte Malgrange

Professor of Otorhinolaryngology. Dept. of Otorhinolaryngology. University of Liege (Belgium)

Prof. Jochen Schacht

Professor and Director Kresge Hearing Research Institute. University of Michigan (U.S.A.)

Conference Title: "Drug-induced hearing loss and its prevention"

Prof. Jean Luc Puel

Professor University of Montpellier (France). Director Unity of "Inner Ear" Inserm 583.

Director of the Audioprosthesis School of Montpellier University.

Conference Title: "Local therapy for protection of the inner ear: trans-tympanic and cochlear implant approaches"

Prof. Thomas Van de Water

Professor. Department of Otorhinolaryngology. University of Miami Ear Institute (U.S.A.)

Director Cochlear Implant Research Program

Conference Title: "Mechanisms of Hearing Loss from Trauma and Ototoxins: Otoprotective Therapies from the Laboratory to the Clinic"

Prof. Pablo Gil-Loyzaga

Professor of Neurobiology of Hearing. Dpt. Ophthalmology and Oto-Rhino-Laryngology.

University Complutense of Madrid (Spain)

President of Research Commission of the Spanish Society of E.N.T.

Conference Title: "Bases of neuroplasticity: brainstem effects of cochlear damage"

Prof. Lionel Collet

Professeur et Chef Service ORL. Hopital Edouard Herriot de Lyon (France).

Directeur Unité CNRS "Neuro-Sciences et Système Sensoriel"

Rector Universidad de Lyon (France)

Conference Title: "Plasticity of tonotopic maps in humans: Influence of hearing-loss, hearing-aids and cochlear implants"

Prof. Miguel Merchan

Professor University of Salamanca (España). Director of the Neuroscience Institute of Castilla-León.

Conference Title: *"Changes in the inferior colliculus after unilateral ablation of the auditory cortex. An stereological, RT-PCR and prepulse inhibition study".*

SYMPOSIUM PUBLICATION:

Prof. Matti Anniko has kindly offered the publication of a summary of the conferences of the Symposium in Acta Otolaryngologica (Stockholm). Guidelines for authors will follow in the next future.

RESUMENES

DRUG- INDUCED HEARING LOSS AND ITS PREVENTION

Prof. Jochen Schacht

Treatment with aminoglycoside antibiotics may cause auditory or vestibular side effects through destruction of hair cells. Compelling evidence from animal models suggests that reactive oxygen species are part of the initial mechanisms that trigger apoptotic and necrotic cell death in the inner ear. Consequently, antioxidants protect against aminoglycoside- induced hearing loss in animals. While clinical trials have long confirmed the ototoxicity of aminoglycosides in human, a trial on protection was only recently concluded. Based on the finding that salicylate acted as a protectant in animals, the efficacy of aspirin (acetyl salicylate) was tested in a randomized double-blind placebo-controlled study in patients receiving gentamicin for acute infections. A total of 195 patients completed the study. Fourteen of 106 patients (13%) met the criterion of hearing loss in the placebo group while only 3/89 (3%) were affected in the aspirin group ($p = 0.013$). Aspirin did not influence gentamicin serum levels or the course of therapy.

MECHANISMS OF HEARING LOSS FROM TRAUMA AND OTOTOXINS: OTOPROTECTIVE THERAPIES FROM THE LABORATORY TO THE CLINIC

Prof. Thomas Van de Water

Oxidative stress is generated within the auditory hair cells of the cochlea in response to either a physical trauma or following exposure to a toxic level of an ototoxin. Oxidative stress causes internal damage within the exposed hair cell and eventually can trigger programmed cell death which results in a permanent loss of hearing. Otoprotective therapies focus on the prevention of the loss of hair cells and their eventual self-repair and restoration to function. Two treatment strategies and their clinical applications will be discussed: 1) blocking of programmed cell death signal cascades; and 2) anti-inflammatory therapies.

TRANSPLANTATION OF CELLS INTO THE INNER EAR

Prof. Allen Ryan

Stem cells provide a potential means for the replacement of damaged cells in many organ systems, including the inner ear. The flexibility of stem cells can be manipulated to produce many types of cells that are important for inner ear function. Placing these cells into the damaged inner ear is also quite feasible. However, achieving integration into the appropriate cellular sites is more challenging. Current progress in conversion of cells to inner ear phenotypes and in transplantation of cells into labyrinthine tissues will be discussed.

HAIR CELL REGENERATION IN THE INNER EAR: HISTORY AND CURRENT PERSPECTIVES

Prof. Edwin W Rubel

In 1987-88 a paradigm shift occurred in our views of future therapies for hearing loss. Before this time, it was thought that hearing loss and balance dysfunction due to loss of inner ear hair cells is permanent. While these problems could be treated by a variety of corrective measures such as amplification or bypassing the missing hair cells and directly stimulating the nerve, normal biological function could not be restored because of the inability to replace missing hair cells. In 1987-88 two laboratories simultaneously discovered that birds spontaneously regenerate new hair cells when the native hair cells are killed by aminoglycoside or intense noise exposure. This discovery issued in a new era in which laboratories throughout the world sought to discover the functional and molecular properties of hair cell regeneration in birds and other non-mammalian vertebrates and to find ways to coax the mammalian inner ear into this capability. I will provide an update on this work from our laboratories at the Virginia Merrill Bloedel Center and other laboratories. Studies of birds and other nonmammalian vertebrates are providing data on the molecular and cellular pathways underlying hair cell regeneration in these species. In particular, studies have revealed that the pathways underlying the decision of newly produced cells or dedifferentiated cells to populate the sensory epithelium with new hair cells rather than supporting has use the same signaling pathways as the embryonic inner ear. This information is being used in the mammalian ear to guide genetic manipulations that are providing promising new insights on ways that it might be possible to restore hearing and balance. Supported by the National Institute for Deafness and other Communication Diseases (NIDCD), the Oberkotter Foundation and the Virginia Merrill Bloedel Hearing Research Center.

CELLULAR AND MOLECULAR BASES OF NEUROPLASTICITY: BRAINSTEM EFFECTS AFTER COCHLEAR DAMAGE

Prof. Pablo Gil-Loyzaga

It is now increasing the interest on neuroplasticity and nerve regeneration within the auditory receptor and pathway. The receptor and the auditory pathway are organized by highly complex circuits that appear during embryo deve-

lopment. During cochlear development a relevant nerve fiber sprouting reach the sensory receptor. Some of that fibers will remain along the adult life, while other transitory fibers disappear. However, both stable and transitory fibers, as well as developing sensory cells, express, and probably release, their corresponding neurotransmitters that could be involved in neuroplasticity. Cell culture experiments added relevant information, therefore the in vitro administration of glutamate or GABA to isolated spiral ganglion neurons clearly modified neurite sprouting. Section of the auditory nerve immediately resulted in the cochlear brainstem nuclei damage, however and increase of functional activity was observed at the contralateral nuclei. After two weeks of neuronal degeneration and nerve fiber reorganization a significant nerve phyloppodia sprouting was detected by the presence of small new fiber terminals that showed a remarkable GAP-43 expression. Cochlear brainstem neuroplasticity in the adulthood and its relevance for cochlear implant are discussed.

CHANGES IN THE INFERIOR COLLICULUS AFTER UNILATERAL ABLATION OF THE AUDITORY CORTEX. AN STEREOLOGICAL, RT-PCR AND PREPULSE INHIBITION STUDY

Prof. Miguel Merchán

The descending projection from the auditory cortex (AC) to the inferior colliculus (IC) is glutamatergic (Po-

tashner, 1995). This projection is dense, symmetrical, bilateral, and topographically organized. It terminates in all three main divisions of the IC. The AC was ablated unilaterally in 27 wistar rats (b.w., 260 g) under stereotaxic control. In all 27 cases, the startle reflex was assessed prior surgery (Lee et al., 1996) and subsequent perfusion. Animals were sacrificed after 15, 95 and 180 days post-ablation (n=4 in each experimental group). The IC in each group (including, a control group) was immunostained for CR and each group was analyzed with stereology

The stereological data showed a significative increase in the number of stained neurons up to 6 months postlesion in all IC subdivisions bilaterally. The major increase was seen in the dorsal cortex, and then in the external cortex and the least in the central nucleus of the IC.

Three control cases and 2 groups of 3 lesioned animals were used to study RT-PCR at 95 and 185 days postlesion. The analysis showed changes in the postsynaptic receptor subunits for the ionotropic glutamatergic receptors (AMPA; NMDA and Kainate) three months postlesion. The data shows a lost of expression for different subunits that recovers at 6 months postlesion. The PPI data demonstrated a lack of response for the tested frequencies and a total recovery after 180 days postlesion.

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española de Otorrinolaringología ha decidido instaurar este año, para promover la visita a la exposición comercial de todos los especialistas inscritos al Congreso Nacional, un "Circuito de stands" el cual estará incentivado por la posibilidad de ganar distintos premios. Si esta iniciativa tiene éxito la continuaremos en próximas ediciones de nuestro Congreso.

Muchas casas comerciales que estarán presentes en la exposición comercial del próximo Congreso Nacional de Madrid que tendrá lugar del 10 al 13 de noviembre, han mostrado ya su interés en esta iniciativa y su deseo de participar en ella y contribuir con algún regalo para los premios que se sortearán el último día de Congreso.

La dinámica a seguir será la siguiente:

Junto con la documentación del Congreso, a los inscritos se les hará entrega de una cartulina en la que aparecerá su nombre y apellidos completos así como los números y nombres de todos los stands del Congreso.

El médico tiene que conseguir que esta cartilla tenga el sello/firma de todos los stands y para ello tiene que haberlos visitado todos.

Esta cartilla sellada o firmada la depositará en una urna que estará disponible en la secretaría del Congreso desde el primer día hasta el martes a las 14:00 h.

El martes a las 14:00 h se procederá al sorteo de los premios que para este fin hayan sido cedidos al Congreso por cada empresa presente en la exposición.

Se publicará un listado de los ganadores del sorteo y el premio que han obtenido

El Congreso Nacional es para nosotros una de las actividades más fuertes que venimos realizando de manera regular y periódica. Es el lugar de encuentro y de intercambio de opiniones entre los especialistas españoles, europeos

y de otros continentes, que resulta muy enriquecedor tanto desde el punto de vista científico como social.

Para la industria relacionada con la otorrinolaringología, es igualmente importante el intercambio de opiniones, material, exposición de nuevas técnicas y avances... Por este motivo creemos que es muy importante que los stands sean visitados por los asistentes al Congreso y por el mayor número posible de ellos.

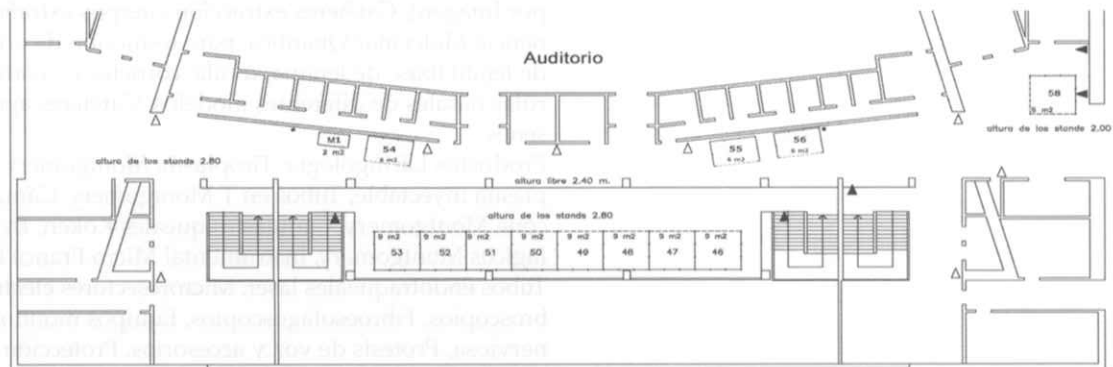
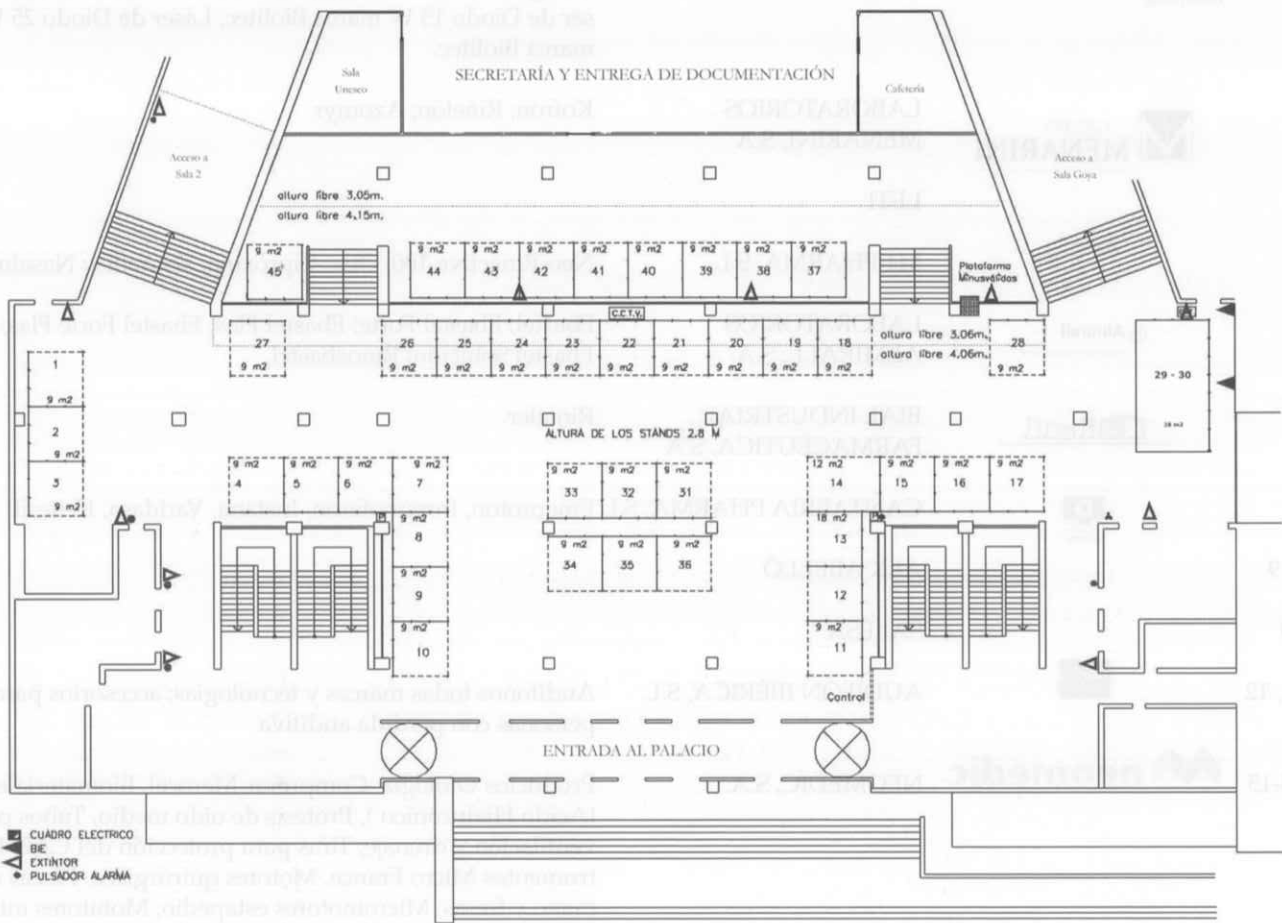
Este año, para que la relación con los asistentes al Congreso y las empresas expositoras sea más fácil y fluida, hemos introducido la posibilidad de facilitar a los expositores que así lo soliciten un programa informático con los inscritos al Congreso que se puede cargar en un ordenador en cada stand junto con el alquiler de un lector de código de barras que registre los datos de aquellos que visiten los stands y extraigan de la base de datos de los asistentes los datos de estos para uso futuro. De acuerdo a la Ley de Protección de Datos vigente solo se activarán aquellos datos de la base de los inscritos que hayan permitido que se les lea el código de barras de su acreditación y por tanto han consentido a su uso por parte de la casa comercial expositora. Mientras que no se lea el código de barras los datos de ese asistente quedan ocultos en la base de datos instalada.

La SEORL no apoya ni colabora en actos lúdicos que no hayan sido consensuados con ella y que, como ha pasado otros años, interfieran en el programa científico del congreso, apartando a los asistentes de la sede, cenas paralelas a la cena de gala y otros de similares características.

Quedamos a vuestra disposición para ampliar información sobre cualquier aspecto que sea de vuestro interés.

Comité Organizador

PLANO GENERAL DE EXPOSICIÓN



STAND	EMPRESA	PRODUCTOS
1	  DIAGNISCÁN SAU	Láser de CO ₂ 40W compacto marca Lumenis, Láser Endo- core digital marca Lumenis, Acublade Marca Lumenis, Lá- ser de Diodo 15 W marca Biolitec, Láser de Diodo 25 W marca Biolitec.
2		Kofrón; Rinelón; Azomyr
3		LETI
4		Neo-Rinactive 100; Otix; Ciproxina; Rinovitex; Nasalmer
5		Ebastel; Ebastel Forte; Ebastel Flas, Ebastel Forte Flas; Ebastel Solución; Rinoebastel
6		Rinialer
7		CANTABRIA PHARMA, S.L. Emeproton, Inmunoforon, Instana, Varidasa, Kenesil
8, 9		ALK ABELLÓ
10		SALESA
11, 12		AUDIFÓN IBÉRICA, S.L. Audífonos todas marcas y tecnologías; accesorios para personas con pérdida auditiva
13-15		NEOMEDIC, S.A. Productos Otología: Compresas Merocel, Biomateriales (Acido Hialurónico), Prótesis de oído medio, Tubos para ventilación y drenaje, Tiras para protección del CAE, Ins- trumentos Micro France, Motores quirúrgicos, Piezas de mano y fresas, Micromotores estapedio, Monitores intra- operatorios (NIM), Protectores de oído, Bandas de neo- preno protección, Equipos vértigo de Meniett, Catéteres extracción cuerpos extraños, Navegadores (Cirugía Guía- da por Imagen) Productos Rinología: Compresas Merocel, Biomateriales (Acido Hialurónico), Instrumental senos Micro France, Motores endoscopia nasal, Navegadores (Cirugía Guiada por Imagen), Catéteres extracción cuerpos extraños, Reso- nancia Molecular Quantica, para reducción de volumen de tejido (base de lengua, úvula, cornetes) y corte frío, Fé- rulas nasales de diferentes modelos, Catéteres apertura de senos Productos Laringología: Tiroplastia Montgomery, Tiro- plastia inyectable, Tubos en T Montgomery, Cánulas sili- cona Montgomery, Cánulas traqueales Koken, Bypas esó- fagicos Montgomery, Instrumental Micro France fonación, Tubos endotraqueales laser, Microresectores eléctricos, Fi- broscopios, Fibroesofagoscopios, Equipos monitorización nerviosa, Prótesis de voz y accesorios, Protección estomas traqueales Miscelanea de productos: Tratamiento apnea del sueño, Resonancia Molecular y Más de 4.000 productos auxilia- res

- 16  MED-EL ELEKTROMEDIZINISCHE GERÄTE GESELLSCHAFT Implante Coclear; Implante De Oído Medio
- 17 UCB PHARMA
- 18  FAES FARMA, S.A. Dezacor; Tanakene; Rinosone
- 19  WIDEX AUDÍFONOS, S.A. Audífonos de última tecnología digital
- 20  DIATER LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO Y APLIC Vacunas bacterianas; Autovacunas
- 21 PROBELTE
- 22  ASF GESTIÓN, S.L. Tubos ventilación, Cuchilletos de miringotomía, Pistones estapedectomía, Prótesis TORP y PORP, Taponamientos nasales, Instrumental de ORL, Cemento de Hidroxilapatita, Nasofibroscopio Flexibles, Hemostático ORL, Radiofrecuencia G-3:(Turbinectomía, Base de lengua, Paladar, Disector de amígdalas, Disector de cirugía).
- 23  INMUNOTEK, S.L. Rhinodouche; Sinusal XI; Sinusal; Equipo Grossan; Hydropulse; Vacunas Bacterianas
- 24  TEDEC-MEIJ FARMA, S.A Meiact
- 25  ADVANCED BIONICS Implante coclear multicanal
- 26  STALLERGENES IBÉRICA, S.A. Storal 300; Alustal; Epi; Albey; Tratamientos Bacterianos; Phostal; Vitedepot; Hiposensibilizante Depot; Hiposensibilizante Sublingual
- 27  OPTOMIC ESPAÑA, S.A. Microscopio Quirúrgico; Divisores De Imagen; Cámaras Endoscópicas; Endoscopios Rígidos Y Flexibles; Digitalización De Vídeo E Imagen; Mobiliario; Audiómetros; Timpanómetros; Potenciales Evocados; Otocalorímetros
- 28  TGH ENDOSCOPIA, S.L. Fibroscopios; Laringoscopios; Endoscopios; Cámaras; Fuentes De Luz; Fotóforos; Navegador Quirúrgico; Laboratorio De Voz; Microscopios; Estroboscopios; Digitalizador de imagen; Videonistagmógrafo; Sillones; Consolas; Instrumental Cens; Fundas para Fibroscopios; Cánulas De Aspiración Desechables; Tubos De Ventilación; Férulas Nasales; Miringotomos.
- 29, 30  GAES - Audiología infantil
- Audioprótesis infantil
- Reeducación auditiva
- Estudio del acúfeno
- Atención al implantado
* Implantes de oído interno. GAES tiene la distribución en exclusiva de la marca Cochlear en España
* Implantes de oído externo. GAES tiene la distribución en exclusiva de la marca Auric en España

- | | | | |
|----|---|--|---|
| 31 |  | ATMOS MÉDICA, S.L. | Estaciones de Trabajo De ORL; Sillones de Paciente; Irrigadores; Estimuladores Aire/ Agua; Sistemas de Captura Informatizados de Vídeos e Imágenes Endoscópicas y Estroboscópicas; Cámaras Endoscópicas; Estroboscopios y Fuentes de Luz; Fotóforos Led Independientes; Gama de Aspiradores (Secreciones, Oído, Quirúrgicos...); Rinomanómetro; Sinuscopio; Radiocirugía; Gama de Softwares Análisis de Voz |
| 32 |  | AMPLIFÓN IBÉRICA, S.A.U. | Cabina Audiométrica; Audiómetros Pediátricos; Audiómetros Clínicos; Audiómetros de Investigación; Impedanciómetros de Screening; Impedanciómetros Clínicos; Potenciales Auditivos de Screening; Potenciales Auditivos Clínicos; Equipos de Videonistagmografías; Otolariómetros; Aspiradores; Fotóforos; Microscopios; Otopiscopios; Videotoscopio; Cámara para Endoscopia; Fuente Luz Fría; Fuente Luz Xénon; Endoscopios; Fibroscopios; Estroboscopios; Sillones ORL; Unidad ORL |
| 33 |  | KARL STORZ
ENDOSCOPIA
IBÉRICA, S.A | Endoscopios Rígidos y Flexibles, Instrumental General y Endoscópico; Cámaras; Fuentes de Luz y Aparatos de Alta Frecuencia; Monitores; Sistemas de Vídeo y Grabación Digital |
| 34 |  | GRUPO SOLVAY PHARMA | Serc 16 mg; Bucometasana; Disnema; Sesnumón Pernaal; Disneumón Mentol |
| 35 |  | ITALFÁRMACO, S.A. | Nasacort; Pectox Lisina; Sinomarin |
| 36 |  | GLAXOSMITHKLINE, S.A. | Spectracef; Augmentine 875; Augmentine 100; Tavanic; Flixonase |
| 37 |  | PRIM, S.A. | <p>Oído: Bisturí para Miringotomía, Gránulos de Hidroxilapatita, Insertor para Tubo en T, Instrumental para Cirugía de Estribo, Instrumental para Estapedotomía, Instrumental para Timpanoplastia, Mango y lancetas para Miringotomía, Microespéculos, Micromedidor para Cirugía de Cadena Osicular, Pistón de Silicona</p> <p>Pistón de Teflón, Prótesis de Cadena Osicular (I – XIV), Prótesis de Estapedectomía y Estapedotomía (I – V), Prótesis Universal Ajustable, Tapón Otológico, Tapón y tubo Otológico Silverstein, Terminal Aspiración Otológico, Terminales de Succión y Mangos, Terminales de Aspiración Desechables, Terminales de Aspiración Reutilizables, Tímpanos Artificiales, Tubos de Ventilación (I-IV))</p> <p>Garganta: Accesorios Laringectomizados (I – VII), Botones Traqueales (I – II), Cánulas de Plata, Cánulas de Silicona (I-III), Prótesis Fonatoria, Prótesis Fonatoria Accesorios, Quilla Laringea, Stent de Estoma, Tubo de Reconstrucción Esofágica, Tubo Salivar Bypass, Tubo traqueal en T anillado y estándar, Tubo traqueal en T radiopaco, Tubo traqueal y torácico en T, Válvula del Habla (I-II)</p> <p>Nariz: Botón Septal, Drenaje Senos Frontales, Faringómetro acústico, Férula Nasal Externa (I-II), Férula Nasal Interna (I-IV), Intubación Lacrimal y DCR, Irrigación Senos Maxilares, Sonda de epistaxis, Tapón Nasal, Taponamientos nasales (I-II), Terminal Aspiración Otológico, Terminales de Succión y Mangos, Terminales de Aspiración Desechables, Terminales de Aspiración Reutilizables, Tímpanos Artificiales</p> |

- | | | | |
|--------|---|------------------------------------|--|
| 38 |  | SCHERING-PLOUGH | Nasonex, Aerius |
| 39 |  | LABORATORIOS SALVAT | Cetraxal Ótico Viales, Cetraxal Ótico Plus, Cetraxal Ótico, Monolitum, Levogastrol |
| 40 | | CENTRO EUROPEO DE LA AUDICIÓN | |
| 41 |  | GRUPO TAPER | Sistemas de ecografía y el más amplio rango de sondas del mercado de B&K Medical para las especialidades de: Urología, Cirugía digestiva y colon, Cirugía intra operatoria y laparoscópica, Vascular, Músculo esquelético, Ginecología. Calentadores de sangre y fluidos. Sillones para consultas. Productos de protección radiológica. Sistemas de urodinamia y uroflujometría de la firma LABORIE para el estudio de la funcionalidad del aparato urinario, con especial énfasis en el tracto bajo. Sistemas de láser quirúrgico, enfocados a distintas especialidades, principalmente a Urología (hiperplasia benigna de próstata y litotricia). Microscopios para cirugía. Monitores y centrales. Desfibriladores. Electrocardiógrafos. Cardiotocógrafos y centrales. Equipos e instrumental de endoscopia rígida para el desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Urología, Cirugía General y Digestiva, Ginecología, ORL, y Traumatología. Sistemas integrales para el desarrollo de quirófanos inteligentes. Nueva terapia en traumatología y rehabilitación por ondas de choque (ESWT). Sistema de Litotricia extracorpórea por ondas de choque para el tratamiento de cálculos renales (ESL). Simuladores cirugía mínimamente invasiva, capaces de presentar imágenes y movimientos simulados en tiempo real de órganos internos, fluidos corporales, intervenciones quirúrgicas, etc. |
| 42 |  | CARL ZEISS MEDITEC IBÉRICA, S.A.U. | Opmi Pico, Opmi 1FC, Opmi Movena, Opmi Sensera, Opmi Vario ORL |
| 43, 44 | | URIACH | |
| 45 |  | PLANTRONICS | |
| 46 |  | SUMINISTROS HOSPITALARIOS, S.A. | Implante de oído medio; vendas y taponamientos nasales; tubos de ventilación; splint nasales; cánulas de aspiración; agujas de microdissección colofo; fresas y sistemas micro motor; microscopio orl; procesador de sonido baha |
| 47 |  | OTOLOGICS IBÉRICA SL | CARINA: Prótesis auditiva de oído medio completamente implantable |
| 48 |  | ZAMBÓN, S.A. | Fluiorespira Forte; Fluiorespira Mar; Aceoto Plus; Flumil Forte; Flumil 4% |
| 49 | | LASERTECH IBÉRICA | |

50		ATOS MEDICAL SPAIN, S.L.	Prótesis de voz y accesorios; filtros humidificadores; placas basales adhesivas para filtros humidificadores; tubos de laringectomía; botón de estoma; implante de titanio para medialización de la cuerda vocal; laringófono digital; tubos de drenaje timpánico; dispositivos para rinología; sistema de rehabilitación en casos de movilidad maxilar limitada; fotóforos, fuentes de luz y vídeo cámara frontal; vídeo cámara portátil para endoscopia; bisturí y palas para miringectomía y timpanoplastia; cánulas traqueotomía con o sin balón
51		OLYMPUS ESPAÑA S.A.U	Radiofrecuencia Bipolar "RFITT", Fibrolaringoscopios, Videolaringoscopios, Endoscopios rígidos nasales, Instrumental general, Instrumental sinuscopy, Cámaras alta definición, Fuentes de Luz, Monitores, Sistemas de captura de imagen.
52		SISTEMAS TÉCNICOS ENDOSCÓPICOS S.A.	Fibroendoscopios y videoendoscopios flexibles marca Fujinon, así como accesorios de endoscopia
53		INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA, S.A.U.	Inmunoterapia Bacteriana; VAE
54		SIBEL, S.A.	Audiómetros; cabinas insonorizadas; polígrafos; polisomnógrafos; rinomanómetros; consumibles

OTRAS

55		MUTUAL MÉDICA
56		ALERBIO
57		MEDICAL INN
M1		VIVO SONIC
M2		ELSEVIER
M3		XIX IFOS WORLD CONGRESS. BRASIL, SAO PAULO 2009
M4		SOCHIORL
M5		AXÓN
M6		AICE

■ PATROCINADORES DESTACADOS

58 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 10-13 de noviembre de 2007



Daiichi-Sankyo



PHARMA
En ORL, ponemos los 5 sentidos



VI Congreso Nacional de la AEEORL

Madrid, 12 y 13 de noviembre de 2007

“Caminando hacia la calidad asistencial y seguridad del paciente en ORL”

OBJETIVO

Reconocer las técnicas y estrategias para afrontar la actividad laboral.
Proporcionar un foro para el intercambio de experiencias de la enfermería relativas a la prevención, cuidado, docencia e investigación.
Desarrollo de la visibilidad de la enfermera como pieza clave de la atención al paciente.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta de honor
Carmen Mencía Fernández
Presidenta
Beatriz Cordero Fraile
Vicepresidenta
Teresa Señas Barrado
Secretaria
Beatriz de Luis

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta
Dolores Lucas López
Secretaria
Concepción Pascual de Torres
Vocales
M^a Jesús Vicente Arranz
Encarnación Soler Carrión
Enriqueta Padrino Pérez
Pilar de la Cal Arauzo

PREMIOS

Los premios a la mejor Comunicación Oral y Póster de Enfermería ORL patrocinado por la A.E.E.O.R.L. serán de 600€ y 300€ respectivamente. Dichas Comunicaciones serán evaluadas por un jurado formado por la Junta Directiva de la A.E.E.O.R.L. (Presidenta, Vicepresidenta, Secretaria, Tesorera y tres vocales). Cada Comunicación y Póster se evaluará por **Presentación** (5 puntos máximo), **Contenido Científico** (5 puntos máximo) e **Implicación y Relevancia de Enfermería** (10 puntos máximo).

DIRECCIONES

Asociación Española de Enfermería de Otorrinolaringología
C/ Corregidor Diego de Valderrábano n° 1 3° B
CP 28030 Madrid
e-mail aeeorl@hotmail.com

Comité Científico

C/ Delicias n° 5 4°A CP 28045 Madrid
(Dolores Lucas López).
e-mail lolalulo@yahoo.es

Secretaría Técnica

ORL Congresos, S. L.
C/ General Pardiñas, n.º 45 - 1.º D
28001 Madrid
Tel.: +34.915.759.393
Fax: +34.914.312.692
e-mail: orlcongresos@seorl.net

Lunes, 12 de noviembre de 2007

09.00 - 11.00	Recogida de documentación
11.00 - 11.30	Inauguración oficial del 58 Congreso Nacional de la SEORL y el VI Congreso Nacional de la AEEORL
	Auditorio
11.30 - 12.00	<i>Pausa Café</i>
12.00 - 13.30	Laringe. Moderadora: Dolores Lucas López
12.00 - 12.30	Ponencia: Investigación Laringectomía e Internet.
	M ^a Ángeles Cidoncha Moreno
12.30 - 12.40	Comunicación: Cuidados de enfermería en la deglución del paciente laringectomizado: Terapia de reeducación.
	M ^a Victoria Ruiz García
12.40 - 12.50	Comunicación: Cuidados intraoperatorios en microcirugía laríngea láser.
	Alicia Lamata Marínez
12.50 - 13.00	Comunicación: Características y criterios de uso de las diferentes cánulas de traqueostomía.
	Gemma Castañeda Fernández
13.00 - 13.10	Comunicación: PH-metría Faringolaríngea en la consulta de ORL
	Laura Sarrasqueta
13.10 - 13.20	Comunicación: Preparación y acogida al paciente quirúrgico de ORL
	Olga Martín Velasco
13.20 - 13.30	Preguntas
14.00 - 16.00	Cóctel de bienvenida
16.00 - 17.00	Conferencia: Pedagogía de “cómo hablar en público”.

- 17.00 - 18.00 Conferencia: Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos.
Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 18.00 - 19.00 Asamblea A.E.E.O.R.L.
Cena de confraternidad.

Martes, 13 de noviembre de 2007

- 09.00 - 10.30 Lectura de los Pósteres.
Consulta de enfermagem ao doente laringectomizado
José Saraiva Alexandre Fonseca
Rehabilitación de la voz después de una laringectomía total
Cleofe Jiménez Iranzo
Evaluación de enfermería en patologías cervicales
Ricardo del Baño Llorca
Folleto informativo: Consejos a pacientes portadores de cánulas de traqueostomía
Ana Salido Zarco
Amigdalotomía láser
Vicenta Ferrer Abad
Cuidados de enfermería en el tratamiento de la epistaxis
Carmen Mejuto Agra
Técnicas de valoración endoscópica en ORL. Estudio comparativo
Dolores Los Arcos
Poligrafía respiratoria. Protocolo de enfermería
M^a Dolores Poyatos Ruiz
Radiofrecuencia y cirugía convencional
Isabel Escamilla Isem
Revisión del uso de productos de curas en otorrinolaringología
M^a Victoria Ruiz García
Papel de la enfermería en el diagnóstico de la hipoacusia infantil
Paz Balerdi Gil de Gómez
Tratamiento intratimpánico en el acúfeno
Rossana María Díez Moreno
Condicionamiento en niños con hipoacusia profunda bilateral para la cirugía y adaptación del implante coclear.
Olga Robles Cañón
Consulta de alta resolución en otorrinolaringología
Isabel Herrero Moreno
Cuidados de enfermería para evitar la infección y/o necrosis del colgajo en el dispositivo BAHÁ
Luis Moreno Olivares
- 10.30 - 11.00 C.M.A. Moderadora: *Enriqueta Padrino Pérez*
Ponencia: Otorrinolaringología en C.M.A
Eva María Rivas Muñoz

- 11.00 - 11.15 Preguntas
11.30 - 12.00 Pausa Café
12.00 - 13.30 Rinología. Moderadora: *Pilar de la Cal Arauzo*
- 12.00 - 12.30 Ponencia: Peak Flow Nasal, consulta ORL, nuestros resultados
María Dolores Poyatos Ruiz
- 12.30 - 12.40 Comunicación: Diagnóstico diferencial de anosmia con olfatometría BAST-24
Silvia Centellas Jiménez
- 12.40 - 12.50 Comunicación: Dacriocistorrinostomía con diodo láser
María José Fernández Martínez
- 12.50 - 13.00 Comunicación: Cirugía endoscópica sinusal asistida con balón (CESAB)
Marta Seijas Rodríguez
- 13.00 - 13.10 Comunicación: Gestión de residuos sanitarios en un quirófano de ORL
Amparo Rubio Sanpedro
- 13.10 - 13.20 Comunicación: Aplicación del modelo de Enfermería referente en la unidad de ORL en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya.
Virginia Moreno González
- 13.20 - 13.30 Preguntas
14.00 - 16.00 Comida
16.00 - 17.30 Otología. Moderadora: *Concepción Pascual de Torres*
- 16.00 - 16.30 Ponencia: Pérdida de audición espontánea a nivel ambulatorio.
Enriqueta Padrino Pérez
- 16.30 - 16.40 Comunicación: Síntomas secundarios y expectativas después de pruebas de función vestibular
Silvia Otamendi Dunizeau
- 16.40 - 16.50 Comunicación: Técnica de la videonistagmografía.
Azucena Urraca Aguado
- 16.50 - 17.00 Comunicación: Dificultades en la realización de las OEAs al comienzo de la puesta en marcha del Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil en Asturias
Eva Antuña León
- 17.00 - 17.10 Comunicación: Implantación de la audiometría tonal (AT), informatizada en la consulta de alta resolución.
María Pilar Villanueva Jiménez
- 17.10 - 17.20 Comunicación: Plan de cuidados de enfermería para pacientes sometidos a cirugía ORL ampliada a base de cráneo.
Raquel Soria Delgado
- 17.20 - 17.30 Preguntas
17.30 - 18.30 Conferencia: Audiometría
18.30 - 19.00 Premios A.E.E.O.R.L. (Comunicación y Póster).
- 19.00 Clausura por la Presidenta de la Asociación. Carmen Mencía

VI Congreso Nacional de la AEEORL

Madrid, 12 y 13 de noviembre de 2007

"Caminando hacia la calidad asistencial y seguridad del paciente en ORL"

COMUNICACIONES Y PONENCIAS

LUNES, 12 DE NOVIEMBRE

LARINGE

12,00-13,30

PONENCIA: INVESTIGACIÓN, LARINGECTOMÍA E INTERNET

M.A. Cidoncha Moreno

Unidad de ORL (4ªA). Hospital Santiago Apóstol. Vitoria, Álava.

Introducción: Debido a la gran cantidad e información que se genera es importante acercarnos a la investigación que se realiza tanto para crear conocimiento como para mejorar la práctica diaria.

Objetivo: Realizar un acercamiento a la investigación en Enfermería relacionada con el tema de la laringectomía.

Material y métodos: Reflexión y revisión de distintas bases de datos.

Resultados: Se entrará a distintas páginas web y buscadores para ver qué información existe sobre este tema.

Conclusiones: Es necesario potenciar la investigación en Enfermería para enriquecimiento de la profesión, para adquirir nuevos conocimientos de una forma científica y poder prestar cada vez mejores cuidados y de mayor calidad a la población.

COMUNICACIÓN: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DEGLUCIÓN DEL PACIENTE LARINGECTOMIZADO: TERAPIA DE REEDUCACIÓN

M.V. Ruiz García, J. Ruiz García, A.M. García

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Introducción: Tras la intervención quirúrgica, el paciente laringectomizado debe aprender a comer de nuevo. Debido a las características anatómico-funcionales especiales de estos pacientes, la reeducación de la deglución tiene matices distintos en función de la intervención realizada.

Material y métodos: El paciente mantiene una hidratación y nutrición adecuada, adquiere los conocimientos y habilidades necesarias para una deglución eficaz de nutrientes líquidos y sólidos y realiza los ejercicios de rehabilitación aprendidos.

Conclusiones: El aprendizaje de la terapia de la deglución en el preoperatorio facilita el adiestramiento del paciente en el postoperatorio y mejora los resultados obtenidos, reduciendo el riesgo de complicaciones.

COMUNICACIÓN: CUIDADOS INTRAOPERATORIOS EN MICROCIROLOGÍA LARÍNGEA LÁSER

A.Lamata, J.A. Fernández, V. Martínez, M.J. Villamizar, C. Amado, A.P. López

C.H.U. Juan Canalejo, La Coruña.

Introducción: La utilización del láser en cirugía de laringe ha supuesto un avance importante en el tratamiento de patologías benignas y malignas. Su uso requiere la adopción de medidas específicas de protección tanto para el paciente como para el personal con el fin de evitar complicaciones y accidentes.

Material y métodos: Elaboramos un protocolo de actuación ante estas cirugías, tanto de señalización del quirófano, protección del personal y protección del paciente.

Resultados: Conseguimos sensibilizar al personal ante las nuevas técnicas para que adoptasen las medidas de protección que en ocasiones por

la rutina de las intervenciones se olvidan y pueden llevar a accidentes innecesarios y sobre todo evitables.

Conclusiones: La protocolización de las intervenciones nos lleva a conseguir un adiestramiento eficaz del personal de enfermería, optimizar los recursos y prevenir accidentes. La enfermería quirúrgica debe elaborar y mejorar los planes de cuidados específicos de cada intervención destinados a conseguir una mejor calidad asistencial y al mismo tiempo trabajar en un ambiente tranquilo y seguro. Debemos velar por la salud y la seguridad tanto el paciente como la nuestra propia. Somos cuidadores pero "debemos cuidarnos".

COMUNICACIÓN: CARACTERÍSTICAS Y CRITERIOS DE USO DE LAS DIFERENTES CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA

G. Castañeda Fernández, L. Valencia Muntalà, J.M. García Rambla,

C. Jiménez Iranzo, N. Rodríguez Moreno, J.J. Sánchez Requena

Servicio ORL-CMF, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona.

Introducción: El primer tubo de traqueostomía fue diseñado por Fabricius de Aquapendente, desde entonces la invención de materiales sintéticos y manguitos de baja presión/volumen, han mejorado las cánulas de traqueostomía y han reducido las complicaciones del procedimiento de ésta. Por ello, es esencial el conocimiento de la gran variedad de cánulas que tenemos a nuestra disposición, así como los criterios de uso para utilizar la más acorde y exclusiva a cada paciente.

Objetivos: Facilitar el conocimiento de las diferentes cánulas de traqueostomía para mejorar su elección en cada traqueostomizado.

Metodología: Recogida de información en los diferentes medios disponibles en nuestro hospital (internet, bibliografía específica, casas comerciales de traqueostomías,...), junto con las opiniones y experiencias de médicos y enfermeras de la unidad ORL-CMF.

Discusión: En enfermería, el conocimiento de las diferentes cánulas de traqueostomía es fundamental, pero hay que tener en cuenta que su elección mayoritariamente se encuentra en manos de los médicos, quienes realizan la técnica quirúrgica. No obstante enfermería debe conocer las diferencias entre dichas cánulas para su correcta manipulación y mantenimiento, y así también participar estrechamente con el equipo médico.

Conclusiones: Tras una recopilación exhaustiva de las diferentes cánulas de traqueostomía, manifestamos que existe una gran oferta en el mercado, que permite que la elección de una cánula para un traqueostomizado sea lo más adecuada para éste y así aumentar su confort y su seguridad. Así mismo, el aumento de conocimientos sobre estos productos, nos permite ofrecer unos cuidados más eficaces y así mejorar la calidad asistencial de nuestro trabajo.

COMUNICACIÓN: PH-METRÍA FARINGOLARÍNGEA EN LA CONSULTA DE ORL

L. Sarraqueta, D. Los Arcos, S. Fernández, B. Del Río, M. Martiartu

Clínica Universitaria de Navarra. Departamento ORL, Pamplona, Navarra.

Introducción: Prueba que pretende establecer criterios de diagnóstico de reflujo gastrofaringeo, así como la cuantificación, duración e intensidad, mediante la monitorización de forma ininterrumpida y durante 24 horas, de los valores de pH en el esófago y la región faringolaríngea, para instaurar el tratamiento más específico y adecuado.

Material y métodos: Holter de pH-metría modelo digitrapper; Sonda de doble canal con electrodo externo de referencia; Líquidos Buffer de pH 1 y 7; Fibroscopio; Ordenador para la descarga de datos; Hoja de procedimientos; Agua destilada; Gasas, gel conductor, esparadrapo, pilas, lubricante, depresores, dos recipientes.

Resultados: El 93% de los pacientes con trastornos de la voz y sospecha clínica de RFL se detectaron episodios de pH < de 4 a nivel faringolaríngeo. No se ha detectado correlación entre la severidad (puntuación total) en la escala de Belafsky y los principales parámetros que se registraron en la pH-metría. La hipertrofia de la comisura posterior, el edema de las cuerdas vocales y la presencia de granuloma si se relacionan con una mayor severidad en los valores de registro pH-métrico.

Conclusiones: La phmetría de 24 horas con doble canal es un procedimiento bien tolerado y fácilmente realizable en la consulta de ORL. Permite objetivar la presencia de ácido en la faringolaríngeo y cuantificar su intensidad (nº de episodios, duración y valor de pH). Permite objetivar la respuesta al tratamiento. Existe una correspondencia significativa y clara entre los signos observados en la exploración endoscópica y la objetivación de episodios de reflujo a nivel faringolaríngeo.

COMUNICACIÓN: PREPARACIÓN Y ACOGIDA AL PACIENTE QUIRÚRGICO DE ORL

A.K. González Fuentes, J.M. Monreal Guijarro, O. Martín Velasco
Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid.

Introducción: En la unidad de hospitalización de ORL de la FJD tenemos como objetivo del año 2006 la elaboración del proceso paciente programado quirúrgico de ORL desde la consulta hasta la preparación quirúrgica en su ingreso hospitalario. Se elaboraron 2 procedimientos en su desarrollo: acogida del paciente de ORL y preparación quirúrgica. Para evitar anulaciones quirúrgicas, retrasos y/o complicaciones en el perioperatorio, se establece un circuito unificado de preparación previa en estos pacientes. Con el fin de mejorar la calidad de atención en nuestro hospital y de conocer la situación real de la preparación del paciente quirúrgico, se elaboran estos procedimientos para estructurar este proceso.

Objetivos: Establecer las actividades y cuidados de enfermería previos a la intervención quirúrgica en el paciente de ORL. Establecer el circuito de estos pacientes con una intervención quirúrgica programada con ingreso. Conseguir que todos los pacientes ingresen con la Historia Clínica y documentación completa. Aplicar todas las actividades y cuidados de enfermería necesarios previo a la intervención quirúrgica para garantizar la seguridad del paciente.

Material y métodos: Se desarrolla un circuito de estos pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica. Se elabora un procedimiento sobre la documentación necesaria y preparación pre-quirúrgica, incluyendo: el chequeo del sobre quirúrgico, dentro de la historia clínica que el paciente aporta desde las consultas externas; las indicaciones médicas previas a la cirugía, elaboradas desde las consultas, y la valoración pre-quirúrgica de enfermería, al ingreso del paciente en la unidad.

Evaluación: Indicadores definidos en el procedimiento "preparación quirúrgica". Que se entregue la guía del paciente hospitalizado y se realice la acogida. Que el paciente esté preparado correctamente para la cirugía.

Conclusiones: Con la implantación y evaluación de estos procedimientos conseguimos: mejorar la variabilidad del proceso, sistematizar las actividades que se llevan a cabo en el ingreso de paciente en la Unidad de Hospitalización y dar al paciente de ORL una atención personalizada.

C.M.A. 10,30-11,00

PONENCIA: OTORRINOLARINGOLOGÍA EN CMA

E.M. Arribas Muñoz, B. González Ayesa, A. Bacas Ojeda
Unidad de Cirugía Ambulatoria, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Valoración preoperatoria y post-operatoria del paciente de ORL que va a ser intervenido en CMA; Evaluación de las complicaciones más frecuentes; Demostrar la eficiencia de la unidad con respecto a los pacientes de ORL (reintervenciones, complicaciones, complicaciones importantes, ingresos, visitas a urgencias...).

Método: Mediante encuesta previa a la intervención y toma de constantes (pulso, saturación, TA...), valoración post-quirúrgica mediante la escala de Aldrete en URPA I y II y encuesta telefónica a las 24 horas.

Resultados: Intervenciones hechas más frecuentes: microcirugía laríngea (61), pólipos nasales (30), drenaje transtimpánico (5), estapedios (13) y otros (34). Complicaciones detectadas: vértigo, náuseas, cefalea, sangrado nasal, y mareo por hipotensión ortostática.

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes es: un 80% muy satisfechos, 18% satisfecho, 1% indiferente y un 1% insatisfecho. Este elevado porcentaje es debido, en gran medida, al trato personalizado que aquí recibe cada paciente. El régimen ambulatorio es una buena alternativa a la hora de reducir lista de espera y abaratar costes. El paciente que se opera en cirugía ambulatoria sufre menos estrés y ansiedad, la recuperación por tanto es mejor.

RINOLOGÍA

12,00-13,30

PONENCIA: PEAK FLOW NASAL. CONSULTA ORL. NUESTROS RESULTADOS

M.D. Poyatos Ruiz, I. Jiménez Huerta, M.C. Mansilla Ramos
Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real.

Introducción: El medidor de pico-flujo inspiratorio nasal (in-check), es un dispositivo respiratorio portátil, utilizado para la medición de flujo inspiratorio por vía oral o nasal. Está diseñado como método sencillo, en la vigilancia de los promedios de flujo respiratorio, proporcionándonos una valiosa información sobre el grado de obstrucción o restricción dentro de los conductos de aire. En nuestra consulta ORL utilizamos este método para: -Valorar resultados en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente para aliviar la obstrucción crónica de la nariz, realizando una medición de pico-flujo inspiratorio nasal (PNIF) pre y post-quirúrgico; -Evaluación de la reversibilidad de la obstrucción nasal post-descongestivo nasal.

Material y métodos: Método retrospectivo usando los datos obtenidos durante el año 2006 en la consulta ORL del Hospital Santa Bárbara de Puertollano.

Vamos a precisar unos recursos materiales: Historia del paciente/hoja de enfermería; Medidor pico-flujo inspiratorio nasal (in-check); Jeringa 10 ml; Solución de detergente tibia; Gasas no estériles.

Resultados: Nos hemos centrado en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de radioturbino-plastia en el Hospital Santa Bárbara de Puertollano durante el año 2006, presentando: los resultados obtenidos tras la medición de PNIF pre y post-quirúrgica, y una encuesta autocumplimentada, individual y anónima respecto a la satisfacción de los resultados obtenidos.

Discusión/Conclusiones: Método sencillo; Prueba no invasiva, rápida y confortable; Intervención y tratamiento eficaces y disponibles.

COMUNICACIÓN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ANOSMIA CON OLFATOMETRÍA BAST-24

S. Centellas¹, I. Alobid¹, J.M. Guilemany¹, A. García-Pinero³, C. Castelo-Branco², J. Mollo^{1,4}

¹Unitat de Rinologia, Servei d'ORL. ²Unitat d'Endocrinologia Ginecològica, Hospital Clínic, Barcelona. ³Servicio ORL, Hospital Mateu Orfila, Menorca. ⁴IDIBAPS, Barcelona.

Introducción: Según el estudio OLFACAT el 16% de la población tiene trastornos del olfato y el 0,5% tiene anosmia. El estudio sistemático del olfato ha sido descuidado en los procedimientos diagnósticos de Rinología.

Material y métodos: Entre enero y diciembre del 2006, de los 1552 pacientes visitados en la Unitat de Rinologia/Clinica de l'Olfacte del Hospital Clínic de Barcelona se realizó una olfatometría BAST-24 a 204 (13,1%) pacientes para evaluar su trastorno objetivo parcial (n = 152, 74,5%) o total (n = 52, 25,5%) del sentido del olfato. La olfatometría BAST-24 (20 olores del 1º par y 4 del 5º par) analiza diferentes características del olfato como detección, memoria e identificación de los olores, siendo el único test de olfato validado para población española (Cardesin et al. Rhinology 2006).

Resultados: De los pacientes con anosmia subjetiva (N=52), se confirmó una anosmia de detección sólo en 24 (46,1%) de ellos, mientras en 10 (19,2%) se detectaron diferentes grados de hiposmia. En los 18 restantes (34,6%) los niveles de detección de olores fueron normales, aunque en 12 de ellos (23% del total) se detectó una alteración en la correcta identificación de los olores.

Conclusiones: Una vez realizada la olfatometría BAST-24 sólo la mitad de los pacientes que acudieron por anosmia subjetiva a una consulta especializada de Rinología presentan en realidad una anosmia de detección. La otra mitad tiene una detección de olores normal, presentando uno de cada cuatro pacientes una disfunción cognitiva en la identificación de los olores.

COMUNICACIÓN: DACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON DIODO LÁSER

M.J. Fernández Martínez, M.A. Contreras Hervas
Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La dacriocistorrinostomía consiste en una técnica quirúrgica en la que utilizamos la endoscopia endonasal y el láser diodo para abordar el saco lacrimal con el menor traumatismo para el paciente y una mejor recuperación de la mucosa en el postoperatorio.

Material y métodos: Está indicada esta intervención cuando el paciente presenta un cuadro de dacriocistitis crónica por obstrucción a nivel naso lacrimal. Se puede hacer con anestesia tópica y local, el tiempo de la intervención oscila entre 15 y 20 minutos, la acción quirúrgica del láser permite destruir el tejido mucoso y la pared ósea lacrimal creando una fistula entre el saco lagrimal y la fosa nasal a través de esta fistula se introduce unos tubos de silicona que los tendrá el paciente durante dos meses.

Resultados: Según un estudio realizado en 39 pacientes el 90% permanecen asintomáticos pudiendo incorporarse su actividad normal a las 48 horas de la intervención.

Conclusiones: Con esta técnica conseguimos la ausencia de cicatriz en la piel, no hay fractura ósea, precisa menor tiempo quirúrgico.

COMUNICACIÓN: CIRUGÍA ENDOSCÓPICA SINUSAL ASISTIDA CON BALÓN (CESAB)/BALLOON ASSISTED SINUS SURGERY (BASS)

M. Seijas Rodríguez, Luis Barber Castaño
Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: La cirugía endoscópica asistida con balón es una técnica quirúrgica que se realiza mediante un abordaje mínimamente invasivo, solucionando el problema de la sinusitis crónica que no responde a tratamiento médico, reduciendo los efectos secundarios de la técnica CENS. Esta técnica se basa en el procedimiento y dispositivos diseñados para la angioplastia coronaria. En la presentación hablaremos de: 1. Indicaciones de la técnica: sinusitis crónica (asociada o no a poliposis) que no responden a tratamiento médico; 2. Anatomía de senos paranasales; 3. Comparativa entre la técnica convencional (CENS) y la técnica asistida con balón: -CENS convencional: técnica quirúrgica instrumental, cuya finalidad es ampliar los ostium u orificios de los senos paranasales (maxilar, frontal y esfenoidal) con instrumentos fríos y con motor comeopolipos, mediante visualización directa con ópticas de 0 y 30. -CENS asistida con balón: técnica quirúrgica que consiste en ampliar los orificios de los senos paranasales mediante un balón de dilatación que se hincha con contraste, bajo control radioscópico, alcanzando presiones altas (de 8 a 16 atmósferas); 4. Ventajas de la CENS asistida con balón: -Facilita el abordaje de los senos paranasales, sobre todo del frontal y esfenoidal. -La técnica es sencilla y rápida reduciendo el tiempo de la cirugía. -Disminución de complicaciones postoperatorias. -Mayor permeabilidad del seno. -Visualización mediante control radiológico.

Material: Hasta la fecha hemos realizado 4 intervenciones. Disponemos de placas de RX, vídeo del material empleado (manejo de la sonda con balón y la jeringa de presión) y de la técnica.

Conclusiones: Mostrar una técnica novedosa en España donde la enfermería tiene un papel relevante en la realización de la misma.

COMUNICACIÓN: GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN UN QUIRÓFANO DE ORL

A. Rubio, H. de Vargas, F. Faus
Bloque Quirúrgico Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: El ordenamiento de la segregación, almacenamiento, transporte y eliminación de los residuos sanitarios, establece una serie de niveles de riesgo. Las Comunidades Autónomas disponen de normativas legales. Con su aplicación se evidencian prácticas no acordes a principio legal. Presentamos algunos planteamientos, su solución, evolución y resultados.

Objetivos: Exponer situaciones conflictivas que se generan en los procedimientos quirúrgicos en ORL. Enumerar propuestas de segregación adecuada para estos residuos. Exponer la evolución de los resultados de residuos eliminados.

Material y métodos: Se han revisado y analizado propuestas de solución a los problemas planteados. Hemos valorado los registros de residuos sanitarios en quirófanos.

Resultados: Presentamos en formato de tabla los datos de control de toda el área quirúrgica que permiten evaluar puntualmente la evolución ante actuaciones tendentes a una adecuada segregación.

Conclusión: Creemos que actualmente el quirófano de ORL de nuestro centro presenta un aceptable modelo de segregación de residuos sanitarios atendiendo criterios del decreto 240/94 Generalitat Valenciana.

COMUNICACIÓN: APLICACIÓN DEL MODELO DE ENFERMERÍA REFERENTE EN LA UNIDAD DE ORL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA

V. Moreno Gonzalez, J. Mendoza Ortega, B. Gasulla Pitarch
Unidad ORL, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La continuidad asistencial cobra papel relevante en el desarrollo enfermero, pero se percibía un déficit; la introducción del papel de enfermera referente consigue que al conocer el paciente la identidad de su enfermera responsable aumente su confianza; así implantamos la base fundamental de una atención de calidad. El impacto conseguido en la unidad se desarrollará en la comunicación.

Objetivos: -Asentar en la unidad un modelo de cuidados donde predomina la metodología enfermera; -Personalizar los cuidados. -Mejorar la calidad asistencial. -Aumentar la satisfacción del profesional-usuario.

Material y métodos: Modelo de cuidados propuesto por la dirección de enfermería, indicando se aplique a pacientes ingresados más de 48 h. Nos reunimos, enfermeras y mando intermedio, decidiendo aplicar modelo de cuidados a pacientes con patología laríngea, parótida y oído (timpanoplastia). Disponemos de registros, planes de cuidados, protocolos, validados por CACCDP.

Resultados: El modelo de cuidados se implantó en mayo 2006., no exento de dificultades solucionándose gracias a los profesionales implicados. Pacientes incluidos en el programa: 81; 55 pertenecen al grupo de patología laríngea, 10 de parótida y 16 de oído; manifestando que se han sentido escuchados, mejor atendidos sobre todo, cuando la enfermera se presenta diciéndolo yo soy su enfermera, encargada de planificar sus cuidados.

Conclusiones: Después de un año trabajando, tras la experiencia, podemos constatar que la asignación enfermera-paciente se puede llevar a cabo en nuestra unidad, nos ha permitido personalizar los cuidados, conseguir más satisfacción del usuario que es el objetivo principal de nuestro trabajo.

OTOLOGÍA 14,00-16,00

PONENCIA: PÉRDIDA DE AUDICIÓN ESPONTÁNEA A NIVEL AMBULATORIO

E. Padrino Pérez

Ambulatorio de Especialidades "Avda. de Portugal", Servicio ORL. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Las causas más comunes de la pérdida de audición espontánea en consulta suelen ser: tapones de cera, otitis seromucosa, cuerpos extraños, sorderas bruscas y traumas acústicos valoración de los niveles de ruido. Cuando los pacientes afectados vienen a consulta se les hace una historia clínica y se trata de solucionar la causa de su problema según el tipo de hipoacusia que padecen. Si son tapones, se les prepara y después se extraen estos. Lo mismo ocurre con los cuerpos extraños. Una vez diagnosticadas las otitis seromucosas se instauran pautas de tratamiento médico, según el caso, y se realiza un seguimiento periódico hasta comprobar la resolución del problema, si este no se resuelve se envía a la consulta hospitalaria para proceder a la implantación de unos drenajes transtimpánicos. Con las sorderas bruscas, una vez diagnosticadas, se pauta tratamiento médico lo antes posible y se realiza un seguimiento para control de las mismas.

Material y métodos: Pruebas funcionales audiométricas en consulta ambulatoria: podemos realizar en consulta: audiometrías, impedanciometrías y acumetrías. Los resultados de estas pruebas se valoran y se hace una

afiliación de la patología con el consiguiente tratamiento y seguimiento según el caso. Material: otoscopio, jeringa de Lombard, micropinzas, gasas no estériles, agua templada, batea, aspirador. Cabina insonorizada, audiómetro, impedanciómetro y juego completo de diapasones.

Resultados: Estas pautas de trabajo las realizamos diariamente en la consulta de ORL de ambulatorio de Especialidades.

COMUNICACIÓN: SÍNTOMAS SECUNDARIOS Y EXPECTATIVAS DESPUÉS DE PRUEBAS DE FUNCIÓN VESTIBULAR

S. San Bruno Quel, S. Otamendi Dunizeau, P. Rodríguez Urrea, V. Ayuso Bernal

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra.

Introducción: Estudio de seguimiento después de realizar pruebas vestibulares (PV) (Videonistagmografía, Pruebas Rotatorias y Posturografía Dinámica) para detectar posibles complicaciones y mejorar la calidad asistencial.

Material y métodos: Se recibieron 29 de 100 cuestionarios enviados a pacientes a los que se les realizó PV en el año 2006. Se preguntó sobre tiempo entre consulta y realización de pruebas, información previa proporcionada por profesionales sanitarios, documento de consentimiento informado, características de la sala de pruebas, efectos derivados en el momento, inmediatos y en días posteriores a su realización, valoración de la información sobre los resultados, y sugerencias del paciente.

Resultados: Para la mayor parte, "el tiempo entre consulta y pruebas" no fue excesivo y la "información recibida en consulta" fue suficiente. Para una gran parte el "documento del consentimiento informado" es mejorable. Las molestias referidas durante las pruebas son "la irrigación con agua" y "la posición", inmediatamente a las pruebas, "mareo e inestabilidad" en bajo porcentaje, mientras que en días posteriores casi la mitad presentaba sintomatología vestibular. Todos consideraron importante conocer los resultados en el día. "Recibir una atención telefónica posterior" fue la sugerencia más destacada.

Discusión/Conclusiones: Nos proponemos modificar el documento de consentimiento informado y realizar un seguimiento telefónico posterior, por sugerencia de los pacientes y para identificar y tratar sintomatología vestibular derivada de éstas. Por otra parte, destaca la importancia de informar al paciente sobre los resultados de las pruebas en el día.

COMUNICACIÓN: TÉCNICA DE LA VIDEONISTAGMOGRAFÍA

A. Urraca. R. Sinfreu. E. Bodet. V. Martínez

Hospital Nostra Senyora de Meritxell, Arans, Ordino, Andorra.

Introducción: Se describe detalladamente mediante la presentación de un vídeo la técnica de realización de la videonistagmografía (VNG) en nuestro Hospital.

Material y métodos: Desde la creación de la Unidad de ORL en nuestro Hospital, y la instauración de la VNG como prueba imprescindible en el estudio del vértigo periférico, se han realizado 150 pruebas, detallando la sistemática/protocolo de realización de las mismas.

Resultados: La experiencia adquirida en los últimos años, ha hecho modificar de manera sustancial la sistemática de realización de la VNG, introduciendo las maniobras posicionales (Dix-Hallpike, Nistagmus de agitación céfalica (NAC)), restando importancia al seguimiento oculomotor y realizando la prueba calórica con aire.

Conclusiones: La técnica de realización de la VNG es un proceso que necesita ser sistematizado y protocolarizado en cada centro, en función de la patología atendida y el nº de pacientes.

COMUNICACIÓN: DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DE LAS OEAS AL COMIENZO DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL EN ASTURIAS

E. Antuña León y Equipo del PADAI (F. Núñez Batalla, P. Carro Fernández, T. González Trelles, B. Álvarez Muñoz e IATYS-Vinjoy)

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción: La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, pone en marcha el Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil en el Principado de Asturias en el año 2002, estableciendo como Unidad de referencia, el HUCA de Asturias. En Oviedo. Se compone de médico ORL, médica fonoaudióloga, enfermera (actualmente son dos enfermeras), y administrativa. Se recibió formación, organizada por la Consejería. Durante el primer mes,

los tres profesionales de la Unidad se dedicaron a la realización de las OEAs. Después la enfermera de la Unidad, fue la responsable de realizar la Prueba a todos los niños nacidos en el Hospital, a los procedentes del Servicio de Neonatología y a los que nos piden cita de los Hospitales Privados. También realiza la enfermera las segundas y terceras OEAs.

Material y métodos: Las pruebas de cribado son: otoemisiones acústicas y PEATC cuando no pasan o tienen factores de riesgo. Se realiza la OEA el día del Alta y sino pasa, se da cita a los quince días, y sino pasa a los tres meses de edad. El aparato es un Capella Madsen, que realiza OEAs diagnósticas.

Discusión: Contamos nuestra experiencia en la puesta en marcha del Programa, dentro del Hospital. Las dificultades en el día a día, a la hora de realizar la prueba de OEA, en las Plantas de Tocología. Los problemas con el exceso de ruido (móviles, televisiones y volumen de voz del personal).

Conclusiones: Necesidad de informar al personal de enfermería para tener su colaboración en el día a día y las citas de fin de semana y días de fiesta. Necesidad de crear una sistemática, para tener controlados los nacimientos y que no se perdieran los niños. Se trabajó mucho la Información a las madres, para evitar los rechazos y la angustia sino pasa la Prueba. Recaptación, bien por vía telefónica o Trabajadora Social en casos de problemática social.

COMUNICACIÓN: IMPLANTACIÓN DE LA AUDIOMETRÍA TONAL (AT) INFORMATIZADA EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

M.P. Villanueva Jiménez, S.M. Martín Martín

Hospital de Fuenlabrada (CEX ORL), Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: El Hospital de Fuenlabrada desde su creación cuenta con el programa informático SELENE como herramienta de trabajo habitual, el cual dispone de un único servidor, para facilitar al Centro de especialidades externo y al mismo Hospital un rápido acceso común a la Historia Clínica (HC) del paciente.

Objetivos: Presentar y difundir el programa NOAH como medio de transferencia de la AT. Establecer un circuito común. Minimizar el uso de papel como soporte para los resultados de pruebas complementarias. Reducir los tiempos de espera del paciente en la consulta de alta resolución.

Metodología: Una vez visto el paciente en consulta médica programada o en Urgencias, el facultativo solicita la realización de la AT. Como se trata de una consulta de alta resolución la enfermera realiza la técnica demandada en ese momento utilizando un audiómetro conectado a la red informática mediante el programa NOAH y se transfieren los resultados gráficos a la HC del paciente en el SELENE. Desde la implantación de esta herramienta a principio del año en curso se han detectado errores y se han puesto las medidas correctoras oportunas para poder comparar las ventajas y los inconvenientes con respecto al método tradicional.

Discusión: Es importante destacar el avance logrado desde el comienzo de la aplicación de la herramienta NOAH, consiguiendo minimizar los tiempos de espera, así como los errores de transcripción, la eliminación de papel y su ahorro en espacio de archivo.

COMUNICACIÓN: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORL AMPLIADA A BASE DE CRÁNEO

R. Soria Delgado

H.U.C.A. (Centro General), Oviedo, Asturias.

Introducción: A pesar de nuestros avances tecnológicos dentro de los hospitales, aún precisamos, en muchos de ellos, de herramientas en "soporte papel" que permitan registrar y evaluar nuestras acciones. Esta es la idea que se ha seguido para realizar este plan estandarizado para pacientes con intervención ORL extendida a base de cráneo.

Material y métodos: Partiendo del Plan de Cuidados que se ha usado en la unidad hasta la fecha, se han revisado los diferentes diagnósticos adaptando a la nomenclatura actual (NANDA-NIC-NOC).

Resultados: El registro escrito que hemos obtenido nos permite dejar reflejadas nuestras intervenciones y ver la evolución de los resultados.

Discusión/Conclusiones: Los registros en soporte papel siguen siendo necesarios. Presentamos nuestro nuevo registro con la intención de que otros profesionales puedan ayudar a mejorarlo complementando con las ideas que hayan seguido en otros hospitales.

VI Congreso Nacional de la AEEORL

Madrid, 12 y 13 de noviembre de 2007

"Caminando hacia la calidad asistencial y seguridad del paciente en ORL"

PÓSTERES

MARTES, 13 DE NOVIEMBRE

9,00-10,30

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE LARINGECTOMIZADO

A. Fonseca, J. Saraiva, L. Gonçalves y S. Costa
Hospital Garcia de Orta, Pragal (Almada), Portugal

La laringectomía total es particularmente mutiladora causando un gran impacto psicológico y social en el paciente. Así hay drásticos cambios en el estilo de vida llevando algunas veces al apareamiento de aislamiento social y depresión. Tanto este problema como la falta de recursos de la comunidad, hizo con que este servicio crease la consulta de Enfermería de follow-up para estos pacientes.

La Consulta de Enfermería es un espacio donde el Enfermero responsable por el paciente/familia tiene como objetivo contribuir para la mejoría de la calidad de vida del laringectomizado para promover su autonomía.

En este póster se explican los contenidos de la consulta de enfermería como el papel del enfermero en la misma.

REHABILITACIÓN DE LA VOZ DESPUÉS DE UNA LARINGECTOMÍA TOTAL

C. Jiménez, L. Valencia, J.M. García R., G. Castañeda y N. Rodríguez
Servicio ORL-CMF, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona.

Introducción: La pérdida de la voz no es el único problema con que se encuentra el laringectomizado, pero quizás sí es el más importante, por lo que dentro de la reinserción social de este tipo de paciente tiene una especial importancia restablecer la comunicación verbal que le permita expresar sus pensamientos y sentimientos.

Objetivos: Conocer los distintos métodos para rehabilitar la voz después de una laringectomía total. Es de gran interés para enfermería de ORL, puesto que nos permitirá realizar una buena educación sanitaria, así como llevar a cabo los cuidados de mantenimiento y solución de problemas en los pacientes portadores de prótesis fonatorias.

Metodología: Analizamos los distintos métodos para obtener voz sin laringe, viendo las ventajas, inconvenientes y complicaciones que presenta cada uno de ellos. Laringófonos, prótesis fonatorias y voz erigimofónica.

Discusión: En algunos casos el mejor método para rehabilitar la voz dependerá del tipo de cirugía que se haya aplicado, de la capacidad de aprendizaje y de las condiciones y patología previa del paciente.

Conclusiones: Las prótesis fonatorias (PF) permiten hablar casi en forma inmediata después de la cirugía, pero presentan una serie de complicaciones que pueden minimizarse si se aplican unos buenos cuidados de mantenimiento. Las consultas a ORL de los portadores de PF disminuyen en un 55% si enfermería de ORL realiza una buena educación sanitaria al alta, de los cuidados de las mismas. En algunas ocasiones el laringectomizado presenta serias dificultades para aprender a utilizar la voz erigimofónica y aunque éste sea el método de rehabilitación que da más autonomía y menos complicaciones no siempre se puede desarrollar.

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PATOLOGÍAS CERVICALES

R. del Baño Llorca, R. Burgos Peláez, N. Lacosta Gracia, M. Trabal Gutiérrez

Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción: La detección precoz de las complicaciones, así como el manejo y conocimiento del material a utilizar en el paciente intervenido de cirugía cervical mayor es importante para implementar el tratamiento específico. El equipo de enfermería debe estar entrenado en detectar los signos clínicos que preceden y aparecen en las complicaciones.

Material y métodos: Durante 36 meses hemos recopilado las complicaciones que han aparecido en los pacientes sometidos a cirugía cervical mayor en el Servicio de Otorrinolaringología de un hospital de tercer nivel. Los parámetros que se han recogido en base a los tipos de intervención son: fiebre, estado del traqueostoma y la herida quirúrgica. Presencia de fistulización. Soporte nutricional y tipo. Tipos de drenajes. Complicaciones postquirúrgicas más frecuentes.

Resultados: Las complicaciones más frecuentes en los pacientes intervenidos de cirugía cervical han sido: fistulas, infección posquirúrgica, salida espontánea/provocada de la SNG, disnea por cánula obstruida, hemorragia y enfisema.

Discusión/Conclusión: El equipo de enfermería debe estar entrenado en la detección precoz de las complicaciones y en el manejo del utillaje que precisa el paciente sometido a cirugía cervical mayor para mejorar la calidad asistencial.

FOLLETO INFORMATIVO: CONSEJOS A PACIENTES PORTADORES DE CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA

M.P. Gascón García, M. Gómez Hontanilla, J. Ortega Delgado, M.V. Ruiz García, A. Salido Zarco

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción: La Unidad de Enfermería de ORL ha elaborado un folleto informativo que sirve de soporte al personal sanitario de ORL, para mejorar los conocimientos y habilidades del paciente y familiares en el cuidado de su traqueostoma.

Material y métodos: Folleto informativo "Recomendaciones a pacientes portadores de cánula de traqueotomía y sus familiares" que es entregado por el personal de enfermería en la tercera fase de nuestro Programa de Educación Sanitaria, explicando su contenido.

Resultados: El paciente manifiesta ya durante su estancia hospitalaria capacidad para el autocuidado de su traqueostoma, con una buena ventilación de la vía aérea, actuar ante situaciones especiales como un ataque de tos o la presencia de un tapón mucoso, sabe realizar el cambio de cánula, conoce los cuidados en su alimentación e higiene, sabe detectar y actuar ante situaciones de alarma, así como establecer un medio eficaz de comunicación con los familiares y personas de su entorno.

Discusión/Conclusiones: La educación e información sanitaria recibida de forma precoz por parte de pacientes y familiares mejora la adhesión a su proceso, colaborando en los cuidados y en la modificación del estilo de vida del paciente.

AMIGDALOTOMÍA LÁSER

V. Ferrer Abad; I. Adsua; M. Forcada; S. Bono; M. Monferrer

Hospital La Plana, Vila-Real, Castellón

Introducción: La aplicación del láser ha supuesto un cambio importante en el enfoque terapéutico de la hipertrofia amigdalar, sustituyendo las

técnicas radicales por técnicas conservadoras, con grandes resultados tanto en la finalidad de la intervención como en la disminución de complicaciones.

Material y métodos: Utilizaremos la técnica de reducción amigdalar con láser CO₂, que actúa en superficie controlando perfectamente la profundidad de acción del impacto. La intervención se realizara bajo anestesia general, con tubo endotraqueal adecuado y nos serviremos de un terminal o pieza de mano específica para los procedimientos orales.

Resultados: De los 20 casos estudiados ninguno ha presentado sangrado en el postoperatorio, la tolerancia a los alimentos ha sido a las 6 horas y la demanda de analgésico ha sido mínima.

Conclusiones: Técnica menos agresiva; Ausencia de hemorragia; Postoperatorio más cómodo (dolor mínimo); Resolución de la clínica obstructiva.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS

C. Mejuto Agra, M.D. Roca Romalde, O. Castro Rodríguez, E. Ruiz Seco
Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Servicio de ORL, A Coruña.

Introducción: La epistaxis constituye una de las patologías más comúnmente atendidas en el servicio de urgencias de ORL. Un porcentaje de ellas precisa ingreso hospitalario. Para su resolución es extremadamente importante el trabajo en equipo y la colaboración de los distintos profesionales médicos, a fin de evitar las distintas complicaciones que se pueden presentar.

Material y métodos: Revisamos las historias clínicas de los últimos 5 años de los pacientes ingresados por epistaxis. Estudiaremos sus características generales referidas a tensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, estado de coagulación así como el sistema utilizado para el control de la hemorragia. Presentamos además el protocolo de actuación de enfermería para el tratamiento de las epistaxis.

Resultados: En el periodo citado las epistaxis constituyeron la segunda patología más frecuentemente ingresada en el Servicio de Otorrinolaringología, por detrás de las amigdalitis. La mayoría de los casos se resolvieron con taponamiento anterior y fueron ingresados para control y observación del estado general. Menos frecuentemente requirieron taponamiento combinado anteroposterior. Como medidas extremas fueron necesarias en ocasiones anestesia general con cirugía o embolización.

Conclusiones: Queremos poner de manifiesto el importante papel del personal de enfermería para que se pueda llevar a cabo el correcto tratamiento en un tiempo y en unas condiciones óptimas.

TÉCNICAS DE VALORACIÓN ENDOSCÓPICA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA. ESTUDIO COMPARATIVO

D. Los Arcos, L. Sarraqueta, S. Fernández, N. Aguirre, I. Esparza
Clínica Universitaria de Navarra. Departamento ORL, Pamplona, Navarra.

Introducción: La utilización de tecnología moderna, ha modificado de forma extraordinaria la metodología de la valoración visual en la exploración de fosas nasales, faringe y laringe, tanto en reposo como en fonación, así como el acceso terapéutico a las mismas.

Material y métodos: Presentamos en nuestra experiencia, imágenes de laringe y fosas nasales con distintas ópticas y diferentes procedimientos: Endoscopia Flexible – Fibroscopia/videonasofaringolaringoscopia; Endoscopia Rígida o Telarolaringoscopia (Estroboscopia).

Resultados: Las prestaciones ópticas de la telarolaringoscopia supera a la de los fibroscopios, en lo que se refiere a magnificación, iluminación en ocular y definición. La información que aporta el fibroscopio es más real, por ello la utilidad en los trastornos funcionales de la voz es superior a la que aporta el telarolaringoscopia. En todas las ópticas, será proporcional el número de fibras con la intensidad en la fuente de iluminación. Con la videonasofaringolaringoscopia obtenemos una combinación de ambas técnicas siendo el método idóneo para la valoración visual de la morfología y dinámica faringolaringea.

Discusión/Conclusiones: La selección de la óptica ha de ir acompañada de los datos de la historia del paciente, así como de los síntomas. En general son exploraciones que no presentan mayor dificultad y muy pocas veces requieren de anestesia, pero es importante la destreza del médico, así como un control en la postura del paciente y una buena relajación.

POLIGRAFÍA RESPIRATORIA. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

M.D. Poyatos Ruiz¹, M.C. Fernández Duque², I. Jiménez Huerta

¹Departamento ORL, ²Departamento Pediatría, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real.

Introducción: Mientras el individuo duerme, los centros nerviosos neumotóxicos, diferentes a los que intervienen durante la vigilia, asumen el control de la función respiratoria. El sistema nervioso ha interpuesto una serie de medidas de seguridad que aseguran el mantenimiento de la respiración durante el sueño, pero estas mismas garantías de supervivencia, reducen la calidad del sueño nocturno en individuos con Trastornos Respiratorios ligados al Sueño (TRS). Los pacientes remitidos a la Unidad del Sueño serán evaluados, con el siguiente objetivo: - Establecer diagnóstico de sospecha; - Valorar funcionalidad y situación clínica del paciente; - Establecer indicaciones de estudio PGR (poligrafía respiratoria) y evaluar necesidad de tratamiento previo al estudio si fuera necesario; - Valorar eventuales contraindicaciones de la terapia a aplicar (CPAPn); - Valorar tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Descripción de la actuación de enfermería (método descriptivo) en la realización de la Poligrafía Respiratoria, en una Unidad de Sueño. Vamos a precisar unos recursos materiales: - Ingreso hospitalario en Unidad de Sueño durante una noche; - Historia del paciente/Hoja de enfermería; - Polígrafo respiratorio "Sibelhome plus"; - Gasas no estériles; - Esparadrapo hipoalergénico.

Resultados: La importancia de su diagnóstico deriva de la repercusión sobre: - La actividad familiar, social y laboral del paciente. - La estabilidad psíquica y emocional. - La salud (por su repercusión sobre el organismo). - Los accidentes de tráfico y laborales por somnolencia o reducción de la capacidad de atención.

Discusión/Conclusiones: Identificar el problema para llevar a cabo una actuación terapéutica lo antes posible. Contribuir a difundir y reforzar entre los ciudadanos la importancia de este síndrome. Utilizar el consejo sanitario.

RADIOFRECUENCIA Y CIRUGÍA CONVENCIONAL

I. Escamilla Isern; A.M. Carbonell Prats

Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca, Baleares.

Introducción: Vamos a realizar un póster informativo y comparativo sobre las diferencias existentes entre la cirugía tradicional o convencional y la utilización de radiofrecuencia.

Material y métodos: El material y método utilizado va a ser un póster con fotos y diferentes tipos de gráficas, así como explicaciones sobre preparación de pacientes, duración de intervenciones, dolor postoperatorio y coste económico, siempre de forma comparativa.

Resultados: Lo que queremos obtener es una comparativa entre ambos tipos de intervenciones o "terapias" de forma que se puedan mejorar todos los cuidados al paciente y ajustar los recursos tanto personales como materiales para su elaboración.

Discusión/Conclusiones: Se pretende que la información que va a dar el póster llegue a distintos niveles (otorrinos, enfermeras, gerencia, recursos humanos, pacientes, etc.), para mejorar la calidad asistencial de los usuarios que deben someterse a este tipo de intervenciones o terapias, y disminuir además el coste que implican.

REVISIÓN DEL USO DE PRODUCTOS DE CURAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

M.V. Ruiz García, J. Ruiz García, A.M. Ruiz García,

M. Gómez Hontanilla

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción: En las curas de Otorrinolaringología se emplean diversos productos: antisépticos, antibióticos, hemostáticos, desbridantes, absorbentes y otros, y se deben tener claras cuales son sus indicaciones y precauciones antes de aplicarlos.

Material y métodos: Fotografía de los productos; Tabla de clasificación de los productos según al grupo que pertenecen: antisépticos, antibióticos... y las indicaciones, contraindicaciones, precauciones especiales para Otorrinolaringología y forma de conservación.

Resultados: Permite un esquema visual de las utilidades de cada producto en la práctica diaria y sirve de recordatorio para su correcto uso, por ej. -Betadine (povidona yodada): su actividad disminuye en presencia de materia orgánica, no utilizar en pacientes que vayan a recibir ra-

dioterapia, no utilizar con derivados mercuriales. -Clorhexidina: activo en presencia de materia orgánica, pero disminuye su eficacia. Tóxico para el oído medio y daña la córnea. No usar sin diluir. Se diluye en agua destilada o alcohol. -Silverderma: no utilizar junto a enzimas proteolíticas, se inactivan. Hidratar y desbridar antes de aplicar. -Irurol Mono: desbridante enzimático. No utilizar conjuntamente con antisépticos ni con otros antibióticos (se especifican). No utilizar si existe infección fúngica o bacteriana. -Purilol gel: desbridante autolítico, puede usarse en lesiones infectadas, no rellenar la herida por encima de la piel lesionada.

Conclusiones: La correcta utilización de los productos en las curas contribuye a la buena evolución de las heridas y previene la aparición de complicaciones y efectos adversos.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPOACUSIA INFANTIL

P. Balerdi Gil de Gómez, C. Pazos Rodríguez, C. Barros Pazos
Complejo Hospitalario Juan Canalejo, La Coruña

Introducción: Presentamos un póster sobre el papel de la enfermería en la detección de la hipoacusia infantil.

Material y método: Se incluye material gráfico sobre el aparataje empleado (potenciales evocados, otoemisiones acústicas, audiómetro infantil,...) así como las indicaciones y protocolo de actuación.

Resultados: La labor de la enfermera es crucial como apoyo al médico para el diagnóstico de los niños con hipoacusia.

Discusión: La detección precoz del niño sordo es importante para asegurar el correcto desarrollo de las áreas cerebrales del lenguaje y minimizar las secuelas en la etapa adulta.

TRATAMIENTO INTRATIMPÁNICO EN EL ACÚFENO

R. Díez, L. Plaza, C. Vergara, R. Tarriño, C. Serrano, M. Esteban, J.C. García, M.L. Pérez

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, Madrid.

Introducción: En la consulta de ORL se realiza como parte del tratamiento del acúfeno la administración intratimpánica de urbason.

Material y métodos: Se realiza sin preparación previa del paciente. Semitumbado con la cabeza lateralizada al lado contrario del oído a tratar. Se prepara un anestésico local, la medicación y campo de trabajo. Una vez inyectado queda en reposo 20 minutos.

Resultados: Tras tres dosis de 1 semana de diferencia entre uno y otro se realiza revisión al mes, con el fin de haber solucionado o al menos mejorado la patología a tratar.

Conclusiones: Se comienzan a tratar con urbason intratimpánico otras patologías del oído dando resultados favorables.

CONDICIONAMIENTO EN NIÑOS CON HIPOACUSIA PROFUNDA BILATERAL PARA LA CIRUGÍA Y ADAPTACIÓN DEL IMPLANTE COCLEAR

O. Robles Cañón, P. Malmierca Benítez

Quirófano Infantil Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El proceso quirúrgico genera en los niños una situación de miedo, que se agrava en los casos en que la comunicación verbal no es posible. El papel de la enfermería es vital, al ser el personal que recibe al niño en la hospitalización. En la hipoacusia profunda bilateral la colaboración de la familia, y el conocimiento del protocolo de atención integral para el condicionamiento del niño en el implante coclear, que a continuación presentamos, es fundamental para el éxito.

Objetivos: Conseguir por parte del niño y la familia la colaboración en el proceso de la implantación para disminuir el estrés generado por la hospitalización.

Material y métodos: Presentamos un paciente con indicaciones de implante coclear que cumple los criterios audiológicos, audiométricos, psicológicos y educacionales requeridos. La metodología gráfica y lúdica usada se basa en la entrega de un cuento, que describe mediante imágenes todo el proceso que vivirá el niño, y de un muñeco, que servirá para explicarle los pasos a seguir en el pre- y postoperatorio, ya que le apli-

caremos los mismos cuidados que al paciente (exploración, colocación de mascarilla facial para la anestesia, monitorización, vendaje, colocación de implante de plástico, etc.).

Resultados: Se consigue la total integración del niño en todo el procedimiento de la implantación a través del lenguaje gestual y del juego.

Conclusiones: Se muestra la importancia de que el niño participe en todo el procedimiento para evitar el estrés. Consideramos que el conocimiento de este protocolo por parte del personal y la familia es primordial para lograr el éxito del tratamiento.

CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

I. Herrero, M.J. Muro, A. Amatria, B. Marín, E. Arana, E. Maraví
Fundación Hospital Calahorra, Calahorra, La Rioja.

Introducción: Se define consulta de alta resolución, aquella en la que se realiza el acto médico asistencial, exploración del paciente, pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento, de forma ambulatoria y en una única consulta. Debe emitirse informe de alta para su facultativo responsable en atención primaria.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo de la dinámica del proceso asistencial de alta resolución en consultas externas de Otorrinolaringología, así como el papel del personal de enfermería en la realización tanto directa como adyuvante de las pruebas complementarias a realizar en este modelo de gestión de procesos.

Resultados: Reducción de tiempos de espera en primera visita de consultas externas. Reducción de tiempos de espera quirúrgicos. Aumento del grado satisfacción del paciente ya que minimiza el número de consultas y la incertidumbre ante resultados diagnósticos. La otorrinolaringología se trata de una patología en la que el concepto de consulta única, alcanza su máximo nivel de rendimiento.

Conclusiones: El aumento de la demanda asistencial especializada, hace necesario la creación de nuevos modelos de gestión asistencial, más dinámicos y eficientes para hacer frente a las derivaciones desde atención primaria. La consulta de alta resolución o consulta única se impone como punta de lanza, dando respuesta a las nuevas exigencias médicas. Se trata de una mejora en la eficiencia del sistema organizativo, manteniendo o aumentando la calidad asistencial. Debido a que en la mayoría de las pruebas complementarias participa directa o indirectamente el personal de enfermería, un punto básico en este tipo de asistencia especializada es la formación, también especializada, de todo el equipo de enfermería.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EVITAR LA INFECCIÓN Y/O NECROSIS DEL COLGAJO EN EL DISPOSITIVO BAHÁ

L. Moreno Oliveras, Y. Córdoba Ladrón de Guevara, C.M. Girbes Izquierdo, J. Gisbert Aguilar

Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia.

Introducción: Tras la descripción de infecciones y/o necrosis de la herida quirúrgica en varios estudios, que varían del 5% al 50%; en nuestro hospital utilizamos un tipo de cura, con el objetivo de disminuir tales complicaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional sobre 15 pacientes operados en nuestro centro. Aportamos el estudio de 15 pacientes intervenidos, haciendo uso de un vendaje hecho con gasa hidrófila orillada impregnada en trigón pomada. Se revisaron las heridas a los 8 días, manteniendo una antibioticoterapia, y a los 15 días de la intervención. Los signos de infección se valoraron como en cualquier herida quirúrgica: eritema, tejido de granulación, fiebre, etc.

Resultados: En el estudio no se ha registrado ningún caso de infección y/o necrosis del colgajo.

Discusión: En estudios previos la incidencia de infección ha variado desde el 50% (gasa vaselinada), 16% (pomada antibiótica, corticoides y antifúngicos), 10% (apósito hidrocélular) y 5% (apósito hidrocélular + pomada antimicrobiana). Nuestro trabajo que combina triamcinolona, anfotericina b y gramicidina no presentó ninguna infección cutánea.

Conclusiones: Nuestros cuidados de enfermería dan un buen resultado, pero es necesario ampliar la muestra para dar mayor validez al estudio.

SOLICITUD DE INGRESO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

ORL ☐ OTRA ESPECIALIDAD (ESPECIFICAR) _____

DATOS PERSONALES (obligatorios)

APELLIDOS			
NOMBRE			
DNI	Nº COLEGIADO	DR.	PROF.
NACIONALIDAD			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			

DIRECCIÓN PARTICULAR

Calle/Plaza	LOCALIDAD	PAÍS
C.POSTAL	MÓVIL	FAX
PROVINCIA		
TELÉFONO		
E-MAIL		

DIRECCIÓN CONSULTA PRIVADA

Calle/Plaza	LOCALIDAD	PAÍS
C.POSTAL	FAX	
PROVINCIA		
TELÉFONO		
E-MAIL		
Si está en un Centro, especificar:		

DIRECCIÓN CENTRO HOSPITALARIO

HOSPITAL	LOCALIDAD	PAÍS
SERVICIO	FAX	
Calle/Plaza		
C.POSTAL		
PROVINCIA		
TELÉFONO		
E-MAIL		

DIRECCIÓN PREFERENTE
E-MAIL PREFERENTE
TELÉFONO PREFERENTE

DATOS PROFESIONALES

RESIDENTE ☐ AÑO FINALIZACIÓN: _____ (Adjuntar certificado del jefe de servicio, tutor o gerente)

DESEO PERTENECER TAMBIÉN A LA ASOCIACIÓN PROFESIONAL ☐
(Añadiremos un euro a la cuota de socio)

MODALIDAD DE PAGO

DOMICILIACIÓN BANCARIA ☐

N.º DE CUENTA

Cod. Ent. Cod. Suc. D.C. N.º Cta.

TARJETA DE CRÉDITO (VISA o MASTERCARD) ☐

N.º de tarjeta

CHEQUE (Pagadero en un banco español) ☐

Adjunto cheque por importe de _____ euros, según relación de cuotas.

Caducidad

AVALES

Deberán ser miembros numerarios de la SEORL (no son válidos miembros residentes)

AVAL 1
FIRMA

AVAL 2
FIRMA

He leído y acepto las condiciones de ingreso y características de los socios

FECHA DE SOLICITUD
FIRMA DEL SOLICITANTE (obligatorio)

Enviar por correo postal a SEORL-PCF, C/ General Pardiñas, n.º 45 - 1.º D, 28001 MADRID (ESPAÑA)

Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS SOCIOS

- Los socios tienen derecho a recibir en su dirección preferente los 10 números anuales del "Acta Otorrinolaringológica Española", desde el mes siguiente a su fecha de alta, así como todos los suplementos extraordinarios que de esta se editen.
- Los socios tienen derecho a acceder al área restringida de nuestra página web, www.seorl.net. Para ello, deberán registrarse en la misma, y en un plazo de 48 horas hábiles nosotros validaremos su registro. (Nosotros NO proporcionamos el usuario y contraseña, lo elige usted)
- Se enviará a los socios que nos faciliten su e-mail el Boletín Informativo Electrónico, así como información de cursos y congresos que organice la SEORL u otros organismos a través de ORL Congresos, S. L.
- Se entregará a todos los socios la Ponencia Anual de manera gratuita, y podrán acceder a Ponencias Oficiales de años anteriores a un precio muy económico.
- Los miembros de la SEORL se beneficiarán de cuotas reducidas en Cursos y Congresos organizados por la misma, y de Reuniones y Cursos exclusivos para los socios.
- La SEORL tiene a disposición de sus socios un amplio programa formativo de Becas y Ayudas para visitas interhospitalarias, formación post-residencia, contratos de investigación... Entérese de todas las actividades en nuestra web.
- Los socios deberán abonar la cuota correspondiente una vez al año, así como la cuota del seguro de vida obligatorio para todos los socios de nacionalidad española. La cuota de pertenencia a la SEORL se abonará durante el **primer trimestre** del año y la cuota del seguro de vida el **tercer trimestre**. En caso de que usted elija la modalidad de pago mediante domiciliación bancaria, se pasarán los recibos a su banco en los citados trimestres. La Asociación Profesional es una opción aplicable solamente a aquellos especialistas que trabajen en España.
- Es obligación de los socios mantener actualizados sus datos en la SEORL. Nosotros intentamos realizar actualizaciones periódicas, pero si sus datos varían y no nos lo notifica, las pérdidas de correspondencia o gastos que se originen serán su responsabilidad

CATEGORÍAS DE SOCIO

Al darse de alta en la SEORL, entrará a formar parte de una de las siguientes categorías:

Socio Numerario

Otorrinolaringólogos cuya nacionalidad sea de un país de la Unión Europea y trabajen en la Unión Europea.

Cuota de pertenencia a la SEORL 75,13 €
Cuota del Seguro de Vida (nacionalidad española) 36,29 €
Cuota de la Asociación Profesional 1,00 €

Socio Residente

Licenciado en Medicina en Formación de la Especialidad de ORL, cuya nacionalidad sea de un país de la Unión Europea y esté desarrollando su formación en la Unión Europea

Cuota de pertenencia a la SEORL 60,70 €
Cuota del Seguro de Vida (nacionalidad española) 36,29 €
Cuota de la Asociación Profesional 1,00 €

Socio Corresponsal

Otorrinolaringólogo cuya nacionalidad sea de un país de la Unión Europea y trabaje en un país extracomunitario, o cuya nacionalidad sea extracomunitaria, dondequiera que trabaje.

Cuota de pertenencia a la SEORL 78,13 €
Cuota del Seguro de Vida (nacionalidad española) 36,29 €
Cuota de la Asociación Profesional ,N/A

Asociado

Cualquier licenciado en materias relacionadas con la ORL, que no sea otorrinolaringólogo y quiera formar parte de la Sociedad.

Cuota de pertenencia a la SEORL 75,13 €
Cuota del Seguro de Vida (nacionalidad española) 36,29 €
Cuota de la Asociación Profesional ,N/A

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA LA SEORL-PCF

ORL ☐ OTRA ESPECIALIDAD (ESPECIFICAR) _____

DATOS PROFESIONALES (Marcar lo/s que proceda(n))

DATOS PERSONALES (obligatorios)

APELLIDOS			
NOMBRE			
DNI			

RESIDENTE ☐

EN PARO ☐

BECARIO ☐

FACULTATIVO ESPECIALISTA ☐

JEFE DE SECCIÓN ☐

JEFE DE SERVICIO ☐

PROFESOR ASOCIADO ☐

UNIVERSIDAD: _____

PROFESOR TITULAR ☐

UNIVERSIDAD: _____

CATEDRÁTICO ☐

UNIVERSIDAD: _____

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

DIRECCIÓN PARTICULAR

Calle/Plaza			
C.POSTAL	LOCALIDAD	PAÍS	
PROVINCIA			
TELÉFONO	MÓVIL	FAX	
E-MAIL			

DIRECCIÓN CONSULTA PRIVADA

Calle/Plaza			
C.POSTAL	LOCALIDAD	PAÍS	
PROVINCIA			
TELÉFONO		FAX	
E-MAIL			

Si está en un Centro, especificar:

DIRECCIÓN CENTRO HOSPITALARIO

HOSPITAL			
SERVICIO			
Calle/Plaza			
C.POSTAL	LOCALIDAD	PAÍS	
PROVINCIA			
TELÉFONO		FAX	
E-MAIL			

DIRECCIÓN PREFERENTE

E-MAIL PREFERENTE

TELÉFONO PREFERENTE

Rellene sólo su nombre y apellidos y los datos que quiera que modifiquemos. También puede rellenar este impreso en nuestra web, www.seorl.net, y enviarlo por correo electrónico

ÁREAS DE PREFERENCIA DENTRO DE LA ESPECIALIDAD ORL

(Marcar hasta un máximo de 3 áreas, basándose en el porcentaje de actividad asistencial o en actividad científica)

AUDIOLOGÍA	☐
BASE DE CRANEO	☐
CIRUGÍA PLÁSTICA	☐
ONCOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL	☐
ORL GENERAL	☐
ORL PEDIÁTRICA	☐
OTOLOGÍA	☐
OTONEUROLOGÍA	☐
RINOLOGÍA / ALERGIA	☐
RONQUIDO Y APNEA	☐
VOZ Y FONIATRÍA	☐

FECHA

FIRMA (no es obligatoria)

¿Qué necesita para mejorar su competencia profesional?

¿Créditos?

¿Información?

¿Actualización?

¿Formación?

¿Rigor?

Escrito por y para los
mejores profesionales

¿Ahorro
de tiempo?

¿Solución
a los problemas
diarios?

¿Formato
multimedia?

Si ha contestado **Sí** a 2 ó más preguntas,
tenemos lo que usted necesita. Llámenos

902 888 740



ELSEVIER
DOYMA

MSF

SALVAMOS VIDAS

IGUAL QUE TÚ

**PERO
SIN TU AYUDA,
NUESTROS PACIENTES
TIENEN
MENOS
OPORTUNIDADES**

Como nosotros, cada día te enfrentas al sufrimiento humano. Y como nosotros, utilizas tus conocimientos y los medios técnicos y sanitarios que tienes a tu alcance para aliviarlo. La única diferencia entre tu trabajo y el nuestro es que nosotros casi nunca disponemos de los recursos suficientes para proporcionar asistencia médica urgente a las víctimas de epidemias, desastres de origen natural o humano, hambrunas o conflictos armados en cualquier parte del mundo. Por eso, para seguir salvando vidas como tú, para poder seguir asistiendo a quien más lo necesita, necesitamos tu ayuda.

**Hazte socio ahora de Médicos Sin Fronteras
llamando al 902 250 902 o conectando con
www.msf.es**

■ ÍNDICE DE AUTORES

- Abrante, A., 137
 Abril García, A., 111
 Acevedo, N., 100
 Acha, P., 103
 Acuña, M., 103
 Acuña García, M., 90
 Ademà, J.M., 69, 93, 97, 104
 Adsuara, I., 177
 Agreda Moreno, B., 85, 99, 124
 Aguadero García, I., 43, 138
 Aguadero García, M.I., 123
 Aguilá, A., 105
 Aguilar, F., 57, 93, 98
 Aguilar, F.J., 137
 Aguilar Vera, F., 41, 51, 77, 135
 Aguilar Vera, F.J., 37, 53, 77, 81, 82, 100, 103, 131
 Aguirre, N., 178
 Aguirregoitia, J., 142, 143
 Alarcón Linares, E., 83, 102, 123, 133
 Alcalde, J., 79, 117
 Alegre, M., 49
 Alfonso, C., 39
 Alfonso Collado, J., 99
 Alfonso Collado, J.I., 85, 124
 Allely, M.D., 77, 93, 98, 103
 Allely Teruel, M.D., 37, 41, 51, 53, 77, 81, 82, 100, 131, 135
 Almodóvar Álvarez, C., 140
 Alobid, I., 37, 44, 45, 50, 98, 99, 174
 Alonso, A., 129
 Alonso, D., 86
 Alonso, I., 38, 40, 57, 108, 128
 Alonso, M., 129
 Alonso Castañeira, I., 61, 79, 114, 115, 120, 124, 134
 Alonso González, C., 136
 Alonso Martín, I., 121
 Alonso Treceño, J.L., 61, 114, 130
 Altimari, R., 112, 139
 Álvarez, E., 134
 Álvarez, M., 76
 Álvarez, S., 106, 132
 Álvarez Buylla-Blanco, M., 55, 78, 109, 134
 Álvarez Buylla, M., 104
 Álvarez Carrillo, S., 96, 108
 Álvarez Cofiño, A., 104
 Álvarez Mon, M., 58
 Álvarez Muñoz, B., 176
 Amado, C., 173
 Amador, J.M., 108, 128
 Amatria, A., 179
 Amores Lloret, A., 110
 Andreu Mencía, L., 39, 111, 123
 Angrill, J., 44
 Angulo, A., 129
 Antuña León, E., 176
 Añibarro, B., 56
 Aparicio Fernández, J.M., 55
 Aramberri Aresti, J., 136
 Arán González, I., 73
 Arana, E., 179
 Arana Alonso, E., 93
 Arancibia Silva, M., 113
 Aranda Santos, B., 73
 Araujo, X., 42, 125, 138
 Araujo Piedra, X., 39, 43, 135, 143
 Arellano, B., 60, 79, 85, 89, 94, 140
 Arenaz Amas, E., 84
 Argüelles Arias, F., 60
 Argudo, F., 111
 Argudo Marco, F., 108, 109
 Arigas Sapiain, C., 110
 Aristegui, M., 138
 Aristegui Ruiz, M., 87, 143
 Armengol, M., 115
 Armengot, M., 114, 115
 Arribas López, M.T., 141
 Arribas Muñoz, E.M., 174
 Arruti, I., 91, 92, 127, 128
 Artal Sánchez, R., 85, 99, 124
 Artazkoz, J.L., 134
 Artigas, C., 75, 91, 120
 Atienza Cuevas, L., 100
 Auge, J.M., 103
 Ávalos Serrano, E., 56
 Avilés, P., 141
 Avilés Jurado, F.J., 37, 87
 Ayuso Bernal, V., 176
 Babarro Fernández, R., 104, 111
 Bacas Ojeda, A., 174
 Bachiller, C., 42
 Baez, L., 54
 Balerdi Gil-Gómez, P., 179
 Ballester Moll, F., 64
 Baño Llorca, R., 177
 Bañuelos, S., 103, 125
 Baptista, P., 108, 131
 Barba Archidona, J., 80
 Barber Castaño, L., 175
 Barberá Durban, R., 83, 109
 Barbero Navarro, I., 125
 Barceló Colomer, F.X., 55
 Barceló Colomer, X., 60
 Barona, R., 46, 55
 Barona Guzmán, R., 67, 90
 Barrios Montes, J., 121
 Barros Pazos, C., 179
 Barrutieta Baztán, G., 41, 119, 133
 Bartual Magro, J., 65, 92, 107
 Bartual Pastor, J., 65, 94
 Bastarrica, M., 47, 48, 64
 Bastera, J., 51, 114, 115
 Bataller, F., 40
 Bathal, B., 48
 Batuecas Caletrió, Á., 80, 116, 118, 141, 143
 Bauza Gabriel, J., 141, 142
 Baviera, N., 77, 103, 115
 Baviera Granell, N., 62, 67
 Bejarano, B., 49
 Bejarano, N., 75, 91, 120, 127
 Belinchón, B., 129
 Benavente Bermuda, G., 95
 Benítez, P., 37, 44, 50, 98
 Benítez Rosario, J., 117
 Benito, J.I., 102
 Benito González, F., 74
 Benito Navarro, J.R., 56, 86
 Berenguer, J., 44
 Bernal Sprekelsen, M., 44, 58, 103
 Bernáldez, R., 62, 65
 Bernardino, I., 107
 Bidón Gómez, U., 136
 Blanch, E., 69
 Blanch, J.L., 58, 103
 Blanco Pérez, P., 74, 116
 Blasco Huelva, A., 73, 99, 119
 Bodet, E., 176
 Bodoque, M., 93
 Bodoque Cano, M.M., 92
 Boemo, R., 120, 127, 136
 Boemo, R.L., 66, 94, 107, 129, 130
 Boemo Dalcol, R., 63
 Bohé Rovira, M., 98, 122
 Bolaños, P., 101
 Bolaños Rodríguez, C., 140
 Boleas, M.S., 48, 108
 Boleas Aguirre, M., 49, 90
 Boleas Aguirre, M.S., 88, 92, 101
 Bolós, C., 50
 Bonet, M., 51, 114, 115
 Bonet Loscertales, M., 115

- Bono, S., 177
 Borràs Perera, M., 39, 42, 49, 84, 98, 111, 122, 123
 Brasó, J.V., 135
 Burgos Peláez, R., 177
- Caballero, M., 58, 103, 132
 Cabanas López, A., 116
 Cabanas López-Vergara, A., 116
 Cabanillas, R., 71
 Cabanillas Farpón, R., 52
 Cabrera, P., 45
 Cabrera Morín, P., 54, 81, 83, 106, 111
 Cabrera Morín, P.R., 83, 106, 140
 Cabrera M., P., 137, 142
 Cabrera Ramírez, M.S., 117
 Calabuig, C., 115
 Calvente, R., 38
 Calvente, S., 96
 Calvo, E., 110, 113, 121
 Calvo Cases, J., 46
 Calvo Navarro, C., 98, 122
 Calvo Pérez, M., 137
 Campos, A., 40
 Campos, J.J., 56
 Campos, J.M., 103
 Campos Bañales, M.E., 112
 Cano, B., 47
 Cantillo Baños, E., 83, 123, 133
 Cantó, B., 50
 Cañada Dorado, J.I., 121
 Cañizo, A., 74
 Cañizo Álvarez, A., 107
 Capitán, A., 111, 136, 142
 Capitán Guarnizo, A., 95, 108, 109
 Caravaca García, A., 126
 Carbonell Prats, A.M., 178
 Cardelús, S., 37, 44, 58, 103
 Cardesín, A., 105
 Carey, J., 48
 Carmen Samperiz, L., 85
 Caro García, M.A., 77
 Carrasco Llatas, M., 52, 62
 Carrasco Rangel, M., 118
 Carricondo, F., 48
 Carrión, M., 57
 Carro, A., 100
 Carro Fernández, P., 176
 Casado, J.C., 96
 Casado Morente, J.C., 116
 Casale, M., 108, 131
 Casas, P., 65, 141
 Casqueiro, J.C., 141
 Castaño, E., 94
 Castañeda, G., 177
- Castañeda Fernández, G., 173
 Castell, J., 58
 Castelo Branco, C., 174
 Castillo, R., 82, 123, 142
 Castillo Iturralde, I., 97
 Castro, A., 39, 47, 48, 64
 Castro, C., 40
 Castro, D., 98, 137
 Castro, M.B., 116
 Castro Agüera, D., 37, 77, 100, 103
 Castro Canelada, M.I., 112
 Castro Gutiérrez, D., 53, 82
 Castro Gutiérrez Agüera, D., 41, 51, 77, 81, 131, 135
 Castro Ramallo, A., 55
 Castro Rodríguez, O., 178
 Castro Serrano, A., 136
 Cavallé, L., 49
 Cavallé Garrido, L., 39
 Cazorla Ramos, O., 84, 118
 Ceballos Cauto, M., 81, 95, 131
 Cegarra Navarro, M.F., 102
 Cenjor, C., 82, 85, 123, 142
 Centellas, S., 37, 44, 45, 174
 Cervera, J.I., 105
 Cervera Paz, F.J., 68, 94, 101
 Chacón Martínez, J., 77, 111
 Chamizo, J., 58, 81, 127, 133
 Chamizo, J.J., 66, 94
 Chamizo Jurado, J., 63, 75, 102, 117, 136
 Charlone, R., 57
 Charlone Granucci, R., 52, 75
 Cidoncha Moreno, M.A., 173
 Cincu Marsalic, R., 87
 Cisternas, M.J., 54, 112, 116
 Clemente, I., 65
 Cobeta Marco, I., 53, 54, 55, 106, 140
 Coca, A., 50, 68, 75, 104
 Coca Pelaz, A., 71, 75
 Cogolludo, F.J., 82, 85, 123, 142
 Colas, C., 56
 Collado Martín, D., 68, 119, 120
 Collazo, T., 137
 Collazo Lorduy, T., 84, 137
 Coloma Milano, M., 104
 Comeche, C., 55
 Conde, M., 96
 Conde Jiménez, M., 116
 Conill Tobias, N., 79, 97, 115, 120, 124, 134
 Conte Visús, L., 91
 Contreras Hervas, M.A., 175
 Contreras Molina, P., 78, 84, 95, 118, 128, 129
 Cordero Jiménez, A., 78, 78, 84, 95, 118, 128, 129
- Córdoba Ladrón-Guevara, Y., 179
 Cordón Villatoro, A., 73
 Cortés, R.F., 81
 Cortijo, J., 51
 Corzón Pereira, T., 84, 137
 Coscarón Blanco, E., 119
 Costa, S., 177
 Costey, M., 105
 Cristóbal, F., 93
 Cristóbal García, F., 92
 Cruz Piedad, E., 73, 99, 119
 Cubero Carralero, J., 132
 Cuetos, M., 77
 Cuetos Azcona, M., 41
 Cuyás, J.M., 64, 101
 Cuyás Torres, J.M., 117
- Dalmau, J., 40, 77, 103, 115
 Dalmau Galofré, J., 52, 62, 67
 Dañino González, G., 79, 96
 Deive, L., 57
 De la O, E., 54, 112, 116
 Delgado Moreno, E., 49, 64, 67, 91, 95, 115, 128
 Delgado Quero, A.L., 96, 105
 Della Santina, Ch., 48
 Deus Abelenda, C., 55, 78, 104, 109, 111, 134
 Díaz Díaz, M.Á., 96, 108
 Díaz Manzano, J.A., 102
 Díaz Sastre, M.A., 77, 111
 Díez, L., 86, 100, 125
 Díez, R., 179
 Díez Tejerina, S., 55, 60
 Dina, E., 70, 139
 Dios, C., 46
 Doménech, E., 37, 56, 87
 Domingo Carrasco, C., 137
 Domínguez Pedroso, M., 73
 Donderis Sala, J., 39, 68, 123
 Dualde Beltrán, D., 120
- Echarri, R., 72
 Echeverría Usúa, L., 125
 Ederri, M., 92
 Eisenberg, G., 61, 72
 Eisenberg Plaza, G., 132
 El Uali Abeida, M., 87, 125
 Elhendi Halawa, W., 126
 Elices, M., 92
 Encinas, A., 42, 125, 138
 Encinas Vicente, A., 39, 43, 135, 143
 Enjuanes Prades, J., 116, 130
 Enrique, A., 69, 93, 97, 104
 Enterría González, A., 114, 130

- Enterría González, P., 130
 Epprecht, P., 127
 Epprecht González, P., 120, 141, 142
 Escamilla, Y., 105
 Escamilla Isern, I., 178
 Escapa Garrachón, J.M., 61, 114, 130
 Escobar, P.A., 84, 110
 Escobar Rincón, P., 119, 133
 Escobar Rincón, P.A., 41, 133
 España, P., 50
 Esparcia Navarro, M., 89, 121
 Esparza, I., 178
 Esquivias López-Cuervo, J., 138
 Esteban, F., 41, 77, 93, 103, 137
 Esteban, M., 179
 Esteban Ortega, F., 37, 51, 53, 77, 81, 82, 100, 131, 135
 Esteller, E., 69, 93, 97, 104
 Estellés Ferriol, E., 52
 Estors, J.L., 47
 Estrada Chacón, F., 85
 Estrada Molina, F., 81, 85
 Estrems, P., 77, 103, 115
 Estrems Navas, P., 62, 67
 Eza Núñez, P., 52, 122, 138

 Faraldo, A., 46
 Faubel, M., 40, 47
 Faus, F., 175
 Fedullo, E., 40
 Fernández, A., 88, 102
 Fernández, E., 96
 Fernández, J.A., 173
 Fernández, L., 93
 Fernández, M.A., 142
 Fernández, M.P., 50
 Fernández, S., 40, 173, 178
 Fernández Aceñero, M., 53
 Fernández Duque, M.C., 178
 Fernández García, S., 76
 Fernández Julián, E., 57, 79, 135
 Fernández Martínez, M.J., 175
 Fernández Miranda-López, P., 86, 123
 Fernández Miranda, P., 49
 Fernández Pascual, E., 43, 54, 118, 136
 Fernández Pérez, A.J., 45
 Fernández Silva, J., 73
 Fernández Urarte, M.A., 142, 143
 Ferreiro Argüelles, C., 106, 132
 Ferrer, F., 57
 Ferrer, J., 115
 Ferrer Abad, V., 177
 Ferrer Baixauli, F., 135
 Ferrer Burillo, J.J., 116, 130

 Ferrer Ramírez, M.J., 52
 Figuerola Massana, E., 37, 87
 Fito, L., 137
 Fito Martorell, L., 84
 Flores Carmona, E., 78, 84, 95, 118, 128, 129
 Flores Martín, J.C., 37, 87
 Fokkens, W., 98
 Fonseca, A., 177
 Fontal, M., 56
 Fontana, A., 57
 Forcada, M., 177
 Fortuna, P., 107
 Fortuny, J.C., 42
 Fortuny, P., 58, 136
 Fortuny Amorós, P., 102, 117
 Fortuny Llances, J.C., 111
 Fortuny Llanses, J.C., 98
 Frade, C., 40
 Frágola, C., 61
 Frágola A., C., 137, 142
 Frágola Arnau, C., 54
 Fraile Rodrigo, J., 87
 Francisco Herrero-Salado, T., 95
 Franco Sánchez, F.J., 116
 Freijanes Otero, J., 114, 130
 Frías, S., 114, 115, 115
 Frías Berzosa, B., 75
 Frías Berzoza, B., 119
 Frodel, J.L., 110
 Fuente Arjona, L., 120
 Fuente Jambrina, C., 45
 Fuentes, M., 44
 Fusté, J., 73

 Galán, M.A., 62
 Galán Morales, J.T., 111
 Galera Ruis, H., 83
 Galera Ruiz, H., 56, 60, 82, 85, 105, 118, 125, 131
 Galindo, J., 62, 65, 93, 97, 107
 Galindo, X., 97, 127, 135
 Gálvez Pacheco, J., 96, 105, 121, 136
 Gamboa Mutuberría, F.J., 41, 125
 Gamero Díaz, C., 78
 Gámiz Maroto, M.J., 45
 Gandul Merchán, A., 98
 Gaona, J., 115
 Garabal, J.A., 134
 García, A.M., 173
 García, B., 93, 97, 127, 135
 García, C., 108
 García, J., 42, 57, 135
 García, J.C., 179
 García, J.M., 50
 García, J.R., 89

 García, L.A., 60
 García, M., 54, 58, 127, 129
 García, S., 100
 García Arumí, A., 66
 García Arumí, A.M., 94
 García Berrocal, J.R., 48, 50, 60, 72, 122
 García Callejo, F.J., 124
 García Carracedo, D., 60
 García Carreira, M.B., 61
 García Escudero, A., 60, 105
 García Fernández, A., 140
 García Fernández, S., 86, 138
 García Fernández, S.A., 43
 García Ibáñez, E., 73
 García Ibáñez, L., 73
 García Laguna, P., 141
 García López, I., 46
 García López, M., 136
 García Lorenzo, J., 71
 García Navalón, C., 114, 115
 García Peces, V., 47, 141
 García Pedrero, J.M., 60
 García Pedro, F., 39, 42, 43, 125, 135, 138, 143
 García Pérez, L., 107, 116, 119
 García Perla, A., 131
 García Pinero, A., 174
 García Piñero, A., 37, 45
 García Purriños, F.J., 46, 112
 García Rambla, J.M., 173
 García R., J.M., 177
 García Salazar, F., 87
 García Torre, E., 136
 García Valdecasas, J., 54, 118, 136
 García Valdecasas Bernal, J., 49
 García Vaquero, C., 58, 75, 89, 133
 García Vaquero, J.A., 80
 Garín, L., 115
 Garrido, M., 50
 Gascón García, M.P., 177
 Gasulla Pitarch, B., 175
 Gavilán, J., 39, 47, 48, 62, 64, 107, 141
 Gavilán Bouzas, J., 46
 Gavilanes, J., 58, 104
 Gavilanes Plasencia, J., 53
 Genestar, E., 66, 102, 120
 Genestar, E.I., 66, 94, 107, 129, 130
 Gete García, P., 140
 Ghani, F., 93, 97, 127, 135
 Gil Carcedo, E., 64, 90, 103
 Gil Carcedo-García, L.M., 41, 47, 88, 104, 131
 Gil Carcedo, L.M., 64, 77, 90, 103
 Gil Carcedo-Sañudo, E., 41, 47, 88
 Gil Loyzaga, P., 48

- Gimeno, C., 68
 Gimeno Vilar, C., 79, 108, 117, 131
 Girbes Izquierdo, C.M., 179
 Gisbert, F.J., 40
 Gisbert Aguilar, J., 179
 Gómez, J.R., 68
 Gómez Estancona, N., 98, 125, 142, 143
 Gómez Fiñana, M., 45
 Gómez García, J.R., 63
 Gómez González, J.L., 80, 118
 Gómez Hontanilla, M., 177, 178
 Gómez Latorre, P., 83, 102
 Gómez Marino, M., 106, 132
 Gómez Marino, M.A., 108
 Gómez Marino-Martínez, M.Á., 96
 Gómez Martínez, J.R., 71
 Gómez Serrano, M., 110, 113, 121
 Gómez Tapiador, M.P., 79, 80, 94
 Gómez Toranzo, F., 110, 113, 121
 Gonçalves, L., 177
 González, A., 111, 136, 142
 González, F., 122, 140
 González, F.M., 60, 79, 85, 89, 94, 129
 González, M.V., 60
 González Ayesa, B., 174
 González Compta, X., 65
 González Delgado, A., 95, 108, 109
 González Fuentes, A.K., 174
 González García, E., 67
 González García, J., 81, 85, 125, 131
 González García, J.Á., 48, 50
 González Juez, B., 93
 González Lois, C., 132
 González Palomino, A., 99, 119
 González Poggioli, N., 55, 78, 109, 134
 González Poggioli, N., 104, 111
 González Prado, A., 100, 125
 González Trelles, T., 176
 Gorriz, C., 38, 60, 72, 85, 89, 94, 129, 140
 Gozalbo, J.M., 40
 Gracia, J., 94
 Granell, J., 58, 104
 Granell Navarro, J., 53
 Gras Albert, J.R., 64, 67, 91, 95, 115, 128
 Grau, E., 47
 Grau, J.J., 58, 103
 Grau Jiménez, M.M., 89
 Grau Martínez, M., 121
 Groot, E.J., 98
 Guallart, F., 115
 Guallart Doménech, F., 52
 Guerra, F., 82, 85, 142
 Guerra, F.J., 123
 Guerrero Ríos, J.A., 125
 Guijarro, I., 100
 Guijarro Rojas, M., 132
 Guilemany, J.M., 37, 44, 45, 174
 Guillén Guerrero, V., 80
 Gutiérrez, J., 114
 Gutiérrez, M., 125
 Gutiérrez, R., 82, 85, 123, 142
 Gutiérrez Castillo, C., 67, 91, 95, 115
 Gutiérrez Castillo, M.C., 128
 Gutiérrez Jodas, J., 83, 102, 123, 133
 Gutiérrez Revilla, M.A., 54
 Haro, J., 44
 Haro Valencia, R., 56
 Heras Flórez, P., 61, 114, 130
 Hermesen, M., 61
 Hernández, A., 40, 88, 93, 97, 127, 133
 Hernández Agelet, A., 97
 Hernández Montero, E., 73, 114, 119
 Hernández Rubiño, A., 80, 92
 Hernando, M., 72
 Herrán, B., 47, 48, 64
 Herranz González-Botas, J., 55
 Herrera Tolosana, S., 87, 125
 Herrerías Gutiérrez, J.M., 60
 Herrero, D., 77
 Herrero, I., 179
 Herrero, J., 54, 58, 104, 116
 Herrero Agustín, J., 53
 Herrero Calvo, D., 90, 131
 Herrero Herrero, J., 112
 Herrero Salado, T., 83
 Herrero Salado, T.F., 131
 Hervás Núñez, M.J., 86, 100
 Hidalgo, A., 47, 88
 Hijano, R., 127, 133
 Hinojar, A., 106, 132
 Holthoefer Casals, F., 116, 130
 Horna, J., 106, 132
 Horna Castiñeiras, J., 96, 108
 Horno, J., 38, 108
 Horno López, J., 121
 Huarte, A., 49, 68
 Huerta, P., 69, 93, 97, 104
 Huerta Delgado, Á.D., 56
 Ibáñez, A., 38, 48, 60, 72, 79, 89, 94, 122, 129, 140
 Ibáñez, I., 40
 Ibáñez Rodríguez, J.A., 79, 80, 96
 Ibarra, J., 125
 Ibars Valverde, Z., 42
 Iglesias, C., 58, 66, 120, 129, 130, 132
 Iglesias, M.C., 48
 Iglesias Valero, C., 117
 Iguarán Tellería, A., 49
 Infante Flores, V., 70
 Infante Sánchez, J.C., 70
 Izquierdo Cuenca, M., 81, 83, 106
 Jáñez Moral, M., 80, 119
 Jaume, G., 40, 127
 Jaume Bauza, G., 65, 133
 Jiménez, A., 78
 Jiménez, C., 177
 Jiménez, R., 66
 Jiménez, V., 103
 Jiménez Antolín, J.A., 77
 Jiménez Huerta, I., 174, 178
 Jiménez Iranzo, C., 173
 Jiménez Jiménez, M., 105
 Jiménez Montoya, R., 65
 Jódar Moreno, R., 96, 105, 121, 135
 Juan, J., 69
 Juan, M., 69
 Juan Ivars, C., 92
 Jurado Ramos, A., 83, 123, 133
 Krakowiak Gómez, R., 70, 139
 Labatut, T., 45
 Labatut Pesce, T., 81, 106, 109, 111
 Labatut Pesce, T.E., 53, 140
 Labella, T., 40, 46
 Labella Caballero, T., 73
 Labra Herrera, A., 56
 Lacosta Gracia, N., 177
 Lacosta Nicolás, J.L., 70
 Laguna, D., 38, 60, 79, 85, 129
 Láinez Andrés, J.M., 70, 97, 134
 Lamata, A., 173
 Larach, F., 53, 110
 Larach Juliet, F., 119
 Lassaletta, L., 39, 47, 48, 64, 107, 141
 Lasso Luis, O., 111
 Lasso Vega-Zamora, M.M., 105, 106, 112
 Latorre, E., 115
 Laviana Muslera, M.T., 122
 Laviana Muslera, T., 52, 138
 Lavilla, M.J., 54
 Lazarich Valdés, A., 95
 Lázaro Sánchez, A., 85, 124

- Lede, A., 101
 León, X., 42, 72
 León Vintró, X., 71
 Lisner, I., 101
 Llaveró, M.T., 47
 Llorens, J., 38, 81, 108, 128
 Lloréns Navarro, J., 121
 Llorente, J.L., 68, 71, 75, 104
 Llorente Pendás, J.L., 61
 Llorente Pendas, J.L., 38, 52, 57, 63, 71, 75
 Lobo, D., 93
 Lobo, F., 47, 88
 Lobo Duro, D., 61, 92
 Longarela Herrero, Y., 138
 López, A.P., 173
 López, F., 75
 López, M., 42
 Lopez, M.Á., 98
 López, R., 91, 92, 127, 128
 López Aguado, D., 112
 López Álvarez, F., 52, 63, 71
 López Amado, M., 111
 López Azanza, C., 104, 131
 López Campos, D., 112
 López Cortijo, C., 38, 60, 85, 89, 122, 129, 140
 López Diu, R., 136
 López Escámez, J.A., 45, 66
 López González, M.A., 37, 77, 100
 López Hueva, E., 80, 94
 López Meseguer, E., 102
 Lopez Mollá, C., 52, 52
 López Moya, J., 48
 López Moya, J.J., 92, 105, 106, 112, 132, 141
 López Ramos, D., 106, 108, 132
 López Vilas, M., 71
 López Villarejo, P., 83
 López-Ladrón García-Borbolla, C., 85, 95
 Lorente, J., 58, 66, 120, 129, 136
 Lorenzo, A., 57
 Lorenzo Núñez, R., 126
 Los Arcos, D., 173, 178
 los Santos, G., 45
 Lowy, A., 42, 62
 Lowy Benoliel, A., 39, 43, 135, 143
 Löwy, A., 125, 138

 Ma Salom, J., 116
 Macaya, A., 99, 124
 Macaya Martínez, A., 136
 Macon Liquete, E., 133
 Macon Liquette, E., 41, 119, 133
 Madrid Martín, M., 116
 Maeso, A., 110, 128
 Maeso Plaza, A., 119, 133
 Maeso Plaza, A.M., 41, 133
 Magri, C., 40
 Malmierca Benítez, P., 179
 Maltrana García, J.A., 87, 125
 Mancebo, G., 75
 Mancebo Mata, G., 38, 63, 76
 Mancheño, M., 42, 125, 138
 Mancheño Losa, M., 39, 43, 87, 135, 143
 Manrique, M., 49, 68, 94, 101
 Manrique Lipa, R., 57, 101
 Mansilla Ramos, M.C., 174
 Maños, M., 65, 66
 Maranillo, E., 72
 Maraví, E., 179
 Maraví Aznar, E., 93
 Marco, J., 40, 45, 57
 Marco Algarra, J., 70, 79, 97, 115, 120, 124, 134, 135
 Marcos, J., 116
 Marín, B., 179
 Marín Garrido, C., 55, 60
 Márquez Moyano, J.A., 102
 Martí Gomar, L., 39, 67, 68, 123
 Martiartu, M., 173
 Martín, C., 38, 60, 62, 72, 79, 94, 125, 129, 138, 140
 Martín, E., 46, 55
 Martín, G., 58, 104
 Martín Arregui, J., 97
 Martín Fraguero, L., 72
 Martín González, C., 72, 85, 122
 Martín Hernández, G., 53
 Martín Lorenzo, E., 100, 112, 139
 Martín Martín, S.M., 176
 Martín Mateos, A., 56, 100
 Martín Oviedo, C., 39, 42, 43, 135, 143
 Martín Peña, F., 61, 114, 130
 Martín Sanz, E., 67, 90
 Martín Velasco, O., 174
 Martínez, A., 44, 89, 120, 127, 132
 Martínez, B., 58, 103, 132
 Martínez, B.M., 57
 Martínez, D., 82, 123, 142
 Martínez, E., 56
 Martínez, L., 115
 Martínez, M.V., 62
 Martínez, P., 47
 Martínez, R., 137
 Martínez, V., 173, 176
 Martínez Álvarez, A., 77
 Martínez Antón, A., 50, 98
 Martínez Garcerán, R., 89
 Martínez Garrido, R., 53, 82
 Martínez Monedero, R., 72
 Martínez Morán, A., 78
 Martínez Novoa, M.D., 37, 87
 Martínez Salazar, J.M., 132
 Martínez Sempere, M., 117
 Martínez Vidal, J., 55, 78, 104, 109, 134
 Martorell, M., 115
 Martorell, M.A., 114
 Masgoret, E., 64, 101
 Masgoret Palau, E., 37, 87
 Masià, J., 42
 Mata, E., 37, 77, 100, 103
 Mata, E.A., 137
 Mata López, E., 41, 51, 77, 98, 135
 Mata López, E.A., 53, 82
 Mate Bayón, M.Á., 55
 Mateos Fernández, M., 123
 Mateu, F., 130, 136
 Matinó, E., 69, 93, 97, 104
 Mayorga Fernández, M., 52
 Maza Cano, J.L., 97
 Medà, C., 69
 Meda, C., 69
 Medina Banegas, A., 102, 109
 Medinilla, A., 37, 77, 93, 98, 103
 Medinilla Vallejo, A., 41, 51, 53, 77, 81, 82, 100, 131, 135
 Megía López, R., 52, 122
 Megías Gamiz, L., 96
 Mejuto Agra, C., 178
 Melchor, M.A., 137
 Melchor Díaz, M.Á., 84
 Melgarejo, P., 93, 97, 127, 135
 Méndez Arancibia, E., 99
 Mendoza Ortega, J., 175
 Menéndez, M.E., 64, 77
 Menéndez Colino, L.M., 111
 Menéndez Loras, L.M., 77
 Menoyo, A., 41, 103
 Mera, F., 106
 Mera Menéndez, F., 96, 108, 132
 Merán Gil, J.L., 37, 87
 Mesa, M., 89
 Mesa Marrero, M., 114, 119
 Mier Morales, M., 56, 86
 Miguel, B., 134
 Miguel García, F., 87, 125
 Mingo Fernández, E., 85
 Mingo Fernández, E.J., 81
 Minor, Ll., 48
 Minoves, T., 66
 Mir Ulldemolins, N., 55, 60
 Mochón, A., 53
 Mochón, M., 137
 Molina, A., 56
 Molina, B., 82, 123, 142

- Molina Gil, B., 85
 Molina Palma, M.I., 45
 Moncho, D., 94
 Monerri García, E., 95
 Monferrer, M., 177
 Monjas Cánovas, I., 49, 64, 67, 91, 95, 115, 128
 Monreal Guijarro, J.M., 174
 Monserrat Vallvè, R., 91
 Montalt, J., 55
 Montes Jovellar, L., 68, 79, 101, 108, 117
 Montes Oca-Fernández, L., 125
 Montojo, J., 141
 Montojo Woodeson, J., 132
 Montoya, F., 47, 88
 Monserrat, A., 135
 Monserrat, J.M., 57
 Mora, E., 45
 Mora Rivas, E., 53, 81, 106, 140
 Mora Santos, E., 99
 Mora Santos, M.E., 73, 119
 Morais, D., 76, 102
 Moralejo Martín, J., 114
 Morales Puebla, J.M., 77, 111
 Morant, A., 45, 57
 Morant Ventura, A., 124
 Moreno García, M., 79
 Moreno Gonzalez, V., 175
 Moreno Jiménez, D., 110, 113, 121
 Moreno Oliveras, L., 179
 Moreno Salvador, P.M., 121
 Morera, C., 40, 49
 Morera Pérez, C., 39, 67, 68, 119, 120, 123
 Morera Serna, E., 110, 140
 Morgan, R.O., 50
 Moro, M.A., 61
 Moyano Calvente, S.L., 92
 Mozota, M.J., 125
 Mullol, J., 37, 44, 44, 45, 50, 98, 99, 174
 Muñoz, J., 98, 137
 Muñoz, L., 98, 125, 142
 Muñoz, N., 57
 Muñoz Castillo, F., 83
 Muñoz Fernández, N., 79, 97, 115, 120, 124, 134
 Muñoz Herrera, A., 119, 141, 143
 Muñoz Villanueva, J., 53, 82
 Muñoz Villanueva, J.F., 37, 41, 51, 77, 81, 100, 103, 131, 135
 Murcia, V., 40
 Murcia Puchades, V., 67
 Muro, M.J., 179
 Murueta Goyena, F., 103
 Mutio Zalacaín, L., 97
 Naches, S., 80
 Namoncura Poblete, C., 113
 Navarrete, M.L., 66, 94, 129
 Navarro, A., 51, 56
 Navarro Escobar, F.A., 96, 105, 121, 136
 Navarro Paule, P., 110
 Negre, M., 58
 Nevado, J., 50
 Nieto, P., 103
 Nieto, S., 132
 Niyim, H., 40
 Nogués, J., 66
 Noval, I., 104
 Novas, E., 40, 75, 91
 Novas Valiente, E., 142
 Novo, J., 103
 Novo, J.J., 125
 Núñez Batalla, F., 76
 Obeso, S., 75
 Obeso Agüera, S., 38, 61, 75
 Ocampos, D., 137
 Ocampos Gubler, D., 137
 Olarieta, J., 58
 Oliva Domínguez, M., 65, 79, 80, 92, 94
 Oliveras, G., 99
 Olóriz, J., 38, 62
 Onrubia, T., 141
 Onrubia Parra, T., 132
 Oña, A., 62, 108
 Oña Navarrete, A., 121
 Ortega, C., 53
 Ortega, F.E., 98
 Ortega, P., 53, 72, 84, 110, 128
 Ortega Álamo, P., 41, 119, 133
 Ortega Delgado, J., 177
 Ortega Fernández, C., 72, 119, 133
 Ortiz, M., 96
 Ortiz García, A., 87, 125
 Ortiz Rueda, M., 116
 Orts, M., 57
 Orús, C., 69
 Orús Dotú, C., 70
 Osete Albaladejo, J.M., 109
 Osorio, Á., 64, 101
 Ostos Aumente, P., 83
 Otamendi Dunizeau, S., 176
 Padilla, L., 103
 Padilla Parrado, M., 77
 Padrino Pérez, E., 175
 Palacios, A., 120
 Pallas, E., 86, 125
 Palma, M.J., 66
 Palma Castillo, M.J., 45
 Palomar Asenjo, V., 39, 42, 49, 84, 98, 111, 122, 123
 Palomar García, V., 39, 42, 49, 84, 98, 111, 122, 123
 Palomino, A., 54
 Panizo, A., 101
 Pantoja Hernández, C.G., 99, 119
 Pardo, G., 116
 Pardo, M., 47
 Paredes Osado, J.R., 67, 91, 115
 Parente Arias, P., 61
 Pasamontes, J.A., 128
 Pascual Delso, M.J., 41, 133
 Pascual Gómez, J., 141
 Pastor, G., 77, 103, 115
 Pastor Canicio, G., 62, 67
 Pastor Quirante, F., 102
 Patiño Castiñeira, B., 116
 Patrón, M., 39
 Paula Vernetta, C., 68, 70, 79, 97, 115, 119, 120, 134
 Paulino Herrera, A., 108
 Paulos Novoa, M., 73
 Payá, L., 40
 Payá Pérez, L.M., 49, 64
 Pazos Rodríguez, C., 179
 Peláez, A., 56
 Pellicer, M., 81
 Pellicer Sarasa, M., 63, 75
 Pena, E., 50
 Penagos Vélez, A., 52
 Penagos Vélez, A.M., 57
 Pensado, I., 40
 Peñarrocha Terés, J., 46
 Perelló, E., 58, 66, 102, 107, 120, 129, 130, 132, 136
 Pérez, A., 56
 Pérez, C., 61
 Pérez, L., 134
 Pérez, M., 44
 Pérez, M.L., 179
 Pérez, N., 88, 92, 108
 Pérez, S., 38, 62
 Pérez Arcos, J., 95
 Pérez Delgado, L., 87, 125
 Pérez Fernández, N., 49, 90
 Pérez Garrigues, H., 67, 68, 123
 Pérez Guillén, V., 67
 Pérez Gutiérrez, S., 136
 Pérez Liedo, M.C., 119
 Pérez Martínez, C., 47, 132
 Pérez Mora, R., 64
 Pérez Mora, R.M., 46, 47, 48
 Pérez Obón, J., 141
 Pérez O., M., 137

- Pérez Orribo, A.M., 117
 Pérez Ortín, M., 83, 109
 Pérez P., D., 137
 Pérez Pérez, D., 83, 109
 Pérez Pérez, D.R., 106
 Pérez Sánchez, A., 93
 Pérez Torres, C., 49, 86, 138
 Perolada Valmaña, J., 68, 119
 Perolada Valmaña, J.M., 120
 Picado, C., 37, 44, 50, 98, 99
 Piédrola, D., 96
 Piédrola Maroto, D., 116
 Piera Balbastre, A., 70, 97, 134
 Pinart, J., 69
 Pinilla, M., 60, 79, 89, 94, 140
 Piñeiro Aguín, Z., 70, 71, 139
 Piñas, J., 89
 Piqueras Pérez, P., 110
 Piqueras Rey, A., 67
 Pitarch, M.I., 45
 Pitarch Ribas, M.I., 115
 Plata Sánchez, C., 79, 80, 94, 107
 Platero, A., 45, 46
 Platero Zamarreño, A., 67, 90
 Plaza, G., 61, 72, 141
 Plaza, L., 179
 Plaza Mayor, G., 47, 132
 Poch Broto, J., 48
 Polo, R., 45
 Polo López, R., 54, 81, 83, 111
 Polo L., R., 137, 142
 Pomar Blanco, P., 41
 Poncela, M., 76
 Pons Rocher, F., 67
 Porras Alonso, E., 95
 Portell Soriano, M., 105, 112
 Porto, I., 46
 Povedano, C., 137
 Povedano, V., 96
 Povedano Fernández, C., 140
 Povedano Rodríguez, V., 116
 Poyato Zamorano, C., 102
 Poyatos Ruiz, M.D., 174, 178
 Pradillo, J., 61
 Prado, A., 86
 Pujol Olmo, A., 70, 139
 Pujols, L., 44
 Pulido Clarasó, M.V., 98, 122
 Pumarola, F., 81, 133
 Pumarola Segura, F., 63, 75
 Quer, M., 42
 Quer Agustí, M., 71
 Quer Canut, S., 136
 Quesada, J., 66, 89
 Quesada, J.I., 136
 Quesada, J.L., 66
 Quintana, A., 86, 100, 125, 142, 143
 Rabanal Retolaza, I., 46
 Raboso García-Baquero, E., 106
 Rama López, J., 90
 Rama Quintela, J., 52, 138
 Rama Quintela, J.A., 122
 Ramírez, R., 89
 Ramírez Camacho, R., 48, 50, 60, 72, 85, 122
 Ramos, Á., 64, 101
 Ramos, F., 116
 Ramos Fernández, J.J., 132
 Ramos Puerto, F., 112
 Raposo Jiménez, A., 136
 Razquín Murillo, J., 121
 Reboll, R., 114, 115
 Rebollo Otal, J., 79
 Refolio Sánchez, F., 82
 Regueiro Villarín, S., 55, 61, 78, 104, 109, 134
 Reguera, M.A., 142
 Reguera Fernández, M.A., 142, 143
 Reina, L., 66
 Rey, J., 68
 Rey, J.A., 39
 Rey, M., 53
 Rey García, M., 41, 119, 133
 Rey Martínez, J., 79, 90, 117, 131
 Rey Martínez, M.H., 79
 Rey Tomás Biosca, F., 80, 118
 Reyes, E., 58
 Reyes, I., 93, 137
 Reyes Eldblom, R., 116
 Reyes Tejero, I., 41, 51, 53, 77, 81, 82, 98, 131, 135
 Reyes Tejero, I.M., 37, 77, 100
 Reyes Tejero, M.I., 103
 Río, B., 173
 Río, L., 39, 65, 107, 141
 Río, M., 46
 Risco Arenas, J., 37, 87
 Rivas, A., 129
 Rivas Lacarte, P., 114, 119
 Rivera, T., 58
 Rivera Pesquera, F., 71
 Rivera Rodríguez, T., 41, 125
 Robles Cañón, O., 179
 Roca Ferrer, J., 44, 50, 99
 Roca Romalde, M.D., 178
 Roda, J.M., 39, 141
 Rodrigo, J.P., 50, 68, 71
 Rodrigo Tapia, J.P., 52, 60, 63, 76
 Rodríguez, A., 38, 62, 79, 89, 94, 129, 140
 Rodríguez, F., 48
 Rodríguez, J.I., 57, 101
 Rodríguez, N., 96, 177
 Rodríguez, P., 91, 92, 127, 128
 Rodríguez Crespo, R., 52, 122, 138
 Rodríguez Iglesias, J., 122
 Rodríguez Fernández Freire, A., 86, 100
 Rodríguez Moreno, N., 173
 Rodríguez Pampliega, J., 114
 Rodríguez Pampliega, J.C., 61
 Rodríguez Paradinas, M., 41, 125
 Rodríguez Pérez, M., 100
 Rodríguez Pérez, M.A., 76, 86
 Rodríguez Prado, N., 116
 Rodríguez Rondón, S., 68, 119, 120
 Rodríguez Téllez, M., 60
 Rodríguez Urrea, P., 176
 Rodríguez Valiente, A., 48, 72, 85, 122, 129
 Roldán Nogueras, J., 83, 102
 Romero, M.D., 46, 112
 Romero Arce, J., 82
 Roper Romero, F., 123
 Roper Romero, F., 83, 102, 133
 Roquette Gaona, J., 92, 96, 107
 Roquette Gaona, J.M., 79
 Rosa A., F., 137
 Rosa Astacio, F., 83, 109, 111
 Rosell, R., 105
 Rossi Izquierdo, M., 73
 Roura Moreno, J., 96, 105, 121, 136
 Royo, A., 107
 Royo López, J., 85
 Ruba, D., 40, 68, 79, 108, 117
 Rubio, A., 175
 Ruiz Coello Moratalla, J., 45
 Ruiz Escudero, C., 55
 Ruiz Fito, J.R., 126
 Ruiz Fornells Noreña, A., 92
 Ruiz Fornells, A., 112
 Ruiz Fornells-Noreña, A., 106
 Ruiz García, A.M., 178
 Ruiz García, J., 173, 178
 Ruiz García, M.V., 173, 177, 178
 Ruiz Giner, A., 42, 49, 111, 122
 Ruiz Gómez, J.M., 86
 Ruiz Mondéjar, A., 126
 Ruiz Seco, E., 178

- Saa, M.R., 116
 Sabater, F., 132
 Saderra, M., 81, 102, 133
 Saderra Estellers, M., 63
 Sainz Quevedo, M., 54, 118, 136
 Saiz, A., 104
 Saiz, J.M., 105
 Salgado Rozas, M., 113
 Salido Zarco, A., 177
 Salinero, J., 38, 62, 81, 108, 128
 Salinero Hernández, J., 121
 Salmerón Pintos, J., 73
 Salom, J.M., 130
 Salorio Corbetta, M., 61
 San Bruno Quel, S., 176
 San Román, E., 46
 Sanabria, J., 82, 85, 123, 142
 Sánchez, C., 77
 Sánchez, D., 86
 Sánchez, I., 39, 62, 65
 Sánchez, J., 67
 Sánchez, N., 111, 136, 142
 Sánchez, R., 75, 76
 Sánchez Canet, I., 45
 Sánchez Fernández, F., 83
 Sánchez Fernández, R., 38, 61
 Sánchez Ferrándiz, N., 90
 Sánchez Garzón, M., 138
 Sánchez Gómez, S., 60, 81, 82, 83, 85, 95, 105, 118, 131
 Sánchez Gonzalez, F., 80, 80, 107, 116, 118, 141
 Sánchez Gutiérrez, R., 83, 102
 Sánchez Herrero, C., 41, 131
 Sánchez Jara, J.I., 58
 Sánchez Jara, J.L., 104
 Sánchez Jara-Sánchez, J.L., 53
 Sánchez Legaza, E., 126
 Sánchez Martínez, N., 95, 102, 109
 Sánchez Palma, P., 78, 84, 118, 128, 129
 Sánchez Requena, J.J., 173
 Sánchez Rodríguez, C., 50
 Sánchez Terradillos, E., 41, 90, 104
 Sancho Miñana, E., 103
 Sancipriano, J.A., 110, 113, 121
 Sanjuán, J., 48
 Sanmartín Anaya, a., 126
 Sanmartín Anaya, A., 126
 Sanna, M., 87
 Santa Cruz Ruiz, P., 74, 107, 143
 Santa Cruz-Ruiz, S., 74, 107, 143
 Santaella, J.I., 81
 Santamarta, E., 104
 Santidrián, C., 57, 101
 Santos, J., 76
 Santos Acosta, P., 82, 83, 118
 Santos Gorjón, P., 80, 116, 118, 141
 Santos Muñoz, M.J., 92
 Santos Pérez, S., 73
 Sanz, L., 47, 48, 64
 Sanz, R., 50
 Sañudo, J.R., 72
 Saraiva, J., 177
 Sarrasqueta, L., 173, 178
 Sarriá, M.J., 47, 48, 64
 Sarriá, P., 75, 91
 Sarriá Echegaray, P., 65, 120, 133
 Sarroca Capell, E., 39, 111, 123
 Scola, B., 42
 Scola Yurrita, B., 39, 43, 62, 87, 135
 Sebastián Cortés, J.M., 124
 Sebastián Gil, E., 89, 121
 Seijas, T., 77
 Seijas Rodríguez, M., 175
 Seijas Rosales, T., 52, 62
 Senao Fernández, S., 86, 95, 100
 Seoane, V., 101
 Serra, J., 80
 Serra Baldrich, N., 91
 Serradilla López, J.M., 119
 Serrano, C., 179
 Serrano Berrocal, M.Á., 119
 Serrano Falcón, M.M., 138
 César Ignacio, A., 73
 Sevilla, M.A., 60, 75
 Sevilla Garcia, M.A., 52, 52, 75, 76
 Sgambatti Celis, L., 116, 118
 Sierra Grañón, C., 53, 111
 Silva Grosso, M., 125
 Sinfreu, R., 176
 Sistiaga Suárez, J.A., 58
 Skufca, J.H., 65
 Soler Villarrasa, R., 56
 Sopena, P., 115
 Soria Delgado, R., 176
 Soteras Olle, J., 84, 123
 Soteras Oller, J., 111
 Soto Varela, A., 73
 Souvirón, R., 62, 84, 128
 Sprekelsen, C., 111, 136, 142
 Sprekelsen Gasso, C., 95, 108, 109
 Suárez, C., 50, 60, 68, 71, 75, 104
 Suárez Fente, V., 63, 76
 Suárez Nieto, Carlos, 38, 52, 57, 61, 63, 71, 75
 Suñol, M., 136
 Tamarit, J.M., 77, 103, 115
 Tamarit Conejeros, J.M., 62, 67
 Tapia, M.C., 84
 Tarragona, J., 97
 Tarriño, R., 179
 Tarrús Montaner, S., 110
 Tejada Soriano, R., 121
 Tejada Soriano, S.R., 89
 Tena, A.G., 98, 125, 142, 143
 Terré Falcón, R., 80, 107, 117
 Terré Falcón-Ramón, R., 108
 Till, G., 40
 Tobías Gómez, S., 39, 42, 49, 84, 98, 111, 122, 123
 Toledano Muñoz, A., 55
 Tomás, M., 91, 120
 Tomás Barberán, M., 65, 133, 140
 Tormo Tormo, M.A., 116, 130
 Torre, A., 122
 Torre Eiriz, J.A., 116
 Torrecillas Fernández, F., 121
 Torregrosa, C., 111, 136, 142
 Torregrosa Carrasquer, C., 95, 108, 109
 Torrejón, S., 45
 Torres, L.M., 76, 102
 Torres Nieto, M.A., 104
 Tortajada, C., 66
 Trabal Gutiérrez, M., 177
 Treilles, H., 99
 Trilles, H., 124
 Trinidad, A., 48, 50, 72, 122
 Trinidad, J., 110
 Trinidad Ramos, G., 99
 Trinidad Ruiz, G., 73, 119
 Trobat, F., 40, 127
 Trobat, X., 75
 Trobat Company, F., 65, 120, 133, 141, 142
 Úbeda, M., 46
 Uceda Carrascosa, L., 136
 Uehara Benites, M., 39, 68, 123
 Urbano Urbano, J.J., 107, 108, 117
 Urpegui García, A., 99, 124
 Urraca, A., 176
 Urruticoechea, L., 98, 125, 142
 Uzcanga, M., 46, 112
 Uzcanga Lacabe, M., 136
 Valdivieso, A., 94
 Valencia, C., 65
 Valencia, L., 177
 Valencia Muntalà, L., 173
 Valero, A., 44, 99
 Valido Quintana, M., 117
 Valle Zapico, A., 52
 Vallejo, L.Á., 64, 103
 Vallejo Valdezate, L.A., 47, 88, 104, 131

- Vallés Varela, H., 85, 99, 124
 Van Drunen, C.M., 98
 Vargas, H., 175
 Vargas Fernández, J.I., 43
 Vargas Fernández, J.L., 49, 123
 Vasallo, V., 85, 123
 Vasallo García, V., 82, 142
 Vázquez Barro, J.C., 109, 134
 Vázquez Muñoz, I., 80, 94, 96
 Vázquez Muñoz, M.I., 107
 Velasco, M., 107
 Velasco, M.J., 58, 104
 Velasco García, M.J., 53
 Venegas, M.P., 69
 Verdaguer, J.M., 48, 50, 72
 Vergara, C., 179
 Verge González, J., 78, 84, 95, 118, 128, 129
 Vicente, J., 38, 72, 122, 129
 Vicente González, E.A., 87
 Vidovic, R., 84
 Vielva, B., 76
 Vila, I., 125, 142, 143
 Vila Martín, J., 117
 Vilaseca, I., 57
 Villacampa, J.M., 82, 85, 123, 142
 Villamisar, M.J., 173
 Villanueva Jiménez, M.P., 176
 Viña, C., 66
 Virós, D., 42
 Virós Porcuna, D., 70, 139
 Vivancos, J., 105
 Vives Abelló, J.P., 37, 87
 Viviente, E., 111, 136, 142
 Viviente Rodríguez, E., 95, 108, 109
 Viza Puiggros, I., 76
 Viza Puiggros, I., 70
 Wegmann, E., 102
 Wegmann, R., 58, 66, 107, 120, 132
 Xaubet, A., 44, 50
 Zabaleta López, M., 93
 Zapata, C., 66
 Zapata, I., 122
 Zapata Garrido, C., 45
 Zapater, E., 51
 Zubicaray, J., 91, 92, 127, 128
 Zubimendi, C., 99, 124

Fluirespira

Spray nasal

forte



¿Qué es Fluirespira Forte spray nasal? Fluirespira Forte spray nasal es una solución acuosa a base de extractos naturales de plantas que se administra por nebulización en la cavidad nasal. Gracias a la presencia de sustancias contenidas en el extracto de origen vegetal de Fluirespira Forte, se activan los mecanismos fisiológicos de limpieza de la mucosa respiratoria congestionada, ejerciendo un efecto drenaje mecánico sobre las secreciones nasales acumuladas y facilitando su eliminación. **¿Para qué se utiliza Fluirespira Forte spray nasal?** Fluirespira Forte spray nasal está indicado para la limpieza y el drenaje de las fosas nasales y las vías respiratorias superiores, proporcionando un alivio sintomático en la congestión nasal. **Precauciones antes del uso de Fluirespira Forte:** una vez reconstituido el producto, se debe guardar en la nevera durante un máximo de 16 días. Debe evitarse el contacto con los ojos y la boca. **¿Cuándo no se debe utilizar Fluirespira Forte?** No utilizar en caso de alergia conocida a extractos vegetales de plantas, especialmente de la familia de las Primuláceas (ciclamen, primula u otras especies de la misma familia). No utilizar en pacientes que sangran a menudo por la nariz. No utilizar en niños de edad inferior a 5 años. No utilizar durante el embarazo y la lactancia. Consultar al médico o farmacéutico en caso de que se estén tomando medicamentos, se tengan lesiones o heridas en la nariz o mucosa nasal o si no se observa una mejoría de los síntomas al cabo de la semana de tratamiento que se recomienda. **Presentación:** Fluirespira Forte spray nasal se presenta en frasco de vidrio que contiene el polvo, un nebulizador y una ampolla de plástico con el disolvente.

 **Zambon**

 www.zambon.es

Fluirespira

Spray nasal

forte

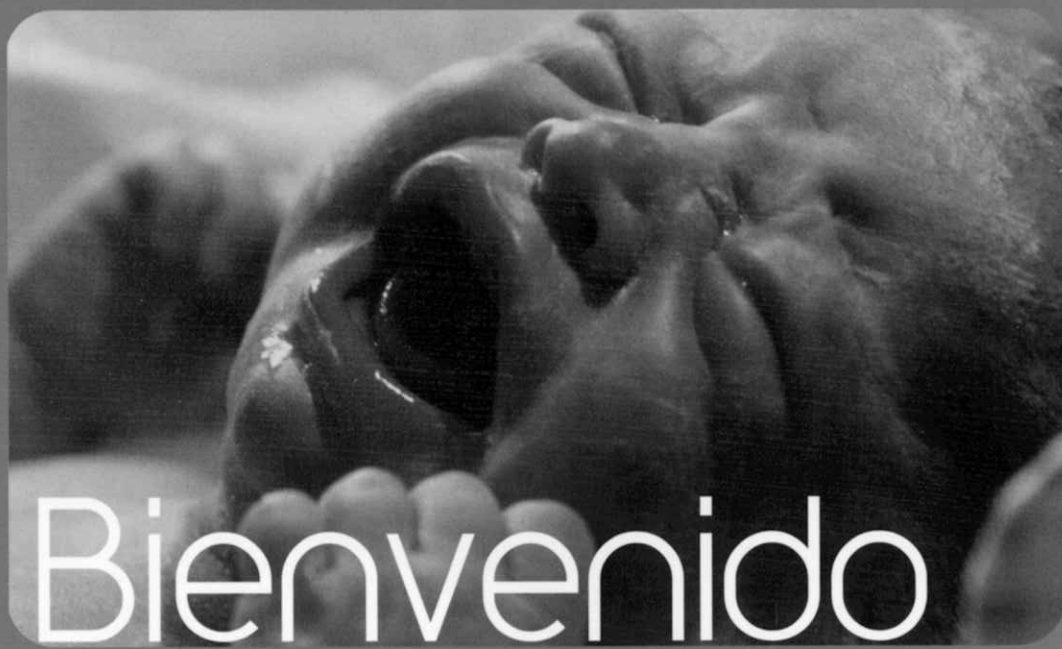
actúa drenando



así de fácil

- Fluirespira Forte es una solución acuosa a base de extractos naturales de plantas.
- Actúa drenando las secreciones mucosas acumuladas en la cavidad nasal desde la primera aplicación.
- Alivio sintomático demostrado clínicamente.
- Cómoda posología: 1 sola administración al día durante 7 - 10 días.





Bienvenido al mundo del sonido

audiotest

Su marca en equipos de electromedicina

Con **Audiotest** nace la más amplia gama de productos y equipos de electromedicina al servicio del especialista **ORL**. Le ofrecemos las mejores marcas y el precio más ajustado para que pueda renovar su equipo y beneficiarse de los últimos avances de la tecnología. Además, disfrutará del **Servicio de Asistencia Técnica de GAES**. Bienvenido al mundo del sonido.



- Audiómetros ■
- Cabinas insonoras ■
- Analizadores audífonos ■
- Potenciales evocados ■
- Otoemisión ■
- Videonistagmógrafos ■
- Posturografía y rehabilitación ■
- Rinometría ■

 **GAES**
VIVIENDO EL SONIDO

Servicio de Asistencia Técnica

Asesoramiento técnico y clínico

Revisiones de equipos

Calibraciones y reparaciones

www.gaes.es

SOLICITE INFORMACIÓN AL:

DEPARTAMENTO ELECTROMEDICINA Pedro IV, 172 - 08005 Barcelona Tel. 93 300 58 00 Fax. 93 486 38 00

Delegaciones centrales:

Alicante Tel. 965 106 340 **La Coruña** Tel. 981 168 640 **Barcelona** Tel. 933 041 650 **Las Palmas** Tel. 928 472 393 **Madrid** Tel. 917 810 152
Oviedo Tel. 985 117 737 **Sevilla** Tel. 954 990 704 **Valencia** Tel. 963 530 019 **Zaragoza** Tel. 976 468 480